

MIGRACIÓN Y SALUD

MIGRATION AND HEALTH



CONAPO

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN



Migración y Salud / Migration and Health, Año 3, Número 3, 2021, es una publicación anual editada por la Secretaría de Gobernación a través de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO). Avenida José María Vértiz No. 852 Col. Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03020, Ciudad de México, Tel. (55) 5128 00 00 ext. 19512. <https://www.gob.mx/conapo>, rlopezv@conapo.gob.mx, Editor responsable: Rafael López Vega. Reservas de derechos al uso exclusivo No. 04-2019-101614350400-203, ISSN 2683-2488, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Diseño y cuidado editorial: Maricela Márquez Villeda y Blanca Estela Melín Campos. Responsable de la última actualización de este número Web: Alejandra Reyes Miranda. Unidad de Informática de la SGCONAPO, José Noel Torres Valdez, Tel. (55) 5128 00 00 ext. 19530, ubicado en el mismo domicilio. Fecha de última modificación: noviembre de 2021. Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido siempre y cuando se cite la fuente y no sea para fines comerciales.

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

Migración y Salud

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

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

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

Migration & Health

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

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



AGRADECIMIENTOS ACKNOWLEDGEMENTS

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

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

Humberto González Galbán, Dr. en Ciencias Sociales
El Colegio de la Frontera Norte (SNI Nivel I)

Lina Eugenia Cuevas Ramírez, Dra. en Demografía, Universidad de Barcelona
Instituto Nacional de Estadística y Geografía

Víctor Manuel Isidro Luna, Dr. en Economía, Universidad de Utah
Consejo Nacional de Población

José Antonio Soberón Mora, Dr. en Urbanismo, Universidad Autónoma del Estado de México
Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población

Juan Gabino González Becerril, Mtro. en Estudios de Población, El Colegio de la Frontera Norte
Universidad Autónoma del Estado de México. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población

Dewi Hernández Montoya, Dra. en Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto Nacional de Pediatría

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

Agradecemos el apoyo a quienes difundieron la Convocatoria

Arte, formación y cuidado de la edición:
Maricela Márquez Villeda (CONAPO)

Portada: Pablo Leonardo Vega Rivas (CONAPO)

Corrección de estilo:
Miguel Antonio Lupián Soto

Traducción:
Gabriel Elias

The review process for the articles followed a rigorous double-blind peer review methodology.

We appreciate the support for those who disseminated the Call

Art, design, layout and editing:
Maricela Márquez Villeda (CONAPO)

Cover: Pablo Leonardo Vega Rivas (CONAPO)

Style correction:
Miguel Antonio Lupián Soto

Translation:
Gabriel Elias



DIRECTORIO / DIRECTORY

Consejo Nacional de Población / National Population Council

ADÁN AUGUSTO LÓPEZ HERNÁNDEZ

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

MARCELO EBRARD CASAUBÓN

Secretario de Relaciones Exteriores
Secretary of Foreign Affairs

JAVIER MAY RODRÍGUEZ

Secretario de Bienestar
Secretary for Welfare

MARÍA LUISA ALBORES GONZÁLEZ

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

VÍCTOR MANUEL VILLALOBOS ARÁMBULA

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

DELFINA GÓMEZ ÁLVAREZ

Secretaria de Educación Pública
Secretary of Public Education

JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

Secretario de Salud
Secretary of Health

LUISA MARÍA ALCALDE LUJÁN

Secretaria del Trabajo y Previsión Social
Secretary of Labor and Welfare

ROMÁN GUILLERMO MEYER FALCÓN

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



Consejo Nacional de Población / National Population Council

TATIANA CLOUTHIER CARRILLO

Secretaría de Economía

Secretary of Economy

ROGELIO RAMÍREZ DE LA O

Secretario de Hacienda y Crédito Público

Secretary of the Tax Agency and State Credit

MARÍA DEL ROCÍO GARCÍA PÉREZ

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

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

JULIO ALFONSO SANTAELLA CASTELL

Presidente del Instituto Nacional de Estadística y Geografía

President of the National Institute for Statistics and Geography

NADINE FLORA GASMAN ZYLBERMANN

Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

President of the National Institute for Women

ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

General Director of the Mexican Social Insurance Institute

LUIS ANTONIO RAMÍREZ PINEDA

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

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

ADELFO REGINO MONTES

Director General del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas

General Director of the National Institute of Indigenous Peoples



DIRECTORIO / DIRECTORY

Secretaría de Gobernación / Secretariat of the Interior

ADÁN AUGUSTO LÓPEZ HERNÁNDEZ

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

EFRAÍN MORALES LÓPEZ

Subsecretario de Gobierno
Assistant Secretary of the Interior

YURI GABRIEL BELTRÁN MIRANDA

Titular de la Unidad de Enlace
Head of the Legislative Liaison and Political Agreements Unit

ALEJANDRO DE JESÚS ENCINAS RODRÍGUEZ

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

ROBERTO LEONARDO DUQUE ROQUERO

Titular de la Unidad de Normatividad de Medios de Comunicación
Head of the Media Regulation Unit

RABINDRANATH SALAZAR SOLORIO

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

ALFONSO SÁNCHEZ ANAYA

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas
Head of the Administration and Finance Unit



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

GABRIELA RODRÍGUEZ RAMÍREZ

Secretaria General

General Secretary

MARÍA DE LA CRUZ MURADÁS TROITIÑO

Coordinadora de Estudios Sociodemográficos
y Prospectiva

Coordinator of Social and Demographic Studies
and Prospective

RAÚL ROMO VIRAMONTES

Director de Poblamiento y Desarrollo Regional
Sustentable

Director of Population Campaigns
and Sustainable Regional Development

SALVADOR MONROY GAZCA

Coordinador de Programas de Población
y Asuntos Internacionales

Coordinator of Population Programs
and International Affairs

GABRIELA MEJÍA PAILLÉS

Directora de Estudios Sociodemográficos
Director of Social and Demographic Studies

RODRIGO JIMÉNEZ URIBE

Coordinador de Planeación en Población
y Desarrollo

Planning Coordinator in Population
and Development

KARLA BERENICE HERNÁNDEZ TORRES

Directora de Cultura Demográfica

Director of Demographic Culture

KARLA BONILLA ARANDA

Directora de Coordinación Interinstitucional
e Intergubernamental

Director of Inter-institutional
and Inter-governmental Coordination

RAFAEL LÓPEZ VEGA

Director de Estudios Socioeconómicos
y Migración Internacional

Director of Socioeconomic Studies
and International Migration

LETICIA GARCÍA RUIZ

Directora de Administración

Director of Administration



DIRECTORIO / DIRECTORY

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

RAFAEL LÓPEZ VEGA

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

ALEJANDRA REYES MIRANDA

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

VÍCTOR MANUEL ISIDRO LUNA

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

ALMA ROSA NAVA PÉREZ

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

LUIS ALBERTO VÁZQUEZ SANTIAGO

Asistente de Investigación
Research Assistant



ÍNDICE / CONTENT

INTRODUCCIÓN	10
INTRODUCTION	91
CAPÍTULO I / CHAPTER I	
<i>Inclusión diferencial al derecho a la salud de mujeres de Guatemala en la frontera sur de México</i>	13
<i>Differential Inclusion in Terms of the Right to Health for Guatemalan Women in the Southern Border of Mexico</i>	94
Martha Luz Rojas Wiesner	
CAPÍTULO II / CHAPTER II	
<i>Aspectos de la explotación laboral y la violencia sexual entre mujeres migrantes en la frontera México-Guatemala</i>	30
<i>Exploring Labor Exploitation and Sexual Violence among Female Migrants at the Mexico-Guatemala Border</i>	111
Argentina E. Servin, Teresita Rocha-Jimenez, Linda Salgin, Gudelia M. Rangel, Annabella Narvarte y Kimberly C. Brouwer	
CAPÍTULO III / CHAPTER III	
<i>Migrantes en México diagnosticados con COVID-19</i>	40
<i>Migrants in Mexico Diagnosed with COVID-19</i>	121
Fernando Neira Orjuela	
CAPÍTULO IV / CHAPTER IV	
<i>Entre el miedo y la incertidumbre, migrantes mexicanos sobreviviendo la pandemia de COVID-19 en el este del Valle de Coachella, California</i>	53
<i>Between Fear and Uncertainty, Mexican Migrants Surviving the COVID-19 Pandemic in the Eastern Coachella Valley, California</i>	133
Evelyn Vázquez, Gabriela Ortiz y Ann Cheney	
CAPÍTULO V / CHAPTER V	
<i>Resiliencia ante la COVID-19 entre los trabajadores del sector alimenticio en El Paso y Moore, Texas, y al sur de Doña Ana, Nuevo México, en Estados Unidos</i>	66
<i>COVID-19 Resiliency among Food Production Workers in El Paso and Moore, TX and South Doña Ana, NM, Estados Unidos</i>	145
Nora Hernandez, Josiah Heyman, Guillermina Nuñez-Mchiri y Adriana Orozco	
COMENTARIOS FINALES	79
CONCLUDING REMARKS	156
COMENTARIOS A LA EDICIÓN 2020	82
COMMENTS TO THE 2020 EDITION	159
Alejandro Canales	
SOBRE LOS AUTORES / ABOUT THE AUTHORS	166



INTRODUCCIÓN

Las estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) corroboran las previsiones para 2020 que elaboran de manera conjunta los organismos internacionales sobre la disminución de los flujos de emigrantes debido a las medidas administrativas instrumentadas por diversos países en relación con la restricción de la movilidad humana, así como de vigilancia y control fronterizo para contener la pandemia debida al SARS-CoV-2 (COVID-19). La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) indica que entre el 1 de marzo y el 1 de julio de 2020 disminuyeron casi dos millones de migrantes internacionales a nivel mundial en relación con las estimaciones previstas.

México ocupa el tercer lugar a nivel mundial en el número de población que reside fuera del país (11.2 millones en 2020) y es vecino del país con mayor población inmigrante, Estados Unidos (50.7 millones). Además, a escala global se identifican diez corredores principales de migración internacional, donde el primer lugar lo ocupa el de México-Estados Unidos con 3.9 por ciento del total de migrantes internacionales en el mundo (280.6 millones). A lo anterior hay que sumarle la convergencia de distintas poblaciones en situaciones de movilidad e inmovilidad involuntaria, como las personas migrantes en tránsito por territorio mexicano hacia la Unión

Americana desde Centroamérica, El Caribe, Sudamérica y de otros continentes, así como las personas que cruzan cotidianamente la frontera por motivos laborales, educativos, de negocios, comercio y salud, entre otros.

El Censo de Población y Vivienda 2020 de México muestra que en territorio mexicano residen 1.2 millones de personas nacidas en el extranjero (0.96% de la población total residente en el país, frente a 0.86% en 2010), donde casi dos tercios (65.8%) nacieron en Estados Unidos (76.8% en 2010) y la mayoría tiene menos de 20 años de edad (72.2%). Además, la mayor parte de quienes nacieron en Estados Unidos reside en las regiones norte y en la llamada “tradicional” de la migración internacional en México.¹ Por su parte, la cantidad de personas nacidas en un país distinto a la Unión Americana residentes en territorio mexicano da cuenta de los cambios de conjunto, así como de la migración interregional en América Latina, para las que es necesario contar con información adecuada sobre su integración social y económica y de la atención del Estado a través de acciones, estrategias y políticas públicas, sobre todo si, como lo muestra la información censal, los procesos regionales de movilidad se hacen presentes en México con personas de Venezuela y Colombia, sumándose a las de Guatemala y Honduras ya residentes en el país.

¹ La región norte integra a los estados de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas; por su parte, la región tradicional comprende a los estados de Aguascalientes, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Zacatecas.



Cifras de eventos de internación de extranjeros no residentes a México de 2019 indican que su número fue de 32.5 millones. Durante 2020, en el marco de la pandemia debida a la COVID-19, el número de eventos disminuyó a 16.2 millones, y de enero a junio de 2021 se han registrado 7.2 millones de este tipo de eventos. El número de eventos de extranjeros presentados ante la autoridad migratoria fue de 182.9 mil en 2019, 87.3 mil en 2020 y de enero a junio de 2021 se han registrado casi 94 mil, variaciones que se enlazan a la dinámica registrada en las estadísticas de acciones de aplicación de la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza de Estados Unidos (CBP, por sus siglas en inglés) en materia de rechazo (población inadmisibles) y aprehensiones de población migrante.

En el año fiscal 2019, la CBP registró un total de 1.15 millones de eventos de “rechazo” y aprehensiones en sus 300 puntos de internación a territorio estadounidense, de los cuales 85.1 por ciento acontecieron en su frontera suroeste. Para 2020 el total descendió 43.7 por ciento (646.8 mil eventos), con 70.8 por ciento registrados en la frontera suroeste, año en el que a partir del 21 de marzo, además del Título 8 (enforcement actions), de conformidad con el Título 42 de la Sección 265 del Código de los Estados Unidos en interés de la salud pública, se prohibió la entrada de ciertas personas que potencialmente se indica representan un riesgo para la salud, ya sea por estar sujetas a restricciones de viaje o porque ingresaron sin autorización al país para eludir las medidas de control sanitario. El total de eventos bajo los Títulos 8 y 42 en los meses transcurridos del año fiscal 2021 (octubre 2020 a julio 2021) en cuanto al registro de rechazos y aprehensiones muestra respecto a 2019 un incremento de casi 50 por ciento más (1.51 millones) y más de 200 por ciento respecto al año fiscal completo 2020 (octubre 2019 a septiembre de 2020), de los cuales 88.1 por ciento acontecieron en la frontera suroeste de la Unión Americana.

En esta edición 2021 de Migración y Salud, los cinco capítulos que la integran fueron elaborados en el contexto de la pandemia que desde marzo de 2020 nos aqueja. En *primer lugar*, la investigación de Martha Luz Rojas Weisner enfrenta el desafío que diversas investigaciones y avances metodológicos han indicado sobre la necesidad de llevar a cabo estudios de las poblaciones migrantes en las zonas fronterizas. A partir de entrevistas cualitativas, resultado de proyectos iniciados desde la primera década del siglo XXI, la autora aborda la diferenciación del acceso a servicios de salud de las mujeres migrantes en la frontera sur de México con Guatemala, en relación con la dinámica de la movilidad/inmovilidad migratoria, el estatus migratorio y los estereotipos y prejuicios vinculados a las poblaciones migrantes y con la discriminación concreta hacia ellas.

En el *segundo capítulo*, Argentina Servin, Teresita Rocha-Jimenez, Linda Salgin, Gudelía M. Rangel, Annabella Narvarte y Kimberly C. Brouwer contextualizan la emigración internacional, el contrabando de personas y la explotación laboral en Guatemala hacia Estados Unidos, en relación con los conflictos internos de los años ochenta del siglo XX, el desempeño económico y la inestabilidad política del país, así como con la situación reciente de violencia, el reclutamiento forzado y los abusos a los derechos humanos. La investigación se basa en entrevistas cualitativas dentro del estudio “Cruzando Fronteras” (2015-2016) y toma como premisa que prácticamente no se han evaluado el riesgo y la prevalencia de la violencia sexual en el contexto de la explotación laboral y los resultados de salud posteriores entre las mujeres migrantes centroamericanas en la región del Norte de Centroamérica en la frontera con México.

Fernando Neira, en el *capítulo tercero*, lleva a cabo una comparación de los niveles de contagio de la COVID-19 entre la población de migrantes y la población mexicana sustentada en la base de datos anonimizada y de



acceso abierto publicada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (registros de 2020 y hasta marzo de 2021). Del estudio destaca, entre otros aspectos, el diagnóstico que hace el autor sobre la situación de riesgo y vulnerabilidad para las personas en contexto de movilidad que transitan el corredor migratorio México-Estados Unidos. El autor plantea que a los riesgos de contagio, enfermedad y muerte habría que considerar las variables sociodemográficas, económicas y de comorbilidad que dan cuenta de lo que el autor denomina “determinantes sociales de la salud”.

Evelyn Vázquez, Gabriela Ortiz y Ann Cheney, *en su trabajo* sobre el miedo y la incertidumbre frente a la COVID-19, sitúan su estudio en los resultados de su proyecto de investigación participativa en comunidades migrantes mexicanas y purépechas en el este del Valle de Coachella, California. Su análisis, con base territorial, destaca la residencia y el trabajo en comunidades rurales de las personas migrantes, condición estructural que les permite a las autoras delimitar un territorio específico de análisis, en relación con uno de los ejes conceptuales de su análisis en torno a los sistemas estructurales de discriminación y desventaja, incluidos los contextos sociales y políticos, los cuales reproducen desigualdades en salud entre las comunidades migrantes, y afirman que la pandemia de la COVID-19 ha empeorado los sistemas de discriminación y desventaja que afectan severamente a las comunidades vulnerables, entre ellas las poblaciones migrantes.

En el *capítulo quinto*, Nora Hernandez Josiah Heyman y Guillermina Nuñez-Mchiri presentan un balance de los hallazgos encontrados en un proyecto con enfoque basado en la comunidad como parte de las actividades de La Red Nacional de Resiliencia COVID-19, que

busca de manera estratégica y estructurada mitigar el impacto de la COVID-19 en las poblaciones rurales y de minorías raciales y étnicas en Estados Unidos. En el texto se da cuenta del vínculo entre los procesos sociales y de salud de gran alcance con las situaciones específicas que las personas han estado enfrentando en su vida cotidiana durante la pandemia. Afirman que la COVID-19 ha impactado desproporcionadamente a las comunidades de color y a las personas marginadas económica y socialmente, y dan cuenta de que en materia laboral muchos hispanos, quienes han estado laborando en la producción de alimentos (sector esencial), se encuentran entre las poblaciones más vulnerables afectadas por el virus SARS-CoV-2.

Los artículos presentados en esta edición han sido escritos por investigadores e investigadoras de México y de los Estados Unidos. Los aspectos abordados dan cuenta de la situación que las personas y las comunidades de migrantes arrastran cotidianamente y cómo la pandemia debida a la COVID-19 ha reforzado condiciones de precariedad, vulnerabilidad y discriminación.

Por último, agradecemos a quienes, a pesar de las condiciones que la pandemia nos ha impuesto, con creatividad y dedicación decidieron participar en esta edición. Deseamos que las recomendaciones de política pública presentes en cada capítulo (algunas de las cuales se sintetizan en la sección de comentarios finales) sean lo suficientemente sólidas para iniciar o continuar con acciones y estrategias de atención y conocimiento necesarias para avanzar en el bienestar de las poblaciones migrantes, que en buena medida se reconoce son vulnerables, especialmente en una situación que ha puesto a prueba a los sistemas de bienestar y salud a escala global.



CAPÍTULO I

INCLUSIÓN DIFERENCIAL AL DERECHO A LA SALUD DE MUJERES DE GUATEMALA EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO

Martha Luz Rojas Wiesner¹

Resumen

El objetivo de este artículo es mostrar que en la frontera sur de México las mujeres migrantes tienen un acceso selectivo y restringido al derecho a la salud, según estatus migratorio. En las tres últimas décadas no solo se ha complejizado la dinámica de la movilidad en la región, también se han buscado nuevos enfoques para su análisis. La presencia de mujeres migrantes en esta región es igualmente compleja. Tratamos de visualizar cuáles son esas distintas presencias y cómo podemos estudiar sus especificidades. Nos hemos enfocado en las mujeres de Guatemala, a quienes hemos entrevistado en tres proyectos llevados a cabo en 2009-2010, 2016-2018 y 2020-2021 en varias zonas de la frontera sur de México. Identificamos inclusión diferencial en el derecho a la salud según estatus, pero también otras mediaciones que se relacionan con estereotipos que conducen a un trato diferenciado en la atención a la salud.

Palabras clave: *inclusión diferencial, acceso a servicios de salud, estatus migratorio, mujeres en la migración.*

Introducción

En una región fronteriza como la del sur-sureste de México, al referirnos a mujeres migrantes no solo debemos aludir a las que van en tránsito por dicho territorio, pues recientemente muchas de ellas se han quedado inmovilizadas por las medidas sanitarias y por las políticas de contención migratoria en algunas de las localidades de la región del Soconusco,² Chiapas, en particular en la ciudad de Tapachula, principal centro urbano de dicha región y nodo de una región binacional más amplia de interacciones cotidianas entre Guatemala y México. Si pensamos en mujeres migrantes en la frontera sur, debemos revisar un poco más su composición, tener una mirada retrospectiva de esas presencias y vivencias en dicho territorio, así como visitar los conceptos y enfoques con los que identificamos y analizamos su movilidad. En temas vinculados al acceso a derechos y a los servicios básicos que se derivan de tales derechos, es necesario conocer las condiciones específicas en las que las mujeres migran, trabajan y viven. Así que un punto de partida es reconocer la participación de las mujeres en los procesos de movilidad y migración.

¹ Investigadora, El Colegio de la Frontera Sur, mrojas@ecosur.mx

² Una de las 15 regiones del estado de Chiapas, conformada por 15 municipios, siete de los cuales son estrictamente fronterizos con el Departamento de San Marcos, Guatemala. En esta región se encuentran dos cruces formales desde Guatemala a México (en Talismán y Ciudad Hidalgo) por donde se produce el mayor número de entradas a territorio mexicano.



En los cuatro estados de la llamada frontera sur de México, colindantes con Guatemala y Belice (Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo), residen personas descendientes de población nacida en otros países, lo que da cuenta de dinámicas migratorias y de movilidad particulares. Por ejemplo, en los estados de Campeche y Tabasco, en donde se ensanchó la frontera agrícola, ya sea mediante colonización asistida o no, viven descendientes de población que nació en Cuba, España, Belice y Guatemala, así como de otras entidades mexicanas del centro y norte (por ejemplo, estado de México, Michoacán, Coahuila) y de entidades del sur-sureste de México. Igualmente, en la historia de la región del Soconusco, en Chiapas, podemos encontrar a personas nacidas en Alemania, España, Japón, China y Guatemala, entre otros países, así como de distintos estados mexicanos, incluyendo de la propia entidad, que establecieron su residencia en este lugar.³

Actualmente en estos estados hay una mayor diversidad de orígenes, aunque destacan algunos. Estas distintas procedencias están vinculadas a distintos factores: proximidad geográfica, relaciones históricas con los países vecinos y características del mercado de trabajo. En Quintana Roo la mayor presencia es de personas originarias de Guatemala y Estados Unidos y en menor número de España. En Campeche provienen principalmente de Guatemala y en menor número de Estados Unidos. En Chiapas, mayoritariamente de Guatemala y en mucho menor número de Honduras, El Salvador y Estados Unidos. En Tabasco los principales países de origen son Estados Unidos, Honduras y Guatemala, seguidos de Venezuela y Colombia, entre otros. Según el Censo de Población y Vivienda de 2020, en México residen 1 212 252 personas nacidas en otro país, que es la población

que se conoce en términos demográficos como “inmigrantes”,⁴ de la cual 66 por ciento corresponde a personas nacidas en Estados Unidos (797 266), a la que le sigue 4.7 por ciento de Guatemala (56 810). En menor proporción están las personas nacidas en Honduras (2.9%) y El Salvador (1.6%). Destaco el caso de Guatemala, pues me referiré más adelante a las mujeres de este país. En los cuatro estados de la frontera sur residen 45 223 personas nacidas en Guatemala que representan cerca del 80 por ciento del total de “inmigrantes” de este origen en México. De ese volumen, 23 309 (51.5%) son mujeres y 33 177 (73.4%) residen en Chiapas.

A la presencia de estas mujeres se suma la de aquellas que participan en la movilidad por trabajo temporal, modalidad en la que destacan fundamentalmente trabajadoras de los dos países vecinos: Guatemala y Belice. Esta presencia está muy localizada en Chiapas, pero también hay participación de esta fuerza laboral en Quintana Roo y en Tabasco. Se cuenta con mayor información para Chiapas, en especial a partir de 2004, cuando inicia la Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México (EMIF SUR), aunque su presencia en este estado es histórica y quizá más notoria. En otros estados también hay una participación de larga data, pero es menos numerosa y poco visibilizada. Con datos de la EMIF SUR, del flujo norte-sur (eventos de trabajadores/trabajadoras de Guatemala que regresan a su país después de laborar en México por una temporada), se puede identificar que en casi tres lustros entre 10 y 15

³ Datos derivados de entrevistas a informantes clave y revisión de los censos de población y vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 1990, 2000 y 2010.

⁴ Uso las comillas para conceptos o términos que son cuestionados. En este caso, se ha llamado la atención sobre la categoría inmigrante como un concepto paraguas en el que se incluye a personas que residen en un país, pero que nacieron en otros, independientemente de las razones que motivaron dicho cambio de residencia y las circunstancias en que lo hicieron. Una de las principales críticas es que se trata de un concepto definido a partir de la idea del país como contenedor. Sin embargo, este cambio de residencia no necesariamente ha significado inmovilidad, por el contrario, distintos trabajos, por ejemplo, han abordado las conexiones de la migración internacional con la movilidad interna. Muchas personas inmigrantes, además, no solo cambian de residencia, se mueven en distintos trayectos, espacios y temporalidades, tanto en el propio país como hacia otros, retornan y reemigran (ver, por ejemplo, Arriola, 2016).



por ciento del total de eventos captados corresponde a mujeres, que se ocupan en varias actividades económicas, con una mayor participación como trabajadoras del hogar. En la edición 2018, cerca de 40 por ciento de los eventos de este flujo correspondía a mujeres en esta actividad (El Colegio de la Frontera Norte [COLEF] *et al.*, s.f.).

De igual manera, también se debe considerar la movilidad cotidiana que ha sido más notoria y numerosa en Chiapas, en particular en la región del Soconusco. En otras zonas también hay este tipo de movilidad y en algunas localidades fronterizas no solo es cotidiana sino de estrecha proximidad, aunque de poca magnitud. Con la misma EMIF SUR se puede tener una aproximación a la movilidad cotidiana (también expresada en eventos), en la que hay una importante presencia de mujeres que desde alguna localidad fronteriza en Guatemala se desplaza diariamente a trabajar a México, en especial en actividades del comercio (50%) y como trabajadora del hogar (23%) (COLEF *et al.*, s.f.).

Quizás la movilidad en la que se ha focalizado más la atención es la llamada migración en tránsito por territorio mexicano que busca llegar a los Estados Unidos, una modalidad migratoria que tampoco es nueva pero a la que nos podemos aproximar de mejor manera a partir de la década de 1990, cuando se comienzan a hacer visibles las condiciones y características de esta migración y cuando en México se publican de manera más sistemática los registros administrativos del Instituto Nacional de Migración (INM), que en esa década estaban a cargo del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y a partir de la década de 2000, de la ahora Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP), las dos instituciones adscritas a la Secretaría de Gobernación.

En esta movilidad, en la que desde hace unos años ha cobrado notoriedad la transitoriedad-permanencia más prolongada por territorio mexicano (Arriola, 2012; Basok, Bélanger,

Rojas & Candiz, 2015), también hay una presencia destacada de mujeres. Con las cifras de las llamadas “presentaciones” del INM identificamos que se ha ido registrando una mayor proporción de mujeres en el flujo global por México.⁵ Entre 2012 y 2019 -con un ligero descenso en 2017 (22.6%) y 2018 (24%)- este porcentaje aumentó, al pasar de 13.5 a 33.6 por ciento. Pero esta proporción es la suma de “presentaciones” de mujeres mayores y menores de 18 años, lo que en estricto sentido se traduce para 2012 en 11.8 y 1.7 por ciento para los dos grupos de edad y para 2019 en 21.4 y 12.2 por ciento, respectivamente. Esta última proporción es la suma de “presentaciones” de niñas de 12 a 17 años (3.9%) y de niñas menores de 12 años (8.2%).

Con las mayores restricciones a la movilidad “en tránsito” impuestas por el estado mexicano, una parte de esta población que busca llegar a Estados Unidos ha prolongado su permanencia en México, pero muchas personas en realidad se quedan “atrapadas” o “atascadas en la movilidad” en “zonas de tránsito precario” (Hess, 2012, p. 428). Sus trayectorias son fragmentadas y con destinos cambiantes (Basok *et al.*, 2015). Otra parte se queda atrapada en una “inmovilidad involuntaria” (Carling, 2002, p. 5), expuestas a la deportación y a múltiples riesgos sin poder avanzar a otros territorios mientras solicitan protección internacional y esperan su resolución. También podemos encontrar expresiones de esta “inmovilidad forzada” en otras zonas que no son reconocidas como de tránsito, pero en las que las mujeres están restringidas a moverse en territorios muy acotados.

Así, en la frontera sur de México reconocemos distintas modalidades de movilidad y también de inmovilidad en las que participan mujeres que nacieron en otros países y que viven y/o trabajan en esta región, al igual que

⁵ Cálculos con base en registros administrativos del INM publicados en los Boletines estadísticos de la UPMRIP. http://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos.



de mujeres mexicanas que emigran, retornan, reemigran y/o son desplazadas a otros territorios. Todas se movilizan/migran por distintas razones, muchas de las cuales están entretrejidas: violencias, pobreza y marginación, desempleo y reunificación familiar, entre otras, en entornos de profundas e injustas desigualdades, precariedad⁶ y crecientes vulnerabilidades sociales (tanto en grado como en tipo de amenazas) (Rojas, 2017) y en territorios de movilidad-inmovilidad precarias, ampliando la categoría de “zonas de tránsito precario” de Hess (2012: 428).

Estas razones de la movilidad-inmovilidad se salen de la clasificación binaria movilidad/migración no forzada-forzada, voluntaria-involuntaria, regular/irregular y cuestionan los conceptos de migración y refugio (Edwards, 2016). Muchas de las personas “en tránsito por México” son detenidas y deportadas aunque tengan temores fundados de regresar a sus países de origen y no sean solicitantes de asilo o de la condición de refugio en este país, pero que sí buscan serlo en Estados Unidos. Igualmente, personas que solicitaron protección internacional en México son detenidas y deportadas (o están en alto riesgo de serlo) cuando sus casos son rechazados o cuando las propias personas deciden no esperar varios meses a alguna resolución.

De este modo, los regímenes migratorios y de refugio restrictivos crean categorías que etiquetan/identifican a las personas en situación de movilidad/migración como “merecedoras/no merecedoras” de protección internacional o de un estatus migratorio, lo que a su vez incide en la realización y garantía de los derechos humanos. En México la ejecución de distintas medidas de control para frenar el ingreso de personas “en tránsito” con estatus migratorio irregular no solo restringe o impone fronteras a esta movilidad, también lo hace

con personas que ya residen en México o que vienen a trabajar en distintas temporalidades. Igualmente, incide en la movilidad de personas de pueblos originarios y afrodescendientes de México, quienes son detenidas por autoridades migratorias como resultado de prácticas de perfilamiento racial, basadas en estereotipos y prejuicios (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2018). Estas medidas restrictivas tienen distintos efectos en el acceso a servicios o a derechos. Nuestro objetivo con este artículo es mostrar que en México las mujeres migrantes tienen un acceso selectivo y restringido al derecho a la salud, según el estatus migratorio.

En esta introducción hemos mencionado algunas de las movilidades en las que participan las mujeres migrantes para destacar que hay confluencia de tales procesos. Pero es necesario documentar las especificidades de estas movilidades, que se superponen y, al mismo tiempo, se entrecruzan. Aquí abordaremos únicamente la experiencia de las mujeres de Guatemala en México, a modo de ilustración del acceso a servicios de salud, a partir de la experiencia en tres modalidades de movilidad: i) establecidas o residentes, ii) trabajadoras temporales y iii) trabajadoras en movilidad cotidiana. Con este propósito, después de esta introducción, en este artículo se alude a los antecedentes, en los que se exponen algunos planteamientos de la inclusión diferencial a derechos. Enseguida, se hace referencia a algunos elementos metodológicos para presentar y discutir los resultados y algunas recomendaciones de política pública.

Antecedentes

Las políticas de control migratorio que autorizan tanto el ingreso como la permanencia a un país crean categorías de estancia/residencia que definen las actividades que las personas pueden realizar en un país, cómo deben hacerlas, por cuánto tiempo y en qué espacios territoriales,

⁶ Entendiendo que la precariedad no solo se refiere a las condiciones laborales sino a situaciones de incertidumbre, inestabilidad e inseguridad en distintos ámbitos de la vida.



entre otras regulaciones. Estas categorías están asociadas a estatus migratorios específicos que regulan de manera diferencial la movilidad, el acceso al mercado laboral, a los derechos políticos y a servicios básicos (Rigo, 2005; Arango, 2007; Bishop, 2012). De este modo, mediante los estatus “legales” el régimen migratorio establece límites de diferenciación (Rigo, 2005) y produce estratificaciones particulares (Bishop, 2012). Según Mezzadra y Neilson (2012), estos límites se traducen en procesos de inclusión diferencial al interior de cada estado-nación, lo que en otros términos significa que no hay una exclusión total de derechos.

En México los distintos estatus están definidos en la Ley de Migración de 2011. En este marco normativo se establecen tres tipos de condición de estancia: i) residente permanente, ii) residente temporal y residente temporal estudiante y iii) visitante (con permiso para realizar actividades remuneradas, por razones humanitarias y con fines de adopción). Estos estatus están condicionados por requisitos cuyo cumplimiento ya establecen diferenciaciones. La primera gran diferenciación se establece entre quienes pueden contar o no con un documento migratorio y la segunda, entre los distintos estatus “legales”. En estas categorizaciones se normaliza la movilidad de algunas personas y se criminaliza o cuestiona la de otras (Shamir, 2005, citado por Glick Schiller & Salazar, 2013). En este artículo buscamos identificar las diferenciaciones en el acceso al derecho a la salud según las estratificaciones que se producen por el estatus migratorio.

Metodología

Los resultados de investigación y análisis cualitativo para este artículo se basan en entrevistas a mujeres de Guatemala que expresaron vivir y/o trabajar en México y que seleccionamos de los siguientes proyectos: i) “Avanzando en los derechos de las mujeres migrantes en América Latina y el Caribe. Capítulo México” (2009 a 2011), mediante

el cual se realizaron 55 entrevistas a mujeres guatemaltecas en Chiapas, Campeche, Quintana Roo y Ciudad de México. Este subproyecto formó parte de un proyecto más amplio realizado en cinco países, cuya coordinación general estuvo a cargo de Tanya Basok y Nicola Piper, financiado por International Development Research Centre (IDRC) de Canadá. ii) “Migración femenina y procesos de otredad” (2015-2018), del que seleccionamos 22 entrevistas a mujeres de Guatemala en Chiapas y Quintana Roo, con financiamiento de El Colegio de la Frontera Sur. iii) “COVID-19, precariedad y trabajadores de Guatemala, Honduras y El Salvador en Chiapas, México”, en el que se realizaron 48 entrevistas entre 2020 y 2021, pero se seleccionaron los casos de ocho mujeres de Guatemala en una localidad fronteriza, con financiamiento de El Colegio de la Frontera Sur.

Aunque desde principios de la década de 2000 hemos realizado entrevistas a mujeres guatemaltecas como parte de una línea de trabajo sobre mujeres migrantes en la frontera sur de México, es a partir de 2007 cuando diseñamos un guion de entrevista en profundidad que hemos replicado en todos los proyectos para indagar por las características de las personas migrantes, las condiciones de vida y de trabajo, la experiencia migratoria y el acceso a distintos derechos según tipo de movilidad y estatus migratorio. Eso nos permite una mirada retrospectiva a diferentes experiencias, narradas por mujeres en esos momentos específicos y tratar de identificar algún cambio. En el módulo sobre salud, indagamos por el acceso al derecho a la salud de la mujer y de su familia: si ha tenido algún malestar o padecimiento, de qué manera se ha atendido, si acude a algún servicio de salud y, en caso de hacerlo, cómo ha sido el trato que le han dado, entre otros temas.

Para la realización de entrevistas cualitativas hemos recurrido a diferentes contactos (organizaciones de la sociedad civil, instituciones de gobierno, empleadores, vecinos, colegas y las propias personas migrantes) en los cuatro



estados de la frontera sur de México y en localidades, tanto en zonas urbanas como rurales. Esta diversificación de contactos y/lugares es clave para tener un acercamiento a mujeres que cuentan con más o menos información, que pueden tener muchas o pocas redes. Muchas de las mujeres que hemos entrevistado tratan de pasar inadvertidas por temor a ser deportadas. Por falta de documentación o por tener un estatus legal precario (Basok & Rojas, 2017), se mueven en espacios que no solo son restringidos, acotados y delimitados espacialmente, sino también restrictivos en derechos, entre ellos el de la salud. Esos lugares no necesariamente están ubicados en zonas rurales, también los encontramos en algunos sectores de las localidades urbanas y también para ciertas ocupaciones (como el trabajo agrícola, el trabajo en hogares y el trabajo sexual).

El análisis en este artículo debe tomarse como una aproximación. La propia complejidad en las movilidades, de las que solo estamos captando una capa, requiere profundizar en distintas relaciones entrecruzadas. Además, no hay que perder de vista que también las mujeres no-migrantes tienen problemas en el acceso a la salud, pero este tipo de análisis rebasa los objetivos de este artículo.

Resultados y discusión

Los tres proyectos se llevaron a cabo en tres momentos diferentes del régimen migratorio mexicano de control y contención de la migración. Entre 2009 y 2011, al mismo tiempo que se discutía, redactaba y aprobaba el nuevo marco regulatorio de la Ley de Migración, en la frontera sur se seguían llevando a cabo detenciones y deportaciones. Entre 2016 y 2018 continuaban ejecutándose acciones del Programa Integral Frontera Sur de 2014 y en 2020-2021 se conjugaron las medidas de control migratorio con las del control sanitario por la COVID-19 para “administrar el flujo” de migrantes “en tránsito”.

En total revisamos los testimonios de 85 mujeres,⁷ a quienes clasificamos para el análisis según su condición de estancia y situación migratoria en México (véase cuadro 1), justamente porque planteamos que según el estatus migratorio hay un acceso diferenciado a derechos y a los servicios que suponen dichos derechos. Si bien la naturalización no es un estatus migratorio, aludimos a mujeres en esta condición por haber nacido en Guatemala y porque varias han narrado actos de violencia y discriminación por su origen nacional. También hay mujeres que ya viven en México como residentes “permanentes” o “temporales”. Igualmente, mujeres que llegan a trabajar de manera temporal (en especial en servicios) o estacional (en agricultura, de acuerdo al ciclo agrícola) y mujeres que se trasladan desde su lugar de origen “cotidianamente”⁸ para trabajar en localidades mexicanas. En las tres últimas situaciones migratorias hay mujeres que tienen documento migratorio, pero que según la legislación migratoria no corresponden con su condición de estancia. Así, hay mujeres que ya viven en México o que trabajan por temporadas o bien cotidianamente que tienen un documento como “visitante regional” (antes de 2012, visitante local) o como “visitante trabajador fronterizo”, con el que se identifican ante autoridades migratorias.⁹ Una parte de las mujeres no cuenta con documentos. Estas distintas

⁷ Los nombres de las mujeres que citamos en este artículo son seudónimos. Hemos omitido nombres de localidades, para aludir solamente al estado o entidad federativa en México.

⁸ Ya he comentado en otro trabajo que esta movilidad cotidiana (o commuting) no necesariamente está restringida a menos de 24 horas (Rojas y Ángeles, 2011). En las entrevistas que realizamos en 2009-2010 ya identificábamos que las mujeres pueden venir uno, dos, tres y hasta cinco días y regresar para volver, lo que se repite a lo largo de las 52 semanas del año en una suerte de permanente temporalidad.

⁹ Entre las mujeres que hemos seleccionado para el análisis de este artículo no incluimos a mujeres en situación de refugio. En los dos primeros proyectos no estuvieron consideradas. En el último proyecto sí se hicieron algunas entrevistas a mujeres, pero ninguna era de origen guatemalteco. Algunos de los estudios sobre inclusión diferencial se han enfocado en el análisis de personas migrantes, personas con el reconocimiento de refugio, personas solicitantes y personas a quienes les han rechazado su petición de protección (ver, por ejemplo, Bishop, 2012). En el caso mexicano, hay acceso diferenciado al derecho a la salud, por ejemplo. Un solicitante de protección internacional puede recibir una visa humanitaria, pero si su petición es rechazada, dicho documento no es renovado con consecuencias sobre el acceso a derechos.



situaciones las podemos encontrar históricamente y en la actualidad. Aunque se han llevado a cabo programas de regularización temporal, las mujeres no han tenido acceso a la información, otras no pueden moverse de la zona donde viven para poder ir a una oficina del INM y otras no logran reunir los requisitos porque no cuentan con recursos para cada trámite.

En promedio, al momento de la entrevista las mujeres tenían 34 años y, según su condición de estancia, se ocupaban en distintas actividades. Mujeres naturalizadas trabajaban en mayor número por cuenta propia (en

particular en ventas de distintos productos) y algunas en empleos formales. Las mujeres residentes con documento migratorio trabajaban más o menos en mismo número por cuenta propia y como empleadas de hogar y en servicios. Las que no tenían documentos, como artesanas y empleadas en distintos servicios (meseras, cocineras, costureras) y trabajadoras en hogares. Mujeres trabajadoras temporales, en actividades agrícolas y trabajadoras en hogares. Las mujeres en movilidad cotidiana, en mayor número en actividades de comercio por cuenta propia y como vendedoras ambulantes.

Cuadro 1.
Frontera sur. Mujeres guatemaltecas entrevistadas, según condición de estancia y estatus migratorio

Año	Residentes				Trabajadoras por temporada		
	Naturalizada	Con documento migratorio como residentes	Con documento migratorio con otro estatus	Sin documento migratorio	Con documento migratorio para trabajo fronterizo	Con documento migratorio con otro estatus	Sin documento migratorio
1) 2009-2010	13	14	-	13	1	4	4
2) 2016-2018*	2	4	3	9	-	-	1
3) 2020-2021*	-	5	-	1	-	-	2
Total	15	23	3	23	1	4	7

Continúa...

Cuadro 1.
Frontera sur. Mujeres guatemaltecas entrevistadas, según condición de estancia y estatus migratorio

Año	Trabajadoras en movilidad cotidiana			Total
	Con documento migratorio para visitante fronterizo	Con documento migratorio con otro estatus	Sin documento migratorio	
1) 2009-2010	-	6	-	55
2) 2016-2018*	-	3	-	22
3) 2020-2021*	-	-	-	8
Total	-	9	-	85

* casos seleccionados.

Fuente: Elaboración propia con base en número de entrevistas a mujeres guatemaltecas por proyecto, El Colegio de la Frontera Sur.



Reconocimiento de la necesidad de atención a la salud

Un primer aspecto con relación al derecho a la salud y al acceso a los servicios que garantizan ese derecho era identificar si las mujeres reconocían algún tipo de malestar/enfermedad, ya sea que ellas lo padecieran o su pareja, sus hijos/hijas o su padre/madre. En segundo lugar, si buscaban o recibían algún tipo de atención. La primera clasificación emergió de los propios relatos de las mujeres, pues una respuesta casi inmediata era que “gracias a dios no nos hemos enfermado”. Pero al indagar por molestias específicas (dolor de cabeza y fiebre, por ejemplo), sí había algún reconocimiento de enfermedades, aunque ellas no las padecieran o las minimizaran. Así, el número de mujeres que dijeron no enfermarse ni atenderse se redujo considerablemente a pocos casos de quienes trabajaban temporal o cotidianamente en México. A pesar de ese número,

las respuestas se clasificaron según el reconocimiento de haber sentido algún malestar.

La mayor parte de las mujeres sí reconoce que ha tenido alguna enfermedad o ha tenido alguna molestia que amerita ir al menos a la farmacia de la esquina. De manera general, estas mujeres i) usan algún servicio de salud (público o privado y, en este último caso, tanto de médicos particulares como del servicio de farmacias), ii) recurren a otras maneras de atenderse: automedicarse, usar remedios caseros o buscar a otras personas (por ejemplo, parteras y personas que curan) y iii) se atienden en Guatemala, aunque ya vivan en México. Las respuestas no son excluyentes. Una mujer puede tener los tres tipos de atención. De acuerdo con la condición de estancia y el estatus se pueden identificar algunas características que se han registrado en el cuadro 2, en el que se contabilizan las respuestas de las mujeres. Una mujer puede reportar distintos malestares y tipos de atención.



Cuadro 2.
Frontera sur de México. Reconocimiento de necesidad de atención a la salud, según estatus migratorio de mujeres guatemaltecas entrevistadas

Reconocimiento de necesidad de atención a la salud			Año	Residentes			
				Mexicana por naturalización	Con documento migratorio para residente	Con documento migratorio para visitante	Sin documento migratorio ****
Mujeres entrevistadas*			1)	13	14	-	13
			2)	2	4	3	9
			3)	-	3	2	1
Personas que reconocen que "se enferman"	Se atienden en México	Servicio de salud pública	1)	13	6	-	5
			2)	2	2	1	5**
			3)	-	4	2****	1
		Servicio de salud pública (con costo)	1)	1	2	-	4
			2)	-	-	-	2
			3)	-	1	-	-
		Médico privado	1)	4	6	-	1
			2)	-	2	-	1
			3)	-	3	1	1
	Servicio de Farmacia	1)	2	-	-	3	
		2)	-	-	2	1	
		3)	-	1	1	1	
	Otras maneras de atenderse	Se automedica	1)	2	2	-	2
			2)	-	2	-	1
			3)	-	-	1	-
		Utiliza remedios caseros	1)	-	-	-	2
			2)	-	2	-	-
			3)	-	-	-	-
		Recurre a alguien más	1)	-	-	-	3
			2)	-	-	-	3
			3)	-	-	-	1
No se atiende en México	1)	-	2	-	1		
	2)	-	-	-	1		
	3)	-	-	-	2		
Personas que dicen no enfermarse y no buscan atención			1)	-	-	-	-
			2)	-	-	-	2
			3)	-	-	-	-

Continúa...



Cuadro 2.

Frontera sur de México. Reconocimiento de necesidad de atención a la salud, según estatus migratorio de mujeres guatemaltecas entrevistadas

Reconocimiento de necesidad de atención a la salud			Año	Trabajadoras por temporadas		
				Con documento migratorio para trabajo fronterizo	Con documento migratorio sin permiso laboral	Sin documento migratorio
Mujeres entrevistadas*			1)	1	5	3
			2)	-	-	1
			3)	-	-	2
Personas que reconocen que "se enferman"	Se atienden en México	Servicio de salud pública	1)	-	-	1**
			2)	-	-	1**
			3)	-	-	-
		Servicio de salud pública (con costo)	1)	-	-	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
		Médico privado	1)	-	-	-
			2)	-	-	1
			3)	-	-	-
	Servicio de Farmacia	1)	-	1	2	
		2)	-	-	1	
		3)	-	-	-	
	Otras maneras de atenderse	Se automedica	1)	-	-	3
			2)	-	-	-
			3)	-	-	1
		Utiliza remedios caseros	1)	-	-	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
		Recurre a alguien más	1)	1	2	1
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
No se atiende en México	1)	1	3**	-		
	2)	-	-	-		
	3)	-	-	2		
Personas que dicen no enfermarse y no buscan atención			1)	-	1	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-

Continúa...



Cuadro 2.

Frontera sur de México. Reconocimiento de necesidad de atención a la salud, según estatus migratorio de mujeres guatemaltecas entrevistadas

Reconocimiento de necesidad de atención a la salud			Año	Trabajadoras en movilidad cotidiana			
				Con documento migratorio para trabajo fronterizo	Con documento migratorio para visitante	Sin documento migratorio	
Mujeres entrevistadas*			1)	-	6	-	
			2)	-	3	-	
			3)	-	-	-	
Personas que reconocen que "se enferman"	Se atienden en México	Servicio de salud pública	1)	-	1	-	
			2)	-	-	-	
			3)	-	-	-	
		Servicio de salud pública (con costo)	1)	-	-	-	
			2)	-	-	-	
			3)	-	-	-	
		Médico privado	1)	-	1	-	
			2)	-	1	-	
			3)	-	-	-	
	Servicio de Farmacia	1)	-	1	-		
		2)	-	1	-		
		3)	-	-	-		
	Otras maneras de atenderse	Se automedica	1)	-	1	-	
			2)	-	-	-	
			3)	-	-	-	
		Utiliza remedios caseros	1)	-	-	-	
			2)	-	-	-	
			3)	-	-	-	
		Recurre a alguien más	1)	-	1	-	
			2)	-	1***	-	
			3)	-	-	-	
	No se atiende en México	1)	-	3	-		
		2)	-	-	-		
		3)	-	-	-		
	Personas que dicen no enfermarse y no buscan atención			1)	-	2	-
				2)	-	2	-
				3)	-	-	-

*Mujeres entrevistadas en: 1) 2009-2010, 2) 2016-2018 y 3) 2020-2021. **Respuestas de mujeres que dijeron no enfermarse nunca, pero que sí acudieron una vez al médico por algún padecimiento. ***Le pide a dios que la cure. ****Con un caso con Tarjeta de Visitante Trabajador Fronterizo; sin asterisco Tarjeta de Visitante Regional. *****Con un caso con Tarjeta de Residente Temporal vencida.
Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas a mujeres guatemaltecas en los años referidos.



Respuestas de las mujeres que ya viven en México

Sin excepción, las mujeres naturalizadas que entrevistamos en 2009-2010 y 2016-2018 dijeron haber usado servicio de salud pública y haber acudido al centro de salud de la comunidad o colonia de residencia. En comunidades de Campeche y Quintana Roo, las mujeres acudían a los hospitales de las ciudades de Campeche y Chetumal/Bacalar, respectivamente. De manera específica, las mujeres de Campeche no se quejaron de la atención, pero sí de las canalizaciones hacia el hospital de Campeche, pues solían quedarse con una consulta y un “pase al hospital” porque no contaban con dinero para su traslado. La atención en el hospital era gratuita porque contaban con seguro popular, pero no siempre había sido así. Sin el seguro se les cobraba por los servicios: “hora poco nos dieron papel para ..., el seguro popular. Si nos vamos en hospital nos tratan bien, porque tenemos el seguro. Pero si no hay eso, ahí sí no, porque nos cobran” (Minerva, 49 años, naturalizada, actividades agrícolas en parcela propia, entrevistada en 2009). Algunas mujeres usaron servicio médico particular o acudieron a la farmacia. De ese modo, la disponibilidad de servicio público de salud en la propia comunidad constituía una limitante al derecho a la salud.

Las mujeres ya establecidas en una localidad, con permiso de residencia temporal o permanente, igualmente mencionaron acudir a los servicios médicos, tanto públicos como particulares. Algunas mujeres reportaron haber tenido que pagar la consulta en el centro de salud. Varias mujeres no contaban con algún tipo de seguro, por lo que acudían a médicos particulares, así como a la automedicación y a remedios caseros. Un caso que merece mencionarse es el de Elisa, de 25 años, dos hijas, preparaba tamales para vender y lavaba ajeno para sostenerse, entrevistada en Campeche en 2009, quien menciona el trato discriminatorio en el centro de

salud de su localidad: “llevaba yo mis dos niñas enfermas al centro de salud, pero yo pago [...] y me dicen: “no, señora, le atiendo solo a una porque no podemos atender a muchas”; “pero si las dos llevo enfermas y le voy a pagar” [...] porque por la bendita gracia de Dios no tengo un seguro popular [...] y no me las atendieron”.

En este grupo de mujeres se mencionó como un problema la falta de suministro de medicinas de su receta. Eliana (con estatus de residente permanente), de 25 años, madre de dos niños pequeños, vendedora de productos por catálogo, entrevistada en 2009 en Chiapas, tenía la sensación de que se los negaban: “ y yo veo que hay medicina pero pues nunca nos la dan. Yo les he dicho, pero me dicen que no hay [...], y veo que hay gente que luego entra con carro y todo y ya salen con medicina y digo ¿Por qué ellos sí y por qué a uno no?”.

Las mujeres residentes sin documentos de migración presentan una mayor diversidad en el tipo de atención. Unas pocas se atendían en el centro de salud de su comunidad donde no les cobraban la consulta, pero otras mujeres sí tenían que pagar dicha consulta o la atención a los partos. Por ejemplo, Tania, de 45 años, entrevistada en Quintana Roo en 2009, cocinera en un bar, con cinco hijos, comentaba que a ella le atendieron sus partos en el centro de Salud. Cuando tuvo al niño más pequeño (6 años) cobraban 500 pesos, pero por intermediación del DIF solo pagó 200 o 300 pesos. En otros casos el acceso al hospital no es directo, dada la presencia del ejército en algún retén de revisión, en cuyo caso tienen que buscar distintas estrategias para poder acceder al servicio de salud. Daniela, por ejemplo, de 29 años, entrevistada en 2017 en Chiapas, empleada en un establecimiento de venta por catálogo, relataba que para el parto de su niña le prestaron documentos para que pudiera atenderse en el hospital que quedaba a dos horas de donde vivía y, para eso, debía pasar por un retén militar. En otro caso, Carla, de 28 años, vendedora de tacos,



entrevistada en 2017 en Chiapas, que no tenía seguro, le pidió a su empleadora registrar a sus hijos como adoptados para poder contar con seguro popular, pues le pedían a ella documento de residencia. Al no tener servicio médico, se automedican, usan remedios caseros, acuden a las farmacias (de la esquina, de medicamentos similares o de farmacias de cadena) y tienen a sus hijos con partera. Otras van a Guatemala a vacunar a sus hijos/hijas y a hacerse algunos estudios, como el Papanicolau. En otros proyectos hemos entrevistado a mujeres que van a Guatemala a tener a sus hijos porque allí no tienen que pagar, y una vez que salen del hospital regresan a México con su hijo/a recién nacido/a. Con la pandemia de la COVID-19 y el cierre de la frontera guatemalteca, seguramente esta movilidad se debió haber afectado, lo que se tendría que documentar.

Las mujeres residentes con estatus legal precario, porque usan un documento que no corresponde con su estancia (Tarjeta de Visitante Regional, TVR, o la Tarjeta de Trabajador Fronterizo, TTF), enfrentan situaciones similares a las de las mujeres sin documentos. Algunas mujeres tramitan y portan el primero de estos documentos (TVR) por su gratuidad y porque tiene vigencia de cinco años y, además, porque da una mínima seguridad de que al pasar por un filtro de revisión migratoria no las detengan. Sin embargo, restringe el acceso a servicios. Algo similar sucede con el segundo documento (TTF), aunque su vigencia es de un año y tiene un costo. En 2020 se entrevistó a Nancy, de 25 años, con un hijo y una hija, trabajadora agrícola en una de las fincas cafetaleras colindantes con Guatemala y que se documenta con TTF. A pesar de que su hijo e hija nacieron en México (con partera y en el centro de salud), no ha recibido orientación para que ella pueda acceder a la residencia temporal. Cuando su hijo e hija nacieron le dijeron que podía tramitar la póliza del seguro popular. Pero en el turno de los trámites le dijeron que tenía que esperarse al final, porque primero

eran los mexicanos. Y ha tenido que pagar las consultas. En otros proyectos, igualmente, hemos encontrado situaciones similares. Por ejemplo, en una de las localidades fronterizas de Campeche se ha usado este mismo argumento: “primero los mexicanos y, si alcanza, luego los demás”. Y no es un asunto de la enfermera, sino una instrucción del presidente de la localidad. Volviendo al caso de Nancy, su niña se enferma constantemente del estómago, pero durante la pandemia cerraron el centro de salud de la localidad donde vive.

Respuesta de mujeres trabajadoras por temporada

Aunque en menor número, aludimos a casos de mujeres que al momento de la entrevista trabajaban por temporadas o por estacionalidad de los cultivos agrícolas. Ya sea con permiso migratorio para trabajar o no, hay más casos de mujeres que dicen no tener seguro médico para atenderse en caso de enfermedad. Esta información es reforzada con la de otros proyectos que hemos llevado a cabo, en especial en el caso de mujeres que trabajan en actividades agrícolas. Entonces, las mujeres acuden a la automedicación y a las distintas farmacias (ya sea de medicamentos similares y a las de “la esquina” o de la colonia). Y tanto en 2009 como en 2020 las mujeres traen “pastillas” de Guatemala o las compran en la farmacia, para curarse gripes, calenturas y dolores de estómago.

Aureliana, de 33 años, con cinco hijos, trabajadora en una finca en labores del cultivo y cosecha de café, en entrevista en enero de 2021 mencionaba que no ha tenido servicio médico en las fincas de Chiapas donde ha trabajado. Si se llegara a enfermar, tendría que llamar a su papá para que viniera por ella y sus hijos. Ella se trae algunos medicamentos: “nosotros traemos pastillas de allá, para tener nosotros aquí y podamos tomar las pastillas o jarabes para infecciones o así”. Sandra, también entrevistada



en enero de 2021, y que se dedica a vender verduras que trae de Guatemala, pero que también ha trabajado en fincas, dice que sí ha contado con seguro y que sí ha recibido medicamentos, lo que no sucede cuando trabaja en algún rancho de un ejido. Ella también señala que en el hospital le cobran servicios si no es mexicana: “tuve un aborto por estar cortando el café, porque me apretaba la panza [...]. Entonces estuve hospitalizada aquí, en Tapachula, en donde por ser nosotros guatemaltecos nos cobran a nosotros la estancia en el hospital. Mi esposo fue a pagar 7000 pesos”. Aunque ese cobro fue de hace 16 años, ella sabe que aún se paga en el hospital debido a esa diferenciación por origen nacional de la persona.

Respuesta de mujeres en movilidad cotidiana

Las mujeres que se movilizan de forma cotidiana para trabajar en México se documentan fundamentalmente con la tarjeta de residencia regional. La mayoría son residentes de localidades fronterizas de Guatemala con México. Entre las mujeres que entrevistamos solo hubo una mujer que dijo ser atendida en el centro de salud y en el hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), porque ella estuvo trabajando en la casa de una persona que trabaja en el IMSS y le daban un pase. Las demás mujeres van a consulta con médico particular o bien acuden a las farmacias de similares y se auto-medican. Este tipo de movilidad fue afectada notoriamente por la pandemia, al no poder llegar a sus puestos de trabajo. Como ya lo mencionamos en la introducción, una proporción importante de estas mujeres trabaja por cuenta propia en el comercio.

Mujeres que dicen que no se enferman y no han requerido atención

En esta clasificación -que debe ser entendida para fines analíticos- están las mujeres que dicen que ni ellas ni su familia cercana se enferman en México ni han requerido algún tipo de atención. Esto quiere decir que excluye los casos de malestares cuando las mujeres están en Guatemala, ya sea antes de quedarse a vivir en México o en su circularidad como trabajadoras transfronterizas. Igualmente, es importante señalar que en las respuestas sin lugar a duda intervienen elementos subjetivos de cómo se construyen las representaciones sociales respecto a la salud-enfermedad, que aquí no analizamos. La señora Marina, por ejemplo, de 65 años, entrevistada en 2017, enfatiza que “como Dios es grande, pues él mira que uno no tiene nada. Y yo, por la gracia de Dios, no padezco de ir al doctor”. Sin embargo, su vida como mujer, trabajadora agrícola, migrante, campesina, durante muchos años sin documentación migratoria en México revela diferentes precariedades a lo que se suma la discriminación. Su expresión revela una fuerte resiliencia y distintas estrategias para poder seguir trabajando. Su salud pasa a un segundo plano. El tema de la salud bucal, por ejemplo, en absoluto es mencionado.

La atención del sector público

En los cuatro estados de la frontera sur de México se han emprendido acciones con el fin de cumplir con las obligaciones relativas al derecho a la salud para migrantes. Por ejemplo, se han hecho ferias de salud en algunas localidades urbanas. Sin embargo, hay problemas relacionados con el acceso, la disponibilidad y la asequibilidad a los servicios de salud y, por tanto, con el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para garantizar la realización de este derecho.



El derecho a la salud está establecido en la Constitución Política (artículo 3), en la Ley de Migración de 2011 (artículos 8 y 27) y en la Ley General de Salud (artículo 77), en las que la población migrante claramente está incluida. La extensión de la cobertura y el acceso universal al sistema público de salud implementado por el gobierno federal actual (2018-2020) puede ser considerado un avance, al establecerse que el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) se encargaría de garantizar ese derecho. Sin embargo, se reitera, hay problemas notables en el acceso a la salud. En una publicación en curso con Susann Hjorth, en la que analizamos entrevistas a personas migrantes y con reconocimiento de la condición de refugio, señalamos las dificultades para el acceso a los servicios de salud: “no están en el marco legal, sino en las mediaciones que establecen las instituciones, así como en los prejuicios, la discriminación, el racismo institucional y la exclusión que están fundamentadas en prácticas locales para la prestación de servicios públicos de salud” (Rojas & Hjorth, en prensa).

Conclusiones y recomendaciones de política pública

Si bien en México se han hecho esfuerzos para la protección al derecho a la salud, persiste una brecha enorme entre lo que se legisla, lo que se ejecuta y lo que se logra. En este artículo hemos buscado mostrar que en la frontera sur de México hay un trato diferenciado en el acceso a los servicios de salud de mujeres migrantes según su estatus migratorio. El análisis de las 85 entrevistas a mujeres guatemaltecas que viven y/o trabajan en México nos da una aproximación a esta diferenciación. El contraste mayor se observa entre las mujeres que ya están naturalizadas más las que tienen residencia con estatus regular en comparación con el resto, básicamente sin documento migratorio. En este último caso hay una mayor diversidad de situaciones con énfasis

en la búsqueda de atención en las farmacias, en la automedicación, en la atención de parteras y de otras personas, así como de buscar atención en Guatemala. Parir en el hospital general tiene un costo que varias mujeres no pueden sufragar, además de otros requisitos (como el contar con una acompañante y donar una unidad de sangre), razón por la cual van a Guatemala para el parto. Mujeres que vienen a trabajar por temporadas a las fincas o ejidos no tienen servicio médico, por lo que suelen recurrir a la automedicación. Son pocas las que dicen que sí han ido al centro de salud o a un médico particular. Las mujeres que vienen a trabajar diariamente buscan servicio médico particular o acuden a las farmacias, pero enfrentan la incertidumbre diaria de no poder contar con un documento que les autorice su trabajo en México.

Esta mayor diversidad en la atención da cuenta, por un lado, de las dificultades que tienen las mujeres para acudir al médico, pero también del despliegue de distintas estrategias para poder atenderse de algún modo, lo que puede surtir efecto para ciertos padecimientos pero no para otros. La atención a enfermedades crónicas, por ejemplo, suele ser postergada. La principal distinción entre acudir o no a los servicios públicos de salud es contar con seguro médico; además, que haya disponibilidad de un centro de salud y suministro de medicamentos gratuitos o a precios asequibles.

Varias mujeres entrevistadas expresaron haberse sentido discriminadas al buscar atención a la salud. El seguro popular marcó una diferencia notable entre ser atendidas o no serlo. Algunas mujeres, aunque tuvieran “la póliza” (como algunas refirieron), preferían ir al consultorio de la farmacia porque sabían que en el centro de salud no les iban a dar medicamentos. Para ese trámite les exigían tener documentación migratoria. Con el cambio de gobierno, el seguro popular llegó a su fin y se supone que la atención es universal, pero hay un fuerte desconocimiento de las mujeres



migrantes acerca del funcionamiento actual de la atención. Con la pandemia, el servicio de salud en algunas localidades se restringió. Durante esos meses de pandemia, los problemas de atención a la salud se acentuaron.

Desde nuestra consideración no podemos perder de vista la complejidad de la dinámica de la movilidad en la frontera sur, lo que implica no solo tomar en cuenta las distintas movilidades, sino también las situaciones en las que las mujeres no se pueden mover en la región, lo que incide en la realización de derechos.

Por más de veinte años se han hecho recomendaciones relacionadas con el acceso a la salud para mujeres migrantes en la frontera sur, pero en estricto sentido se podrían resumir en unas pocas recomendaciones: 1) facilitación para la regularización migratoria, 2) información clara, oportuna y expedita sobre el acceso a derechos, 3) promoción de una cultura de reconocimiento social de derechos, 3) supervisión o monitoreo de la ejecución de políticas públicas y 4) una enorme cuota de voluntad política para erradicar el racismo institucional y malas prácticas de ciertos servidores públicos, tanto a escala local como federal, que no contribuyen a la ejecución de acciones para la garantía de derechos.

Referencias bibliográficas

- Arango, J. (2007). Las migraciones internacionales en un mundo globalizado. *Vanguardia*, (22), 6-15.
- Arriola Vega, L.A. (2012). Migrantes centroamericanos en “transitoriedad”: hondureños en Tabasco, México. En M. L. Aragonés (Ed.), *Migración internacional. Algunos desafíos* (193-216). México, D.F.: Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- _____. (2016). Movilidad múltiple nacional e internacional de una población mexicano-guatemalteca. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XIV(2), 131-149.
- Basok, T., Bélanger, D., Rojas Wiesner, M. L., & Candiz, G. (2015). *Rethinking Transit Migration: Precarity, Mobility, and Self-making in Mexico*. Hampshire, UK: Palgrave Macmillan.
- Basok, T., & Rojas Wiesner, M. L. (2017). Precarious Legality: Regularizing Central American Migrants in Mexico. *Ethnic and Racial Studies*, 41(7), 1274-1293. doi: 10.1080/01419870.2017.1291983
- Bishop, Hywel (2012). The Politics of Care and Transnational Mobility (tesis doctoral), Cardiff University.
- Carling, J. (2002). Migration in the Age of Involuntary Immobility: Theoretical Reflections and Cape Verdean Experiences. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28(1), 5-42. doi:10.1080/13691830120103912
- CONAPRED (2018). *Prevención de prácticas de perfilamiento racial*. Guía para la acción pública. Ciudad de México: conapred.
- Edwards, A. (11 de julio 2016). ¿‘Refugiado’ o ‘Migrante’? ¿Cuál es el término correcto? *Noticias e historias*. ACNUR México. Recuperado de <https://www.acnur.org/noticias/noticia/2016/7/5b9008e74/refugiado-o-migrante-cual-es-el-termino-correcto.html>
- El Colegio de la Frontera Norte, Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, Consejo Nacional de



- Población, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Relaciones Exteriores, Secretaría de Bienestar (BIENESTAR) (s.f.). *Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México*. Recuperado de <http://www.colef.mx/emif>.
- Glick Schiller, N., & Salazar, N. (2013). Regimes of Mobility Across the Globe. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(2), 183-200.
- Hess, S. (2012). De-naturalising Transit Migration. Theory and Methods of an Ethnographic Regime Analysis. *Population, Space and Place*, (18), 428-440. doi: 10.1002/psp.632
- INEGI (2021). Censo de Población y Vivienda 2020.
- Mezzadra, S., & Neilson, B. (2012). Between Inclusion and Exclusion: On the Topology of Global Space and Borders. *Theory, Culture & Society*, 29(4/5), 58-75.
- Rigo, E. (2005). Citizenship at Europe's Borders: Some Reflections on the Post-colonial Condition of Europe in the Context of EU Enlargement. *Citizenship Studies*, 9(1), 3-22.
- Rojas Wiesner, M. L. (2017). Precariedades y vulnerabilidades en la migración. Notas para el análisis de la situación de mujeres centroamericanas en México. *Astrolabio. Revista Internacional de Filosofía*, (19), 218-230.
- Rojas Wiesner M.L., y Ángeles Cruz H. (2011). Migración femenina y derechos: la situación de las migrantes guatemaltecas en México. En: J. Martínez-Pizarro (Ed.). *Colección de ensayos sobre población y derechos humanos en América Latina* (221-249). Río de Janeiro, Brasil: Asociación Latinoamericana de Población y UNFPA.
- Rojas Wiesner M.L., & Hjorth, S. (en prensa). Suspended Lives of Central American Youth on the Southern Border of Mexico: Between Inclusion and Survival. En A: Vila & L. Meza. *The Multiple Borders to Reach the Nord. Young Migrants Claiming Their Place in the North American Migratory System*.



CAPÍTULO 2

ASPECTOS DE LA EXPLOTACIÓN LABORAL Y LA VIOLENCIA SEXUAL ENTRE MUJERES MIGRANTES EN LA FRONTERA MÉXICO-GUATEMALA

Argentina E. Servin,^a Teresita Rocha-Jiménez,^b Linda Salgin,^c Gudelia M. Range,^d
Annabella Narvarte,^a Kimberly C. Brouwera^{a1}

Resumen

La Organización Internacional del Trabajo estima que, a nivel mundial, 20.9 millones de personas han sido objeto de trata con fines de explotación laboral. El objetivo del presente trabajo es describir la naturaleza y tipos de explotación laboral que experimentan las mujeres migrantes centroamericanas (ca) que trabajan en el sector doméstico y agrícola en México. Para ello se realizaron entrevistas a profundidad con mujeres migrantes de Centroamérica (n = 35) que aseguraron trabajar en el sector agrícola o doméstico. Entre los resultados todas las mujeres reportaron haber experimentado alguna forma de explotación laboral o violencia sexual. Entre las conclusiones, se tiene que las mujeres migrantes de Centroamérica que trabajan en los sectores doméstico y agrícola en México son un grupo altamente vulnerable que experimenta explotación laboral y violencia sexual.

Palabras clave: *Explotación Laboral, Violencia Sexual, Mujeres Migrantes, México, Guatemala, Frontera.*

Introducción

Debido a las guerras civiles, las dificultades económicas y a la inestabilidad política, desde la década de los 80 se ha dado una migración muy importante de Centroamérica hacia México y Estados Unidos (EE. UU.) (García, 2006; Cruz, 2011). De manera alarmante, reportes recientes han indicado un aumento drástico en el número de personas desplazadas por la fuerza en la última década en los países que conforman el “Triángulo Norte”: El Salvador, Guatemala y Honduras. Este incremento en la migración de Centroamérica hacia México y Estados Unidos es complejo y ha ido en aumento debido a las crecientes tasas de violencia extrema, reclutamiento forzado de los grupos paramilitares y violaciones a los derechos humanos —principalmente perpetradas por grupos del crimen organizado internacional y por bandas criminales locales—, y sostiene y agrava tanto la trata de personas como la explotación laboral (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 2015). Si bien los peligros de la trata de personas y la explotación laboral

¹ ^aDivisión de Enfermedades Infecciosas y Salud Pública Global, Facultad de Medicina de la Universidad de California, San Diego (UCSD); ^bCentro de Investigaciones Sociedad y Salud, CISS, Universidad Mayor, Santiago, Chile; ^cGerente de Programa, San Ysidro Health, San Diego, CA; ^dComisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, Tijuana, Baja California, México.



son una realidad para muchas personas, las mujeres migrantes que buscan trabajo en ciudades mexicanas cercanas a la frontera con Guatemala se encuentran entre las que corren mayor peligro.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se estima que 25 millones de personas en todo el mundo han sido víctimas de trata para realizar trabajos forzados. De éstas, el 71 por ciento son mujeres (OIT y Walk Free Foundation, 2017). Estos niveles desproporcionados de trata y trabajo forzado que sufren las mujeres son en verdad preocupantes. Las mujeres migrantes indígenas son una población excepcionalmente vulnerable, debido a que enfrentan varios peligros al migrar, entre ellos abuso, extorsión y violaciones por parte de coyotes y funcionarios gubernamentales (López y Hastings, 2015). Como un acto de reconocimiento de estas vulnerabilidades entre las migrantes, el 18 de diciembre de 2015 la Procuraduría General de la República creó la Unidad de Investigación de Delitos a Migrantes y el Mecanismo de Apoyo Exterior Mexicano de Búsqueda e Investigación. Esta unidad se encarga de investigar los delitos federales cometidos contra migrantes. Sin embargo, la falta de recursos y las estrategias deficientes aplicadas en las investigaciones llevadas a cabo han ocasionado que los niveles de criminalidad se mantengan altos.

Aunque muchos estudios han considerado los resultados de salud de las migrantes del Triángulo Norte, pocas investigaciones han evaluado el riesgo y la prevalencia de la violencia sexual en el contexto de la explotación laboral y los subsecuentes resultados de salud entre las mujeres migrantes centroamericanas en esta región. Así, este estudio tiene como objetivo explorar la naturaleza y los tipos de explotación laboral que experimentan las mujeres migrantes centroamericanas que trabajan en los sectores agrícola y doméstico en la frontera México-Guatemala.

Antecedentes

Guatemala tiene una de las poblaciones más grandes de desplazados internos en América Latina (estimada en 248 500 en 2014), en gran parte debido a la violencia asociada con el narcotráfico (Centro de Monitoreo de Desplazamiento Interno, 2015). Tecún Umán y Quetzaltenango son lugares estratégicos en el principal corredor de migración en Guatemala y juegan un papel clave en los patrones de migración interna, transfronteriza y transcontinental (Campos-Delgado y Odgers-Ortiz, 2012; OIM, 2012). Tecún Umán está ubicada en el paso fronterizo entre México y Guatemala. Caracterizada por el intercambio frecuente e intenso de bienes y similar flujo de personas, en 2013 representó aproximadamente el 40 por ciento de las entradas registradas anuales de personas de Guatemala a México (EL COLEF *et al.*, 2013). Tecún Umán es una ciudad del municipio de Ayutla (Pob.: 38 057), ubicada en el departamento de San Marcos (Pob.: 1 044 667) (INE, 2012a). Los migrantes centroamericanos e internos con frecuencia utilizan esta ciudad como acceso a México y a Estados Unidos: se estima que los migrantes transnacionales comprenden al menos 50 por ciento de la población de Tecún Umán (Campos-Delgado y Odgers-Ortiz, 2012; Villafuerte-Solís, 2007). Debido a la posición geográfica de Tecún Umán como puerta de entrada a México, el tipo de población que transita por la comunidad incluye grupos relacionados con el comercio transfronterizo (conductores de camiones, empresarios que comercian productos en México, etcétera), así como con el sector agrícola mexicano (trabajadores agrícolas ambulantes, por ejemplo) (Leyva *et al.*, 2004). Quetzaltenango, capital del Departamento de Quetzaltenango (Pob.: 807 561), es la segunda ciudad más grande de Guatemala y se encuentra aproximadamente a 2000 kilómetros de la frontera (INE, 2012b). Como ciudad relativamente próspera y como destino turístico, atrae grandes flujos de migrantes internos e internacionales. Se ha señalado



que Quetzaltenango es un destino clave para las trabajadoras sexuales migrantes en gran parte debido a su prosperidad económica y a su ubicación en una importante ruta de tránsito hacia el norte (Morales-Miranda *et al.*, 2013; Morales-Miranda, Hernández y Caal, 2010). Este estudio se llevó a cabo en ciudades que son parte de las principales rutas migratorias: Ciudad Hidalgo y Tapachula en México, Quetzaltenango y Tecún Umán en Guatemala (véase figura 1).

Metodología

Recopilación de datos

Entre abril de 2015 y septiembre de 2016 se reclutaron 392 participantes de poblaciones a lo largo de la frontera entre México y Guatemala como parte de un estudio transeccional financiado por el Instituto Nacional de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) Cruzando Fronteras (NIDA r01da029899; pi: Brouwer), cuyo objetivo fue analizar el uso de sustancias y el riesgo de contagio del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en migrantes. A partir de este marco muestral, se identificaron trabajadoras domésticas y agrícolas migrantes de El Salvador, Guatemala y Honduras, a quienes se invitó a participar en entrevistas cualitativas ($n = 35$). Este estudio se centra en los resultados de estas entrevistas. Los sitios de reclutamiento se ubicaron a lo largo de las principales rutas migratorias en y cerca de las ciudades de Ciudad Hidalgo y Tapachula en México, así como en Quetzaltenango y Tecún Umán y sus alrededores en Guatemala (véase figura 1). La contratación de trabajadoras domésticas se realizó de acuerdo con las dos principales temporadas migratorias, la primera durante la temporada de verano guatemalteca (de septiembre a diciembre) y la segunda después del flujo migratorio permanente de trabajadoras domésticas mayores y más experimentadas que habitualmente regresan durante todo el año. Para los trabajadores agrícolas, se seleccionaron individuos de ejidos (tierras

compartidas) de poblaciones más pequeñas que van desde 10 a 50 trabajadores y de fincas más grandes pobladas con más de 500 trabajadores. El reclutamiento de trabajadoras dependió de la temporada de cosecha, al mismo tiempo que se tomó en cuenta la movilidad de las fincas. Las trabajadoras a menudo migraban de acuerdo a los periodos de cosecha.

El propósito de este estudio, su naturaleza voluntaria y los riesgos y beneficios de participar fueron explicados oportunamente y se obtuvo consentimiento. Las entrevistas fueron realizadas en español por personal femenino local capacitado y familiarizado con el trabajo doméstico y agrícola. Los documentos fueron grabados en audio (usando solo un número de identificación único) y duraron aproximadamente entre 45 y 60 minutos. Con base en las directrices éticas y de seguridad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para realizar investigaciones con mujeres víctimas de trata, las entrevistas siguieron lineamientos abiertos, revisados reiteradamente a medida que avanzaban la recopilación y el análisis de datos. Dada la naturaleza delicada de las entrevistas, se puso especial énfasis en garantizar que las participantes se sintieran cómodas en el proceso de investigación antes, durante y después de las entrevistas a profundidad.

Criterios de elegibilidad

Tener 18 años o más, de sexo femenino biológicamente, ser migrante internacional, haber trabajado en el sector doméstico o agrícola en México en ≤ 5 años, ser capaz de dar consentimiento voluntario e informado, aceptar recibir tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH.

El estudio fue aprobado por las Juntas de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) de la Universidad de California, San Diego, el Instituto de Salud del Estado de Chiapas y la Universidad del Valle en Guatemala.



Figura 1.
Las entrevistas se realizaron en cuatro ciudades ubicadas en la frontera México - Guatemala (Tapachula, Chiapas y Quetzaltenango, Guatemala; Ciudad Hidalgo, Chiapas y Tecún-Umán, Guatemala)



* Millas.

Autores del mapa: Erin Conners Service Layer. Créditos: gdam.org, ESRI, DELORME, GEBCO, NOAA, HGDC, HERE, colaboradores de OpenStreetMap y la comunidad de usuarios de GIS.

Resultados

Análisis de datos

Todas las entrevistas fueron transcritas textualmente y traducidas por un integrante capacitado del equipo de investigación bilingüe. Los coautores revisaron sistemáticamente las transcripciones y se encargaron de codificar línea por línea. Asimismo, se desarrolló un libro de códigos al cual se añadieron códigos descriptivos basados en preguntas hechas en las entrevistas y en códigos temáticos que surgieron a partir de las cronologías de vida de los participantes. Las transcripciones se codificaron en ALTAS.TI versión 6.2 y se etiquetaron temas relacionados con explotación laboral, violencia sexual en el contexto de la explotación laboral, conductas de riesgo respecto el contagio de VIH/ETS, factores de vul-

nerabilidad relacionados con las circunstancias sociales y económicas previas, así como acceso a servicios de salud y asistencia legal. Se utilizó el método de comparación constante para describir el contenido y la estructura de los datos. El análisis adoptó una perspectiva inductiva en la que utilizamos el lenguaje y las experiencias de las participantes para identificar y comprender los factores que ocasionan vulnerabilidad y las situaciones que llevan a la explotación laboral y a la violencia sexual. Es importante tomar en cuenta que los nombres de los participantes se han cambiado para respetar su confidencialidad.

Características de los participantes

Entre las 35 mujeres migrantes la edad promedio fue 32 años. El nivel promedio de educación fue de seis años (es decir, elemental). El país de



origen predominante fue Guatemala con 60 por ciento (n = 21), mientras que 54 por ciento (n = 19) se identificó como integrantes de un grupo indígena. El 74 por ciento de las participantes (n = 26) pertenecía al sector doméstico, 17 por ciento (n = 6) al sector agrícola y 9 por ciento (n = 3) a ambos sectores (véase cuadro 1). La mayoría de las trabajadoras del hogar son guatemaltecas y de los grupos indígenas K'iche' y Mam. Son originarias principalmente de Huehuetenango y San Marcos, con menor número de Quetzaltenango (Xela). Históricamente, las niñas y mujeres guatemaltecas han trabajado como trabajadoras domésticas (DWS, por sus siglas en inglés) en la

región de Tapachula. Tapachula es su principal destino porque es la ciudad más grande cercana a la frontera. En comparación, la mayoría de las trabajadoras agrícolas (AWS, por sus siglas en inglés) son de los departamentos (estados) guatemaltecos de San Marcos, Quetzaltenango y Huehuetenango, todos cercanos a la frontera con México. La migración agrícola ocurre con mayor frecuencia en grandes grupos de familias previamente organizadas que proporcionan redes de apoyo posteriores a la migración. Por lo general, han establecido dónde trabajar antes de migrar y regresan voluntariamente a los mismos campos cada año.

Cuadro 1.

Características de mujeres migrantes centroamericanas (N=35) trabajando en el sector agrícola y doméstico en la región fronteriza México - Guatemala

Variable	N=35 (100%)
Edad [mediana, IQR]	32 [25-40]
Educación	
Seis años de educación o menos (v.gr., escuela primaria)	25 (71)
Situación conyugal	
Casada / Ley común ^a	5 (14)
País de origen	
Guatemala	21 (60)
Honduras	10 (29)
El Salvador	4 (11)
Nicaragua	--
Pertenencia étnica	19 (54)
Actualmente migrante sin documentos	33 (94)
Tipo de trabajo	26 (74)
Trabajo doméstico	6 (17)
Trabajo agrícola	3 (9)
Ambos sectores	
ETS	
VIH	2(6)
Sifilis	1(3)

^a vs. soltera, divorciada, separada, viuda.



Contratación y condiciones laborales

Tanto las trabajadoras domésticas como las trabajadoras agrícolas reportaron condiciones laborales muy precarias y mencionaron haber sufrido diferentes formas de explotación. Las trabajadoras del hogar conviven íntimamente con sus empleadores porque viven en las casas donde trabajan. Debido a que no existe un contrato escrito cuando son contratadas, informaron que trabajan turnos prolongados sin compensación ni acuerdos previos. También son despedidas sin previo aviso o compensación por su trabajo, como lo atestigua la experiencia de Flor y de Elisa:

“Donde antes trabajaba nunca me pagaban horas extra, a veces tenía que trabajar desde las seis de la mañana hasta la medianoche. La señora para la que trabajaba tenía muy mal genio, así que tenía miedo de quejarme o decir algo “. [Flor, 25 años, entrevistada en Tapachula]

“La señora me acusó de robar, me dijo: ‘me robas porque quieres irte’. Y le dije: ‘sí, es verdad [quiero irme], pero no tengo por qué robarle [...]’. Esa señora me debía como un mes [de paga] y todo el tiempo me decía que no tenía dinero [...]. Un día, en medio de una discusión [sobre mi sueldo], la señora se dio la vuelta, entró a la habitación donde yo dormía, agarró mis pertenencias y las tiró a la calle. No me pagó ni un peso y me quitó la cartera”.

[Elisa, 26 años, entrevistada en Ciudad Hidalgo]

De manera similar, las mujeres que trabajan en el sector laboral agrícola viven en las fincas (granjas) donde también se alimentan durante la temporada. Todas las familias viven en la misma habitación, llamada gallera (gallinero), hombres y mujeres en un mismo espacio. La

comida muchas veces se sirve podrida en una o dos raciones diarias. Además, el empleador descuenta la comida del salario, así como el uso de cualquier otro artículo del hogar (por ejemplo, artículos sanitarios). Asimismo, no tienen contrato escrito y trabajan jornadas largas; se les paga por actividad o por cantidad de producto que cultivan (peso). Estas mujeres también denunciaron haber sido contratadas por un “contratista” que recluta a personas en la Puerta Roja (El Carmen, Talismán) o en las comunidades. El contratista solicita un permiso de visitante (es decir, un formulario migratorio de trabajadores, FMTE) a su nombre. Sin embargo, existen métodos de reclutamiento engañosos, como explica Mariana:

“Vinimos a trabajar con él [el contratista] y cuando llegamos a la finca no queríamos quedarnos porque la finca no era lo que él había prometido. Estaba en pésimas condiciones y tuvimos que dormir en una casa abandonada sin agua ni luz. No teníamos lugar para comer, no podíamos bañarnos ni lavar ropa [...]. Desde que llegamos ya queríamos regresar, pero no teníamos dinero, él pagó nuestro boleto de autobús y todo [...]. Nos arrepentimos de nuestra decisión, pero no teníamos forma de volver. Nos engañó y nos mintió “. [Mariana, 29 años, entrevistada en Tapachula]

Experiencias de abuso, acoso sexual y violencia sexual

Muchas de las mujeres del sector doméstico y agrícola informaron haber sufrido acoso sexual y violencia sexual. Las trabajadoras domésticas denunciaron que algunos empleadores abusan sexualmente de ellas y se aprovechan de su situación migratoria, amenazando con informar a las autoridades o a la policía si los denunciaban. Las trabajadoras agrícolas también reportaron experiencias similares en las que los intermediarios acosan o abusan sexualmente de niñas



y trabajadoras y amenazan con no contratarlas nuevamente el año siguiente si no se someten a sus deseos. El hecho de que compartan el mismo espacio para dormir (en las galleras) facilita este tipo de abusos nocturnos.

“Una vez me castigaron [me mandaron a casa] porque el gerente tenía malas intenciones conmigo. Quería que tuviera sexo con él y yo me negué. Por eso me castigó y me envió a casa [no me dejó trabajar]. Le dije a mi mamá y ella me dijo que no volviera a trabajar ahí “. [Lupita, 25 años, entrevistada en Tapachula]

“Me despidieron del trabajo porque no acepté sus condiciones, no quería hacerle ningún favor sexual al anciano [gerente]. Me despidieron sin previo aviso y no me pagaron lo que ya había trabajado”. [Carolina, 32 años, entrevistada en Ciudad Caballero]

Otras mujeres compartieron sus experiencias de haber sufrido o haber presenciado abuso verbal y/o físico y discriminación por parte de su empleador por pertenecer a un grupo indígena.

“La niña que trabajaba conmigo, la trataban muy mal. Decían que les robaba y se burlaban de cómo vestía y de su lengua [indígena]. Tampoco le pagaban a tiempo [...]. Y las hijas de la persona para la que trabajábamos nos maltrataban todo el tiempo, nos insultaban verbalmente y nos tiraban cosas o intencionalmente desordenaban todo para que lo recogiéramos”. [Claudia, 29 años, entrevistada en Quetzaltenango]

El hecho de que esta trabajadora haya sido discriminada por usar su lengua materna apunta a una realidad xenofóbica vinculada al uso de la condición de trabajadoras del hogar extranjeras como medio de manipulación por parte de los empleadores. Esto también

demuestra que la discriminación contra las trabajadoras migrantes conduce a casos de abuso de diversa índole y que existen pocas oportunidades para las trabajadoras domésticas debido a su situación ilegal.

Discusión

Los resultados de este estudio indican que las experiencias de explotación laboral y acoso y violencia sexual fueron comunes en esta muestra de mujeres migrantes centroamericanas que trabajan tanto en el sector agrícola como en el doméstico en la región fronteriza México-Guatemala. Las implicaciones de estos resultados se analizan a continuación.

Las mujeres migrantes centroamericanas que trabajan en el sector doméstico y agrícola en México tienen un perfil de alta vulnerabilidad. Huyen de la pobreza y el conflicto que conllevan bajos niveles de alfabetización y de la falta de apoyo y recursos sociales que las dejan a merced de la explotación laboral y la violencia sexual. Además, la apremiante necesidad de encontrar cualquier tipo de trabajo, además de las experiencias de discriminación por ser indígena y mujer, exacerbaban aún más los riesgos que corren. Asimismo, los procesos de reclutamiento informal que reportaron, tanto en el sector agrícola como en el doméstico, acentúan las brechas sistémicas en cuanto a empleo y acceso a derechos. A pesar de las políticas públicas orientadas a la protección de los derechos humanos de las mujeres migrantes (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer), las brechas sistémicas concernientes a la aplicación del marco legal en México representan un obstáculo para garantizar los derechos de las mujeres migrantes centroamericanas durante el proceso de reclutamiento y contratación. De acuerdo con un informe de 2017 sobre migrantes en México, no se cuenta con recursos financieros y personales y tampoco existen estrategias claras para



investigar los delitos contra migrantes (Suárez, Díaz, Knippen y Meyer, 2017). Para cumplir más cabalmente con el marco legal, México debe adoptar un enfoque de género en el diseño e implementación de políticas públicas para apoyar la salud y el bienestar de las trabajadoras migrantes centroamericanas.

Además, mientras el trabajo doméstico no esté incluido en el FMTF, no se considerarán trabajadoras legales en México. Como resultado, las agencias gubernamentales, cuya responsabilidad es hacer cumplir las normas laborales y garantizar estándares mínimos en la contratación y el lugar de trabajo de las trabajadoras migrantes, no están autorizadas para regular el trabajo doméstico. Por lo tanto, los empleadores pueden explotar a estas mujeres sin consecuencia alguna.

De los casos que se han denunciado, las autoridades locales indicaron que nunca han tenido un caso procesado con éxito. Estados fronterizos como Chiapas y Oaxaca continúan con altos niveles de impunidad por delitos contra migrantes en México (Suárez, Díaz, Knippen y Meyer, 2017).

Aunque nuestros resultados ofrecen información sobre las experiencias de explotación laboral y violencia sexual reportadas por mujeres migrantes centroamericanas, este estudio cualitativo tiene limitaciones implícitas: el hecho de que sea un análisis cualitativo limitado y la falta de generalizabilidad con relación a otros grupos migrantes o regiones. Como esta muestra no usó un grupo de control, no podemos comparar experiencias con mujeres en el lado mexicano de la frontera. Debido a la naturaleza compleja de este fenómeno, la explotación laboral, la violencia sexual y la situación migratoria podrían estar subestimándose. Si bien se necesitan más estudios para comprender las experiencias que han vivido estas mujeres, los resultados del análisis confirman que las mujeres migrantes centroamericanas que trabajan en los sectores doméstico y agrícola en

México son altamente vulnerables. Nuestro trabajo apunta hacia una necesidad urgente de desarrollar estrategias de prevención con perspectiva de género a largo plazo, como colaborar con los intermediarios laborales y las redes de migrantes involucradas en los procesos de contratación, así como tomar en cuenta factores estructurales y políticas vigentes con el objetivo de prevenir la violencia y el abuso sexuales.

Conclusiones

Las historias de las trabajadoras domésticas y agrícolas centroamericanas entrevistadas para este estudio revelan condiciones de trabajo lamentables y faltas a los derechos humanos fundamentales en los hogares y en el campo en la región fronteriza México-Guatemala. Tanto las trabajadoras domésticas como las agrícolas han sido un grupo históricamente discriminado y excluido en la región y a nivel mundial. Su situación migratoria, etnia, situación económica y género las hace más vulnerables y visibles. Organizaciones internacionales como la Organización Mundial del Trabajo (OIT), las Naciones Unidas (ONU), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa (OSCE) y la Confederación Sindical Internacional (CSI) han abogado en los últimos años por establecer condiciones de trabajo dignas para las trabajadoras domésticas y agrícolas a escala global. En los últimos años se realizaron cambios en la Ley Federal del Trabajo y en la Ley de Migración en México que pretenden reconocer a las trabajadoras del hogar y a las trabajadoras migrantes. Sin embargo, la aplicación de la ley no es efectiva y actualmente la mayoría de estas mujeres aún no tiene beneficios legales, contratos por escrito, condiciones de trabajo seguras o seguro médico. Además, su salario es bajo (es decir, la mayoría de las veces está por debajo del salario mínimo nacional). También es muy difícil para las mujeres migrantes llevar



a cabo el papeleo de inmigración. Destacamos aquí la necesidad de simplificar y agilizar los servicios de inmigración y consulares para mujeres migrantes, así como la importancia de la aplicación efectiva de la ley para proteger los derechos de las mujeres migrantes que trabajan en el sector agrícola y doméstico en esta región. Además, nuestros resultados sugieren

una necesidad urgente de desarrollar estrategias de prevención con perspectiva de género a largo plazo, como colaborar con los intermediarios laborales y con las redes de migrantes involucradas en los procesos de contratación, así como tomar en cuenta factores estructurales y políticas vigentes con el objetivo de prevenir la violencia y el abuso sexuales.

Referencias bibliográficas

- Campos-Delgado, A. y Odgers-Ortiz, O. (2012). Cruzando la frontera: La movilidad como recurso en las regiones de Tijuana/San Diego y Tecún Umán/Tapachula. *Estudios Fronterizos*, 13(26), 9–32. <https://doi.org/10.21670/ref.2012.26.a01>
- Centro de Monitoreo del Desplazamiento Interno. (2015). Panorama mundial 2015 personas desplazadas internamente por el conflicto y la violencia. Ginebra, Suiza: Observatorio de los Desplazamientos Internos. Recuperado de <https://www.internal-displacement.org/sites/default/files/publications/documents/20150506-global-overview-2015-en.pdf>.
- Cruz, J. M. (2011). Violencia criminal y democratización en Centroamérica: La supervivencia del Estado violento. *Política y Sociedad Latinoamericana*, 53(4): 1-33. <https://doi.org/10.1111/j.1548-2456.2011.00132.x>
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [CEDAW]. Recuperado de <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf>
- El Colegio de la Frontera Norte, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Consejo Nacional de Población, Unidad de Política Migratoria, y Secretaría de Relaciones Exteriores. (2013). Encuesta sobre migración en la frontera sur de México. Informe anual de resultados 2013 México, Distrito Federal: colef. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2403/1/images/EMIF-NORTE-v13.pdf>.
- García, M. C. (2006). Buscando refugio: la migración centroamericana a México, Estados Unidos y Canadá. University of California Press.
- Instituto Nacional de Estadística. [INE] (2012a). Caracterización departamental de San Marcos 2012. Ciudad Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.
- _____ (2012b). Caracterización departamental de Quetzaltenango 2012. Ciudad Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.
- Leyva, R., Dreser, A., Silvia, M.C., Hernández-Rosete, D., & Bronfman, M. (2004). Guatemala, Tecún Umán. En Bronfman M., Leyva R., Negroni, M. (eds.), *Movilidad poblacional y vih/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica* (pp. 175-212). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- López, E. y M. Hastings (2015). Overlooked and Unprotected: Central American Indigenous Migrant Women in Mexico. *New York University Journal of International Law & Politics*, 48: 1105. Recuperado de https://nyujilp.org/wp-content/uploads/2010/06/NYU_JILP_48_4_Lopez_Hastings.pdf



- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala. (2012). Reglamento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala.
- Morales-Miranda, S., Álvarez-Rodríguez, B. E., Arambú, N., Aguilar-Martínez, J. M., Zevallos B. H., Figueroa, W. y Castillo, A. (2013). *Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia del VIH e ITS, en poblaciones vulnerables y poblaciones clave*. Ciudad de Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala, MSPAS, HIVOS. Recuperado de <https://mcr-comisca.org/actividades-regionales/febrero-2014-curso-de-malaria/encuestas-de-vigilancia-de-comportamiento-evc/83-encuesta-centroamerica-de-vigilancia-de-comportamiento-sexual-y-prevalencia-del-vih-its-en-poblaciones-vulnerables-y-en-poblaciones-claves-ecvc-capitulo-guatemala-2012-2013/file>
- Morales-Miranda, S., Hernández, B., y Caal, M. (2010). *Estimación del tamaño de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH: Hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales en seis ciudades de Guatemala*. Ciudad de Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, USAID, The Global Fund, Visión Mundial, UNFPA, Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD20076.pdf>.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT] y Walk Free Foundation (2017). Estimaciones mundiales de la esclavitud moderna: Trabajo forzoso y matrimonio forzoso. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_575479.pdf.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2012). Perfil migratorio de Guatemala. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Organización Internacional para las Migraciones. Recuperado de https://publications.iom.int/system/files/pdf/mpguatemala_11july2013.pdf.
- Sistema de la Integración Centroamericana. (2005). *Acuerdo regional de procedimientos migratorios CA4 Tegucigalpa: Sistema de la Integración Centroamericana*. Recuperado de <https://reddhmigrantes.files.wordpress.com/2014/06/acuerdo-regional-ca4.pdf>.
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR] (2015). Women on the run: First-hand accounts of refugees fleeing El Salvador, Guatemala, Honduras, and Mexico. Geneva, Switzerland: UNHCR. Recuperado de <https://www.unhcr.org/en-us/publications/operations/5630f24c6/women-run.html>.
- Villafuerte-Solís, D. (2007). The Southern border of Mexico in the age of globalization. In Brunet-Jailly E (ed.), *Borderlands: Comparing border security in North America and Europe* (pp. 311–349). Ottawa: University of Ottawa Press.



CAPÍTULO 3

MIGRANTES EN MÉXICO DIAGNOSTICADOS CON COVID-19

Fernando Neira Orjuela¹

Resumen

El artículo tiene por objetivo hacer una comparación de los niveles de contagio de la COVID-19 entre la población de migrantes y los mexicanos registrados en las unidades médicas del territorio nacional. Se realizó un análisis descriptivo con información del periodo comprendido entre el 1 de enero de 2020 y el 22 de marzo de 2021. Los resultados muestran que hubo mayor contagio en hombres, así como una concentración de casos en el rango etario de adultos entre 35 y 59 años. Sobresale la presencia de población venezolana, estadounidense y colombiana, así como una mayor mortalidad asociada con enfermedades como hipertensión, obesidad y diabetes.

Palabras clave: *migrantes, mexicanos, características epidemiológicas, México, COVID-19, SARS-CoV-2.*

Introducción

En la región latinoamericana México se ha caracterizado por su rol estratégico en el tema migratorio debido a su privilegiada posición geográfica, que lo convierte en un país de origen, tránsito, destino y de retorno (Canales y Meza, 2018). Su importancia deriva que es un

contexto de migración constante de personas de diferentes partes del mundo y distintas condiciones cuyos flujos crecen día con día.

En la actualidad, con la pandemia de la COVID-19 la población de todos los países se encuentra en una situación de vulnerabilidad; particularmente la población migrante, que en algunos casos por sus condiciones de alojamiento, alimentación y difícil acceso a servicios de salud, entre otros aspectos, la vuelve un grupo con alto riesgo (Ramírez y Lozano, 2021). Otros factores que inciden en el caso particular de México están relacionados con la fragilidad del sistema de salud y la existencia de amplios sectores de población y regiones con grandes carencias (Chertorivski y otros, 2020). Por otro lado, bajo las actuales restricciones de viaje y control de fronteras, esta población se encuentra varada en diversas localidades del país, especialmente en la frontera norte.

El mundo supo de la COVID-19 a fines de 2019, cuando se detectó un grupo de pacientes con neumonía de etiología desconocida en Wuhan, China (Ren y otros, 2020). El primer caso fuera de China se dio el 13 de enero. Dos semanas después, varios países europeos informarían ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) el surgimiento de nuevos contagios (Haitao y otros, 2020). Luego se extendería rápidamente por todo el mundo.

¹ Investigador del Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe de la UNAM.



En México se detectaron los primeros casos importados el 28 de febrero de 2020, y para el 24 de marzo ya se informó la transmisión local (Giannouchos y otros, 2020). Al corte del 22 de marzo de 2021 se habían registrado 5 millones 889 mil 318 casos y 198 mil 239 defunciones (Secretaría de Salud, 2020). Planteado el panorama, la pregunta de investigación que guía este trabajo es: ¿Existen diferencias en los niveles de contagio de la COVID-19 entre la población de migrantes y los nacionales mexicanos?

Por lo tanto, el presente artículo tiene por objetivo hacer una comparación de los niveles de contagio de la COVID-19 entre la población de migrantes y los mexicanos registrados en las unidades médicas del país entre el 1 de enero de 2020 y el 22 de marzo de 2021. Para su presentación, el texto se divide en cuatro partes: en la primera se presentan algunos antecedentes de la dinámica migratoria, en la segunda se describe la metodología empleada, en la tercera se muestran los principales resultados y en la última se plantean las discusiones y conclusiones.

Antecedentes

En las últimas décadas la migración ha tenido como constante los flujos en dirección sur/norte desde países con menos condiciones económicas hacia los que están más desarrollados. En esta migración sobresalen los países latinoamericanos, que tienen como principal destino los Estados Unidos y en donde México es un corredor obligado.

La situación de riesgo y vulnerabilidad para las personas en contexto de movilidad que transitan este corredor se ha magnificado exponencialmente en los últimos tres años, debido a la firma de acuerdos migratorios que incluyen medidas restrictivas, de securitización y cierre fronterizo que incrementan la inseguridad de las personas migrantes en México al incentivar la clandestinidad y la búsqueda de rutas alternativas más inseguras (Delgadillo y otros, 2020).

Esto, sumado al contexto heterogéneo de las migraciones sur/sur y al factor de desarrollo económico y social, se convierte en un potencial eje de inequidad/desigualdad en salud (Murillo y Agudelo, 2019:693).

Existe consenso en la comunidad internacional sobre el reconocimiento de la migración desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud como un proceso dinámico y cambiante que va más allá de la variable biológica e incluye cambios en el estilo de vida, las condiciones del medio social y comunitario, lo socioeconómico, lo político y estructural, así como lo ambiental. Estos cambios, que implican dificultades para integrarse a nuevos estilos de vida y ambientes, generan también mayores vulnerabilidades y riesgos para la salud de las personas migrantes, sus familias y las comunidades que les reciben (Van der Laet, 2017, 32). En esta medida, para el presente trabajo el marco teórico referencial lo constituye los determinantes sociales de la salud, que es una de las piezas claves en el actual abordaje de la OMS respecto de la salud de los migrantes. Así, el panorama incluye a las vulnerabilidades y resiliencias que surgen de los determinantes sociales a lo largo de todo el ciclo migratorio (origen, tránsito, destino y retorno) (Piñones-Rivera y otros, 2021). En ese sentido, el referente teórico desde el cual se realiza el presente trabajo son los determinantes sociales de la salud.

Hay que tener presente el perfil que caracteriza a los migrantes que pasan por territorio mexicano en su destino a los Estados Unidos: gente joven y saludable. Sin embargo, lejos de su contexto cultural, familiar y comunitario, y en ocasiones debido a las condiciones impuestas desde las comunidades de destino, las personas migrantes suelen cambiar su comportamiento y adoptar nuevas prácticas. Por ejemplo, asumen nuevos riesgos para su salud sexual y reproductiva, pueden ser más vulnerables al alcoholismo y uso de drogas, sufren cambios alimentarios y se ven obligados a permanecer en espacios



sin condiciones adecuadas de saneamiento y agua potable, entre otros. Aunado a esto, encontramos el limitado acceso a servicios de salud básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas que aumentan la vulnerabilidad para esta población (Van der Laet, 2017, 32).

Con el surgimiento de la pandemia de la COVID-19, la OMS ha hecho varios comunicados enfatizando que “toda población en movilidad durante un contexto de pandemia es un grupo vulnerable por presentar mayores posibilidades de contraer el virus debido a la exposición a las infecciones, la falta de acceso a la atención sanitaria, la interrupción de la atención y las malas condiciones de vida durante el proceso de migración” (OMS, 2019). De ahí la necesidad de conocer la situación que presentan los migrantes radicados o en tránsito por el territorio mexicano en el momento de la pandemia de la COVID-19 para determinar las afectaciones que tuvo para ellos respecto del resto de la población nacional.

Metodología y fuentes de información

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y comparativo a partir de los casos de COVID-19 confirmados por laboratorio reportados por la Secretaría de Salud de México a través de la base de datos COVID-19 anonimizada y de acceso abierto publicada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias (Secretaría de Salud, 2020). La Secretaría de Salud de México notifica los casos confirmados de laboratorio a través de dos canales de información: el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias (SISVER) y el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). El SISVER incluye una muestra de 475 unidades de salud de una amplia gama de proveedores públicos y privados de atención primaria y hospitalaria en todos los estados del

país, que reportan diez por ciento de los casos ambulatorios y 100 por ciento de los casos graves hospitalizados y defunciones con sospecha de enfermedad respiratoria viral. La información es capturada por médicos con base en formatos de estudios epidemiológicos e incluye información del paciente, diagnóstico sospechoso y comorbilidades. El SINAVE incluye todas las unidades de salud públicas y privadas que cubren todas las enfermedades de notificación obligatoria (Secretaría de Salud, 2021b).

Un total de 2 millones 060 mil 381 casos confirmados por laboratorio se notificaron en la base de datos de la Secretaría de Salud de México hasta el 22 de marzo de 2021. De los cuales, 2 millones 059 mil 112 casos corresponden a nacionales y 1 mil 269 a migrantes.

El procedimiento para el análisis comparativo de los datos entre migrantes y nacionales mexicanos se hizo desde cuatro componentes. En primer lugar, el de las características sociodemográficas, que incluyeron las variables edad, sexo y país de nacionalidad. En segundo, el relacionado con el manejo de la atención clínica que se describió mediante la variable el tipo de paciente (que describe si el paciente fue ambulatorio u hospitalizado), así como el acceso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la intubación endotraqueal. El tercero, sobre las características de salud, que incluyó las variables relacionadas con la presencia de enfermedades como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, inmunosupresión, hipertensión, obesidad, cardiopatía, neumonía, enfermedad renal crónica, tabaquismo y otras complicaciones. Por último, el componente de las características asociadas a la mortalidad y el número de enfermedades presentes en ambas poblaciones.

Para la comparación entre migrantes y mexicanos se calculó la distribución porcentual para las variables de cada uno de los cuatro componentes.



Resultados

Características sociodemográficas

Al comparar las características sociodemográficas de los migrantes y los mexicanos respecto al sexo y la edad de los casos de la COVID-19, se encontró en migrantes que 56.1 por ciento fueron del sexo masculino frente a 43.8 por ciento del sexo femenino. En los mexicanos hay un mayor porcentaje de contagios en hombres (50.2%) respecto a las mujeres (49.8%).

En la comparación entre mujeres mexicanas y migrantes por rango de edad se observó que el número máximo de contagios en mujeres mexicanas se dio en el rango etario de los 35 a los 59 años, mientras que en las mujeres migrantes fue entre los 20 y 34 años. En relación a los hombres, se observó que el número máximo de contagios en migrantes y mexicanos ocurrió en el rango de los 35 a los 59 años. En lo general, la mayor concentración de contagios en las dos poblaciones estudiadas fue en adultos de entre 35 y 59 años.

Cuadro 1.
Principales nacionalidades de los migrantes con la COVID-19 en México

Principales nacionalidades	Niños (0-14 años)				Adolescentes (15-19 años)				Jóvenes (20-34 años)			
	Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Venezuela	3	(0.24)	2	(0.16)	1	(0.08)	3	(0.24)	41	(3.23)	37	(2.92)
Estados Unidos	6	(0.47)	8	(0.63)	7	(0.55)	8	(0.63)	34	(2.68)	38	(2.99)
Colombia	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(0.24)	32	(2.52)	30	(2.36)
Honduras	2	(0.16)	0	(0)	5	(0.39)	5	(0.39)	15	(1.18)	36	(2.84)
Cuba	1	(0.08)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	22	(1.73)	11	(0.87)
El Salvador	1	(0.08)	1	(0.08)	1	(0.08)	4	(0.32)	8	(0.63)	10	(0.79)
Guatemala	0	(0)	0	(0)	2	(0.16)	15	(1.18)	9	(0.71)	9	(0.71)
Argentina	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	10	(0.79)	6	(0.47)
Brasil	1	(0.08)	1	(0.08)	0	(0)	0	(0)	10	(0.79)	5	(0.39)
Perú	1	(0.08)	0	(0)	1	(0.08)	1	(0.08)	2	(0.16)	4	(0.32)
Resto de los países	1	(0.08)	4	(0.32)	3	(0.24)	2	(0.16)	52	(4.1)	54	(4.26)
Total	16	(1.26)	16	(1.26)	20	(1.58)	41	(3.23)	235	(18.52)	240	(18.91)

Continúa...



Cuadro 1.
Principales nacionalidades de los migrantes con la COVID-19 en México

Principales nacionalidades	Adultos (35-59 años)				Adultos mayores (60+ años)				Total	
	Mujer		Hombre		Mujer		Hombre			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Venezuela	52	(4.1)	49	(3.86)	16	(1.26)	10	(0.79)	214	(16.9)
Estados Unidos	20	(1.58)	33	(2.6)	13	(1.02)	19	(1.5)	186	(14.7)
Colombia	27	(2.13)	23	(1.81)	8	(0.63)	7	(0.55)	130	(10.2)
Honduras	10	(0.79)	26	(2.05)	2	(0.16)	5	(0.39)	106	(8.4)
Cuba	19	(1.5)	33	(2.6)	1	(0.08)	7	(0.55)	94	(7.4)
El Salvador	16	(1.26)	14	(1.1)	6	(0.47)	5	(0.39)	66	(5.2)
Guatemala	5	(0.39)	12	(0.95)	1	(0.08)	3	(0.24)	56	(4.4)
Argentina	7	(0.55)	16	(1.26)	4	(0.32)	3	(0.24)	46	(3.6)
Brasil	5	(0.39)	9	(0.71)	3	(0.24)	0	(0)	34	(2.7)
Perú	9	(0.71)	7	(0.55)	1	(0.08)	4	(0.32)	30	(2.4)
Resto de los países	50	(3.94)	100	(7.88)	11	(0.87)	30	(2.36)	307	(24.2)
Total	220	(17.34)	322	(25.37)	66	(5.2)	93	(7.33)	1269	(100)

Fuente: Elaboración propia a partir de Secretaría de Salud (2021). Datos recabados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral.

Respecto a la nacionalidad de los migrantes en México con la COVID-19, se obtuvo una mayor concentración de migrantes venezolanos, seguido de la nacionalidad estadounidense y colombiana. En términos de edad, se observó una mayor prevalencia de mujeres jóvenes y adultas originarias de Venezuela y Colombia; no obstante, en la nacionalidad estadounidense se halló una mayor concentración de hombres jóvenes y adultos (véase cuadro 1).

Características de salud

En lo que hace referencia al tipo de paciente, se describe si el migrante recibió atención de tipo ambulatoria o requirió ser hospitalizado y, en caso de registrar hospitalización, si requirió ser intubado. En este aspecto los datos indicaron que de los 1 269 migrantes, 88% fue atendido de forma ambulatoria, es decir, recibió atención y regresó a su domicilio. De este porcentaje, 39%

corresponde a mujeres mientras que el 48% a hombres. Por otra parte, el porcentaje de los migrantes que requirieron ser hospitalizados sin intubar fue del 10.1%, de donde 3.78% eran mujeres y 6.38% hombres. El porcentaje de los migrantes hospitalizados intubados fue del 2.1%, divididos en 0.71% de mujeres y 1.5% de hombres. Finalmente, hubo un caso en una paciente hospitalizada del sexo femenino en el que no se especificó si requirió intubación.

Respecto a las comorbilidades en los migrantes con la COVID-19, se obtuvo que la hipertensión estuvo presente en al menos 12.5% de los casos, de los cuales 2.5% correspondió a hombres hospitalizados y 4.41% a hombres atendidos con carácter de ambulatorio. Por otro lado, las mujeres hospitalizadas representaron 1.8%, así como 3.4% para el caso de las pacientes ambulatorias. En segundo lugar, el tabaquismo estuvo presente en 7.6% de los casos ambulatorios, principalmente en 4.5%



de hombres y 3% de mujeres. Mientras que la diabetes fue la segunda complicación presente en 3% de los pacientes hospitalizados: 1.7% en hombres y 1.1% en mujeres. Entre las personas mexicanas ambulatorias, sobresale la obesidad en la mujeres con 5.8% y en hombres con 4.9%. En los hospitalizados destacan los padecimientos de hipertensión con 3.3% y diabetes con 2.7% en mujeres, lo que también ocurre con los hombres (4% y 3.4%, respectivamente). (véase cuadro 2).

En la información relacionada con el número de enfermedades presentes en migrantes y mexicanos con la COVID-19, se observa que en los migrantes ambulatorios un 28% de los casos sin morbilidad asociada se presentó en mujeres, en tanto que un 36% ocurrió en hombres. Hubo un 11% de pacientes

mujeres y 13% de hombres con morbilidad asociada que tienen de uno a cinco padecimientos. Un caso diferente se obtuvo en el análisis de los migrantes hospitalizados, ya que se presentó un 2% de mujeres y 3% de hombres sin comorbilidad presente, mientras que los pacientes con comorbilidad figuraron en 3% en el caso de las mujeres y un 5% para los hombres.

En los mexicanos con carácter de ambulatorio, el suceso fue un 3% más en mujeres que hombres sin morbilidad asociada. Por su parte, las personas con morbilidad asociada se presentó en 14%, tanto en hombres y mujeres. En cambio, en los hospitalizados se observó que 4% de los hombres y 2% de mujeres mexicanas no presentó morbilidad asociada. En contraste, 5% de las mujeres y 7% de los hombres presentaron de 1 a 10 enfermedades.

Cuadro 2.

Comparación de los padecimientos presentes en migrantes y mexicanos con la COVID-19

Padecimientos	Migrantes									
	Ambulatorios				Hospitalizados				Total	
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabetes	18	(1.4)	27	(2.1)	15	(1.2)	22	(1.7)	82	(13.1)
EPOC	3	(0.2)	3	(0.2)	0	(0)	7	(0.6)	13	(2.1)
Asma	32	(2.5)	20	(1.6)	1	(0.1)	5	(0.4)	58	(9.3)
Inmunosuprimido	5	(0.4)	6	(0.5)	0	(0)	2	(0.2)	13	(2.1)
Hipertensión	43	(3.4)	56	(4.4)	23	(1.8)	36	(2.8)	158	(25.2)
Cardiovascular	8	(0.6)	6	(0.5)	1	(0.1)	5	(0.4)	20	(3.2)
Obesidad	36	(2.8)	45	(3.5)	11	(0.9)	14	(1.1)	106	(16.9)
Tabaquismo	39	(3.1)	58	(4.6)	3	(0.2)	11	(0.9)	111	(17.7)
Renal crónica	2	(0.2)	3	(0.2)	1	(0.1)	2	(0.2)	8	(1.3)
Otra complicación	1	(0.1)	2	(0.2)	2	(0.2)	3	(0.2)	8	(1.3)
Se ignora	5	(0.4)	10	(0.8)	8	(0.6)	26	(2)	49	(7.8)
Total	192	(15.1)	236	(18.6)	65	(5.1)	133	(10.5)	626	(100)

Continúa.



Cuadro 2.

Comparación de los padecimientos presentes en migrantes y mexicanos con la COVID-19

Padecimientos	Mexicanos									
	Ambulatorios				Hospitalizados				Total	
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabetes	80768	(3.9)	71109	(3.5)	56400	(2.7)	70729	(3.4)	279006	(20.9)
EPOC	5206	(0.3)	4523	(0.2)	6395	(0.3)	7279	(0.4)	23403	(1.7)
Asma	24064	(1.2)	13719	(0.7)	4533	(0.2)	3301	(0.2)	45617	(3.4)
Inmunosuprimido	5458	(0.3)	3775	(0.2)	3869	(0.2)	4194	(0.2)	17296	(1.3)
Hipertensión	114679	(5.6)	97132	(4.7)	67819	(3.3)	82069	(4)	361699	(27)
Cardiovascular	8082	(0.4)	8206	(0.4)	6402	(0.3)	9812	(0.5)	32502	(2.4)
Obesidad	120227	(5.8)	101273	(4.9)	38797	(1.9)	44734	(2.2)	305031	(22.8)
Tabaquismo	43983	(2.1)	77873	(3.8)	6056	(0.3)	23077	(1.1)	150989	(11.3)
Renal crónica	5311	(0.3)	5730	(0.3)	8335	(0.4)	11948	(0.6)	31324	(2.3)
Otra complicación	14630	(0.7)	8236	(0.4)	8645	(0.4)	9491	(0.5)	41002	(3.1)
Se ignora	17978	(0.9)	17938	(0.9)	5058	(0.2)	8708	(0.4)	49682	(3.7)
Total	440386	(21.4)	409514	(19.9)	212309	(10.3)	275342	(13.4)	1337551	(100)

Fuente: Elaboración propia a partir de Secretaría de Salud (2021). Datos recabados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral.

Características de mortalidad

El mayor número de defunciones en el caso de los migrantes fue de dos personas, que se dieron entre junio y noviembre de 2020. En los nacionales mexicanos las muertes se dieron en el mes de enero de 2021, con 1 262. De forma contraria, el mínimo de muertes se dio en el mes de septiembre, con un promedio de 367 mexicanos por día. En total, el número de defunciones de migrantes durante el periodo de estudio fue de 56, mientras que el de mexicanos fue de 186 707.

Al analizar a detalle el número de defunciones en migrantes por edad y sexo, se halló que el total de fallecimientos (n=56) representó 4.4% de la población migrante. A su vez, se obtuvo que el mayor porcentaje de muertes se dio en el rango etario de adultos mayores principalmente hombres 35.7% frente a

16% en mujeres. En tanto, el segundo grupo con más defunciones fue el de adultos, con 12.5% de muertes en el caso de las mujeres y 25% en hombres.

De la nacionalidad y la edad de las defunciones en migrantes se encontró que el mayor número de fallecimientos fue de norteamericanos en el grupo de 60 años y más, de las cuales siete fueron del sexo masculino y cuatro del femenino. El total de muertes en el grupo de adultos mayores fue de 29. En el caso del grupo de edad adultos, del sexo masculino fueron un total de 14 decesos, principalmente de El Salvador y Estados Unidos. En el caso de los fallecimientos en mujeres adultas, fueron de nacionalidad estadounidense, brasileña, colombiana, guatemalteca y nicaragüense. En las muertes del grupo de edad jóvenes, sobresalieron las nacionalidades estadounidense, salvadoreña y venezolana (véase cuadro 3).



Cuadro 3.
Defunciones por nacionalidad, grupo etario y sexo

Defunciones por nacionalidad	Jóvenes (20-34 años)				Adultos (35-59 años)				Adultos mayores (60+ años)				Total	
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Argelia	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(1.8)
Argentina	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(1.8)
Brasil	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1.8)
Canadá	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(0.236)	3	(5.4)
Chile	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(1.8)
Colombia	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	2	(3.6)
Cuba	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(0.079)	2	(3.6)
El Salvador	1	(0.079)	1	(0.079)	0	(0)	4	(0.315)	0	(0)	0	(0)	6	(10.7)
España	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(1.8)
Estados Unidos de América	1	(0.079)	1	(0.079)	2	(0.158)	2	(0.158)	4	(0.315)	7	(0.552)	17	(30.4)
Grecia	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(1.8)
Guatemala	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(0.079)	1	(0.079)	1	(0.079)	4	(7.1)
Haití	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(1.8)
Italia	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(1.8)
Nicaragua	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(1.8)
Perú	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(0.079)	0	(0)	1	(0.079)	3	(5.4)
Honduras	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	2	(0.158)	3	(5.4)
Suiza	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	1	(1.8)
Venezuela	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(0.079)	0	(0)	3	(5.4)
Otros	0	(0)	1	(0.079)	1	(0.079)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	3	(5.4)
Total	3	(0.236)	3	(0.236)	7	(0.552)	14	(1.103)	9	(0.709)	20	(1.576)	56	(100)

Fuente: Elaboración propia a partir de Secretaría de Salud (2021). Datos recabados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral.

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente trabajo proporcionan una comparación de las características sociodemográficas y epidemiológicas entre la población migrante y los nacionales mexicanos contagiados con la COVID-19, por lo cual conviene destacar algunas cosas.

Al procesar los datos por sexo y grupo etario se pudo observar que en la población migrante el virus se concentró en el rango de adultos de 35 a 59 años (42%). En cambio, en

la población mexicana en esta edad fue del 48 por ciento. En total, los casos de migrantes con la COVID-19 se distribuyeron en 80 por ciento entre jóvenes y adultos, mientras que en el caso de los mexicanos estos grupos de edad representaron el 76 por ciento. Esta mayor presencia de migrantes jóvenes coincide con lo que han encontrado otros estudios (Ramírez y Lozano, 2021; Hernández 2021). Debe destacarse el hecho que este mayor contagio entre los jóvenes no solo tiene que ver con su alta presencia, sino que puede evidenciar la vulnerabilidad



que enfrentan estos grupos de población que deben trabajar largas jornadas, sin mayores condiciones de protección y con ello mayor riesgo para su salud (Cabieses y Obach, 2018).

Respecto a la ocurrencia de la COVID-19 por sexo, se obtuvo una mayor proporción de hombres: 56.1 por ciento migrantes y 50 por ciento mexicanos, frente a la ocurrencia en mujeres, que fue de 43.9 por ciento y 49.8 por ciento respectivamente. En este sentido, estudios previos refieren que en México, a lo largo de la pandemia, se dio una mayor proporción de casos en hombres (56%) que en mujeres (44%), lo que en parte podría atribuirse a factores biológicos, como una mayor carga viral, así como a la presencia de un solo cromosoma X, que implica una respuesta inmunológica menos robusta y en consecuencia menor protección ante la inflamación. Entre otros aspectos se argumentan los factores asociados al sexo como la menor disposición de búsqueda de atención a la salud, así como la mayor exposición al riesgo de contagio derivada de la división sexual del trabajo (Moreno y Gutiérrez, 2020).

Por otro lado, al enfocarse en la nacionalidad de los migrantes por grupo etario y sexo se halló que los migrantes con la COVID-19 en México provenían principalmente de Venezuela (hombres adultos y jóvenes); luego los de nacionalidad estadounidense, donde predominaron hombres jóvenes; y en tercer lugar se situaron mujeres jóvenes de Colombia. Este aspecto resulta interesante, ya que autores como Suárez y Trejo argumentan que la migración venezolana en particular ha crecido en el último decenio, asimismo explican que esta nacionalidad ocupa la quinta posición en el volumen de migrantes internacionales que ingresaron a México, con un total de 15 mil 444 personas (Suárez y Trejo, 2018). De los venezolanos, es preciso señalar que vienen en la mayoría de casos huyendo de la cruda situación sociopolítica que está viviendo este país y que los enfrenta a difíciles situaciones de riesgo para llegar a México.

En el caso de la población originaria de Estados Unidos, sus números sobresalen en las últimas décadas, destacándose que dos terceras partes son menores de 15 años (INEGI, 2015). Una posible explicación a estos datos es que es una población que nació en ese país, pero que es de padres mexicanos y que por distintos motivos (entre ellos las deportaciones de los últimos años) su presencia aumentó.

En el tema de la comorbilidad asociada a los casos de la COVID-19 en migrantes y mexicanos, los hallazgos fueron relevantes. Se encontró que la hipertensión fue la enfermedad predominante en pacientes hospitalizados y ambulatorios. Una segunda causa de complicación fue la diabetes, la obesidad y en un porcentaje menor el tabaquismo. Este análisis muestra que tanto migrantes como mexicanos, pero especialmente los que fallecieron por la COVID-19, presentaban otras enfermedades que complicaron el caso, como la hipertensión o diabetes. Este hecho coincide, por un lado, con los trabajos de Hernández Bringas así como con los de Pacheco y Pantoja, quienes además de enfatizar esta situación precisan la importancia de tener en cuenta la relación de los once síntomas con el virus, lo que puede dificultar el diagnóstico dado que no son específicos de este padecimiento (Hernández, 2020; Salinas y otros, 2020; Pacheco y otros, 2020; Reyes y otros, 2020). Por otro lado, el que existan comorbilidades en los migrantes refleja de nueva cuenta su vulnerabilidad, pues al estar expuestos a un mayor número de factores de riesgo relacionados con el estrés y las condiciones insalubres en los lugares donde viven, transitan o con los que se vinculan, se convierten en una población con alto riesgo a la salud psicosocial y física (Ramírez y Lozano, 2021).

Otro aspecto importante de análisis fue la obtención del número de enfermedades presentes en migrantes y nacionales con la COVID-19. En este sentido, la comparación mostró ciertas similitudes que son importantes destacar. Por un lado, en las personas que fueron atendidas



de forma ambulatoria se halló que hubo una concentración mayor de casos sin comorbilidad asociada frente a las que presentaban por lo menos un padecimiento. Por el contrario, en aquellas personas que requirieron ser hospitalizadas hay un porcentaje mayor de migrantes y mexicanas que presentaban por lo menos un padecimiento frente a las personas que no presentaban comorbilidad. A su vez, los datos muestran que 40 por ciento de la población mexicana con el virus presentaba de 1 a 11 padecimientos, mientras que 31 por ciento de la población migrante presentó de 1 a 5 padecimientos. Este aspecto se puede explicar con base en la distribución de los casos por grupo etario, ya que hay una menor concentración de migrantes en las edades correspondientes a niños, adolescentes y adultos mayores, mientras que esta relación se distribuye con mayor uniformidad en los grupos etarios de mexicanos (Coutiño y Martínez, 2020). Los datos obtenidos reflejan que si bien la población migrante tenía menos padecimientos, no estaban exentos de ellos. Esto puede estar relacionado con sus condiciones económicas, sociales y de salud previas o adquiridas en el proceso migratorio (Leyva y otros, 2016).

En el análisis de las defunciones se observó que el mayor número en migrantes con el virus se dio en el grupo etario de 60 años y más, concentrado en personas de nacionalidad norteamericana. Este hecho causa interés, ya que representa 20 por ciento de los casos de concentración en defunciones por grupo etario. Autores como Paullier asocia esta situación a que la población estadounidense en México se caracteriza por estar en edad de jubilación (Paullier, 2016).

Los resultados expuestos muestran diferencias entre la población migrante y los mexicanos en relación con los niveles de contagio de la COVID-19. También deja entrever la incidencia que pueden tener los determinantes sociales de la salud de los migrantes, derivado de los estilos de vida, las condiciones de su medio social y comunitario, los factores socioeconómicos,

políticos y estructurales a los que se ven enfrentados, sumando los riesgos del proceso de tránsito migratorio. Aquí se vuelve relevante las recomendaciones en materia política que hace la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en tres aspectos: a) mejorar las condiciones de vida, b) luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos y c) medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (OMS, 2009).

Conclusiones

La pregunta sobre la que se sustentó esta investigación fue determinar si existían diferencias en los niveles de contagio de la COVID-19 entre la población de migrantes y los nacionales mexicanos. Los resultados obtenidos, como ya se explicó en el análisis estadístico, mostraron diferencias y semejanzas entre migrantes y nacionales mexicanos en los cuatro componentes analizados: el de las características sociodemográficas (que incluyeron las variables edad, sexo y país de nacionalidad), el relacionado con el manejo de la atención clínica, lo que tenía que ver con las características de salud y las características asociadas a la mortalidad y el número de enfermedades.

Las diferencias encontradas pueden estar relacionadas con los determinantes sociales de salud previos que presenta la población migrante, en donde factores como sus condiciones de vida, los entornos socioeconómicos, políticos, estructurales y de salud, sumados a los altos riesgos del proceso migratorio, pueden explicar en gran medida su mayor vulnerabilidad en términos de salud respecto a la población mexicana.

Los resultados obtenidos fueron comparados y evaluados desde diferentes puntos de vista de especialistas del tema, lo que permitió brindar mayor sustento al mismo. Sin embargo, un análisis como el aquí se realizó se enfrentó a diferentes limitaciones y dificultades que es



necesario señalar y que requieren de la atención de la política pública.

Un primer elemento a destacar tiene que ver con la población objeto de estudio como son los migrantes. En este sentido es necesario mejorar o diseñar una estrategia de monitoreo de los migrantes y sus flujos, buscando detectar condiciones de vida y otros determinantes de su salud. Sin duda, se hacen necesarias políticas encaminadas a la protección de los derechos humanos de los migrantes, donde sea importante garantizar el acceso a la atención médica y legal cuando se requiera en sus procesos de estadía y tránsito, en particular en los albergues.

Por otra parte, hay que señalar la importancia de la información captada. Debe tenerse presente que la base de datos de donde se hacen los análisis son registros administrativos, los cuales están sujetos a problemas en la cobertura, oportunidad y calidad en el registro. Es así que, por ejemplo, la sintomatología se identifica según las declaraciones que dieron los individuos, por lo que los síntomas iniciales o leves se podrían estar pasando por alto, dificultando conocer el tiempo exacto de incubación por la COVID-19. En el caso de los datos de migrantes, no sabemos mucho de cómo se captó la información, si todos son inmigrantes o hay también refugiados e indocumentados. Tampoco queda claro la identificación de la variable extranjeros, además que se pierde información por las personas que no respondieron ni su nacionalidad ni lugar de origen. Todo ello hace que se pueda presentar un subregistro de la población. Ante esta situación es necesario formular desde la política pública protocolos de atención que impliquen la elaboración previa de instrumentos de captación de la información que sean validados por las instituciones académicas y de estadística. Con ellos se fortalecería la información de las personas atendidas y sus diagnósticos, con lo

cual se tendrían mejores herramientas interpretativas para la generación de perfiles, causas y consecuencias de los padecimientos analizados.

Por otro lado, está el hecho de que este es un estudio descriptivo que no permite hacer más inferencias que las relacionadas con lo que aportan los datos trabajados. En esa medida, se necesita de política pública que promueva y apoye mayor investigación desde esta base de datos en particular y sobre el tema en lo general, promoviendo la participación de grupos interdisciplinarios que permitan contrastar con trabajos de campo lo que arrojan los datos. No solo necesitamos la generación de más información, sino mayor cantidad y calidad de la misma.

Es un hecho que las personas migrantes presentan una mayor condición de vulnerabilidad en los determinantes sociales de la salud respecto a otros grupos poblacionales. En esa medida, se requiere de una política pública que coordine acciones encaminadas a favorecer la atención oportuna y de calidad, independientemente de la situación migratoria. Debido a que la epidemia está lejos de llegar a su fin y hay que aprender a convivir con ella, sumado a que los flujos migratorios no se detienen, las acciones deberían ser inmediatas.

No cabe duda que esta relación de migración y salud en medio de una pandemia como la que estamos viviendo requiere de más investigación que, entre otras cosas, genere más y mejores instrumentos de captación de información estadística en los centros de atención médica; estudios que aporten más datos, más trabajos de corte cualitativo que permitan conocer desde los migrantes las condiciones de salud y los problemas que enfrentan. A pesar de lo señalado, el presente trabajo se constituye como un aporte en la medida que ayuda en la explicación de la afectación que tuvo la pandemia en la población migrante en territorio mexicano.



Referencias bibliográficas

- Canales, A. I. y Meza, S. (2018). El retorno en el nuevo escenario de la migración México Estados Unidos. En Aliaga, F. y C. Uribe (eds.), *Migración de retorno. Colombia y otros contextos internacionales*. Bogotá: Ediciones USTA. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/325844198>.
- Cabieses, B. y Obach, A. (2018). Exploring the Relationship Between International Migration, Social Vulnerability and Health, *Cuad Méd Soc*, 58(4), 109-119.
- Chertorivski, S. y otros (2020). *La gestión de la pandemia en México: análisis preliminar y recomendaciones urgentes*, Ciudad de México, Consejo Consultivo Ciudadano "Pensando en México". 137 páginas.
- Coutiño, B., y Martínez, O. A. (Septiembre de 2020). Comorbilidades en salud y sus efectos en personas con SARS-CoV-2 en México. *Panorama económico*, 16(32), 183-198. Recuperado el 22 de 05 de 2021, de <http://www.panoramaeconomico.mx/ojs/index.php/PE/article/view/15/10>
- Delgadillo, A. L. y otros. (2020), Informe sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en las personas migrantes y refugiadas. Violaciones a derechos humanos documentadas por organizaciones defensoras y albergues en México. Fundación para la Justicia y el Estado Democrático de Derecho, A.C. Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, A.C. Instituto para las Mujeres en la Migración, A.C. Sin Fronteras IAP, A.C. Recuperado de <http://www.cmdpdh.org/publicaciones-pdf/cmdpdh-informe-migracion-y-covid-19.pdf>
- Flores, L. R., Infante, C., Serván-Mori, E., Quintino, F., & Silverman-Retana, O. (octubre de 2015). Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México. *canamid*(05). Recuperado el 12 de 01 de 2021, de <http://www.canamid.org/publication?id=PB05>
- Giannouchos, T. y otros (2020). Characteristics and Risk Factors for COVID-19. Diagnosis and Adverse Outcomes in Mexico: an Analysis of 89,756 Laboratory-confirmed COVID-19 Cases, *European Respiratory Journal*. Recuperado de <https://doi.org/10.1183/13993003.02144-2020>.
- Haitao, Tu y otros, (2020). COVID-19 and Sex Differences: Mechanisms and Biomarkers, *Mayo Clinic Proceedings*, 95(10). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619620308387>
- Hernández-Bringas, H. (2021). COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico. *Notas de Población* (111), 105-132. Recuperado el 22 de 05 de 2021, de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46557>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). "Encuesta Intercensal 2015. Síntesis metodológica y conceptual", Aguascalientes: INEGI. <https://censo2020.mx/>
- Landero Cornelio, E., & Islas Colín, A. (2015). El derecho de los extranjeros a utilizar los servicios de la seguridad social. *Castellano-Manchega de Ciencias sociales* (19), 161-172. Recuperado el 2021 de 05 de 14, de <https://www.redalyc.org/pdf/3221/322142549011.pdf>
- Leiva y otros (2016). "Migrantes en tránsito por México: Situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud", Cuernavaca, México: INSP.
- Moreno, T., L. A., y Gutiérrez, J. K. (2020). Hombres, mujeres y la COVID-19. ¿Diferencias biológicas, genéricas o ambas? *Boletín*



sobre COVID-19, *Salud Pública y Epidemiología*, 1(6), 1-22. Recuperado el 23 de 01 de 2021, de <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/COVID-19-No.6-03-Hombres-mujeres-y-la-COVID-19.pdf>

Murillo-Pedrozo, Andrés M, & Agudelo-Suárez, A. A. (2019). La migración sur/sur como un determinante social de impacto en las desigualdades e inequidades en salud bucal en Latinoamérica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(4), 692-699. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4908>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). Centro de prensa, Los migrantes y los refugiados presentan un mayor riesgo de tener mala salud que las poblaciones de acogida, 21 de enero de 2019. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/21-01-2019-21-01-2019-21-01-2019-migrants-and-refugees-at-higher-risk-of-developing-ill-health>.

_____ (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 62ª ASAMBLEA

MUNDIAL DE LA SALUD. Punto 12.5 del orden del día provisional [en línea] https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

Pacheco-Pantoja, E. L., F. A. Ferreyro-Bravo y Á. E. Ceballos-Cruz (2020). "COVID-19, Diabetes, Obesity and Hypertension: 60 Days of Pandemic in Mexico", *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición*, (7), 68-79. [en línea] <http://crossmark.crossref.org/dialog/?doi=10.24875/RME.20000042&domain=pdf>

Paullier, J. (2016). Los pueblos de México donde se hablan más inglés que español. BBC. Recuperado el 22 de 05 de 2021, de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-37758785>

Ramírez, T., y Lozano, A. F. (2021). Vulnerabilidad de la población migrante de México frente a la pandemia del COVID-19. (I. Casique Rodríguez, Ed.) *Revista Latinoamericana de población*, 15(28), 1-2. Recuperado el 25 de 01 de 2021, de <http://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/277>



CAPÍTULO 4

ENTRE EL MIEDO Y LA INCERTIDUMBRE, MIGRANTES MEXICANOS SOBREVIVIENDO LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL ESTE DEL VALLE DE COACHELLA, CALIFORNIA

Evelyn Vázquez,^a Gabriela Ortiz,^b y Ann Cheney^c

Resumen

La pandemia del COVID-19 ha empeorado los sistemas de discriminación y desventaja que afectan severamente a las comunidades vulnerables. Este proyecto de investigación participativa basada en la comunidad tuvo como objetivo explorar los factores sociales que han contribuido al riesgo de infección por COVID-19 en comunidades migrantes mexicanas y purépechas en California. La mayoría de los participantes ha experimentado vulnerabilidad estructural, discriminación y desventaja ligada a su etnia, estatus social, idioma, falta de seguro médico y estatus legal. Se proponen recomendaciones basadas en la comunidad encaminadas a mejorar la equidad en el acceso a información, pruebas y vacunas contra el COVID-19.

Palabras clave: *Pandemia COVID-19, investigación participativa, discriminación, inequidad en salud.*

Introducción

Se estima que durante 2019 el número de migrantes internacionales en el continente americano alcanzó los 70 millones (OPS, 2020). A

partir de 2018, este flujo migratorio se caracteriza por grandes grupos que migran desde América central hacia México y Estados Unidos. Los principales factores sociales que impulsan la migración internacional son la inestabilidad política, las desigualdades sociales y económicas, los conflictos armados y los desastres naturales. La pandemia de la COVID-19 ha incrementado exponencialmente la injusticia social en la que viven las comunidades migrantes (Hill, Rodriguez, & McDaniel, 2021; OIM, 2021), incluyendo sus condiciones de vida. Dichas condiciones se caracterizan por la falta de acceso a servicios básicos, como agua potable y saneamiento, y el hacinamiento de personas (Aubin, 2020). Y es más probable que las comunidades migrantes experimenten dificultades relacionadas con barreras culturales, lingüísticas y/o legales debido a su estatus social (OIM, 2021).

Dentro de estas condiciones sociales es que se genera una vulnerabilidad estructural en poblaciones migrantes latinas en los Estados Unidos (Quesada, Hart, & Bourgois, 2011). Este tipo de vulnerabilidad ha sido descrita como el resultado de la interacción de dos fuerzas complementarias: (1) la explotación económica de clase y discriminación cultural y racializada y (2) los procesos de violencia simbólica y formación de subjetividad (opresión internalizada).

¹ ^aInvestigadora postdoctoral en el Departamento de Población, Medicina Social, y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, Riverside; ^bEstudiante de doctorado en antropología médica en la Universidad de California, Riverside; ^cProfesora en el Departamento de Población, Medicina Social, y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, Riverside.



Epidemiólogos sociales han descrito correlaciones entre el estatus social y la desigualdad en salud. Estas correlaciones se han teorizado y han mostrado algunos ejemplos de cómo es que la injusticia y la desigualdad social tienen estragos físicos, psicológicos y emocionales.

A continuación, se presentan los componentes de esta investigación. En los antecedentes se describe brevemente la relación entre los determinantes sociales de la salud, como la migración y sus efectos físicos, psicológicos y emocionales en las comunidades migrantes en los Estados Unidos. El diseño de investigación y la metodología se caracterizan por un abordaje participativo basado en la comunidad. Los datos recolectados en los grupos focales fueron analizados desde un enfoque analítico rápido llamado análisis de plantilla y matriz. En los hallazgos se explica cómo es que durante la pandemia de COVID-19 los sistemas estructurales de discriminación y desventaja han reproducido inequidad en la salud para las comunidades migrantes en el este del Valle de Coachella. Por último, en las conclusiones se hacen algunas recomendaciones para los gobiernos que estén interesados en mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de las comunidades migrantes en California.

Antecedentes

Pickett y Wilkinson (2015) exploraron la relación entre la desigualdad de ingresos y la salud. Los autores encontraron evidencia internacional de que las comunidades que sufren de una mayor desigualdad económica tienen peores condiciones de salud. Las desigualdades sociales experimentadas a lo largo de la vida, incluidos el abuso, la violencia, la inseguridad alimentaria y las desventajas económicas, “dejan sus marcas en el cuerpo” (Krieger, 2005, p. 350). Con el tiempo, los sistemas de opresión, discriminación y

desventaja, incluidos la discriminación racial, de clase y de género, dañan el cuerpo y la mente de las poblaciones vulnerables (Brunner, 1997, 2007; Dressler y Bindon, 1997; Krieger, 2001), como es el caso de las comunidades migrantes.

En el contexto de la pandemia de COVID-19, dicha desigualdad puede aumentar el riesgo de enfermedades infecciosas (Turner-Musa, 2020). Los estudios muestran que la desigualdad de ingresos (salario bajo e inadecuado), la vivienda y la densidad del vecindario (Maroko, Nash, Pavilonis, 2020), localidades geográficas como zonas rurales (CONAPO, 2021; Henning-Smith, Tuttle, Kozhimannil, 2020), climas xenófobos y racializados (Cholera, Falusi, y Linton, 2020; Page, 2020) y la desconfianza en la salud pública y el gobierno (Gehlbach *et al.*, s.f.) contribuyen a tasas más altas de infección, hospitalizaciones y muertes relacionadas al COVID-19 en comunidades desatendidas y vulnerables.

Nuestro análisis se centra en cómo los sistemas estructurales de discriminación y desventaja, incluidos los contextos sociales y políticos, reproducen desigualdades en salud entre las comunidades migrantes (Cheney *et al.*, 2018). Este enfoque nos permite explorar cómo las desigualdades sociales se expresan estructuralmente a nivel micro, meso y macro. En el caso de los latinos nacidos en el extranjero (y que emigraron a los Estados Unidos), esta discriminación entrecruzada se experimenta de diversas formas, incluidas microagresiones a nivel micro, falta de participación y recursos comunitarios a nivel meso y racismo institucionalizado a nivel macro (BonillaSilva, 1997; Gee, 2002; Williams, 1999). Con el objetivo de establecer estrategias de participación comunitaria para la prevención y contención de la pandemia de SARS-CoV-2 (conocida como COVID-19) en poblaciones vulnerables, esta investigación exploró los factores sociales que contribuyen al riesgo de COVID-19 en comunidades migrantes mexicanas y purépechas en el este del Valle de Coachella (EVC), California.



Nuestro proyecto: La alianza de California (STOP COVID-19 CA)

Esta alianza es una colaboración comunitaria a nivel estatal para compartir, organizar y asociarse para entender los impactos de la pandemia de COVID-19 en poblaciones vulnerables en el estado de California.

Metodología

Usamos un enfoque de investigación participativa basada en la comunidad (CBPR, por sus siglas en inglés) para involucrar a las comunidades latinas inmigrantes. CBPR es un enfoque de investigación colaborativa que involucra equitativamente a varios interesados de la comunidad en todas las fases de la investigación y se basa en la comprensión de los factores sociales y estructurales que contribuyen a las disparidades en la salud (Israel *et al.*, 2010; Minkler, 2012). Al utilizar este enfoque, los miembros de la comunidad participaron en el reclutamiento de los participantes, la recopilación, el análisis, la interpretación y en la difusión de los datos.

Sitio de investigación

Nuestra investigación se centró en las comunidades latinas rurales ubicadas en la región desértica del EVC. Esta región se ubica en el

condado de Riverside, California. El EVC incluye las comunidades no incorporadas de Thermal, Mecca, Oasis y North Shore. Algunos residentes de estas comunidades nacieron en México y son predominantemente monolingües de habla español (Cheney *et al.*, 2018). Además, entre los residentes del EVC se encuentran indígenas purépechas del estado de Michoacán. Con una población de poco más de 20 mil residentes, un tercio de esta población trabaja en la agricultura y una abrumadora mayoría de la población activa vive por debajo del umbral de pobreza federal (Palafox, s.f.).

Métodos de recolección de datos

Grupos focales. De febrero a marzo de 2021 se realizaron cuatro grupos focales conducidos por Zoom con un total de 37 participantes que se identificaron como Latinos/Hispanos y/o indígena de Latinoamérica. Tres de los grupos focales fueron facilitados en español por miembros de la comunidad y uno en purépecha, facilitado por una investigadora comunitaria bilingüe en español y purépecha. Después de cada grupo focal, se administró una encuesta sociodemográfica utilizando Qualtrics. Treinta y siete participantes completaron esta encuesta (véase cuadro 1). Todas las grabaciones de audio fueron transcritas profesionalmente y verificadas por varios miembros de nuestro equipo de investigación.



Cuadro 1.
Datos sociodemográficos de los participantes (N=38)

	Latinos/Hispanos		Nacidos en México	
	N=38	%	n=26	%
Sexo asignado al nacimiento				
Femenino	23	59.00%	18	69.23%
Masculino	15	38.50%	8	30.77%
		100.00%		100.00%
Edad				
20 a 29	9	23.70%	3	11.54%
30 a 39	12	31.60%	9	34.62%
40 a 49	10	26.32%	9	34.62%
50 a 59	3	7.90%	3	11.54%
60 a 69	3	7.90%	2	7.69%
70 años o más	1	2.60%		
		100.00%		100.00%
Autoidentificación como indígena				
Purépecha			15	57.69%
Nahua Mixteco			1	3.85%
Huachichil			1	3.85%
				65.28%%
Seguro médico				
Sí	26	68.42%	16	61.54%
No	11	28.95%	9	34.62%
Sin respuesta	11	28.95%	1	3.85%
		100.00%		100.00%
Situación laboral				
Medio tiempo (menos de 40 horas por semana)	8	21.05%	5	19.23%
Tiempo completo (40 horas por semana o más)	10	26.32%	6	23.08%
Sin trabajo	14	36.84%	11	42.31%
Ama de casa	1	2.63%	1	3.85%
Pensionado	2	5.27%	1	3.85%
Despedido	1	2.63%		
Otro	2	5.26%	2	7.69%
		100.00%		100.00%
Trabajador agrícola				
Sí	21	55.26%	15	57.69%
No	17	44.74%	11	42.31%
		100.00%		100.00%

Continúa...



Cuadro 1.
Datos sociodemográficos de los participantes (N=38)

	Latinos/Hispanos		Nacidos en México	
	N=38	%	n=26	%
Ingresos (en dólares)				
Ingreso anual: \$0 to \$9,999	8	21.05%	7	26.92%
Ingreso anual: \$10,000 to \$14,499	9	23.68%	4	15.38%
Ingreso anual: \$15,00 to \$24,999	11	28.95%	9	34.62%
Ingreso anual: \$25,000 to \$34,999	8	21.05%	6	23.08%
Ingreso anual: \$35,000-\$49,999	1	2.63%		
Sin respuesta	1	2.63%		
		100.00%		100.00%
Vivienda				
Casa móvil	22	57.89%	16	61.54%
Garajes u otras estructuras convertidas	3	7.89%	3	11.54%
Departamento, condominio o dúplex	2	5.27%	1	3.85%
Casa	11	28.95%	6	23.08%
		100.00%		100.00%
Inseguridad alimentaria				
Sí	19	50%	15	42.31%
No	19	50%	11	57.69%
		100.00%		100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de datos

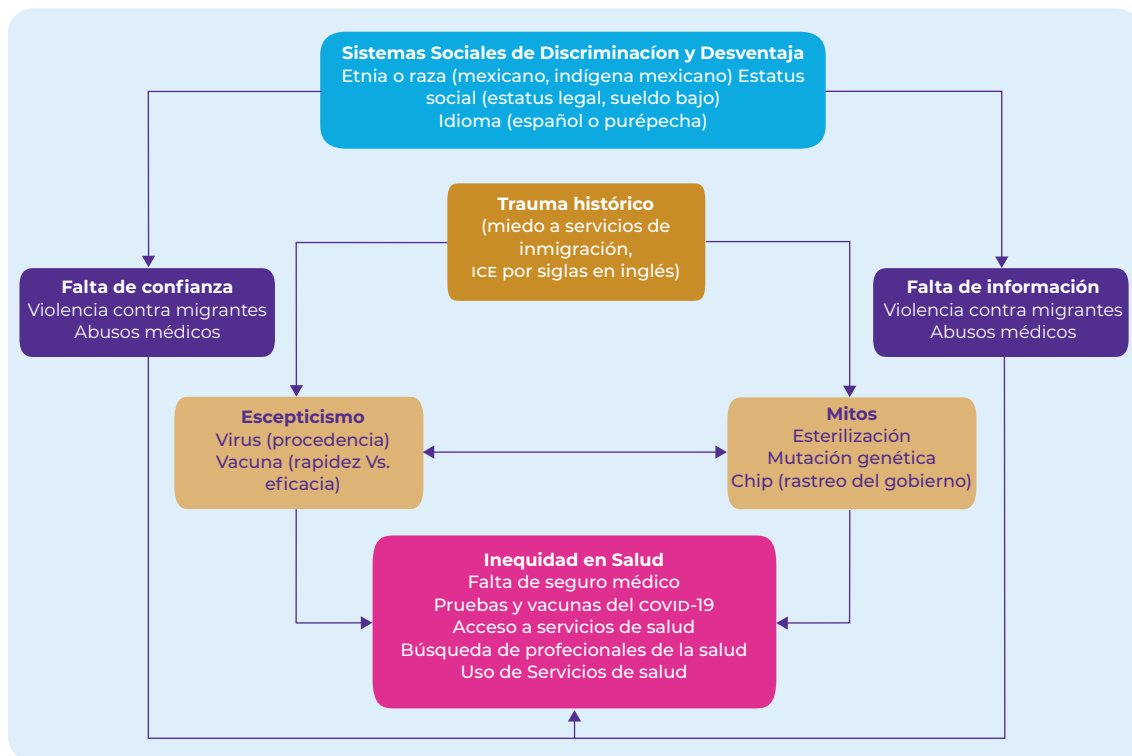
Utilizamos un enfoque analítico rápido llamado análisis de plantilla y matriz (Averill, 2002). Los miembros del equipo de investigación leyeron la transcripción anónima e insertaron información clave, patrones y citas de apoyo en una plantilla de análisis. Creamos una matriz que incluía los grupos focales en las filas y las preguntas de la guía de entrevistas en las columnas. Este proceso facilitó la identificación de temas emergentes en los cuatro grupos focales realizados y una comparación entre casos (Beebe, 2014).

Muestra

Los participantes de esta investigación representaron a las comunidades agrícolas no incorporadas de Thermal, Mecca y Oasis. Un total de 26 participantes (véase cuadro 1) nacieron en México y emigraron a los Estados Unidos, principalmente en busca de mejores condiciones de vida. La mayoría de estos participantes no tiene seguro médico (62%), son trabajadores agrícolas (58%), se autoidentificaron como indígenas (62%), enfrentan inseguridad alimentaria (58%) y viven actualmente en casas móviles (62%). Además, un poco menos de la mitad (42%) no tiene trabajo y vive con un sueldo anual entre \$0 y \$14,499 dólares.



Figura 1.
Vulnerabilidad estructural y sobrevivencia en migrantes mexicanos



Fuente: Elaboración propia

Resultados

El contexto de discriminación y desventaja

La mayoría de los participantes ha experimentado vulnerabilidad estructural, discriminación y desventaja (especialmente la comunidad monolingüe purépecha que no habla español ni inglés). Esta vulnerabilidad estructural está relacionada a su etnia, estatus social (bajos recursos), idioma (español o purépecha), falta de seguro médico y estatus legal (no tienen documentos). La injusticia social está relacionada con falta de vivienda y bajos recursos.

Hay un miedo porque no hay cómo aislar[se] cuando hay varios miembros de la familia que viven en la misma casa. Lamentablemente, [aquí] las comunidades

no tienen una vivienda accesible... En una [casa] viven como cinco familias. Esto propagó más rápidamente el virus, y no solamente porque viven juntos sino porque también son trabajadores esenciales y tenían que salir y recoger vegetales y regresaban con el virus a su casa.

La intersección entre sistemas sociales de discriminación y desventaja (véase figura 1) influyen en las creencias y los comportamientos que las comunidades migrantes tienen sobre el virus y la vacuna contra el COVID-19. Por ejemplo, la falta de confianza en el gobierno, el miedo al servicio de inmigración y la falta de información adecuada y accesible para la comunidad han fomentado el escepticismo y la propagación de mitos en la comunidad sobre el virus y la vacunación.



Escepticismo sobre COVID-19

La falta de información sobre COVID-19, tal como sus orígenes, propagación y las medias para prevenirlo, contribuye al escepticismo y las dudas sobre la vacuna contra el COVID-19. Sobre la vacuna, una participante expresó que la mala información influye la decisión de vacunarse:

... la mala información... es lo que va a permitir que la gente se lo ponga o no se lo ponga. [En] un principio que no creíamos en el covid, y pues empezaron a morir... y la gente empezó a creer, a cubrirse y a no salir. Con la vacuna creen que es igual, no creen en la vacuna. No creen que sea el remedio, están que no se la van a poner.

Después de que las personas comenzaron a morir de COVID-19, se tomó al virus más en serio. La gente comenzó a usar mascarillas y se quedó en casa. Sin embargo, el escepticismo sobre el virus continúa influyendo en cómo los miembros de la comunidad piensan sobre la vacuna contra el COVID-19. A muchos les preocupa la rapidez con la que se desarrolló la vacuna. Una participante dijo:

La vacuna del flu [influenza] duró 80 años para hacerse y la vacuna del covid-19 duró menos de dos años o un año en hacerse. Por eso... la gente tiene miedo. Porque la del flu sí la investigaron, tuvo tiempo haciéndola, duró mucho para que la hicieran y la mejoraran... La del covid duró menos de un año y ya la quieren poner a la gente.

Dicha rapidez con la que se desarrolló la vacuna ha creado dudas sobre su eficacia. Una participante dijo: "Otra gente dice que todavía no funciona al 100 [por ciento] la vacuna porque la sacaron muy rápido, que es mentira, que no nos va a proteger nada". A pesar de que la mayoría cuestionó la velocidad con la que se

desarrolló la vacuna, otros reconocieron que los avanzados en tecnología y ciencia facilitaban el desarrollo de la vacuna: "La tecnología ya está más avanzada, la ciencia y todo eso."

Las teorías sobre el propósito final de la vacuna, relacionadas con intentos del gobierno de controlar a las minorías, fueron razones para no vacunarse. Un participante mencionó cómo las creencias influyen en las decisiones sobre la vacunación en la comunidad:

Hay mucha gente que sí se quiere vacunar, porque pues ya quiere el fin a la pandemia. Pero hay otro 50 por ciento que... piensa que en la vacuna nos van a poner un chip y [sabrán] dónde vas a estar, dijeron "el gobierno nos van a tener vigilados"...

Otro participante compartió un pensamiento similar:

Yo opino que no todos se van a poner la vacuna porque muchos tienen diferentes pensamientos, opinan diferente, unos dicen que pueden poner un chip para que el gobierno los tenga más informados...

Cambios al cuerpo

La vulnerabilidad de las comunidades ha generado preocupaciones y miedos a nivel comunitario sobre alteraciones en sus cuerpos, como cambios genéticos o esterilización. Una participante comentó: "Sí, yo he escuchado que te vas a volver mutante, que tus genes se van a cambiar... que te vas a hacer marciano... que te quedas ciego". Otra, comentó sobre el miedo de los cambios genéticos: "Muchos dicen que [la vacuna]... te puede cambiar tu ADN".

Los participantes discutieron la falta de información sobre los efectos secundarios de la vacuna contra el COVID-19. Sin esa información fundamental, ellos han comenzado a cuestionarse cuáles podrían ser los posibles efectos



que tendrían al recibir la vacuna, como la esterilización: “Dicen que los jóvenes que se vacunen ya no van a poder tener hijos. Pero lo que ahora estoy viendo es que la vacuna sí es buena por lo que está haciendo... está tratando de hacerte inmune al virus”.

Recursos indispensables para las comunidades migrantes

Los participantes mencionaron la importancia de fortalecer lazos entre organizaciones comunitarias, sitios de trabajo (particularmente el rol de los mayordomos) y líderes de la comunidad. Estos lazos podrían facilitar el acceso a información clara sobre COVID-19 y el seguimiento de las medidas de la salud pública establecidas por el estado, como el uso de equipo de protección personal, pruebas y vacunas contra el COVID-19. Un participante que trabajaba en las pescas de Chile compartió su experiencia: “En mi trabajo no podemos hacer el distanciamiento social porque todos estamos amontonados y algunos no usan el cubrebocas. Realmente está igual de riesgoso porque de qué sirve que algunos se tapen la boca y los otros no”. También relató una interacción con su mayordomo:

Le dije: “Ahorita el condado de Riverside ha dado una nota que todos los trabajadores tenemos que usar cubrebocas”. Ella se angustió conmigo, por lo que le dije: “Tenemos que usar cubrebocas. ¿Usted trae cubrebocas en su troca [camión] o no? Para que le dé a los que no tienen”. La mayoría de los que estamos trabajando, empacando los chiles, no estaban usando cubrebocas.

Debido a la falta de cubrebocas para proteger a sus compañeros, él se comunicó con un amigo que trabaja para una organización sin fines de lucro: “Le dije: ‘¿Tienes mascarillas?’ Me dijo ‘Sí.’ Le di la ubicación [en la] que estábamos

y él nos dio una caja a cada quién”. Similar a otros, este participante se preocupa por la salud y el bienestar de su comunidad:

Yo no soy un líder comunitario, pero sí trato de ayudarlo a mi comunidad, quiero a mi comunidad, quiero a mi raza. Yo no quiero que nadie se contagie... [Que] por un descuido de uno se vaya a ir un ser querido y después todos lamentamos eso.

Durante la pandemia los supervisores han tenido un papel importante en la salud y el bienestar de los trabajadores esenciales. Para los trabajadores agrícolas, las acciones de sus supervisores son críticas, porque ellos dirigen a otros sobre cómo protegerse de contraer el virus: “Si el trabajo lo requirieran yo digo que sí [se harían las pruebas], porque uno obligadamente lo tendría que hacer. Todos andamos en el mismo lugar, y si el mayordomo lo requiere lo hacemos”.

Los participantes también discutieron la importancia de que los médicos visiten sus comunidades y aborden cualquier inquietud o duda sobre la vacuna. No hay suficiente información sobre la vacuna:

Es muy importante que un doctor venga a nuestra comunidad a avisarnos cuáles son los efectos de esa vacuna. Porque, tal vez, hay personas que tengan enfermedades crónicas como alta presión o diabetes y no saben si estará bien para que se vacunen o no... Eso es lo que necesitamos, que un doctor venga a nuestra comunidad a darnos esa consulta que nosotros necesitamos.

Otra de las sugerencias fueron pláticas grupales en su comunidad: “Así un grupo pequeño puede escuchar y preguntar las dudas y luego ese mismo grupo pequeño empieza a compartir esa información y así la comunidad puede tener más seguridad para vacunarse”.



Además, los participantes discutieron la importancia del lenguaje. Esto fue especialmente importante entre los miembros de la comunidad purépecha, ya que muchos no pueden hablar español ni entenderlo bien: “No todos entendemos muy bien el español, pero si no los explican en purépecha sí lo entendemos”. Por lo tanto, es importante que se lleven a cabo pláticas en las comunidades y en los campos agrícolas sobre la vacuna (por ejemplo, ¿qué contiene?) para que las personas puedan comenzar a confiar en la salud pública.

Querencia y concientización, herramientas de supervivencia en el EVC de Coahuila

Para asegurar mayor equidad en salud, los participantes mencionaron que en cuanto surja más información sobre la vacuna ésta debe de llegar inmediatamente a sus lugares de trabajo. Para los trabajadores agrícolas es necesario que esta información llegue a los mayordomos, para que ellos dejen que los trabajadores de la salud pública vayan a los campos agrícolas a explicar. Esta relación directa entre trabajadores de la salud pública ayudaría a dar más tranquilidad a las comunidades migrantes.

Las comunidades migrantes en el EVC tratan de sobrevivir ante la pandemia del COVID-19 gracias a la “querencia” por su comunidad. Los migrantes mexicanos tratan de cuidar a sus comunidades y tratan de sobrevivir ante los múltiples procesos de exclusión, subordinación y exterminio cultural que enfrentan. Los participantes expresaron la importancia de que la gente cree “conciencia” para cuidar la salud de sus comunidades. Este participante habla de cómo su mala experiencia con el COVID-19 provocó cambios en sus creencias y comportamientos:

Al principio yo tampoco creía que el virus existía, pensaba que no era real hasta que me dio Se siente muy feo tener el virus. Por eso me alegré mucho

cuando dijeron que ya iba a salir la vacuna, porque quisiera que todos se vacunaran y no sintieran esta enfermedad en carne propia . . . se siente muy feo.

Una estrategia que disminuiría la falta de acceso a pruebas o vacunas contra el COVID-19 es la de establecer clínicas en lugares y horarios accesibles: “Yo creo que lo que estaría bien es que fueran casa por casa o en las comunidades y que estuvieran a los horarios accesibles”.

Además de traer las pruebas y vacunas contra el COVID-19 a la comunidad, los servicios sociales y recursos de COVID-19 tienen que ser accesibles para todos los miembros de la comunidad, en especial los de la comunidad purépecha. Una participante purépecha habló de la importancia de recibir ayuda para pagar su renta: “Estaría bien que nos [den] la ayuda de renta y la comida. En nuestro caso, mi papá era el único que estaba trabajando y tenía que comprar la comida y pagar la renta y era muy difícil”.

Otra de las preocupaciones es el analfabetismo que existe en miembros de la comunidad purépecha:

Hay algunos miembros de nuestra comunidad que no saben leer o no saben llenar un documento y por vergüenza no acuden [a solicitar apoyo] y pues pierden los beneficios porque no saben aplicarlos. Yo creo que también tendrían que ver cómo pueden ayudar más a esas personas que están más necesitadas.

Conclusiones y recomendaciones para políticas públicas

Nuestra investigación muestra que los migrantes mexicanos en California (incluyendo miembros de la comunidad indígena purépecha) sobreviven la pandemia con incertidumbre y con miedo. La incertidumbre es resultado de la carencia de fuentes de comunicación confia-



bles, información inaccesible (por barreras lingüísticas, culturales o de formato tecnológico) y el miedo es expresión de una opresión generalizada (la comunidad no cree que el gobierno esté para ayudarlos). La vulnerabilidad estructural con la que viven estos migrantes facilita su explotación económica y discriminación cultural y racializada. De acuerdo con Quesada, Hart y Bourgois, 2011, “la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y demanda respuestas en el ámbito de la estructura social y política” (p. 4). Asimismo, y de acuerdo con Stone, Avila y Duran (2021), el trauma histórico puede ser mitigado por la resiliencia comunitaria arraigada en la querencia (entendida como una profunda conexión con su tierra, hogar y gente).

Los hallazgos de esta investigación destacan la importancia de la teoría de vulnerabilidad estructural desarrollada por Quesada Hart y Bourgois (2011). Dicha teoría evidencia que las inequidades estructurales en salud están enraizadas en una historia de colonización y racismo. Investigadores han documentado el vínculo entre procesos de colonización, como la pérdida de la cultura, de la tierra y del idioma, con el genocidio cultural y con la transmisión intergeneracional de trauma histórico (Stone, Avila y Duran, 2021). Dicho trauma está relacionado con dinámicas de opresión, brutalidad colonial sistémica y pérdida de la propia identidad, del hogar, la tierra y de la cultura. Estrada (2009) menciona que las experiencias de trauma histórico e inequidad social de la población mexicana que radica en los Estados Unidos tienen mucha semejanza al trauma histórico entre las comunidades de americanos nativos. Por lo tanto, se puede aplicar la teoría del trauma histórico en varios niveles como en “el acceso a la atención médica... entre los mexicanos americanos” (pág. 330). Dicho trauma se ha exacerbado durante la pandemia de COVID-19 y ha dejado lastimadas sustancialmente a las comunidades migrantes en este del EVC, California.

A continuación, se mencionan algunas recomendaciones encaminadas a mejorar la equidad en el acceso a información, pruebas y vacunas contra el COVID-19. Al gobierno de México se le recomienda colaborar con organizaciones encargadas de realizar pruebas de COVID-19 y vacunación en comunidades rurales en California. La distancia de los servicios de salud, los costos y las horas de operación son barreras que limitan el acceso a la atención médica en la región del este del Valle de Coachella (Tulimiero *et al.*, 2018). Como encontramos en nuestra investigación, debido a la retórica antiinmigrante, muchos migrantes de origen mexicano tienen miedo del gobierno y consideran al virus y a las medidas de prevención (pruebas, vacunación) como una estrategia para dañar y controlar a las poblaciones inmigrantes latinas. Por ello, es importante tener representación del consulado de México en los sitios donde se realicen pruebas y vacunación contra el COVID-19. Dicha representación puede crear un espacio más acogedor y familiar que potencialmente contribuya a la confianza en la medicina y la salud pública (López Jaramillo *et al.*, 2021). Un ejemplo son las Ventanillas de salud, un programa implementado en la Red de Consulados Mexicanos que ofrece educación de salud, consejería sobre problemas de salud y referencias de servicios de salud locales (Rangel *et al.*, 2017).

Al estado de California se le recomienda que invierta en el desarrollo de redes rurales que puedan difundir rápidamente información de salud pública utilizando fuentes de medios de comunicación comunitarias y étnicas, que son más fáciles de llegar a las poblaciones vulnerables y en desventaja. A través de la colaboración estatal de stop COVID-19 CA, nuestro equipo trabajó con once instituciones académicas y más de 75 socios comunitarios en California (<https://www.stopcovid-19ca.org/>). Tuvimos la oportunidad de trabajar en conjunto para desarrollar la capacidad de la comunidad, realizar investigaciones, crear materiales de capacitación



accesibles para líderes comunitarios confiables y desarrollar recomendaciones de políticas para mejorar la información, reducir la desinformación, aumentar la diversidad y la accesibilidad a la vacuna, así como ensayos clínicos y vacunación. Este modelo puede ser replicado para desarrollar y fortalecer redes rurales.

Al condado de Riverside se le recomienda que ofrezca capacitaciones para los líderes comunitarios, como los promotores, así como expandir el liderazgo en la fuerza laboral (incluyendo los mayordomos en el trabajo agrícola). El éxito del reclutamiento e intervención se debió al nivel de confianza establecido por los promotores en las comunidades en las que trabajan (Coulter *et al.*, 2020). Nuestras recomendaciones promueven un modelo innovador basado en la comunidad. Dicho modelo facilita la prestación de servicios de salud pública y atención médica para las comunidades inmigrantes en el EVC, comunidades

que han sobrevivido la pandemia de COVID-19 a pesar de las múltiples formas de discriminación y desventaja que existen a su alrededor.

En las comunidades que han sido históricamente colonizadas, como las comunidades migrantes incluidas en esta investigación, el trauma histórico se refleja de distintas maneras incluyendo violencia, miedo (ante la presencia del servicio de inmigración), dolor profundo (por violencia estructural), maltratos y discriminación por hablar español y por no ser ciudadanos (Stone, Avila y Duran, 2021). Esta historia de trauma, al igual que la retórica antiinmigrante, ha exacerbado la desigualdad en la salud en los inmigrantes durante la actual pandemia (Garcini *et al.*, 2020). Nuestras recomendaciones, que se basan en las experiencias y percepciones de los miembros de las comunidades de inmigrantes latinos, pueden ayudar a mitigar las desigualdades en salud reproducidas durante la pandemia de COVID-19.

Referencias bibliográficas

- Aubin (2020). COVID, hambre, pobreza y desigualdad: la combinación mortal que enfrenta América. Noticias ONU. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2020/07/1477571>
- Averill, J.B. (2002). Matrix Analysis as a Complementary Analytic Strategy in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*, 12(6).
- Beebe, J. (2014). *Rapid Qualitative Inquiry: A Field Guide to Team-based Assessment* (Second edition, ed.). Lanham: Rowman & Littlefield.
- Cheney, A. M., Newkirk, C., Rodriguez, K., & Montez, A. (2018). Inequality and Health Among Foreign-born Latinos in Rural Borderland Communities. *Social Science & Medicine* (1982), 215, 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.011>
- Cholera, R.; Falusi, O.; Linton J.M. (2020). Sheltering in Place in a Xenophobic Climate: COVID-19 and Children in Immigrant Families. *Pediatrics*, 146(1). doi:10.1542/peds.2020-1094
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2021). *Migración y salud. Migration and health*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Luz-De-La-Sierra-De-La-Vega/publication/348937961_Acceso_a_servicios_de_salud_en_poblacion_migrante_mexicana_en_Estados_Unidos_de_America_antes_y_despues_del_Affordable_Care_Act/links/601832eb299-bf1b33e4035b0/Acceso-a-servicios-de-salud-en-poblacion-migrante-mexicana-en-Estados-Unidos-de-America-antes-y-despues-del-Affordable-Care-Act.pdf



- Coulter K, Ingram M, McClelland DJ, Lohr A.(2020). Positionality of Community Health Workers on Health Intervention Research Teams: A Scoping Review. *Front Public Health*. 16(8), 208.
- Estrada, A. L. (2009). Mexican Americans and Historical Trauma Theory: A Theoretical Perspective. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3), 330–340. <https://doi.org/10.1080/15332640903110500>
- Gehlbach, D., Vázquez, E., Ortiz, G., Li, E., Beltrán Sánchez, C., Rodríguez, S., Pozar, M., Cheney, A. M. (s.f.). COVID-19 Testing and Vaccine Hesitancy in Latinx Farm-working Communities in the Eastern Coachella Valley. Submitted June 2021 to BMC Public Health.
- Garcini, L. M., Domenech Rodríguez, M. M., Mercado, A., & Paris, M. (2020). A Tale of Two Crises: The Compounded Effect of COVID-19 and Anti-immigration Policy in the United States. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, 12(S1), S230–S232. <https://doi.org/10.1037/tra0000775>
- Hatzenbuehler, M. L., Prins, S. J., Flake, M., Philbin, M., Frazer, M. S., Hagen, D., & Hirsch, J. (2017). Immigration Policies and Mental Health Morbidity Among Latinos: A State-level Analysis. *Social Science & Medicine*, 174, 169-178.
- Henning-Smith, C., Tuttle, M., & Kozhimannil, K. B. (2020). Unequal Distribution of COVID-19 Risk Among Rural Residents by Race and Ethnicity. *The Journal of Rural Health*.
- Hill, J., Rodriguez, D. X., & McDaniel, P. N. (2021). Immigration Status as a Health Care Barrier in the USA During COVID-19. *Journal of Migration and Health*, 4, 100036.
- Israel, B. A., Coombe, C. M., Cheezum, R. R., Schulz, A. J., McGranaghan, R. J., Lichtenstein, R., Reyes, A. G., Clement, J., & Burris, A. (2010). Community-based Participatory Research: A Capacity-building Approach for Policy Advocacy Aimed at Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2094–2102.
- López Jaramillo, A. M., Rangel Gómez, Rodríguez, K., Cheney, A. M. (2021). Chapter 8: Aproximación a una política pública binacional para la atención en salud USMEX: Unidos por la salud. Procesos migratorios y atención a la salud. En *Perspectivas Comparadas*. pp., 257-286.
- Maroko, A. R., Nash, D., & Pavidonis, B. T. (2020). COVID-19 and Inequity: A Comparative Spatial Analysis of New York City and Chicago Hot Spots. *Journal of Urban Health*, 97(4), 461-470.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2021). La salud de los migrantes en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de <https://www.iom.int/es/la-salud-de-los-migrantes-en-el-marco-de-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). OPS y OIM firman acuerdo para mejorar la salud de 70 millones de migrantes en las Américas. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/9-10-2020-ops-oim-firman-acuerdo-para-mejorar-salud-70-millones-migrantes-americas>
- Page, K. R., Venkataramani, M., Beyrer, C., & Polk, S. (2020). Undocumented u.s. Immigrants and COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 382(21), e62(1)-e(6)23.



- Palafox, A. (n.d.). *The Eastern Coachella Valley's Immigrant Communities*. Neighborhood Data for Social Change. Recuperado de <https://usc.data.socrata.com/stories/s/Coachella-Valley-s-Immigrant-Communities/mfxm-hmrb/>
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362.
- Rangel Gomez, M. G., Tonda, J., Zapata, G. R., Flynn, M., Gany, F., Lara, J., ... & Rosales, C. B. (2017). Ventanillas de Salud: A Collaborative and Binational Health Access and Preventive Care Program. *Frontiers in Public Health*, 5, 151.
- Stone, L. C., Avila, M., & Duran, B. (2021). El Nacimiento del Pueblo Mestizo: Critical Discourse on Historical Trauma, Community Resilience and Healing. *Health Education & Behavior*, 48(3), 265-275.
- Tulimiero, M., Garcia, M., Rodriguez, M., & Cheney, A. M. (2021). Overcoming Barriers to Health Care Access in Rural Latino Communities: An Innovative Model in the Eastern Coachella Valley. *The Journal of Rural Health : Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 37(3), 635-644. <https://doi.org/10.1111/jrh.12483>
- Turner-Musa, J., Ajayi, O., & Kemp, L. Examining Social Determinants of Health, Stigma, and COVID-19 Disparities. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(2), 168. <https://doi.org/10.3390/healthcare-8020168>



CAPÍTULO 5

RESILIENCIA ANTE LA COVID-19 ENTRE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR ALIMENTICIO EN EL PASO Y MOORE, TEXAS, Y AL SUR DE DOÑA ANA, NUEVO MÉXICO, EN ESTADOS UNIDOS

Nora Hernández,^a Josiah Heyman,^b Guillermina Nuñez-Mchiri,^c Adriana Orozco^{d1}

Resumen

La Red Nacional de Resiliencia COVID-19 coordina una red estratégica estructurada para mitigar el impacto de la COVID-19 en las poblaciones rurales y de minorías raciales y étnicas. De diciembre de 2020 hasta mayo de 2021, las organizaciones comunitarias que movilizan a líderes de alcance comunitario han logrado colaborar con trabajadores del sector alimenticio (trabajadores agrícolas y de plantas de productos lácteos y empacadores de carne) para proporcionar material cultural y lingüísticamente apropiado con información acerca del registro y el proceso de vacunación, así como de las clínicas a las que pueden asistir con el objetivo de protegerlos ante la pandemia de la COVID-19. Presentamos aquí información cualitativa y cuantitativa recopilada a partir de un proyecto de divulgación con trabajadores del sector alimenticio, predominantemente hispanos, que viven en la frontera entre Estados Unidos y México o tienen vínculos con ella.

Palabras clave: COVID-19, trabajadores del sector alimenticio, divulgación, educación, vacunas, hispanos, trabajadores migrantes

Introducción

La pandemia de la COVID-19 ha impactado de forma desproporcionada en las comunidades afroamericanas y en los grupos marginados económica y socialmente. Los trabajadores del sector alimenticio (nos referimos a trabajadores agrícolas, trabajadores que laboran en plantas de productos lácteos y empacadores de carne), muchos de los cuales son hispanos, se encuentran entre las poblaciones más vulnerables afectadas por el virus SARS-CoV-2. Al comienzo de la pandemia, a principios de 2020, las personas hispanas, afroamericanas y asiáticas tenían más probabilidades que la población blanca de dar positivo en la prueba de la COVID-19. Estos grupos también han experimentado una mayor tasa de hospitalizaciones y de mortalidad que la población blanca. El hecho de que son considerados trabajadores esenciales ha afectado a estas comunidades, ya que es más probable que trabajen fuera de sus hogares y tengan una mayor exposición a la COVID-19 (Simmons *et al.*, 2021).

Según un estudio local nacional (Fielding-Miller, Sundaram y Brouwer, 2020), los trabajadores agrícolas enfrentan riesgos únicos de

¹ ^aJefa de la Oficina de Investigación y Proyectos Patrocinados e investigadora principal de esta beca. ^bProfesor de antropología y Director del Centro de Estudios Interamericanos y Fronterizos. ^cProfesora asociada de antropología y Directora de Estudios sobre Mujer y Género. ^dAsistente de investigación en Sociología. Universidad de Texas en El Paso.



contraer la COVID-19 y también de morir a causa de ello, siendo estos riesgos independientes de la pobreza, la falta de seguro médico o la accesibilidad lingüística a las campañas de salud. Al comienzo de la pandemia, las plantas emparadoras de carne tuvieron que cerrar durante semanas debido a los brotes de la COVID-19 asociados con trabajadores cuyas condiciones de labor implicaban proximidad. El Departamento de Seguridad Nacional de Estados Unidos declaró a la agricultura, incluida la industria láctea, un componente esencial de la infraestructura de la nación, lo que significó la continuación de labores en las operaciones de ordeña (Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston, 2021).

La Red Nacional de Resiliencia COVID-19 (NCRN, por sus siglas en inglés) se estableció para mitigar el impacto del virus SARS-CoV-2 entre las comunidades en donde la pandemia había afectado más negativamente (en este caso, trabajadores hispanos del sector alimenticio). Como parte de esa red, la Universidad de Texas en El Paso (UTEP) ha sido un aliado estratégico que ha establecido vínculos con la población prioritaria de trabajadores del sector alimenticio en los condados de El Paso y Moore, en Texas, y en el condado de Doña Ana, en Nuevo México.

Este artículo es un estudio de caso descriptivo basado en un proyecto de divulgación con trabajadores del sector alimenticio, predominantemente hispanos, que trabajan en la frontera entre Estados Unidos y México o tienen vínculos con ella. Se trabajó con líderes de alcance comunitario para establecer vínculos con la población prioritaria, registrar datos cuantitativos sobre el alcance (número de trabajadores del sector alimenticio alcanzados y dónde se ubican), así como de las jornadas de vacunación (número de vacunas por jornada) y acerca de la información cualitativa al respecto de las principales preguntas e inquietudes reportadas por las poblaciones prioritarias. Más de 1 500 trabajadores agrícolas, 250 trabajadores del sector

lácteo y 700 empaecedores de carne fueron contactados en el curso de seis meses para recibir información y material de protección contra la COVID-19. Nuestros resultados sugieren que los programas que toman en cuenta fuentes confiables (es decir, líderes con presencia en sus comunidades), consideran barreras y se adaptan en función de las necesidades reportadas por las poblaciones prioritarias tienden a ser efectivos.

Antecedentes

Consideramos importante que los investigadores y los profesionales de la salud dediquen atención y establezcan vínculos con la comunidad en cuanto a la educación sanitaria y a la abogacía en el contexto del trabajo agrícola, el empaquetado de carne y la industria de productos lácteos, dado que estas comunidades están al frente de la cadena de producción de alimentos. A pesar de que el trabajo agrícola es considerado esencial, existen reportes que indican que este grupo no está siendo bien protegido durante la actual pandemia, así como de acceso limitado a equipo de protección personal y poco distanciamiento social (Fielding-Miller, Sundaram y Brouwer, 2020). El empaquetado de carne es un muy buen ejemplo de un conjunto de condiciones problemáticas que eleva el riesgo de propagación de la COVID-19 (Carlsten *et al.*, 2021). Las barreras reportadas por los trabajadores del sector alimenticio han contribuido a las desigualdades en los procesos de vacunación, entre ellas la falta de información, los problemas de transporte, las dudas acerca de la seguridad de las vacunas y los potenciales riesgos, la falta de acceso a Internet para registrarse, la falta de permisos remunerados en el trabajo y el horario limitado de funcionamiento de las clínicas de vacunación.

Los condados seleccionados son comunidades predominantemente hispanas con un número considerable de trabajadores del sector alimenticio, que por lo tanto son altamente susceptibles de contraer la COVID-19. Los condados



de El Paso y el sur del condado de Doña Ana se encuentran en la frontera entre Estados Unidos y México, siendo la agricultura de riego la principal actividad en estas áreas, lo que implica una gran fuerza laboral temporal y una permanente algo menor. Texas es uno de los principales estados con trabajadores migrantes en Estados Unidos, por lo que los trabajadores pueden pasar parte del año en Texas trabajando en la agricultura y luego migrar a otros estados durante la temporada de siembra y cosecha. Los trabajadores migrantes tienden a viajar en flujos migratorios dependiendo del clima, las condiciones de los cultivos y las oportunidades laborales. También hay grandes plantas de productos lácteos y una planta empacadora de carne al sur del condado de Doña Ana. Muchos trabajadores agrícolas, que trabajan en los condados de Doña Ana y El Paso, viven en Ciudad Juárez, México, y migran entre ambos países (Estados Unidos y México) de manera regular. Estos trabajadores expresaron temor de infectarse, pero se vieron obligados a ir a trabajar para ganarse la vida al igual que los trabajadores de la industria láctea y los empacadores de carne (Yeung y Grabell, 2021). El condado de Moore está más lejos de la frontera, en el territorio de Texas, pero tiene una importante planta empacadora de carne y numerosas granjas de riego que emplean a hispanos.

La UTEP estableció alianzas con organizaciones comunitarias (OC) para distribuir equipos de protección (cubrebocas y desinfectante de manos) e información cultural y lingüísticamente apropiada sobre la COVID-19 en español e inglés, diseñada específicamente para la población prioritaria. Posteriormente, las organizaciones comunitarias fueron equipadas con iPads y puntos de acceso a Internet para registrar a la población prioritaria con el objetivo de que recibiera la vacuna contra la COVID-19. Además, en conjunto con otras organizaciones, se montaron clínicas de vacunación tomando en cuenta los problemas reportados por la población prioritaria. Las organizaciones comunitarias

registraron visitas y actividades individuales mediante un formulario de seguimiento para recopilar información pertinente, utilizado para analizar, mejorar el proyecto y ofrecer un mejor servicio a la población prioritaria. El proyecto combinó investigación académica, vínculos con la comunidad y abogacía en el contexto de comunidades que trabajan en granjas, empacadoras de carne y plantas de producción láctea, aportando lecciones importantes en cuanto a la implementación de proyectos.

Este estudio se benefició de los vínculos con la comunidad, establecidos por las organizaciones comunitarias, y se valió de su amplia experiencia en cuanto a educación en salud pública y abogacía en el contexto de la salud. Establecer vínculos con los trabajadores de las industrias de producción de alimentos implica generar confianza, comunicarse en español e inglés, crear contactos y trabajar e identificar oportunidades con empleadores y supervisores en lugares a menudo de difícil acceso.

Metodología

La UTEP estableció alianzas formales con cuatro organizaciones comunitarias que trabajan con líderes en la comunidad (es decir, trabajadores de la salud comunitarios, promotores de la salud, etcétera) para vincularse con los trabajadores del sector alimenticio en tres condados. Se redactaron memorandos de entendimiento detallando claramente el trabajo a realizar, con expectativas y entregables específicos y plazos definidos. Cada organización comunitaria se concentró en diferentes áreas para evitar la duplicación de servicios y maximizar el alcance y los recursos. Familias Triunfadoras fue responsable del lado este del condado de El Paso, Ayuda se concentró en el lado oeste del condado de El Paso y Cactus Nazarene Ministries se centró en el condado de Moore. En el condado de Doña Ana, el departamento de salud del condado trabajó en la parte sur de esa misma



localidad, operando de manera muy similar a una organización comunitaria. Estas organizaciones asignaron al menos dos líderes de alcance comunitario (LAC) para visitar granjas, campos, establecimientos de productos lácteos, plantas empacadoras de carne y complejos de viviendas para trabajadores del sector agrícola y que trabajan en plantas empacadoras de carne.

El alcance inicial de este estudio, que comenzó en diciembre de 2020 con las organizaciones comunitarias, implicó realizar actividades de divulgación y proporcionar equipo de protección (cubrebocas, desinfectante para manos) y material educativo impreso cultural y lingüísticamente apropiado acerca de la pandemia por la COVID-19 para los trabajadores del sector alimenticio. El material educativo incluyó información sobre el uso adecuado del cubrebocas, las medidas de protección en caso de participar en reuniones masivas y la responsabilidad cívica en caso de dar positivo a la COVID-19. Según la información proporcionada por la población prioritaria, se compartieron impresos adicionales con los trabajadores acerca de los recursos disponibles en el condado, como información sobre servicios de salud general y salud mental, módulos para hacer pruebas de la COVID-19, inscripción al proceso de vacunación y centros de distribución de comidas y despensas, así como al respecto de asistencia en términos de alquiler.

El proyecto permitió una gran flexibilidad para adaptar nuestro enfoque en función de las necesidades reportadas por la población prioritaria. Uno de los desafíos percibidos fue la falta de conocimiento y de acceso en términos de la tecnología para registrarse a recibir la vacuna contra la COVID-19. Así, los líderes de alcance comunitario estuvieron equipados con iPads y puntos de acceso a Internet y para marzo de 2021 estaban ya registrando a la población prioritaria y a sus familias para vacunarlos contra la COVID-19, proceso que se llevó a cabo de forma ética y confidencial. El registro de la población

prioritaria y sus familiares se realizó en los espacios de vivienda de trabajadores agrícolas y empaquetadores, en los lugares donde se registran para trabajar y en jornadas a las que asistieron la población prioritaria y sus familias.

Adicionalmente, en febrero de 2021 se crearon grupos de discusión con trabajadores agrícolas en los condados de El Paso y Doña Ana en los que la población reportó dificultades para acceder a las vacunas. Algunos de estos obstáculos fueron la falta de transporte a los lugares de vacunación, el horario limitado en el que atendían las clínicas de vacunación y no tener con quién dejar a los hijos (Cooper, 2021). En colaboración con otras organizaciones, a partir de abril de 2021 se montaron clínicas de vacunación para la población prioritaria y sus familias en los espacios de vivienda de trabajadores agrícolas en los condados de Doña Ana, El Paso, y en otros lugares de confianza.

Al final de cada visita o jornada, las organizaciones eran responsables de enviar un formulario electrónico de seguimiento, en inglés y en español, para recopilar información cuantitativa y cualitativa. Las mismas organizaciones informaron del número de vacunas y la ubicación de las clínicas en el apartado para comentarios o en las notas del formulario. Miembros del equipo de investigación recopilaron y revisaron mensualmente las respuestas del formulario de seguimiento.

Resultados, discusión y análisis

Resultados

Esta sección presenta los resultados cuantitativos y cualitativos de las cuatro organizaciones participantes, basados en el análisis de los formularios de seguimiento enviados y recopilados de diciembre de 2020 a mayo de 2021. Se enviaron, recopilaron y analizaron un total de 40 formularios de seguimiento (respuestas) mensualmente durante 6 meses. El cuadro 1



resume la actividad de alcance por mes. La población prioritaria no se registró para la vacuna hasta marzo de 2021, cuando hubo un acceso más amplio en los condados del proyecto y cuando se entregaron iPads y puntos de acceso a las organizaciones comunitarias. Por lo tanto, no se registra actividad para los meses de diciembre a febrero en términos de registros para vacunación.

El cuadro 1 enumera los lugares de trabajo visitados, pero no incluye las visitas a los espacios de vivienda de los trabajadores agrícolas y los empaquetadores. Se visitaron tres espacios de vivienda de trabajadores agrícolas para realizar actividades de divulgación y registrarlos junto con sus familias para recibir la vacuna. Dos estaban en el condado de El Paso y uno, en el condado de Doña Ana. También se visitaron las viviendas para trabajadores de una planta empaquetadora de carne en el condado de Moore. Estas locaciones se anotaron en la sección de comentarios o en las notas del formulario de seguimiento.

Como demuestran los totales en el cuadro 1, el alcance en cuanto a los trabajadores de plantas de productos lácteos fue mucho más limitado. Sin embargo, se visitaron muchas plantas. Hay una gran cantidad de empleados

en las plantas de empaquetado de carne, por lo que con solo un par de visitas se alcanzó a muchos trabajadores. El proceso de contactar a los trabajadores agrícolas se llevó a cabo sobre todo en espacios aprobados por los supervisores para que estos fueran consultados. En las plantas empaquetadoras de carne, los administradores de la planta aseguraron que existía ya una coordinación interna para registrarse a la vacunación, por lo que no se reportaron registros. Debido a las limitaciones que afectan a los trabajadores de plantas de productos lácteos a nivel individual, no se guardó información de personas registradas para vacunación en los formularios de seguimiento.

El cuadro 2 resume el número de vacunas contra la COVID-19 proporcionadas a la población prioritaria en jornadas organizadas por el proyecto. El proveedor de la vacuna (por ejemplo, el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas) reportó a las organizaciones comunitarias el número de vacunas aplicadas. Un total de 361 trabajadores agrícolas y sus familias fueron vacunados en dos de los condados involucrados en el proyecto entre abril y mayo de 2021. Nuestros resultados sugieren que se pudo llegar a esta población

Cuadro 1.
Alcance con información y recursos (diciembre 2020-mayo 2021)

	Granjas visitadas	Trabajadores agrícolas alcanzados	Trabajadores agrícolas registrados para vacunación	Plantas de lácteos visitadas	Trabajadores del sector lácteo alcanzados	Trabajadores del sector lácteo registrados para vacunación	Plantas empaquetadoras de carne visitadas	Empaquetadores de carne alcanzados	Empaquetadores de carne registrados para vacunación
Diciembre	8	153		7	250		1	500	
Enero	22	451		53	9		0	0	
Febrero	4	260		0	0		0	0	
Marzo	8	256	12	0	0	0	1	208	0
Abril	0	308	37	0	0	0	0	0	0
Mayo	1	110	95	0	0	0	0	0	0
Totales	43	1 538	144	60	259	0	2	708	0

Fuente: Elaboración propia.



y vacunarla no solo debido a la divulgación adecuada por parte de fuentes confiables, sino a la facilitación de vacunas en las inmediaciones de los espacios de vivienda, al hecho de

que no fue necesario hacer cita o registro previos y a la posibilidad de hacer intervenciones en últimas horas de la tarde o en las primeras horas de la noche.

Cuadro 2.
Vacunas proporcionadas a trabajadores agrícolas y sus familias (abril 2021-mayo 2021)

Condado	Actividad	Número de vacunas
Doña Ana	Primera dosis (abril 14 2021)	40
Doña Ana	Segunda dosis (mayo 12 2021)	35
El Paso	Primera vacunación Clínica San Elizario (mayo 6 2021)	75
El Paso	Segunda vacunación Clínica San Elizario (mayo 6 2021)	71
El Paso	Condado de Courthouse (abril 17 2021)	80
El Paso	Sin Fronteras – Centro de los Trabajadores Agrícolas (abril 28 2021)	60
	Total	361

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados cuantitativos están respaldados por información cualitativa. Las organizaciones comunitarias compartieron en sus formularios de seguimiento las siguientes observaciones mientras realizaban actividades de divulgación. Estos son algunos de los comentarios o notas compartidos a raíz de sus interacciones con los trabajadores del sector alimenticio.

Los comentarios en términos cualitativos o notas de seguimiento permitieron comprender mejor lo reportado por los trabajadores del sector alimenticio, así como adaptar el proyecto para satisfacer sus necesidades. Muchos

trabajadores expresaron su agradecimiento por los “kits” (bolsas con cubrebocas reutilizables, desinfectante de manos y material impreso), así como por la información verbal proporcionada. También fue evidente el temor de contraer la COVID-19 y el hecho de que no tenían acceso a equipos de protección. A algunas organizaciones comunitarias no se les proporcionó acceso directo a los trabajadores, sin embargo se pudo ofrecer información y recursos para que el personal administrativo y los encargados de supervisión los compartieran. Gradualmente, la población prioritaria comenzó a



Cuadro 3.

Comentarios y notas compartidos con los trabajadores del sector alimenticio

◆ Muy contentos por el kit y la información que les fue proporcionada.
◆ Comentarios sobre la vacuna: si en verdad se aplicará y si ellos como trabajadores agrícolas serán atendidos.
◆ Los comentarios fueron muy positivos.
◆ Muy agradecidos con el kit y además se sintieron contentos de haber aprendido mucho acerca de cómo prevenir.
◆ Todos preguntaron sobre la vacuna contra la COVID; quieren ponérsela.
◆ Tienen mucho miedo al contagio y piden que por favor intercedamos por ellos.
◆ No nos permitieron hablar con los trabajadores en el campo, pero sí con el personal de la oficina sobre el proyecto y los recursos disponibles, los lugares para hacerse la prueba (de la COVID-19) y cómo registrarse para la vacunación.
◆ Nos presentamos en las viviendas para trabajadores agrícolas que se localizan en la ciudad de El Paso, Texas. Ahí repartimos material informativo, cubrebocas y material desinfectante para manos. Fuimos de puerta en puerta y tuvimos la oportunidad de conversar con los locales, que expresaron sus necesidades: <ul style="list-style-type: none">◇ <i>Dónde recibir información acerca de los lugares para aplicarse la vacuna contra la COVID-19.</i>◇ <i>Mencionaron que no tienen acceso a productos de protección.</i>◇ <i>Muchos de ellos no tienen acceso a una computadora y no tienen el conocimiento necesario para usarla.</i>◇ <i>Transporte: algunos de los inquilinos son de edad avanzada y no tienen transporte propio.</i>◇ <i>Si es posible, movilizar doctores y enfermeras para aplicar la vacuna una vez que esté disponible.</i>

tener preguntas acerca del acceso a la vacuna (cómo registrarse), sobre los tipos de vacunas disponibles (Johnson & Johnson, Moderna, Pfizer) y a los obstáculos para acceder a la vacunación (falta de transporte y de tecnología para registrarse, por ejemplo). La constante presencia en el campo con el objetivo de atender dudas fue particularmente importante.

Discusión

En este proyecto analizamos la cantidad de trabajadores del sector alimenticio que fueron alcanzados a través de los líderes de alcance comunitario con el objetivo de recopilar información sobre la COVID-19, acerca del equipo de protección, de los procesos de registro y del suministro de las vacunas mismas. En diciembre

de 2020 las organizaciones comunitarias recibieron capacitaciones acerca del proyecto (sus metas y objetivos) y sobre la COVID-19 (síntomas, propagación, etcétera), así como de las investigaciones y recomendaciones emitidas por los centros de prevención de enfermedades, realizadas a partir de los formularios de seguimiento, incluyendo fuentes confiables de información y tipos de precauciones. En marzo de 2021 las organizaciones comunitarias recibieron iPads, proporcionaron puntos de acceso a Internet y capacitaciones. Las capacitaciones incluyeron información sobre las plataformas en línea, recomendaciones clave para los líderes de alcance comunitario y su registro para la vacunación y aspectos a informar al registrar a una persona (vacuna gratuita, precauciones post vacunación, etcétera). En el caso de Texas se tuvo que



trabajar con varios sistemas en línea, ya que los trabajadores estaban en dos estados diferentes (Nuevo México y Texas). Por ejemplo, en Nuevo México el registro de vacunación se centralizó en el sitio web del Departamento de Salud de Nuevo México, mientras que en Texas la población prioritaria estaba registrada en el Centro Médico Universitario de El Paso, en la Ciudad de El Paso y en el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas. Los líderes de alcance comunitario también desempeñaron un papel importante en cuanto a informar a los trabajadores del sector alimenticio acerca de los módulos de información que contaban con computadoras disponibles para registrarse cuando los trabajadores tenían acceso limitado o nulo a la tecnología básica.

Dada la ubicación de granjas y plantas de productos lácteos en comunidades rurales, llegar a los trabajadores agrícolas y del sector lácteo no fue tarea fácil. Los líderes de alcance comunitario lograron llegar a poblaciones de difícil acceso con población de trabajadores de granjas, plantas de productos lácteos y plantas empacadoras de carne (Nuñez, 2015). Asimismo, establecieron una comunicación específica con supervisores, agricultores y encargados de recursos humanos para identificar formas de colaborar y establecer contacto con la población prioritaria. Los hispanos residentes en comunidades rurales desatendidas (quienes son parte de otros grupos vulnerables, incluidos trabajadores del sector alimenticio) se encuentran entre los que más necesitan la vacuna contra la COVID-19. Sin embargo, enfrentan los mayores desafíos para acceder a ella. Los resultados demuestran el impacto de la divulgación de información y las redes de apoyo para contactar a los trabajadores del sector alimenticio en sus lugares de trabajo o residencia. Tomando en cuenta la información cualitativa recibida de las organizaciones comunitarias, modificamos el proyecto para asegurarnos de que estábamos proporcionando lo que la población

prioritaria identificaba como necesario para superar algunas de las barreras reportadas, en particular, el acceso a la vacuna contra la COVID-19. En coordinación con organizaciones aliadas externas al proyecto y con las organizaciones comunitarias, se organizaron jornadas de vacunación en viviendas de trabajadores agrícolas y en lugares de confianza (por ejemplo, en Sin Fronteras - Centro de los Trabajadores Agrícolas). Estas jornadas consistieron en actividades de divulgación de puerta en puerta y en los campos agrícolas con el objetivo de promover esta campaña.

Debido a la constante migración de los trabajadores agrícolas, muchos de los cuales viajan diariamente de regreso a México los fines de semana o durante descansos prolongados, es importante que la población prioritaria esté completamente vacunada. Las vacunas aún no están completamente disponibles en la comunidad fronteriza mexicana de Ciudad Juárez, Chihuahua, lo que hace que el acceso a la vacuna en Estados Unidos sea de gran importancia para los trabajadores agrícolas. Los empaquetadores de carne trabajan muy cerca unos de otros y son más susceptibles de contraer y propagar el virus. Los trabajadores del sector lácteo continuaron las operaciones de ordeña durante la pandemia para brindar servicios esenciales de alimentación. Así, proporcionar información cultural y lingüísticamente apropiada sobre la COVID-19 y sobre los equipos de protección a partir de fuentes confiables (como los líderes de alcance comunitario) fue crucial para mitigar los impactos negativos. Asimismo, el acceso a las vacunas es importante, así como abordar algunas de las barreras para acceder a ellas identificadas por la población prioritaria. De esta forma se garantizan para los trabajadores del sector alimenticio los programas que toman en cuenta los antecedentes específicos de la población en formatos cultural y lingüísticamente apropiados, incluyendo sus verdaderas necesidades y aprovechando fuentes confiables.



Análisis

Los enfoques coordinados como el de la NCRN, que se valen del trabajo de los aliados estratégicos (la UTEP en este caso) y que incorporan el trabajo de las organizaciones comunitarias y de los líderes de alcance comunitario para vincularse con los trabajadores del sector alimenticio, han sido efectivos para mitigar el impacto del virus SARS-CoV-2 en esta población. Los líderes de alcance comunitario son fuentes confiables de información y son reconocidos por los integrantes de la comunidad, que agradece la información y el apoyo brindado. La difusión de información sobre la COVID-19, cultural y lingüísticamente apropiada, así como del equipo de protección, fueron bien recibidos por la población prioritaria. Recopilar y distribuir información sobre lo que los trabajadores de la producción reportaron como necesario (equipo de protección y recursos específicos del condado, por ejemplo) fue útil para mitigar el impacto de este virus. Los esfuerzos de divulgación a nivel local y la adaptación del proyecto, a medida que se fueron conociendo las necesidades reportadas por la población prioritaria, llevaron a su éxito en general. Como resultado paralelo, hemos estado proporcionando información y empoderando a las organizaciones comunitarias y a los líderes de alcance comunitario con información correcta y actualizada de fuentes confiables, ayudando a derrumbar mitos sobre la COVID-19 y las vacunas que se distribuyen en la comunidad.

Conclusión y recomendaciones en cuanto a políticas públicas

Los trabajadores de la producción de alimentos, especialmente las poblaciones migrantes e inmigrantes, enfrentan altos niveles de riesgo de infección por la COVID-19, así como impactos en la salud. Por ello, merecen especial atención en términos de políticas y prácticas sanitarias. Proviene de poblaciones con factores de riesgo

elevados al padecer, por ejemplo, diabetes tipo II e hipertensión. A menudo carecen de servicios adecuados de atención médica, así como de servicios de atención preventiva. Deben trabajar para ganarse la vida y enviar dinero a casa, no pudiendo aislarse fácilmente para evitar el contagio. Sus hogares a menudo implican proximidad. Algunos viven en hogares multigeneracionales y su trabajo, en algunos casos, implica esfuerzo físico y respirar cerca de otras personas. Tienen pocos recursos para resolver necesidades prácticas de autocuidado en salud (por ejemplo, transporte, niñeras, etcétera). Social y geográficamente, a menudo se ven marginados y no se sienten beneficiarios de los servicios y la información disponibles para la sociedad en general. Algunos son migrantes; otros, inmigrantes temporales o no autorizados. A pesar de estas aparentes limitaciones, descubrimos importantes activos entre los trabajadores del sector alimenticio y las organizaciones comunitarias con las que trabajamos. Los líderes de alcance comunitario reportaron que los trabajadores del sector alimenticio expresaron gran interés y entusiasmo por colaborar y una disposición abierta a vacunarse, en función de su deseo de estar sanos y de sentirse seguros. Los miembros de la comunidad están preocupados por su salud ante la pandemia de la COVID-19 y buscaron informarse con las organizaciones comunitarias aliadas. Las políticas públicas y las prácticas de prestación de servicios de salud deben basarse en estos activos potenciales.

Un descubrimiento importante de nuestro proyecto aplicado fue que las prácticas de promoción de la salud dirigidas a grupos específicos son efectivas con los trabajadores del sector alimenticio. Esto puede priorizarse y obtener financiamiento para su aplicación en políticas públicas. Las organizaciones comunitarias, especialmente las que cuentan con trabajadores con experiencia en establecer vínculos, son cruciales para este tipo de prácticas y sirvieron de modelo para los lineamientos en cuanto a



salud y seguridad que se compartieron con las poblaciones prioritarias. Si bien no son organizaciones promotoras de salud como tales, también trabajamos con éxito en centros de trabajo para trabajadores migrantes, en el contexto de las viviendas para trabajadores y con los departamentos de salud del gobierno local y estatal. El acercamiento a las poblaciones social y geográficamente marginadas requiere habilidades y conocimientos específicos: dónde y cuándo encontrarse con la gente, cómo hablar y conectarse sin suscitar miedo o desconfianza y cómo compartir información básica a través de mensajes cultural y lingüísticamente apropiados. Nos beneficiamos de la microfocalización de la divulgación de información y del trabajo de los encargados de establecer vínculos dentro de las organizaciones comunitarias. Esto contrasta con las iniciativas de divulgación más complejas que utilizan los medios de comunicación masivos y distribuyen de forma habitual la información en redes sociales, al tiempo que dependen de grandes espacios para vacunación masiva y otras instalaciones (por ejemplo, departamentos de salud de la ciudad y el condado con espacios a los que se puede acceder en automóvil o llegar sin previa cita). Los líderes de alcance comunitario identificaron y visitaron varios puntos (lugares de trabajo, campos, viviendas) donde los trabajadores y empleadores pudieron recibir información personalmente. Esto no solo significó contactar directamente a los involucrados, también demostró un interés y una solidaridad reales. Nuestro programa permitió este tipo de alcance al proporcionar a las organizaciones comunitarias tecnología móvil, como puntos de acceso a Internet y iPads, para usar en áreas rurales y remotas con acceso limitado a tecnología Wifi. Una cualidad muy valiosa de los encargados de establecer vínculos con la comunidad es su capacidad para generar confianza en una comunidad generalmente desconfiada y socialmente marginada. El trabajo previo de los integrantes del equipo demostró

que la sensación de distanciamiento social y geográfico es una de las barreras más difíciles de superar en cuanto a atención médica, que a menudo es expresada a través de desinterés y desconfianza. En contraste, los lazos de confianza mutua benefician significativamente el acceso a la atención médica (Heyman, Núñez y Talavera, 2009). Así, obtuvimos resultados positivos (por ejemplo, aceptación de la vacunación) mediante el trabajo con organizaciones comunitarias confiables y con experiencia y sensibilidad para trabajar con personas de diversas edades y géneros. Los encargados de diseñar políticas públicas y los esfuerzos de divulgación deben apuntar hacia este tipo de asociaciones y se debe incluir su participación y considerar su compensación en futuros esfuerzos.

Nuestra interacción con los empleadores fue más difícil. Algunos estaban muy dispuestos a dejar trabajar a nuestros promotores y colaboraron proporcionando contactos, ubicaciones y horarios para comunicarse con los trabajadores. Otros fueron evasivos, reticentes o tuvieron un comportamiento ambiguo. Ciertamente los empleadores deben ser responsables por la salud y la seguridad de los trabajadores, incluyendo la minimización de la propagación de enfermedades infecciosas. Dado que los trabajadores migrantes temporales pasan una enorme cantidad de tiempo trabajando (algunos viven donde trabajan), y debido a que están distribuidos a lo largo del paisaje rural, a menudo son más fácilmente ubicables en el trabajo. Comunicarse con los empleadores es una práctica crucial en la promoción de la salud. Por lo tanto, consideramos que políticas públicas de mayor alcance deben alentar o exigir a los empleadores que faciliten prácticas de salud para los trabajadores y sus familias para el beneficio conjunto de los trabajadores, los empleadores y la sociedad. Las alianzas y colaboraciones estratégicas pueden ayudar a superar estos obstáculos al acceso a la atención médica y a la prevención de enfermedades.



Estar al tanto y tener disposición de informarse sobre cómo minimizar la transmisión de la COVID-19, así como la aceptación de la vacunación, son aspectos cruciales. Es importante contar con personal de divulgación de confianza que sean hablantes nativos y estén capacitados para difundir información y promover la disposición a vacunarse. Sin embargo, enseñar a ser saludables es solo un aspecto de las prácticas que se deberían adoptar. Los trabajadores migrantes enfrentan varias limitaciones prácticas, tanto para reducir la transmisión de la COVID-19 como para vacunarse. Nuestro proyecto abordó parcialmente algunas de estas limitaciones, pero deberían considerarse como parte de los problemas a atender de una política de salud pública más sistemática y efectiva. Los trabajadores no tienen el lujo de darse un momento cuando están enfermos o de tomarse un descanso no remunerado para vacunarse o recuperarse de los efectos secundarios de la vacuna. Lo mismo sucede, aunque de forma menos dramática, cuando se realizan viajes para obtener material de protección. El costo de los suministros (por ejemplo, de los cubrebocas) también constituye un obstáculo para los trabajadores de bajos ingresos que viven y trabajan en comunidades rurales remotas. Los puntos de vacunación y de acceso a información pueden ubicarse muy lejos (normalmente en grandes áreas urbanas) de personas que viven y trabajan en entornos rurales. Es importante entender la geografía del lugar donde viven estos trabajadores y también la de sus sitios de trabajo. El transporte puede ser un obstáculo serio, lo que agrava el problema de no poder permitirse el lujo del tiempo libre en el trabajo. Las unidades móviles de vacunación pueden desplegarse estratégicamente en futuras jornadas para llegar a poblaciones de difícil acceso. El horario normal del centro de salud puede no ser adecuado cuando se tiene una jornada de diez o doce horas al día, sobre todo si se inicia temprano cada semana durante la temporada. Las

tardes son más apropiadas. Las limitaciones en cuanto tiempo y espacio no solo afectan a los trabajadores asalariados, también a sus familias cuando habitan las mismas viviendas. Y existe el problema de conseguir quién cuide a los hijos. El registro para la vacunación en sitios web puede ser particularmente inadecuado para estas poblaciones, ya que carecen de computadoras o usan teléfonos inteligentes de manera muy limitada (solo para conversaciones personales, usando mensajes de texto, o para llamar a través de WhatsApp). Seguir los pasos de sitios web complejos para registrarse puede ser abrumador o imposible, especialmente si existen obstáculos en cuanto a alfabetización lingüística y tecnológica. Por lo tanto, los líderes de alcance comunitario colaboraron en este proceso usando iPads y puntos de acceso para registro. Es importante considerar a los trabajadores del sector alimenticio como una población que debe tomar decisiones en situaciones poco favorables y que enfrenta desafíos, y no como personas sin educación que necesitan ser persuadidas y disciplinadas.

En términos de política, recomendamos dos iniciativas para los trabajadores migrantes y del sector alimenticio (aunque esto beneficiará a una población vulnerable mucho más amplia). Primero, es crucial tener un plan a largo plazo para tomar en cuenta las comorbilidades (a pesar de que éste no fue el motivo de nuestro proyecto aplicado). Consideramos, por ejemplo, que una buena manera de mantener una reserva constante de trabajadores que establezcan vínculos con la comunidad es financiarlos y emplearlos para que realicen actividades de vinculación y educación continuas sobre las comorbilidades asociadas con un alto riesgo de contraer la COVID-19. En segundo lugar, necesitamos políticas para reducir las barreras estructurales al respecto de las prácticas de salud positivas pre y post- COVID-19. Esto incluye lugares de trabajo más seguros, tiempo libre remunerado para recibir la vacuna,



necesidades de atención preventiva, transporte al lugar de vacunación, ubicación de los puntos de vacunación, módulos de educación sanitaria cerca de la residencia de los trabajadores y/o visitas directas a los lugares de trabajo, así como despliegue de clínicas móviles de vacunación y atención médica, cuidado de niños por tiempo suficiente para realizar actividades clave de salud y asistencia con el registro en línea. Es importante resaltar que consideramos que las organizaciones comunitarias y los líderes de alcance comunitario con experiencia deben recibir financiamiento y asumir el objetivo de remontar las brechas de marginación social, económica y educativa. Su trabajo se basa en el elemento crucial de la confianza mutua, y ésta se construye para cerrar brechas en los servicios para las comunidades rurales y los centros urbanos.

Todas nuestras recomendaciones requieren inversiones a largo plazo y planificación, considerando la próxima ola de enfermedades infecciosas (interactuando con comorbilidades). Nuestro proyecto fue financiado con base en subvenciones. Esto fue muy valorado, pero un enfoque a partir de políticas eficaces

atraerá inversiones responsables a largo plazo que pueden constituir un enfoque estándar, no una respuesta apresurada a una emergencia. Nuestro proyecto se centró en hacer que las organizaciones comunitarias se volvieran más fuertes. La formación de los líderes de alcance comunitario (específicamente los trabajadores comunitarios de la salud) debe estar bien financiada. Asimismo, una vez que los trabajadores estén capacitados es necesario que tengan empleo permanente, sostenible e institucionalizado (por ejemplo, capacitación para enfrentar comorbilidades), de forma que estén disponibles en todo momento cuando sea necesario. También se necesitan inversiones en sitios y tecnologías de divulgación en áreas geográficamente marginales donde muchos trabajadores esenciales, incluidos los trabajadores del sector alimenticio, residen de forma permanente o temporal. Necesitamos y podemos estar mejor preparados para los futuros desafíos de salud. Los trabajadores del sector alimenticio trabajaron durante esta pandemia no solo para poner comida en sus mesas, sino en las de todos nosotros. Les debemos, pues, nuestro cuidado, respeto y apoyo.



Referencias bibliográficas

- Carlsten, C., Gulati, M., Hines, S., Rose, C., Scott, K., Tarlo, S. M., Torén, Kjell, S. A., y de la Hoz, R. E. (2021). COVID-19 as an Occupational Disease. *American Journal of Industrial Medicine*. 64: 227-237.
- Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston. (2021). *Dairy Farm Safety*. Recuperado de <https://sph.uth.edu/research/centers/swcoeh/dairy-farm-safety/>
- Cooper, T. V. (2021). COVID-19 Vaccination Hesitancy: The Science, Theory, and Messaging. Datos no publicados.
- Fielding-Miller, R. K., Sundaram, M. E. y Brouwer, K. D. (2020). Social Determinants of COVID-19 Mortality at the County Level. *PLOS ONE*. 15(10): e0240151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240151>.
- Heyman, J. McC., Núñez, G. G. y Talavera, V. 2009. Health Care Access and Barriers for Unauthorized Immigrants in El Paso County, Texas. *Family and Community Health*, 32(1): 4-21.
- Horton, S. B. (2016). *They Leave Their Kidneys in the Fields: Illness, Injury, and Illegality Among U.S. Farmworkers*. University of California Press.
- Núñez, G. G. (2015). The Political Ecology of Colonias on the U.S.-Mexico Border: Ethnography for Hidden and Hard-to Reach Communities. En Raymond L. Bryant (ed.) *The International Handbook of Political Ecology*. (pp. 460-474). Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Simmons, A., Chappel, A., Kolbe, A. R., Bush, L., y Sommers, B. D. (2021). Health Disparities by Race and Ethnicity During the COVID-19 Pandemic: Current Evidence and Policy Approaches. Washington, DC: Oficina del Secretario Adjunto de Planificación y Evaluación, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. 16 de marzo de 2021. Recuperado de https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated_legacy_files/199516/covid-equity-issue-brief.pdf
- Yeung, B., y Grabell, M. (4 de febrero de 2021). After Hundreds of Meatpacking Workers Died from COVID-19, Congress Wants Answers. Recuperado de https://www.propublica.org/article/after-hundreds-of-meatpacking-workers-died-from-covid-19-congress-wants-answers?utm_source=sailthru&utm_medium=email&utm_campaign=investigacionesimportantes&utm_content=río

- ◆ **Nota:** Este trabajo fue financiado en su totalidad por un apoyo de \$ 40 millones de dólares por parte de la Oficina de Salud de las Minorías (OMH, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, como parte de la Infraestructura Nacional para Mitigar el Impacto de la COVID-19 dentro de las Comunidades de Minorías Raciales y Étnicas (NIMIC, por sus siglas en inglés), y gracias a un acuerdo de cooperación de tres años entre la OMH y la Morehouse School of Medicine.



COMENTARIOS FINALES

Hacia el final de 2019, en Wuhan, China, la Comisión Municipal de Salud informó a las autoridades sanitarias de ese país de un inusual brote de neumonía de la que no se podía establecer con certeza su etiología. De acuerdo con el Centro para la Protección de la Salud de Hong Kong (CHP, por sus siglas en inglés), al 31 de diciembre de ese año se indicaba que había 27 pacientes con esta enfermedad, siete de los cuales estaban en una condición grave y veinte se consideraban estables. A los pacientes se les había aislado, pero se indicaba que no se había observado una transmisión de humano a humano y tampoco se había informado de casos de contagio entre los trabajadores de la salud.

La cronología de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el 1 de enero de 2020 la organización ya estaba en estado de emergencia para abordar el brote y que la Misión conjunta OMS -China, en visita de trabajo en Beijing, Guangdong, Sichuan y Wuhan del 16 al 24 de febrero de ese año, precedió, junto con otra serie de visitas a distintos países, la evaluación de la OMS para determinar el 11 de marzo de 2020 que la COVID-19 podía caracterizarse como una pandemia. El Informe de esa primera Misión conjunta señalaba que el 20 de febrero había un total de 75 465 casos de COVID-19 acumulados en China. Durante los meses de enero y febrero las autoridades sanitarias de ese país habían instrumentado medidas restrictivas para contener y controlar el brote, así como para atender a las personas

enfermas en relación con la movilidad y el contacto humano: cuarentena y el cierre de escuelas, centros de trabajo y reuniones públicas.

El Informe establece recomendaciones específicas para China, para los países con casos importados y con brotes de COVID-19, para los países sin casos reportados de contagios, para todas las personas y para la comunidad internacional. En el caso de la comunidad internacional, se recomendó reconocer que el perfil de riesgo de los países afectados por COVID-19 cambiaba con rapidez y que era necesario monitorear continuamente las tendencias de los brotes y controlar las capacidades para reevaluar cualquier medida de salud adicional que interfiriera significativamente con los viajes internacionales y el comercio.

El diagnóstico casi inmediato de distintas organizaciones internacionales, en torno a cómo la pandemia afectaría a las poblaciones migrantes, se fundó en las medidas administrativas instrumentadas por distintos países, con base en las recomendaciones de la OMS. Al respecto, destacan los siguientes aspectos:

1. Disminución inmediata de los flujos de emigración y retorno, pero no del volumen de la población migrante establecida en los distintos países.
2. Mayor vulnerabilidad y riesgos de la población migrante en situación irregular, dada su cobertura de salud, tipo de



empleos y menores salarios, generando situaciones de desempleo de poblaciones migrantes.

3. Se propiciaron situaciones de inmovilidad forzada: miles de personas se quedaron varadas en zonas fronterizas en condiciones de mayor riesgo de infección, ya que usualmente solo transitan o permanecen muy poco tiempo en dichos lugares. Sin embargo, también están presentes los riesgos que enfrentan las personas refugiadas y solicitantes de asilo.
4. Se condicionaron en algunos países los viajes internacionales y los cruces fronterizos a solo aquellos clasificados como esenciales.
5. Un impacto en el flujo mundial de remesas internacionales, que provocó su descenso durante 2020. En el caso de América Latina y el Caribe se pronosticó que la disminución del flujo de remesas sería de 19.3 por ciento.
6. El miedo, en torno a la crisis de salud, en los países de destino podría propiciar la instrumentación de políticas públicas contra la migración, en detrimento de los derechos a la salud de las personas migrantes, así como de su impacto positivo en las economías de origen y destino.

A más de un año y medio de la declaración de la pandemia debida al SARS-CoV-2 (COVID-19), se afectó globalmente a las poblaciones migrantes de distintas maneras. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), con base en los datos más recientes de la División de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), indica que bajo el supuesto de migración cero en el número de migrantes entre el 1 de marzo y el 1 de julio de 2020 habría una disminución de casi dos millones de migrantes internacionales a nivel mundial, en comparación con la estimación inicialmente esperada entre mediados de 2019 y mediados de 2020. Aun con

este descenso global, la población inmigrante representaba, a marzo de 2021, 3.7 por ciento de la población en 14 de los 20 países con el mayor número de casos de COVID-19. El vínculo entre política pública y pandemia enfrenta el reto de las necesidades sociales y económicas de las poblaciones migrantes; entre ellas, la necesidad de atención en salud mediante programas, estrategias y acciones sistemáticas.

Este es el contexto de los artículos presentados en esta edición 2021 de *Migración y Salud*. Las conclusiones y recomendaciones de política pública con las que cierran cada uno de ellos dan cuenta de la gran complejidad social, económica, política y cultural de los procesos migratorios a gran escala en las zonas fronterizas y en los lugares de destino a nivel local, donde cobran relevancia la cobertura y el acceso a los servicios de salud, así como la necesidad de difundir información veraz y confiable en las comunidades de inmigrantes donde la vulnerabilidad asociada a la discriminación juegan un rol central en la atención contra la COVID-19.

Entre las recomendaciones con impacto en la política pública que se derivan de los estudios presentados, se hallan:

1. Incidir en la armonización legislativa respecto a la formulación e instrumentación de políticas públicas en México, en relación con servicios de salud a poblaciones migrantes. En particular, mediante estrategias centradas en el género a largo plazo y sin diferenciar de acuerdo con el estatus migratorio.
2. Incorporar en las estrategias y acciones de política pública la complejidad de la dinámica de la movilidad e inmovilidad de las poblaciones migrantes en la frontera sur de México. En particular, la de las mujeres en relación con la realización de derechos.
3. En concordancia con distintos organismos internacionales, continuar impulsando el establecimiento de condiciones de



- trabajo decentes para los trabajadores domésticos y agrícolas migrantes en la frontera sur de México.
4. Fortalecer la aplicación de la Ley de Migración en México para que las mujeres migrantes trabajadoras en el sector agrícola y doméstico en la frontera sur cuenten con beneficios legales, contratos escritos, condiciones de trabajo seguras, acceso a atención médica y mejores salarios.
 5. Diseñar y formular políticas dirigidas a la protección de los derechos humanos de las personas migrantes en México. En particular, las relativas a garantizar el acceso a la atención médica y legal en relación con los procesos de tránsito y estadia, sobre todo en los albergues.
 6. Establecer protocolos para mejorar la cobertura, oportunidad y calidad en el registro de las personas migrantes en relación con la COVID-19.
 7. Llevar a cabo procesos de construcción de espacios de confianza institucional con la población mexicana residente en comunidades rurales en Estados Unidos, con base en información veraz sobre las pruebas y vacunas contra la COVID-19.
 8. Difusión desde los gobiernos locales hacia la población mexicana residente en comunidades rurales sobre la situación de salud pública en relación con la COVID-19, a través de medios comunitarios y étnicos de comunicación, así como de liderazgos locales.
 9. Detonar procesos de información y educación hacia la población migrante mexicana en Estados Unidos en relación con la salud misma y en particular hacia las comorbilidades que acrecienten el riesgo frente a la COVID-19.
 10. En el caso de la población mexicana residente en Estados Unidos, es necesario instrumentar políticas para reducir las barreras estructurales a las prácticas de salud positivas que vayan más allá de la actual pandemia.

La convergencia de las conclusiones y recomendaciones presentadas en los estudios que integran la presente edición de *Migración y Salud* sitúan, en el caso de México, la necesaria armonización de las legislación con las políticas públicas y su instrumentación —tanto a escala federal como estatal, pero sobre todo a nivel local, donde transcurre la vida cotidiana de las personas migrantes— como un elemento central de las estrategias y acciones que inciden positivamente en el ejercicio de los más elementales derechos humanos y sociales. Lo mismo puede decirse en el caso de la población nacida en México residente en Estados Unidos en relación con la cobertura y acceso a la salud, así como del conocimiento de información confiable y veraz en relación con la COVID-19, las comorbilidades que acrecientan el riesgo de contagio o la severidad del mismo, su diagnóstico y vacunación.



MIGRACIÓN Y SALUD • MIGRATION AND HEALTH COMENTARIOS A LA EDICIÓN 2020

Alejandro I. Canales¹

Introducción

Esta publicación, *Migración y Salud / Migration and Health*, forma parte de una serie de textos que, bajo la forma de un libro, El Consejo Nacional de Población junto con la Universidad de California en Berkeley vienen publicando ininterrumpidamente desde hace 16 años. Representa un gran esfuerzo no solo editorial, sino también de investigación binacional en el área de salud y migración; sin duda, campos de gran relevancia para ambos países. Como todos los años, se trata de textos preparados por investigadores de ambos países que han pasado por una rigurosa revisión por parte de expertos en estas materias. Además, en este año la publicación adquiere un significado especial, considerando el contexto de la actual pandemia por COVID-19.

Iniciaré con una breve reseña de cada uno de los textos que componen la edición 2020, así como de sus aportes al debate y reflexión sobre la actual coyuntura marcada por esta pandemia que nos afecta y nos seguirá afectando al menos por el presente año. Posteriormente, presentaré algunos comentarios sobre este punto.

Migración y salud. Textos y contextos

La publicación está compuesta por 6 textos, cada uno de los cuales aborda un campo específico en relación a las condiciones de salud de los colectivos migrantes, tanto en Estados Unidos como en la frontera sur de México. El **primer capítulo** corresponde al texto de Yunuen Tenorio Corro, Luz Angélica de la Sierra de la Vega y Julio Cesar Montañez Hernández,² titulado “Acceso a servicios de salud en población migrante mexicana en Estados Unidos de América antes y después del Affordable Care Act”.

Como el título lo indica, es un análisis sobre la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en Estados Unidos, que afecta principalmente a la población de origen migrante, y se ejemplifica para el caso de la reforma a la salud implementada durante el gobierno de Barak Obama, aprobada en 2014. Como se señala en el texto, su objetivo es analizar el acceso a servicios de salud y los factores socioeconómicos de la población migrante mexicana en EE. UU. antes y después de esa reforma Affordable Care Act, ACA.

¹ Profesor-Investigador, Universidad de Guadalajara.

² Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Programa de Protección a Refugiados Casa del Migrante A.C.- ACNUR, y Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).



Se sabe que los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América cuentan con acceso limitado a servicios médicos debido a factores sociodemográficos, económicos y culturales que disminuye su calidad de vida. El 85.9 por ciento de los migrantes mexicanos mayores de 18 años de edad no cuenta con un sitio para obtener atención médica regular (CONAPO, 2016). Identificarse como migrante agudiza la discriminación en instituciones de salud y aumenta las condiciones de vulnerabilidad social debido al estigma. Por lo que los migrantes son una población con mayor riesgo de resultados deficientes en materia de salud.

Frente a ello, en 2014 el gobierno de EE. UU. promulgó una ley de reforma de salud integral (“Affordable Care Act”) con la finalidad de reformar la industria de los cuidados de salud. Sin embargo, para los migrantes mexicanos no documentados las únicas alternativas son los centros de salud comunitarios o las salas de emergencia de hospitales. Las principales barreras son asociadas a los altos costos y la carencia de seguro médico, además de otros factores como las necesidades de salud no satisfechas, la distancia y el estatus migratorio. Aunque también se reconoce en este estudio que ser mexicano con ciudadanía estadounidense fue una condición que disminuyó la probabilidad de retraso en la atención médica debido al costo.

Con base en los hallazgos de esta investigación, los autores sugieren que después de la implementación de ACA hubo mejoría en el acceso a servicios de salud al presentarse una disminución en el retraso de la búsqueda de la atención médica por motivos económicos entre los migrantes mexicanos. Sin embargo, es relevante enfatizar que este beneficio solo fue para migrantes con un estatus documentado. Los mexicanos migrantes no documentados debieron seguir siendo atendidos en algunos de los 1 400 centros de salud comunitarios que, aunque también eran financiados por ACA, la cobertura y calidad de la atención seguía siendo desigual.

Frente a ello, los autores proponen que es preponderante bregar en la formulación de políticas binacionales enfocadas en brindar cobertura integral de salud a la población migrante mexicana. Por lo que señalan, entre otras, las siguientes recomendaciones relevantes:

- ◆ Que exista una coordinación entre ambos países respecto a la atención en los centros de salud comunitarios, involucrando a las Ventanillas de Salud para contribuir en la recolección de la información sobre el cuidado y establecer el *rapport* necesario. Un diseño de control de enfermedades con enfoque binacional.
- ◆ Crear un programa de préstamos por parte del gobierno mexicano para el pago de las tarifas por acceso a servicios de emergencia en los Estados Unidos.
- ◆ Considerar esquemas de seguros binacionales de salud, donde los problemas de salud más frecuentes con una capacidad de resolución en el primer nivel y las emergencias sean atendidos en los EE. UU.

El *segundo capítulo* es un texto de Isabel Latz,³ titulado “Asociaciones entre experiencias con políticas de aplicación de la ley de inmigración y angustia psicológica, utilización de la atención médica y conductas de afrontamiento entre hispanos con diferentes estados migratorios en una ciudad fronteriza entre Estados Unidos y México”. Es un estudio realizado en El Paso, Texas, y refiere a los impactos y efectos en la salud mental del actual clima antimigratorio y las políticas de restricciones, deportaciones y similares sustentadas en discursos y prácticas racistas, xenófobas y discriminatorias contra la población de origen latino.

³ Isabel Latz, es Conferencista en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad de Texas en El Paso; y es también Asistente de investigación en el Departamento de Servicios de Atención Médica del Condado de Otero.



En este estudio se señala que el fortalecimiento de las políticas de aplicación de la inmigración en los Estados Unidos en las últimas décadas se ha asociado con efectos adversos en la salud física y mental, así como con la disminución del uso de servicios sociales y de atención médica en las comunidades hispanas e inmigrantes. Asimismo, los temores de deportación y las experiencias con la aplicación de la ley de inmigración se asociaron con una mayor angustia psicológica para evitar la atención médica, dando como resultado las evidentes consecuencias en el plano de la salud mental y física de la población migrante.

Este estudio reveló que estos temores de deportación, así como las experiencias de aplicación de la ley de inmigración y una mayor angustia psicológica, resultaban independientemente del estatus migratorio entre los residentes latinos en los EE. UU. Frente a ello, la autora propone las siguientes recomendaciones:

- ◆ Es importante que los formuladores de políticas reconozcan hasta qué punto los factores estresantes relacionados con la aplicación de la ley de inmigración pueden exacerbar los desafíos actuales de salud mental debido a la crisis de COVID-19.
- ◆ La pandemia de COVID-19 subraya la importancia del acceso equitativo a la atención médica, no solo para facilitar el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la enfermedad para las personas sino también para minimizar la transmisión de la enfermedad a otros miembros de la comunidad. Como han demostrado los resultados de ésta y de investigaciones anteriores, un estado migratorio vulnerable puede impedir que los latinos accedan a la atención médica, especialmente en entornos de estricta aplicación de la ley de inmigración.

Al respecto, me permito señalar que en otras investigaciones realizadas sobre la desigualdad social frente a los efectos de la COVID-19 en los Estados Unidos (Canales y Castillo, 2020) hemos encontrado que los latinos, así como otras minorías étnico-demográficas, muestran una tasa de incidencia, hospitalización y mortalidad significativamente superior a la de la población blanca.

En contraste, la pandemia ha arrojado luz sobre la importancia de los trabajadores inmigrantes para la economía de los Estados Unidos y el bienestar de la gente, lo que debería alentar a los legisladores a reenfocar la narrativa en el valor que los inmigrantes agregan a este país. Por ejemplo, en el estado de Nueva York el 66 por ciento de la fuerza laboral nacida en el extranjero se considera “trabajadores esenciales”, incluidos los trabajadores de la salud, los asistentes de edad avanzada y los fabricantes de equipos médicos, en comparación con el 56 por ciento de los empleados nativos.

En este sentido, coincido con la autora cuando señala que los formuladores de políticas deben abordar tanto el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud como la percepción de que pueden acceder a los servicios sin temer las consecuencias debido a su estatus de residente, con el fin de prevenir una exacerbación de los riesgos para la salud de la comunidad debido a la evitación del cuidado por parte de los inmigrantes.

El *tercer capítulo* es de Miguel Moctezuma Longoria⁴ y se titula “SARS-cov-2: exclusión social y de salud de los migrantes en Estados Unidos: antesala de retorno a México”. En este texto el autor nos recuerda que frente a la emergencia de la pandemia por COVID-19 los inmigrantes mexicanos, independientemente de su estatus legal, al ser sistemáticamente excluidos del apoyo del gobierno federal y

⁴ Miguel Moctezuma Longoria es Profesor de la Universidad Autónoma de Zacatecas.



estar fuera de las pruebas de laboratorio y otras medidas de atención a su salud no solo son discriminados sino, sobre todo, vulnerados como seres humanos.

La proliferación de la pandemia por COVID-19 entre los inmigrantes mexicanos es un asunto que está más allá de los modelos de soberanía y nacionalidad entre países. Por un lado, se trata de inmigrantes que han sido integrados estructuralmente como fuerza de trabajo permanente de Estados Unidos y, sin embargo, no son considerados sus derechos laborales plenos. Por el otro, el aumento del desempleo coloca en la indefensión a los migrantes, además de generar una alta presión que amenaza con desencadenar un retorno considerable de migrantes hacia México —con todo y descendientes—, que exige respuestas de política pública para su reintegración al país.

Frente a ello, el autor nos recuerda que la propagación de la COVID-19 ha venido a cuestionar la miseria humana y, a su vez, demanda promover relaciones institucionales y sociales incluyentes y sin discriminación. La exclusión de los inmigrantes al acceso a la salud, así como a recibir cualquier clase de apoyo por el Estado, se basa en esta ideología nacionalista y nativista. Lo paradójico es que, ante el SARS CoV-2, excluir de derechos de salud a los inmigrantes se transforma, hasta un cierto grado, en un probable contagio para toda la sociedad.

A partir de las consecuencias que en Estados Unidos desencadena la COVID-19, como la parálisis de la economía, el crecimiento del desempleo, la ausencia de apoyos a los inmigrantes, la clausura de pequeños negocios entre los hispanos, la exclusión del sistema de salud para los indocumentados y el clima de incertidumbre y persecución que se promueve por el Estado y la sociedad, es muy probable que se desate una nueva ola de retornos a México, similar a la que se vivió a partir de 2008.

Recordemos que entre 2005 y 2010 retornaron al país más de 850 mil mexicanos, cifra

que se redujo a solo 320 mil en el quinquenio 2015-2020, según datos del reciente censo de población. En tal sentido, no es improbable que el retorno vuelva a tomar impulso en esta coyuntura marcada por la crisis económica, de salud y de vida que ha generado el SARS-Cov-2.

El *cuarto capítulo* es un texto de Silvia Chavez Baray, Eva Moya, Patricia Ravelo Blancas y Susana Leticia Báez Ayala,⁵ titulado “Experiencias de violencias de mujeres migrantes en Ciudad Juárez y El Paso”. Como señalan las autoras, poco es lo que se sabe sobre los desafíos de la atención médica y mental, violencia, vulnerabilidades y fortalezas desde la perspectiva de las migrantes que experimentan situación de calle. Sin duda, este colectivo migrante es de los más vulnerables, precarios y marginados. Por lo mismo, su estudio resulta necesario y pertinente, tanto para conocer su situación como para posicionarla como una urgencia en materia de política social y migratoria.

Considerando lo anterior, el objetivo de este estudio exploratorio fue tanto documentar la situación de violencias y vulnerabilidad como señalar recomendaciones al respecto. Se integró un componente biográfico a través de una entrevista en profundidad de las vidas y experiencias de mujeres migrantes, prestándose especial atención al cómo ellas llegan a vivir en situación de calle.

Entre sus hallazgos destaca que el 100 por ciento de las entrevistadas en ambos lados de la frontera reportó haber sufrido cuando menos algún tipo de violencia a manos de diferentes actores y por diferentes circunstancias. Además, mencionaron vivir las violencias físicas y psicológicas por años. Y, en Ciudad Juárez, expresaron haber sufrido el asesinato de esposos, padres, hermanos y familiares por parte de grupos criminales en su lugar de origen. Si bien las

⁵ Colegio de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en El Paso, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.



violencias que experimentaron las migrantes de este estudio inician en su lugar de origen, se multiplican a lo largo de su trayecto (violaciones, extorsiones, acosos, amenazas y robos).

Los resultados proporcionan información y conocimiento sobre las migrantes en situación de calle, el acceso a servicios de salud física y mental, atención social y servicios de apoyo. Hallazgos que pueden ser un insumo para mejorar las políticas públicas, programas y reglamentos de los servicios a la población estudiada. En particular, los hallazgos de esta investigación generan información que puede servir para el diseño de políticas públicas en beneficio de las mujeres, adolescentes, niñas y otros grupos migrantes (como la población indígena y de diversidad sexual) que han vivido en situación de calle.

Como concluyen las autoras, a partir de las violencias de género que afectan a este grupo poblacional es urgente invertir, diseñar y aplicar programas de prevención, atención, sanción y erradicación de los diferentes tipos de violencias en contra de las migrantes, tanto en el origen como en el tránsito y destino.

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

El *quinto capítulo* corresponde al texto de Rosalba Jasso Vargas y César Barboza Lara,⁶ titulado “Homicidio de mujeres migrantes como indicador de violencia de género en contextos fronterizos”. El objetivo del artículo consiste en realizar una exploración descriptiva y espacial de los homicidios perpetrados contra mujeres migrantes en Chiapas y Guatemala. Para ello, analiza la incidencia de los feminicidios de mujeres migrantes en un contexto transfronterizo mediante una exploración espacial de los homicidios hacia mujeres migrantes en Chiapas y Guatemala. Este contexto transfronterizo se caracteriza por un incremento en los niveles de violencia ocasionado por factores políticos, sociales e históricos, particularmente en los países del norte de Centroamérica (Guatemala, Honduras y El Salvador). Estas condiciones estructurales han afectado a las mujeres no solo “por el continuum de la violencia basada en género, sino porque la criminalidad organizada también replicará los mecanismos simbólicos y materiales de la violencia basada en género para someter a las mujeres migrantes” (OIM, 2016, p. 61). Esta situación se manifiesta en un incremento regional en los feminicidios, violencia sexual o desapariciones forzadas, ya que las cifras reflejan condiciones de crisis.

Este estudio es relevante para los países involucrados porque contribuye a ampliar el conocimiento sobre la dinámica espacial de los feminicidios en la región, así como a proponer hipótesis sobre el impacto que tiene en las mujeres residir o transitar por un espacio fronterizo especialmente vulnerable y peligroso. Con base en la exploración espacial, el texto documenta cómo algunos municipios representan un espacio de mayor violencia contra las mujeres migrantes, principalmente en los contextos fronterizos.

Frente a ello, los autores proponen que es de suma importancia mejorar los esquemas

⁶ Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur, y Universidad Autónoma de Coahuila (UAdeC).



de información hacia las mujeres en términos de los esquemas de protección legal ante situaciones de violencia. Asimismo, señalan que es fundamental establecer mecanismos de atención diferenciada para cada conjunto de población y de las familias que son víctimas de los feminicidios.

Por último, el *sexto capítulo* es el texto de Miguel Amaro,⁷ titulado “Mente sana en... ¿cuerpo sano? La población migrante calificada mexicana en Estados Unidos y la consecución de su acceso a la salud”. El autor parte señalando que si el análisis y conocimiento de la migración calificada ha estado relegado a un segundo plano, el análisis sobre las condiciones y acceso a la salud de los migrantes calificados es aún más escaso. Por lo mismo, y considerando el creciente peso de la migración calificada, resulta sin duda relevante y altamente pertinente este tipo de estudios para, entre otras cosas, desmitificar prejuicios e ideas preconcebidas al respecto.

Si bien se esperaría que contar con mayor escolaridad facilitará el acceso a la salud *per se*, dadas las habilidades propias del nivel educativo de esta población, el estudio muestra que, al menos en el caso de la población migrante mexicana calificada, esto no es así, ya que la proporción que no cuenta con alguna cobertura médica es considerablemente alta. Esta característica, más que denotar una población migrante de élite, evidencia una población igualmente expuesta y vulnerable.

Al respecto, el estudio encuentra que los migrantes mexicanos calificados (licenciatura completa o más), a pesar de ser una población selecta por su nivel de instrucción escolar, aún se enfrentan a barreras como la ciudadanía y el idioma. Estas barreras prácticamente les impiden acercarse a instituciones formales, que son la puerta de entrada a la consecución del acceso a la salud y/o a programas de prevención de

enfermedades, colocándolos así en una situación de desventaja o vulnerabilidad.

En este orden de ideas, el trabajo propone la creación e implementación de políticas públicas en el que las acciones se centren en subsanar las desventajas comparativas que afligen a los hombres y mujeres migrantes calificados con el fin de acortar las brechas en el camino del acceso a la salud que mantienen con sus pares nativos y migrantes de otros lugares de nacimiento. Para la consecución de lo anterior, atender el vacío teórico del binomio migración calificada y salud resulta ineludible a fin de generar nuevos marcos que posibiliten la comprensión de los procesos y dinámicas propios de esta población que pareciera situarse en un limbo entre los no calificados mexicanos y los calificados de otros lugares de nacimiento, a la vez que procuran al resquebrajamiento de la idea que equipara a la migración calificada mexicana con una migración de élite.

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

Reflexiones finales

Finalmente, no puedo dejar de referirme a la actual coyuntura sanitaria y sus impactos en cuanto a la desigualdad social y, en especial, sobre las condiciones de vida y salud de la población mi-

⁷ Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México.



grante. En México y América Latina son ampliamente conocidos los estudios y análisis sobre la desigualdad social frente a la salud, enfermedad y muerte de las poblaciones.

En el caso concreto de los Estados Unidos, sabemos que la condición migratoria es un factor constituyente de condiciones de desigualdad social, vulnerabilidad y precariedad que afecta especialmente a los migrantes mexicanos y centroamericanos. La racialización de la desigualdad social es también una forma de racialización de la desigualdad frente a la salud y la vida.

En este sentido, sabemos que el virus y la pandemia actúan sobre estructuras de desigualdad ya existentes, mismas que establecen condiciones desiguales para enfrentar las consecuencias tanto del virus como de las medidas y comportamientos que se recomiendan o imponen a la población. La desigualdad socioeconómica y de clases, así como sus diversas formas de manifestación como desigualdades étnico-raciales, de género, nacionales, geográficas, territoriales e incluso generacionales, no están ajenas a ello.

Los colectivos migrantes conforman una categoría social que, por su condición de vulnerabilidad social y de menor acceso a los sistemas de protección social (acrecentado en casos de situación de irregularidad migratoria), los convierten en sujetos especialmente expuestos a los efectos negativos de la pandemia, no sólo en su

salud sino también en su situación social, económica e incluso migratoria. En el caso de la población migrante, su vulnerabilidad frente a esta pandemia se manifiesta en tres formas diferentes (Naciones Unidas, 2020).

En primer lugar, como una crisis sanitaria que deriva en una virtual crisis migratoria. Los migrantes, por su misma condición migratoria (agravado en aquellos casos de situación migratoria irregular), están expuestos a situaciones de riesgos y vulnerabilidad frente al virus, así como a las consecuencias de las medidas de restricción y confinamientos impuestas por las autoridades.

En segundo lugar, como una crisis de protección. La desprotección social y política, junto a un escenario social y económico totalmente desfavorable, plantean una condición de alta vulnerabilidad que atenta directamente a sus condiciones de salud y riesgos de contagio y expansión de la pandemia en sus propias comunidades.

En tercer lugar, como una crisis económica y laboral. La pandemia ha provocado una desaceleración en la actividad económica que ya se manifiesta en una importante pérdida de empleos, incremento del desempleo y precarización de los puestos de trabajo, frente a lo cual los migrantes y otras minorías étnicas son particularmente afectados debido a su menor disponibilidad de recursos familiares, sociales e institucionales para enfrentar esta crisis.



Referencias bibliográficas

- Canales, Alejandro I. y Dídimo Castillo, (2020). Desigualdad social y étnico-racial frente a la COVID-19 en Estados Unidos. *Migración y Desarrollo*, 18(35), 129-145.
- Consejo Nacional de Población, [CONAPO] (2016). *Migración y Salud. Perspectivas sobre la población inmigrante / Migration and Health. Perspectives on the immigrant population*. Mexico, D.F.: CONAPO.
- Naciones Unidas [ONU] (2020). *Documento de políticas del Secretario General sobre la COVID-19 y las personas en movimiento*, Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_brief_c19_people_on_the_move_spanish.pdf
- Organización Internacional de las Migraciones [OIM] (2016). *Factores de riesgo y necesidades de atención para las mujeres migrantes en Centroamérica*. Estudio de actualización sobre la situación de la violencia contra las mujeres migrantes en la ruta migratoria en Centroamérica. El Salvador, Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana.





INTRODUCTION

United Nations (UN) statistics corroborate the 2020 estimations jointly prepared by international organizations regarding the decrease in migrant flows due to administrative measures implemented by various countries in terms of restriction of human mobility, as well as concerning surveillance and border control to contain the SARS-CoV-2 pandemic (Covid-19). The International Organization for Migration (IOM) notes that between March 1 and July 1 2020, there was a decrease of almost two million international migrants at global level relative to the expected estimates.

Mexico ranks third worldwide in terms of population residing outside the country (11.2 million in 2020) and its neighbor, the United States, is the country with the largest immigrant population (50.7 million). Ten main international migration corridors have been identified globally and the first place is occupied by the Mexico-United States corridor representing 3.9 percent of the total number of international migrants in the world (280.6 million). Apart for this, there is a convergence of different populations in situations of mobility and involuntary immobility, such as migrants in transit crossing Mexican territory to reach the United States from Central America, the Caribbean, South America and other continents, as well as people who cross the border on a daily basis for work, education, business, trade and health, among others reasons.

Mexico's 2020 Population and Housing Census shows that 1.2 million foreign-born people reside in Mexican territory (0.96% of the total resident population in the country, compared to 0.86% in 2010). Of this total, almost two-thirds (65.8%) were born in the United States (76.8% in 2010), although most of them are under 20 years old (72.2%). Most of those born in the United States reside in the northern and "traditional" regions of international migration in Mexico. On the other hand, the number of people born in a country other than the U.S. residing in Mexican territory is an indication of the general changes in the immigration to Mexico, as well as regarding interregional migration in Latin America, in the context of which it becomes necessary to have adequate information concerning social and economic integration and the attention the State provides to migrants through actions, strategies and public policies, especially if—as the census information shows—the regional mobility processes occur in Mexico with people from Venezuela and Colombia, aside from Guatemalans and Hondurans already residing in the country.

Figures of non-resident foreigners' arriving to Mexico in 2019 indicate they reached 32.5 million. During 2020, in the context of the Covid-19 pandemic, the number of events decreased to 16.2 million and from January to June 2021, 7.2 million such events were registered. The number of events of foreigners presented



to the immigration authority was 182.9 thousand in 2019, 87.3 thousand in 2020 and from January to June 2021 almost 94 thousand. These variations are associated to the dynamics registered in the statistics regarding law enforcement actions carried out by the u.s. Customs and Border Protection (CBP) in terms of rejection (inadmissible population) and detentions of migrant population.

In fiscal year 2019, CBP recorded a total of 1.15 million “refusal” events and apprehensions at its 300 points of entry into u.s. territory, 85.1 percent of which occurred at its southwest border. In 2020, this total decreased to 43.7% (646.8 thousand events), along with 70.8 percent registered at the Southwest border. This same year, as of March 21, in addition to Title 8 (enforcement actions) and pursuant to 42 u.s. c. Section 265 in the interest of public health, the entry of people potentially posed a health risk, either because they were subject to travel restrictions or because they entered the country illegally to circumvent health control measures, was prohibited. In terms of record refusals and apprehensions, total events under Titles 8 and 42 for the elapsed months of fiscal year 2021 (October 2020 to July 2021) show an increase in 2019 of nearly 50 percent (1.51 million) and more than 200 percent in fiscal year 2020 (October 2019 to September 2020), of which 88.1 percent occurred at the southwest u.s. border.

The five chapters that comprise this edition of Migration and Health were written in the context of the pandemic that has been affecting us since March 2020. *First*, Martha Luz Rojas Weisner's research deals with the challenge implicit in the need to carry out studies of migrant populations in border areas, a need various research and methodological advances have referred to. Based on qualitative interviews, the result of projects active since the first decade of the 21st century, the author addresses the differentiation of access to health services for migrant women on the southern border of Mexico

with Guatemala in terms of migratory mobility/immobility dynamics, migratory status and the stereotypes and prejudices associated to migrant populations and to direct discrimination against them.

In the *second chapter*, Argentina Servin, Teresita Rocha-Jimenez, Linda Salgin, Gudelia M. Rangel, Annabella Narvarte and Kimberly C. Brouwer contextualize international migration, labor exploitation and human smuggling in Guatemala to the United States in the context of the internal conflicts of the 1980s, the country's economic development and political instability, as well as the recent situation of violence, forced recruitment and human rights abuses. The research is based on qualitative interviews which were part of the Crossing Borders study (2015-2016) and takes as its premise that there has been virtually no assessment of the risk and prevalence of sexual violence in the context of labor exploitation and subsequent health outcomes among Central American migrant women in the North Central American region on the border with Mexico.

In the *third chapter*, Fernando Neira compares Covid-19 infection levels between migrant population and Mexican population based on the anonymous and open access database published by the Epidemiological Surveillance System for Viral Respiratory Diseases (records from 2020 to March 2021). The study emphasizes, among other aspects, the diagnosis made by the author on the situation of risk and vulnerability for people in context of mobility transiting the Mexico-United States migratory corridor. The author suggests that in addition to the risks of contagion, disease and death, it is necessary to consider sociodemographic, economic and comorbidity variables that account for what the author defines as “social determinants of health”.

Evelyn Vázquez, Gabriela Ortiz and Ann Cheney, in their article on fear and uncertainty in the face of Covid-19, support their study with



the results of their participatory research project carried out in Mexican and Purépecha migrant communities in the eastern Coachella Valley, California. Their territorially based analysis focuses on migrant population's residence and work in rural communities, a structural condition that allows the authors to delimit a specific range of analysis in terms of one of the conceptual axes of their work regarding structural systems of discrimination and disadvantage—including social and political contexts—which reproduce health inequalities among migrant communities. They conclude the Covid-19 pandemic has worsened the systems of discrimination and disadvantage that severely affect vulnerable communities, including migrant populations.

In *chapter five*, Nora Hernandez, Josiah Heyman and Guillermina Nuñez-Mchiri present a balance of results from a community-based project as part of the activities of the Covid-19 National Resilience Network, which aims to strategically and structurally mitigate the impact of the virus on rural and racial and ethnic minority populations in the United States. The article details the relationship between far-reaching health and social processes and the specific situations people have been facing routinely during the pandemic. They found out Covid-19

has disproportionately impacted communities of color and the economically and socially marginalized and they note that in terms of employment, many Hispanics working in food production (which is considered an essential sector), are among the most vulnerable populations affected by the SARS-CoV-2 virus.

The articles presented in this issue have been written by researchers from Mexico and the United States. The aspects addressed reflect the situation migrant individuals and communities face on a daily basis and how the Covid-19 pandemic has reinforced conditions of precariousness, vulnerability and discrimination.

As a final note, we would like to thank those who, despite the conditions the pandemic has imposed on us, chose to participate in this edition contributing with their creativity and dedication. We hope that the public policy recommendations included in each chapter (some of which are summarized in the concluding remarks section) are sufficiently solid to carry out or continue the actions and strategies in terms of health care and knowledge necessary to advance the well-being of migrant populations recognized to be vulnerable, especially in a situation that has put welfare and health systems on a global scale to the test.



CAPÍTULO 1

DIFFERENTIAL INCLUSION IN TERMS OF THE RIGHT TO HEALTH FOR GUATEMALAN WOMEN IN THE SOUTHERN BORDER OF MEXICO

Martha Luz Rojas Wiesner³

Abstract

The objective of this article is to show that in Mexico's southern border, migrant women have to face selective and restricted access to the right to health, depending on their migratory status. In the last three decades, not only have the dynamics of mobility in the region become more complex, but new approaches for analyzing this process have been developed. The presence of migrant women is also a complex phenomenon. We have tried to define this multiple presence and bring it forth so as to study its specificities. We have focused on women from Guatemala, interviewed in the context of three projects carried out from 2009 to 2010, from 2016 to 2018 and from 2020 to 2021 at different points across the southern border of Mexico. We identified differential inclusion in terms of the right to health depending on status, but also other mediations concerning stereotypes that have resulted in differential treatment in terms of health care.

Key words: *differential inclusion, access to health services, migration status, women and migration.*

Introduction

In the context of a border region like south-southwest Mexico, when we speak of migrant women, we should not only refer to those in transit in this territory, many of whom have recently been paralyzed by sanitary measures and migration policies in some of the localities of the Soconusco region in Chiapas,² particularly in the city of Tapachula, which is the main urban center of the region and is considered a node in a broader binational area of daily interactions between Guatemala and Mexico. If we want to understand migrant women living on the southern border, we must acknowledge their complexity and consider their presence in retrospective, along with their experiences in this territory; we should revisit the concepts and approaches based on which we identify and analyze their mobility. In issues related to access to rights and to the basic services that derive from them, it is necessary to be aware of the specific conditions in which women migrate, work and live. Recognizing women's participation in the processes of mobility and migration is a good starting point.

In all four states of Mexico's so-called southern border, adjacent to Guatemala and Belize (Chiapas, Tabasco, Campeche and Quintana

¹ Researcher, El Colegio de la Frontera Sur, mrojas@ecosur.mx.

² This is one of the 15 regions of the state of Chiapas, which comprises 15 municipalities, seven of which are strictly bordering the Department of San Marcos, Guatemala. In this region, there are two formal crossing points from Guatemala to Mexico (in Talismán and Ciudad Hidalgo) through which the largest number of entries into Mexican territory take place.



Roo), we find people whose ancestry can be traced back to other countries, which points out to a particular migratory and mobility dynamics. In the states of Campeche and Tabasco, where the agricultural frontier has become more open—whether by assisted colonization or not—descendants from people born in Cuba, Spain, Belize and Guatemala, as well as from other central and northern Mexican states (e.g., State of Mexico, Michoacán and Coahuila) and from the south-southeast of Mexico, have made their homes here. Similarly, the history of the Soconusco region in Chiapas involves people established in the area who were born in Germany, Spain, Japan, China, Guatemala, among other countries, as well as in different Mexican states, including Chiapas itself.³

Currently, these states show a greater diversity of origins, but some of them have more presence than others. These different origins are linked to a variety of factors: geographic proximity, historical relations with neighboring countries and the dynamics of the labor market. In Quintana Roo, the predominant presence is people from Guatemala and the United States, and to a lesser extent from Spain. In Campeche, they come mainly from countries like Guatemala and to a lesser extent from the United States. In Chiapas, most of them are from Guatemala and a much smaller number from Honduras and the United States. In Tabasco, the main countries of origin are Guatemala and the United States, followed by Venezuela, Colombia and Honduras. According to the Censo de Población y Vivienda 2020 (Population and Housing Census), 1 212 252 people born abroad reside in Mexico; this comprises the population known in demographic terms as “immigrants”.⁴ From

this population, 66% are people born in the United States (797 266), followed by 4.7% from Guatemala (56 810). In smaller proportions there is presence from people born in Honduras (2.9%) and El Salvador (1.6%). I make special mention of the case of Guatemala, as I will refer later to women from this country. The four southern border states are home to 45 223 people who represent close to 80% of the total number of “immigrants” of this origin in Mexico. Of this figure, 23 309 (51.5%) are women and 33 177 (73.4%) reside in Chiapas.

In addition to the presence of these women, there are also those who engage in work mobility, a modality in which women workers from the two neighboring countries, Guatemala and Belize, engage more frequently. This presence is very localized in Chiapas, but this labor force is also present in Quintana Roo and Tabasco. There is more information available for Chiapas, especially since 2004, when the Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México (Mexico’s Southern Border Migration Survey, EMIF SUR) was established, although their presence in this state is historical and perhaps more notorious. In other states engagement in this kind of mobilities goes back a long way, but it is less numerous and less visible. With data from the EMIF SUR concerning north-south migration flows (events involving workers from Guatemala returning to their country after working in Mexico for a season), it can be identified that in almost three lustrums between 10% and 15% of the total events registered correspond to women engaged in various economic activities, especially as domestic workers. In the 2018 edition, about 40% of the events of this flow corresponded to women

³ Data is derived from interviews with key informants and from the Population and Housing Censuses of the National Institute of Statistics and Geography (INEGI) 1990, 2000 and 2010.

⁴ Quotation marks are used for concepts or terms that are debatable. In this case, attention has been drawn to the immigrant category as an umbrella concept that includes people who reside in one country, but were born abroad, regardless of the reasons that motivated change of residence and their circumstances. One of the main criticisms is that

it is a concept based on the idea of the country as container. However, changing habitual residence doesn’t necessarily mean immobility; on the contrary, other researches, for example, have addressed the connections of international migration with internal mobility. Moreover, many immigrants, not only change their residence, but they move in different paths, spaces and temporalities, both in their own country and abroad, they return and re-emigrate (see, for example, Arriola, 2016).



engaging in this activity (El Colegio de la Frontera Norte [COLEF] *et al.*, n.d.).

Daily mobility should also be considered in this context, although it has been more noticeable and numerous in Chiapas, particularly in the Soconusco region. In other areas, this type of mobility also occurs, as well as in some border localities. Not only does it occur daily, but implies close proximity, albeit of little magnitude. Based on data from the EMIF SUR, it is possible to have an approximation of daily mobility (also expressed in events), which implies an important presence of women who commute daily to work in Mexico arriving from different localities in Guatemala, especially to engage in commercial activities (50%) and domestic work (23%) (COLEF *et al.*, n.d.).

Perhaps the mobility to which most attention has been paid to is the so-called transit migration across Mexican territory aiming to reach the U.S. This migration modality is not new but since the 1990s it has been better approached, due to the fact that conditions and characteristics of this kind of migration became visible, and also because the administrative records of the National Institute of Migration (INM) were more systematically available in Mexico. In the 1990s, these records were in charge of Consejo Nacional de Población (National Council of Population, CONAPO) and, as of 2000, they are kept by the Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (Unit for Migration Policy, Registry and Identity of Persons, UPMRIP). Both institutions are attached to the Ministry of the Interior. The gathered data points out to a pattern in the migratory flow “in transit” across Mexico, already identified since the 1990s, which is now the prevailing one: about 95% of this population is comprised of people from Guatemala, Honduras and El Salvador and the remaining 5% come from a diversity of countries. Some of these countries have become a more persistent presence, while others are not that predominant, and this can be easily inferred from

the historical statistics of “presentations” (euphemism used by the INM for detentions) and from the record of people deported published by UPMRIP. In the last five years, presence of people from Africa, Asia, the Caribbean and South America has become predominant. Each population has specific patterns that we haven’t yet analyzed in Mexico, or of which we have only an approximate idea.

In these mobilities, transitory-permanence in Mexican territory has been extended in recent years (Arriola, 2012; Basok, Bélanger, Rojas & Candiz, 2015), but there is also an outstanding presence of women. Based on the figures of the so-called “presentations” of the INM, we have identified that the registered proportion of women has increased in terms of the overall flow across Mexico.⁵ Between 2012 and 2019 –apart from slight decreases in 2017 (22.6%) and in 2018 (24%)–, this percentage increased, from 13.5% to 33.6%. But this proportion is the sum of “presentations” of women over and under 18, which strictly speaking translates, in 2012, to 11.8% and to 1.7% for the two age groups; and in 2019 to 21.4% and 12.2%, respectively. The latter proportion represents the sum of “presentations” of girls aged 12 to 17 (3.9%), along with girls under 12 (8.2%).

With the increased restrictions on “in-transit” mobility imposed by the Mexican state, a portion of this population seeking to reach the United States has extended their stay in Mexico, but many people actually remain “trapped” or “stuck in mobility” in “precarious transit zones” (Hess, 2012, p. 428). Their trajectories are fragmented and they shift destinations (Basok *et al.*, 2015). Others become trapped in “involuntary immobility” (Carling, 2002, p. 5), exposed to deportation and multiple risks, unable to move to other territories while applying for international

⁵ Computations based on INM administrative records published in the UPMRIP Statistical Bulletins. http://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos.



protection and awaiting its resolution. We can also find expressions of this “forced immobility” in areas which are not recognized as transit zones, but where women’s mobility is restricted to a very narrow territory because they have a precarious legal status (Basok & Rojas, 2017) and are afraid of deportation, even though, in order to complete several procedures and have access to services, they would require moving to other locations.

Thus, in the southern border of Mexico, we can recognize different modalities of mobility, but also of immobility, in which women who were born in other countries and who live and/or work in this region engage, but also women who emigrate, return, re-emigrate and/or are displaced to other territories. They all mobilize/migrate for different reasons, many of which are interconnected: violence, poverty and marginalization, unemployment and family reunification, among others. The environments in which they find themselves are of deep and unjust inequalities, precariousness⁶ and growing social vulnerabilities (both in degree and type of threats) (Rojas, 2017). And they move across territories of precarious mobility-immobility, thus expanding the category of “precarious transit zones” of Hess (2012: 428).

These reasons for mobility-immobility go beyond the binary classification of mobility/migration as forced-non-forced, voluntary-involuntary, or regular/irregular, and question the concepts of migration and refuge, although it is important to emphasize the distinction is crucial for requesting international protection (Edwards, 2016). Many people “in transit across Mexico” are detained and deported even though they have well-founded fears of returning to their countries of origin and are not seeking asylum or refugee status in this country—they seek asylum in the United States. Likewise,

individuals who have applied for international protection in Mexico are detained and deported (or are at serious risk of being deported) when their cases are rejected, or when individuals themselves decide not to wait months for a resolution.

In this way, restrictive migration and refugee policies create categories that label people in situations of mobility/migration as “deserving or not deserving” of international protection or migration status, which in turn affects application of human rights. In Mexico, the implementation of different control measures to stop people “in transit” with irregular migratory status from entering the country not only restricts or imposes limits to this kind of mobility, but it also does so with people who already reside in Mexico or who come to work in other seasons. Similarly, it has an impact on the mobility of native peoples and Afro-descendants in Mexico who are detained by migration authorities as a result of racial profiling practices, based on stereotypes and prejudices (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, (National Council to Prevent Discrimination, CONAPRED), 2018). These restrictive measures have different effects on the access to services or rights. Our objective with this article is to show that in Mexico migrant women are subject to selective and restricted access to the right to health, depending on their migratory status.

In this introduction we have mentioned some of the mobilities in which migrant women engage in order to emphasize that there is a confluence of these processes. However, it is necessary to document the specificities of these mobilities, which overlap and, at the same time, intersect. Here we will only address the experience of Guatemalan women in Mexico to exemplify access to health services based on the experience of three mobility modalities: 1) established or resident women, 2) temporary workers and 3) daily mobility workers. For this purpose, after this introduction, the article is divided into the

⁶ Here precariousness refers both to working conditions and to situations of uncertainty, instability and insecurity in different areas of life.



sections defined in the guidelines of this journal. Some approaches to differential inclusion in terms of rights are presented in the Background section, followed by some methodological aspects in order to introduce and discuss the results and some of the public policies recommendations.

Background

Migration control policies that authorize both entry and stay in a country create stay/residence categories that define the activities people can carry out in a country, how they should do them, for how long and in what territorial spaces, among other regulations. These categories are associated with specific migratory statuses that differentially regulate mobility and access to the labor market, to political rights and to basic services (Rigo, 2005; Arango, 2007; Bishop, 2012). Thus, through “legal” statuses, the migration regime establishes limits of differentiation (Rigo, 2005) and produces specific stratifications (Bishop, 2012). According to Mezzadra and Neilson (2012), these limits translate into processes of differential inclusion within each nation-state, which in other words means there is no total exclusion of rights.

In Mexico, the different migration statuses are defined by the 2011 Migration Law. This regulatory framework establishes three types of stay status: 1) permanent resident; 2) temporary resident and temporary resident student; and 3) visitor (with permission to carry out paid activities for humanitarian reasons and for adoption purposes). These statuses are conditioned by requirements whose fulfillment already establishes differentiations. The first major differentiation concerns those who may or may not have a migratory document. The second one has to do with the different “legal” statuses. In these categorizations, the mobility of some people is normalized and the mobility of others is criminalized or questioned (Shamir,

2005, cited by Glick Schiller & Salazar, 2013). In this article we seek to identify differentiations in accessing the right to health according to the stratifications produced by migratory status.

Methodology

The research results and qualitative analysis for this article are based on interviews with Guatemalan women who reported living and/or working in Mexico and who were selected from the following projects: 1) *Advancing the rights of migrant women in Latin America and the Caribbean. Mexico Chapter (2009 to 2011)*, which allowed 55 interviews to be conducted with Guatemalan women in Chiapas, Campeche, Quintana Roo and Mexico City. This subproject was part of a larger project carried out in five countries, coordinated by Tanya Basok and Nicola Piper and funded by the International Development Research Centre (IDRC) of Canada; 2) *Female migration and processes of otherness (2015-2018)*, from which we selected 22 interviews with Guatemalan women in Chiapas and Quintana Roo, with funding from El Colegio de la Frontera Sur; and 3) “Covid-19: precariousness and workers from Guatemala, Honduras and El Salvador in Chiapas, Mexico”, in the context of which 48 interviews were conducted between 2020 and 2021, although only eight cases consisting of Guatemalan women who were living in a border town were selected. This project was funded by El Colegio de la Frontera Sur.

Although since the early 2000s we have conducted interviews with Guatemalan women as part of a line of work concerning migrant women on the southern border of Mexico, it was in 2007 when we designed an in-depth interview script that was replicated for all projects in order to inquire about the characteristics of migrants, their living and working conditions, their migratory experience and their access to different rights according to type of mobility and migratory status. This has allowed us to analyze in



retrospect different experiences —narrated by women in those specific moments— in order to identify changes in patterns. For example, in the module on health we inquired about women's and their families' access to the right to health: if there had been any discomfort or ailment, how they had been treated, if they had visited any health service and, if so, how they had been treated, among other issues.

For qualitative interviews we have relied on different contacts (civil society organizations, government institutions, employers, neighbors, colleagues and migrants themselves), in the four southern border states of Mexico and in localities both in urban and rural areas. This diversification of contacts and locations is key to reaching women who may or may not have information or access to networks. Many of the women we have interviewed try to go unnoticed for fear of being deported. Due to lack of documentation or because of their precarious legal status (Basok & Rojas, 2017), they move in spaces that are not only restricted, bounded and spatially delimited, they are also restrictive in terms of rights, including health rights. These places are not necessarily rural areas, they include sectors in urban localities and in the context of certain occupations (such as agricultural work, household work and sexual work).

This analysis should be considered an approximation. The complexity of mobilities itself, of which we are only capturing one aspect, requires delving into different intertwined relationships. Moreover, we should not lose sight of the fact that non-migrant women also face problems accessing health care. But such an analysis is beyond the scope of this article.

Results and discussion

The three projects were carried out at three different moments in the context of Mexico's migration control and containment regime. Between 2009 and 2011, while the new regu-

latory framework —the Migration Law— was being discussed, drafted and approved, detentions and deportations continued to take place at the southern border. Between 2016 and 2018, actions of the Programa Integral Frontera Sur 2014 (Southern Border Comprehensive Program) continued to be implemented, and from 2020 to 2021, migration control measures were combined with those of sanitary control due to the Covid-19 pandemic in order to “manage the flow” of migrants “in transit”.

In total, we reviewed testimonies from 85 women,⁷ whom we classified for this analysis according to their condition of stay and migratory status in Mexico (see Table 1), precisely because we argue that, based on migratory status, there is differential access to rights and to the services these rights entail. Although naturalization is not a migratory status, we refer to women in this condition because they were born in Guatemala and because many of them have reported acts of violence and discrimination due to their nationality. There are also women who already live in Mexico, as “permanent” or “temporary” residents. And women who come to work temporarily (especially in services) or seasonally (following the agricultural cycle); there are also women who move “on a daily basis”⁸ from their place of origin to work in Mexican localities. The last three migratory situations include women with a migratory document that, according to the migratory legislation, does not define their condition of stay. Thus, there are women who already live in Mexico, or who work seasonally or on a daily basis, in possession of a document acknowledging them as “regional visitors” (before 2012 the term was “local visitor”) or as a “border

⁷ The names of women quoted in this research paper are pseudonyms. We have omitted names of localities, in order to refer only to the state or federative entity in Mexico.

⁸ I have already commented in another research that this daily mobility (or commuting) is not necessarily restricted to less than 24 hours (Rojas and Angeles, 2011). In the interviews we carried out in 2009-2010, we already identified that women might come for one, two, three and even five days and go back again to return, within in the 52 weeks of the year, in a kind of permanent temporality.



worker visitors” with which they identify themselves to the immigration authorities.⁹ Some of these women do not have documents. These different situations are currently taking place but have occurred historically. Although temporary regularization programs have been carried

out, women have not had access to information; some of them have not been able to move from the areas in which they live in order to go to an INM office; others have been unable to meet the requirements because they lack the resources needed for following each procedure.

Table 1.
South border. Guatemalan Women Interviewed According to their Stay Condition and Migratory Status

Year	Residents				Seasonal workers		
	Naturalized	With migration document as residents	With migration document with another status	With no migration documents	With migration document for border work	With migration document with another status	With no migration documents
1) 2009-2010	13	14	-	13	1	4	4
2) 2016-2018*	2	4	3	9	-	-	1
3) 2020-2021*	-	5	-	1	-	-	2
Total	15	23	3	23	1	4	7

Continue...

Table 1.
South border. Guatemalan Women Interviewed According to their Stay Condition and Migratory Status

Year	Commuting workers			Total
	With border card document	With migration document with another status	With no migration documents	
1) 2009-2010	-	6	-	55
2) 2016-2018*	-	3	-	22
3) 2020-2021*	-	-	-	8
Total	-	9	-	85

* selected cases.

Source: Prepared by the authors based on a number of interviews with Guatemalan women that took place in the context of each project, El Colegio de la Frontera Sur.

⁹ In this research paper we did not include women in refuge situations. Similarly, they were not considered in the first two projects. In the last project, there were some interviews with women, but none of them were Guatemalan. Some of the studies on differential inclusion have focused on the analysis of migrants, people recognized as refugees, applicants and people whose request for protection has been rejected (see, for example, Bishop, 2012). In the case of Mexico, for example, there is differentiated access to the right to health. An applicant for international protection can receive a humanitarian visa if the request is rejected, then the document is not renewed, and this has consequences on access to rights.

On average, at the time of the interview, the women we worked with were 34 years old and, depending on their status of stay, they were engaged in different activities. Naturalized women worked in greater numbers in self-employment (particularly selling products) and some had formal jobs. Resident women with



migratory documents worked in more or less equal numbers in self-employment and as domestic workers, but also in services. Those without documents worked as artisans and employees in different services (waitresses, cooks, seamstresses) and in households. Temporary women workers focused on agricultural activities and household work. Women who move on a daily basis, worked mainly in self-employed commercial activities and as street vendors.

Acknowledgment of the need for health care

An important aspect in terms of the right to health and access to the services for guaranteeing this right was to ask women to report any type of discomfort or illnesses, whether it was them who felt sick or their partners, sons or daughters; whether it was their father or mother, and secondly, whether they sought or received any type of care. The first classification emerged from their own accounts, since an almost immediate response was “thank God we’re not sick”. However, when asked about specific discomforts (headache, fever, for example), they did recognize having felt ill, although they did

not suffer much from these ailments or minimized them. Thus, the number of women who said they did not get sick or receive medical care was considerably slimmed down to a few cases —those who worked temporarily or on a daily basis in Mexico. Despite this number, the answers were classified according to the recognition of having felt some discomfort.

Most women do recognize they have had some illness or have had some discomfort which implied at least visiting the nearest pharmacy. In general, these women 1) use some type of health service (public or private, relying in the latter case on both private doctors and pharmacies); 2) they also resort to other ways of treating themselves like self-medicating and home remedies, as well as other alternatives like midwives and healers; and 3) they seek medical care in Guatemala, even if they are already established in Mexico. These answers are not mutually exclusive. A woman can rely on all three types of care. Based to the condition of stay and status, some identifiable characteristics have been registered in Table 2, which includes the answers provided. Women were encouraged to report different discomforts and types of medical care.



Table 2.
Mexico's South Border. Acknowledgment of the Need for Health Care According
to the Guatemalan Women we Interviewed

Acknowledgment of the need for health care			Year	Residents			
				Mexican by naturalization	With migration document acknowledging them as residents	With migration document acknowledging them as visitors	With no migration documents *****
Women interviewed*			1)	13	14	-	13
			2)	2	4	3	9
			3)	-	3	2	1
People who recognized "they get sick"	Received treatment in Mexico	Public health service	1)	13	6	-	5
			2)	2	2	1	5**
			3)	-	4	2****	1
		Public health service (charged)	1)	1	2	-	4
			2)	-	-	-	2
			3)	-	1	-	-
		Private sector	1)	4	6	-	1
			2)	-	2	-	1
			3)	-	3	1	1
	Pharmacies	1)	2	-	-	3	
		2)	-	-	2	1	
		3)	-	1	1	1	
	Alternative ways of caring for themselves	Self-medication	1)	2	2	-	2
			2)	-	2	-	1
			3)	-	-	1	-
		Relies on home remedies	1)	-	-	-	2
			2)	-	2	-	-
			3)	-	-	-	-
		Resorts to other kind of service	1)	-	-	-	3
			2)	-	-	-	3
			3)	-	-	-	1
Does not receive treatment in Mexico	1)	-	2	-	1		
	2)	-	-	-	1		
	3)	-	-	-	2		
People who say they do not get sick and do not seek care			1)	-	-	-	-
			2)	-	-	-	2
			3)	-	-	-	-

Continúa...



Table 2.
Mexico's South Border. Acknowledgment of the Need for Health Care According to the Guatemalan Women we Interviewed

Acknowledgment of the need for health care			Year	Seasonal workers		
				With migration document for cross-border work	With migration document but no work permit	With no migration documents
Women interviewed*			1)	1	5	3
			2)	-	-	1
			3)	-	-	2
People who recognized "they get sick"	Received treatment in Mexico	Public health service	1)	-	-	1**
			2)	-	-	1**
			3)	-	-	-
		Public health service (charged)	1)	-	-	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
		Private sector	1)	-	-	-
			2)	-	-	1
			3)	-	-	-
		Pharmacies	1)	-	1	2
			2)	-	-	1
			3)	-	-	-
	Alternative ways of caring for themselves	Self-medication	1)	-	-	3
			2)	-	-	-
			3)	-	-	1
		Relies on home remedies	1)	-	-	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
		Resorts to other kind of service	1)	1	2	1
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
	Does not receive treatment in Mexico	1)	1	3**	-	
		2)	-	-	-	
		3)	-	-	2	
People who say they do not get sick and do not seek care			1)	-	1	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-

Continúa...



Table 2.
Mexico's South Border. Acknowledgment of the Need for Health Care According to the Guatemalan Women we Interviewed

Acknowledgment of the need for health care		Year	Commuting workers			
			With migration document for cross-border work	With Border Card	With no migration documents	
Women interviewed*		1)	-	6	-	
		2)	-	3	-	
		3)	-	-	-	
People who recognized "they get sick"	Received treatment in Mexico	Public health service	1)	-	1	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
		Public health service (charged)	1)	-	-	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
		Private sector	1)	-	1	-
			2)	-	1	-
			3)	-	-	-
		Pharmacies	1)	-	1	-
			2)	-	1	-
			3)	-	-	-
	Alternative ways of caring for themselves	Self-medication	1)	-	1	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
		Relies on home remedies	1)	-	-	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
		Resorts to other kind of service	1)	-	1	-
			2)	-	1***	-
			3)	-	-	-
		Does not receive treatment in Mexico	1)	-	3	-
			2)	-	-	-
			3)	-	-	-
People who say they do not get sick and do not seek care		1)	-	2	-	
		2)	-	2	-	
		3)	-	-	-	

*) Women interviewed in: 1) 2009-2010, 2) 2016-2018 and 3) 2020-2021. **) Answers of women who said they never get sick, but who did go to the doctor once for treatment. ***) She asks God to cure her. ****) With a Cross-border Worker Card case; without asterisk, Border Card. *****) With one case of expired Temporary Residence Card.

Source: Prepared by the authors based on interviews with Guatemalan women in the years referred to.



Answers from women already living in Mexico

Without exception the naturalized women we interviewed between 2009 and 2010 and between 2016 and 2018 reported relying on public health service and health centers in their community or colonia. In communities in Campeche and Quintana Roo, women went to hospitals in the cities of Campeche, Chetumal or Bacalar, respectively. Women in Campeche did not complain about care, but they did mention transfers to the hospital in Campeche, as they were often left with a consultation and a “hospital pass” but no actual money for transportation. Care at hospital was free because they had insurance, but this has not always been the case: when they had no insurance they were charged: “They recently gave us documents for Seguro Popular. If we go to the hospital they treat us well, because we have insurance. But if there is no insurance, then we do have to pay” (Minerva, 49 years old, naturalized, employed in agricultural activities on her own plot of land; interviewed in 2009). Some women used private medical services or went to the pharmacy. In this way, the availability of public health services in the community itself became a limitation to the right to health.

Women already established in a locality, with temporary or permanent residence permits, also mentioned relying on medical services, both public and private. Some women reported having to pay for the consultation at the health center. Others did not have any type of insurance, so they turned to private doctors, as well as to self-medication and home remedies. One case worth mentioning is that of Elisa, 25 at the time, mother of two daughters, who made her living out of selling tamales and washing clothes to support herself. Interviewed in Campeche in 2009, she complained of the discriminatory treatment at her local health center: “I took my two sick girls to the health center, I am paying them, and they tell me: ‘No, ma’am, we

will tend to only one of your daughters because we can’t have too many’. ‘But both are sick and I’m paying you’, I answered [...]. Because by the blessed grace of God I don’t have public insurance [...]. And they didn’t treat them”.

Some women in this group mentioned the lack of supply of prescription medicines and they considered it a problem. Eliana (with permanent resident status), 25 years old, mother of two small children and catalog seller, was interviewed in 2009 in Chiapas. She had the feeling that medicines were being denied to her: “I see that there is medicine but they never give it to us. I’ve told them, but they say there’s none [...] and I see people come in and out in these cars, actually leaving the place with medicine and I’m thinking, ‘Why do they get it and we don’t?’”

Resident women without migration documents relied on a greater diversity in terms of the type of care they received. A few were accepted at the health center in their community where they were not charged for consultations, but other women had to pay for such consultations or for childbirth care. For example, Tania, who was interviewed in Quintana Roo in 2009. She was 49 at the time and had five children. She was working as a cook in a bar and said she had given birth at the health center. When her youngest child was born (6 years ago), they charged her 500 pesos, but thanks to intermediation by DIF (Integral Family Development) she was able to pay 300 pesos. In other cases, access to hospital is not direct, given the presence of the army at checkpoints, in which case they have to come up with different strategies to access health services. Daniela was interviewed in 2017 in Chiapas and was 29 then. She worked as an employee at a catalog sales establishment and reported that when her baby girl was born, they lent her documents so that she could be taken care of at the hospital that was two hours away from where she lived. In order to do that, she had to go through a military checkpoint. Another case is Carla, who was 28 at the time



and sold tacos for a living. She was interviewed in 2017 in Chiapas. She did not have insurance and asked her employer to register her children as adopted in order to be able to apply for popular insurance, as she was asked for a residency document. Not having medical service, many women will self-medicate, use home remedies, go to discount local pharmacies or chain store pharmacies and rely on midwives to deliver their children. Others go to Guatemala to have their children vaccinated and carry out tests, such as Pap smears. In the context of other projects, we have interviewed women who go to Guatemala to have their children since they are not required to pay there and when they leave hospital they return to Mexico with their newborn child. With the Covid-19 pandemic and the closure of the Guatemalan border, this mobility must surely have been affected, something we believe should be documented.

Resident women with precarious legal status because they use a document that does not correspond to their stay (Mexican Border Card or Cross-Border Work Card) face situations similar to those of women without documents. Some women apply for and carry the Mexican Border Card since it is free of charge and valid for five years; and because it is the closest to a guarantee that they will not be detained when they pass through an immigration checkpoint. However, it restricts access to services. Something similar happens with the Cross-Border Work Card, although it is valid for just one year and has a cost. In 2020, we interviewed Nancy, who was 25 at the time and had a son and a daughter; she was a farm worker in one of the coffee farms bordering Guatemala. She identifies herself with a Mexican Border Card. Even though her son and daughter were born in Mexico (with the help of a midwife and at the health center), she has not received orientation in terms of being eligible for a temporary residency. When her children were born, she was informed she could apply for Seguro Popular. But when paperwork was being

done, she was told she had to wait because Mexicans came first. And she had to pay for consultations. In other projects, we have also identified similar situations. For example, in one of the border towns of Campeche, this same argument was used: “Mexicans come first and, once we’re done, then come the others”. Nothing to do with the nurse, it’s an instruction from the municipality. In Nancy’s case, her child is constantly sick with stomachaches and during the pandemic they closed the health center in the town where she lives.

Response from seasonal women workers

Although fewer in number, we refer to cases of women who at the time of the interview were working seasonally or based on the seasonality of agricultural crops. Whether or not they have a migration permit to work, there are more cases of women who report not having health insurance to take care of themselves in case of illness. This information supports that of other projects we have carried out, especially in the case of women working in agricultural activities—women resort to self-medication and to the different types of pharmacies (whether it be discount pharmacies or pharmacies in the neighborhood). Data from 2009 and 2020, shows that women bring “pills” from Guatemala or buy them at the pharmacy to treat flu, fever and stomachaches.

Aureliana, who was 33, with five children and working on a farm harvesting coffee, mentioned in an interview in January 2021 that the farms in Chiapas where she had worked didn’t provide medical service. If she were to get sick, she would have to call her father to come for her and her children. She usually brings medicines with her: “We bring pills so we can have them here and take them; or syrups for infections or things like that”. Sandra, who sells vegetables she brings from Guatemala but who has also worked in farms, was interviewed in January. She said she had insurance and had received



medicines, but that was not the case when she worked in ejidos. She also points out the hospital charges them for services because they are not Mexican: “I had an abortion because my belly was constantly under pressure because of my work harvesting coffee [...]. Then I was sent to a hospital here in Tapachula, but because we are Guatemalan, they charge us for the hospital. My husband had to pay seven thousand pesos. Although this was 16 years ago, she knows that they still have to pay at the hospital because of this differentiation based on the person’s origins.

Answers of commuting women

Women who move daily to work in Mexico document themselves primarily with a Mexican Border Card. Most are residents of Guatemala’s towns along the border with Mexico. Among the women we interviewed, there was only one woman who said she was treated at the health center and at the hospital of the Instituto Mexicano del Seguro Social (Mexican Social Security Institute, IMSS), because she was working with a person who worked there, so she got her pass. The rest of the women go to a private doctor for consultation, or they rely on discount pharmacies and self-medication. This type of mobility was notoriously affected by the pandemic, as they were unable to get to their workplaces. As mentioned in the introduction, a significant proportion of women are self-employed in commerce.

Women who say they do not tend to get sick and have not required care

This classification—which must be considered for analytical purposes— includes women who say neither they nor their immediate family tend to become ill in Mexico, or have required any type of medical care. This means that this category excludes illnesses experienced in Guatemala, either before settling in Mexico or during their

transit as cross-border workers. It is also important to point out that answers inevitably imply subjectivity in terms of how social representations of health-illness are constructed, which are not analyzed here. Interviewed in 2017, 65-year-old Mrs. Marina, for example, believes that “since God is great, he looks after us who have nothing. I, by God’s grace, don’t suffer from going to the doctor.” However, her life as a woman, as agricultural worker, migrant, as *campesina*—years without immigration documentation in Mexico— has been affected by precariousness and also by discrimination. Her face reveals a strong resilience, as she has had to use different strategies to be able to continue working. Her health is not always a top priority. The issue of oral health, for example, is not mentioned at all.

Public sector attention

In Mexico’s four southern border states, actions have been taken to comply with the obligations regarding the right to health for migrants. Events to promote health have taken place in some urban localities, for example. However, there are problems concerning access, availability and affordability of health services and therefore in terms of the fulfillment of the obligations established in the Political Constitution of the United Mexican States in order to guarantee the provision of this right.

The right to health is established in the Political Constitution (Article 3), in the 2011 Migration Law (Articles 8 and 27) and in the General Health Law (Article 77), in which the migrant population is clearly included. The extension of coverage and universal access to the public health system implemented by the current federal government (2018-2020), can be considered an improvement in terms of establishing that the Instituto de Salud para el Bienestar (Institute of Health for Wellbeing, INSABI) would be in charge of guaranteeing this right. However, we insist there are serious problems



in accessing health services. In a collaboration with Susann Hjorth, in which we analyzed interviews with migrants whose refugee status is acknowledged, we point out that the difficulties accessing health services “are not in the legal framework, but in the mediations established by institutions, as well as in the prejudices, discrimination, institutional racism and exclusion that originate from local practices in terms of the provision of public health services” (Rojas & Hjorth, in press).

Conclusions and policy recommendations

Although efforts have been made in Mexico to protect the right to health, there are important differences between what is legislated, what is implemented and what is achieved. In this article we have tried to show that for migrant women in Mexico—specifically in its southern border— differential treatment exists in terms of accessing health services, depending on their migratory status. The analysis of 85 interviews with Guatemalan women living and/or working in Mexico gives us an idea of this differentiation. The greatest contrast is observed between women who are already naturalized, along with those who have residency with regular status, and the rest of them who have practically no migration documents. In the latter case, there is a greater diversity of situations, including seeking medical care in pharmacies, self-medication, care from midwives and others, as well as seeking medical care in Guatemala. Giving birth in the general hospital has a cost many women cannot afford, in addition to other requirements (such as having a companion and donating a unit of blood), which is why they go to Guatemala. Women who come to work seasonally in the farms or *ejidos* do not have medical services, so they often resort to self-medication. A few of them stated they visited the health center or went to private doctors. Women coming to work on a daily basis seek private medical

services or go to pharmacies, but have to face the constant uncertainty of not having documents authorizing them to work in Mexico.

This greater diversity in terms of medical care is evidence, on one hand, of the difficulties women have in seeking medical attention, but also of the deployment of different strategies to access it, which may be effective for some conditions but not for others. Attention to chronic diseases, for example, is often postponed. The main distinction in terms of resorting to public health services or not is having health insurance, but this also depends on the availability of health centers and the provision of free or affordable medicines.

Several women interviewed expressed having felt discriminated against when seeking health care. Being able to access Seguro Popular made a notable difference in terms of medical care. Some women, even if they had “*la póliza*”, resorted to local pharmacies because they knew that health centers would not provide them medication. For this kind of attention, they were required to have immigration documents. With the new government, Seguro Popular came to an end, and care is now supposed to be universal, but many migrant women do not know how to access medical care. The Covid-19 pandemic, caused health care in some localities to be restricted and during those initial months of the pandemic, health care problems were also accentuated.

We think we should not lose sight of the complexity of the dynamics of mobility in the southern border, which implies not only taking into account different mobilities, but also situations in which women cannot move in the region, which has an effect on the provision of rights.

For more than twenty years, recommendations have been made regarding access to health care for migrant women on the southern border, but strictly speaking they can be summarized as follows: 1) providing migratory regularization; 2) clear, timely and expeditious



information on access to rights; 3) promotion of a culture of social recognition of rights; 3) supervision or monitoring of the execution of public policies; and 4) strong political will

in order to eradicate institutional racism and deficient practices by public servants obstructing the execution of actions for the provision of rights, both at local and federal levels.

References

- Arango, J. (2007). *Las migraciones internacionales en un mundo globalizado*. Vanguardia, (22), 6-15.
- Arriola Vega, L.A. (2012). Migrantes centroamericanos en "transitoriedad": hondureños en Tabasco, México. In M. L. Aragonés (Ed.), *Migración internacional. Algunos desafíos* (193-216). México, D.F.: Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- _____. (2016). Movilidad múltiple nacional e internacional de una población mexicano-guatemalteca. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XIV(2), 131-149.
- Basok, T., Bélanger, D., Rojas Wiesner, M. L., & Candiz, G. (2015). Rethinking Transit Migration: *Precurity, Mobility, and Self-making in Mexico*. Hampshire, UK: Palgrave Macmillan.
- Basok, T., & Rojas Wiesner, M. L. (2017). Precarious legality: regularizing Central American migrants in Mexico. *Ethnic and Racial Studies*, 41(7), 1274-1293. doi: 10.1080/01419870.2017.1291983
- Bishop, Hywel (2012). *The Politics of Care and Transnational Mobility* [PhD thesis], Cardiff University.
- Carling, J. (2002). Migration in the age of involuntary immobility: Theoretical reflections and Cape Verdean experiences. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28(1), 5-42. doi:10.1080/13691830120103912
- CONAPRED (2018). *Prevención de prácticas de perfilamiento racial. Guía para la acción pública*. Mexico City: CONAPRED.
- Edwards, A. (July 11 2016). ¿'Refugiado' o 'Migrante'? ¿Cuál es el término correcto? *Noticias e historias*. ACNUR México. Retrieved from <https://www.acnur.org/noticias/noticia/2016/7/5b9008e74/refugiado-o-migrante-cual-es-el-termino-correcto.html> <https://www.acnur.org/noticias/noticia/2016/7/5b9008e74/refugiado-o-migrante-cual-es-el-termino-correcto.html>
- El Colegio de la Frontera Norte, Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, Consejo Nacional de Población, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Relaciones Exteriores, Secretaría de Bienestar (BIENESTAR) (n.d.). *Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México*. Retrieved from <http://www.colef.mx/emif>.
- Glick Schiller, N., & Salazar, N. (2013). Regimes of mobility across the globe. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(2), 183-200.
- Hess, S. (2012). De-naturalising Transit Migration. Theory and Methods of an Ethnographic Regime Analysis. *Population, Space and Place*, (18), 428-440. doi: 10.1002/psp.632
- INEGI (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020*.
- Mezzadra, S., & Neilson, B. (2012). Between Inclusion and Exclusion: On the Topology of Global Space and Borders. *Theory, Culture & Society*, 29(4/5), 58-75.



Rigo, E. (2005). Citizenship at Europe's Borders: Some Reflections on the Post-colonial Condition of Europe in the Context of EU Enlargement. *Citizenship Studies*, 9(1), 3-22.

Rojas Wiesner, M. L. (2017). Precariedades y vulnerabilidades en la migración. Notas para el análisis de la situación de mujeres centro-americanas en México. *Astrolabio. Revista Internacional de Filosofía*, (19), 218-230.

Rojas Wiesner M.L., & Ángeles Cruz H. (2011). Migración femenina y derechos: la situación de las migrantes guatemaltecas en México. In: J. Martínez-Pizarro (Ed.). *Colección*

de ensayos sobre población y derechos humanos en América Latina (221-249). Río de Janeiro, Brasil: Asociación Latinoamericana de Población y UNFPA. Asociación Latinoamericana de Población and UNFPA.

Rojas Wiesner M.L., & Hjorth, S. (in press). Suspended lives of Central American youth on the southern border of Mexico: between inclusion and survival. In A: Vila & L. Meza. *The multiple borders to reach the nord. Young migrants claiming their place in the North American Migratory System*.



CAPÍTULO 2

EXPLORING LABOR EXPLOITATION AND SEXUAL VIOLENCE AMONG FEMALE MIGRANTS AT THE MEXICO-GUATEMALA BORDER

Argentina E. Servin,^a Teresita Rocha-Jimenez,^b Linda Salgin,^c Gudelia M. Rangel,^d Annabella Narvarte,^a Kimberly C. Brouwer.^{a1}

Abstract

Background: The International Labor Organization estimates that globally 20.9 million people have been trafficked for labor exploitation.

Purpose: To describe the nature and types of labor exploitation experienced by Central American (CA) migrant women working in domestic and agricultural sector in Mexico.

Methods: In-depth interviews were conducted with CA migrant women (n=35) who reported working in either the agricultural or domestic sector.

Results: All women reported experiencing some form of labor exploitation or sexual violence.

Conclusions: CA migrant women working in domestic and agricultural sectors in Mexico are highly vulnerable group who experience labor exploitation and sexual violence.

Keywords: *Labor Exploitation, Sexual Violence, Female Migrants, México, Guatemala, Border.*

Introduction

As a result of civil wars, economic hardship, and political instability, substantial migration from Central American to Mexico and the United

States (U.S.) has been occurring since the 1980s (García, 2006; Cruz, 2011). Alarming, recent reports have indicated a drastic increase in the number of individuals forcibly displaced from the “Northern Triangle” countries of El Salvador, Guatemala, and Honduras within the last decade. This increased mobility across Central America to Mexico and the U.S., is multifaceted and has been driven by the growing rates of extreme violence, forced recruitment into militias, and human rights abuses mainly perpetuated by transnational organized crime groups and local criminal gangs, is sustaining and exacerbating both human trafficking and labor exploitation (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR] The UN Refugee Agency, 2015). While the dangers of human trafficking and labor exploitation are true for many individuals, migrant women seeking work in Mexican cities near the border of Guatemala are among those in greatest danger.

According to the International Labor Organization (ILO), it is estimated that 25 million people globally have been trafficked for forced labor of which 71% are females (ILO and Walk Free Foundation, 2017). These disproportionate rates of trafficking and forced labor are experienced by women are of great concern. Females

¹ ^aDivision of Infectious Diseases and Global Public Health, University of California, San Diego (UCSD) School of Medicine; ^b Society and Health Research Center, CISS, Universidad Mayor, Santiago, Chile; Program Manager, San Ysidro Health, San Diego, CA; ^cU.S.-Mexico Border Health Commission, Tijuana, Baja California, Mexico.



are disproportionately affected as they account for 71% of the overall total. Indigenous migrant women are a uniquely vulnerable population as they face several dangers during migration including abuse, extortion, and rape by coyotes and government officials (Lopez & Hastings, 2015). Recognizing these vulnerabilities among migrants, the Attorney General of Mexico created the Crimes Investigation Unit for Migrants and Mexican Foreign Support Mechanism of Search and Investigation on December 18, 2015. This unit is in charge of investigating federal crimes committed against migrants, however, lack of resources coupled with limited strategies for formal investigations have resulted in crime rates against migrants to remain high.

Although several studies have evaluated the health outcomes of migrants from the Northern Triangle, limited studies have assessed the risk and prevalence of sexual violence in the context of labor exploitation and subsequent health outcomes among Central American migrant women in this region. Thus, this study aims to explore the nature and types of labor exploitation experienced by Central American migrant women working in the agricultural and domestic sectors at the Mexico – Guatemala border.

Background

Guatemala has one of the largest populations of internally displaced people in Latin America (estimated at 248,500 in 2014), largely due to drug-trafficking associated violence (Internal Displacement Monitoring Center, 2015). Tecún Umán and Quetzaltenango represent strategic locations along Guatemala's main migration corridor and play key roles in patterns of internal, cross-border, and transcontinental migration (Campos-Delgado & Odgers-Ortiz, 2012; International Organization for Migration, 2012). Tecún Umán is located at the border crossing between Mexico and Guatemala. Characterized by the frequent and intense exchange of goods

and people, in 2013 it accounted approximately 40% of annual registered entries of people from Guatemala into Mexico (El Colegio de la Frontera Norte *et al.*, 2013). It is a city of the municipality of Ayutla (Pop: 38,057), located in the departamento [state] of San Marcos (Pop: 1,044,667) (Instituto Nacional de Estadística, 2012a). Central American and internal migrants frequently use this city as a gateway into Mexico and to the u.s.; it is estimated that transnational migrants comprise at least 50% of Tecún Umán's population (Campos-Delgado & Odgers-Ortiz, 2012; Villafuerte-Solís, 2007). Due to Tecún Umán's geographic position as a gateway into Mexico, populations passing through the community include those associated with cross-border trade (e.g., truck drivers, businessmen trading products in Mexico) as well as Mexico's agricultural sector (e.g., mobile agricultural workers who work in Mexico's agricultural fields) (Leyva *et al.*, 2004). Quetzaltenango, capital of the departamento of Quetzaltenango (Pop: 807, 561) is Guatemala's second largest city and is located 1,259 miles from the border (Instituto Nacional de Estadística, 2012b). As a relatively prosperous city and a tourist destination, it attracts large flows of both internal and international migrants. Quetzaltenango has been noted to be a key destination for migrant sex workers largely due to its economic prosperity and its location along a major Northbound transit route (Morales-Miranda *et al.*, 2013; Morales-Miranda, Hernández, & Caal, 2010). This study took place in these cities that are major migration routes: Ciudad Hidalgo and Tapachula in Mexico and Quetzaltenango and Tecún Umán in Guatemala (Figure 1).

Methodology

Data Collection

Between April 2015–September 2016, 392 participants were recruited from sites along the Mexico - Guatemala border as part of a National



Institute of Health (NIH)-funded cross-sectional study *Cruzando Fronteras* (NIDA r01da029899; pi: Brouwer), that centered on exploring substance use and human immunodeficiency virus (HIV) risk in migrants. From this sampling frame, female domestic and agricultural migrant workers from El Salvador, Guatemala, and Honduras were identified and invited to participate in qualitative interviews (n= 35). This study centers on the findings from the qualitative interviews. Recruitment sites were along major migration routes in and near the cities of Ciudad Hidalgo and Tapachula in Mexico and Quetzaltenango and Tecún Umán in Guatemala (Figure 1). Recruitment for domestic workers was conducted in accordance with the two major migration seasons, the first being the Guatemalan summer season from September to December and the second following the permanent migration flow

of older, more experienced domestic workers that would return for the entire year. For agricultural workers, individuals were selected from ejidos (shared land) of smaller populations ranging from 10-50 workers, and from larger fincas of which more than 500 workers had populated. Recruitment depended on the agricultural season of the product harvested by the workers while also taking into consideration the mobility of the fincas, with workers often moving with the changing seasons of crops.

The purpose of this study, voluntary nature of participation, and risks and benefits of participating were explained, and consent was obtained prior to commencing an interview. Interviews were conducted in Spanish by trained local female staff who were familiar with domestic and agricultural work. Interviews were audio-taped (identified using only a study-unique

Figura 1.
Interviews were conducted across four cities located in the Mexico – Guatemala border (Tapachula, Chiapas - Quetzaltenango, Guatemala) Ciudad Hidalgo, Chiapas - Tecún-Umán, Guatemala)



Map Author: Erin Connors Service Layer. Créditos: gdam.org, ESRI, DELORME, GEBCO, NOAA, HGDC, HERE, Open-StreetMap contributors and the GIS user community.



identification number) and lasted approximately 45 to 60 minutes. Informed by the World Health Organization (WHO) safety and ethical guidelines for conducting research with trafficked women, the interviews followed an open-ended guide, which was iteratively revised as data collection and analysis progressed. Given the sensitive nature of the interviews, substantial efforts were undertaken to ensure participants' comfort with the research process prior to, during, and following in-depth interviews.

Eligibility Criteria

Being 18 years or older; biologically female; being an international migrant; having worked in the domestic or agricultural sector in Mexico in ≤ 5 years; able to provide voluntary and informed consent; agreeing to receive treatment for sexually transmitted infections (STIs) and HIV, if applicable.

The study was approved by IRBs at the University of California, San Diego, the Instituto de Salud del Estado de Chiapas and the Universidad del Valle in Guatemala.

Results

Data Analysis

All interviews were transcribed verbatim and translated by a trained bilingual research team member. Co-authors systematically read through transcripts and engaged in line-by-line coding. A codebook was developed that incorporated descriptive codes based on interview questions and emergent thematic codes informed by participants' lifetime chronologies. Transcripts were coded in atlas.ti version 6.2 to label emergent themes related to labor exploitation, sexual violence in the context of labor exploitation, risk behaviors for hiv/stis, vulnerability

factors related to previous social and economic circumstances, and access to health and legal services. The constant comparative method was used to describe the content and structure of the data. The analysis adopted an inductive perspective in which we used participants' language and experiences to identify and understand factors influencing vulnerability and pathways to labor exploitation and sexual violence. Please note that participants names have been changed due to confidentiality issues.

Participant Characteristics

Among the 35 migrant women, the median age was 32, the average level of education was six years (i.e., elementary), the predominant country of origin was Guatemala with 60% (n=21) and 54% (n=19) identified as a member of an indigenous group. Seventy-four percent of participants (n=26) were of the domestic sector, 17% (n=6) were in the agricultural sector, and 9% (n=3) were in both sectors (Table I). Most domestic workers are Guatemalan and from the indigenous groups K'iche' and Mam. These individuals are mainly from the Huehuetenango and San Marcos, with smaller numbers from Quetzaltenango (Xela). Historically, Guatemalan girls and women have worked as domestic workers (DWS) in the Tapachula region. Tapachula is their main destination because it is the largest city close to the border. In comparison, most agricultural workers (AWS) are from the Guatemalan departments (states) of San Marcos, Quetzaltenango and Huehuetenango— all close to the border with Mexico. Agricultural migration most typically occurs in large groups of families who are organized pre-migration organization and provide post-migration support networks. They usually have established where to work pre-migration, with workers return voluntarily to the same fields every year.



Table 1.
 Characteristics of Central American Migrant Women (N=35) Working in the
 Agriculture and Domestic Sector at the Mexico–Guatemala Border Region

Variable	N=35 (100%)
Age [median, IQR]	32 [25-40]
Education	
Six years or education or less (e.g., elementary school)	25 (71)
Marital status	
Married / common law ^a	5 (14)
Country of origin	
Guatemala	21 (60)
Honduras	10 (29)
El Salvador	4 (11)
Nicaragua	--
Member of indigenous group	19 (54)
Current undocumented migrant	33 (94)
Type of work	26 (74)
Domestic labor	6 (17)
Agriculture labor	3 (9)
Both sectors	
STI results	
HIV	2(6)
Syphilis	1(3)

^avs. single, divorced, separated, widow
 Source: Prepared by the authors.

Recruitment and working conditions

Both domestic workers and agricultural workers reported very poor working conditions and experienced different forms of exploitation. Domestic workers intimately coexist with their employers because they live in the houses where they work. Because there is no written contract when they are hired, they reported working long shifts without compensation or previous agreement. They are also fired without any notice or compensation for their previous work as exemplified by Flor and Elisa’s experience:

“Where I used to work before, they would never pay me extra hours, I would have to work sometimes from six am until midnight. The lady I worked for had a very bad temper, so I was scared of complaining or saying something.” [Flor, 25 years old, interviewed in Tapachula]

“The lady accused me of stealing, she said, ‘you’re stealing from me because you want to leave’ and I said, yes, it’s true [I want to go] but no, I do not have to steal...That lady owed me like a month [of pay] because all



the time she would tell me that she didn't have money... One day, in the middle of a discussion [about my pay] the lady turned around and went into the room where I slept and grabbed my belongings and threw them out on the street... She didn't pay me a single peso and she took my wallet." [Elisa, 26 years old, interviewed in Cd. Hidalgo]

Similarly, women that worked in the agricultural labor sector live in the fincas ("farms") where they work and eat for the season. All families live in the same room, called galleras (hen house), with men and women together. Rotten food is often served in the one or two meals received daily. The employer then discounts the food from their pay as well as any other items they may have used during their stay (e.g., toiletries). Likewise, they did not have a written contract and work long days and they are paid by activity or by amount of product they crop (weight). Women also reported being hired by a contratista ("contractor") who goes and recruits individuals at the Puerta Roja (El Carmen – Talisman) or in the community. The contratista applies for a visitor permit (i.e., Worker Migratory Form; FMTF) on their behalf, however, sometimes they use deceptive recruiting methods as Mariana explains:

"We came with him [contratista] to work and when we arrived to the finca, we wanted to return home because the finca was not what he promised. The finca was in terrible conditions and we had to sleep in an abandoned house with no sanitized water or electricity. We didn't have a place to eat, we couldn't take a shower or wash our clothes... We wanted to go back home the moment we arrived, but we didn't have any money, he paid for our bus ticket and everything... We regretted our decision, and

we didn't have a way of going back. He tricked us and lied to us." [Mariana, 29 years old, interviewed in Tapachula]

Experiences of abuse, sexual harassment, and sexual violence

Many of the women from both the domestic and agricultural sector reported experiencing sexual harassment and sexual violence. Domestic workers reported that some employers sexually abuse of them, and they take advantage of their migration status and threaten to tell the authorities or police if they report them. Agricultural workers also reported similar experiences where the intermediaries sexually harass or abuse girls and female workers and threaten to not hire them again the following year if they do not comply. The mixed sleeping conditions (i.e., galleras) facilitate these types of abuses at nights.

"Once they punished me [got sent home from work] because the manager there had bad intentions with me... He wanted me to have sex with him and I refused. For that reason, he punished me and sent me home [didn't let me work]. I told my mom and she told me that I could not go back to work there anymore." [Lupita, 25 years old, interviewed in Tapachula]

"They fired me from work because I did not accept their conditions, I did not want to do the old man [manager] any sexual favors. They fired me without any notice, and they did not pay me what I had already worked." [Carolina, 32 years old, interviewed in Ciudad Gentleman]

Other women shared experiencing or witnessing verbal and/or physical abuse and discrimination by their employer because they belong to an indigenous group



“The girl that worked with me, she was treated very badly, they said that she stole from them, and they made fun of how she dressed and her [indigenous] language. They wouldn’t pay her on time either...Also the daughters of the person we worked for mistreated us constantly... they would verbally insult us and throw things at us or intentionally make a mess for us to pick them up.” [Claudia, 29 years old, interviewed in Quetzaltenango]

Her claim that the worker was belittled in her native language shows a sense of xenophobia, tying into the theme of using domestic workers’ status as foreigners as a means of manipulation. This also highlights that discrimination against migrant workers lead to instances of abuse of numerous forms with little opportunity for domestic workers to find alternatives due to their illegal status.

Discussion

The results of this study identified that experiences of labor exploitation and sexual harassment and violence were common among this sample of Central American migrant women working in both the agricultural and domestic sector in the Mexico – Guatemala border region. Implications of these findings are discussed below.

Central American migrant women working in domestic and agricultural sectors in Mexico have a highly vulnerable profile. Fleeing poverty and conflict, low literacy levels, and lack of social support and resources that places migrant women at risk for labor exploitation and sexual violence. Further, the desperate need to find work of any kinds in addition to experiences of discrimination based on indigenous background and gender further exacerbate the safety of these women. Likewise, the informal recruitment processes reported by women in both the agricultural and domestic sector,

contributes to systemic gaps in employment and access to rights. Despite public policies aimed at protecting the human rights of migrant women (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) the systemic gaps in compliance with Mexico’s legal framework represent an obstacle to securing rights for Central American migrant women during the recruitment and hiring process. In line with a 2017 report on migrants in Mexico, there is a lack of financial and personnel resources along with no clear strategies to investigate crimes against migrants (Suarez, Diaz, Knippen & Meyer, 2017). In order to improve compliance with the legal framework, Mexico must adopt a gender-based approach in the design and implementation of public policies to support the health and well-being of Central American female migrant workers.

Furthermore, as long as domestic work is not included in the FMFT, they will not be considered legal workers in Mexico. As a result, government agencies whose responsibility is to enforce labor norms and ensure minimum standards in the recruitment and workplace of migrant workers have no authorization to regulate domestic work. Thus, employers can continue to exploit these women without any consequences.

Of the cases that have been reported, local authorities indicated that they have never had a successfully prosecuted case. Border States such as Chiapas and Oaxaca continue to have high levels of impunity for crimes against migrants in Mexico (Suarez, Diaz, Knippen & Meyer, 2017).

Although our findings provide insights into experiences of labor exploitation and sexual violence reported by Central American migrant women, this qualitative study has inherent limitations such as a small qualitative study and lack of generalizability to other migrants or regions. As this sample lacks a control group, we are unable to compare experiences with women on the Mexican side of the border.



Due to the hidden nature, labor exploitation, sexual violence, migration status could be underreported. While more work is needed to understand the experiences these women have lived, these study findings highlight that Central American migrant woman working in domestic and agricultural sectors in Mexico are highly vulnerable. Our findings suggest an urgent need for developing long-term gender-centered prevention strategies such as targeting labor intermediaries and migrant networks involved in recruitment processes and other structural and policy level factors to prevent sexual violence and abuse.

Conclusions

The stories of the Central American domestic and agriculture workers interviewed for this study reveal appalling working conditions and fundamental rights abuses in private homes and agriculture fields in the Mexico-Guatemala border region. Both domestic and agricultural workers have been a historically discriminated and excluded group in this region and globally. Their migration status, ethnicity, economic status, and gender further increases their vulnerability and visibility. International organizations, such as the ilo, the United Nations (UN), the Food

and Agriculture Organization of the un (FAO), the Organization for Security and Co-operation in Europe (OSCE), and the International Trade Union Confederation (ITUC), have in recent years strongly advocated to establish decent working conditions for domestic and agriculture workers on a global scale. In recent years changes were made to the Federal Labor Law and the Migration Law in Mexico to acknowledge domestic workers and migrant workers. However, there is no enforcement of the law and currently majority of these women still have no legal benefits, written contracts, safe working conditions, access to health care and have low salary wages (i.e., in most cases below the national minimum wage). It is also very difficult for migrant women to complete the immigration paperwork. Highlighting the need to simplify and streamline immigration and consular services for migrant women and also enforcement of the law to protect the rights of migrant women working in the agriculture and domestic sector in this region. Furthermore, these findings suggest an urgent need for developing long-term gender-centered prevention strategies such as targeting labor intermediaries and migrant networks involved in recruitment processes and other structural and policy level factors to prevent sexual violence and abuse.



References

- Campos-Delgado, A. & Odgers-Ortiz, O. (2012). Crossing the border: Mobility as a resource in the Tijuana/San Diego and Tecún Umán/Tapachula regions. *Estudios Fronterizos*, 13(26):9–32. <https://doi.org/10.21670/ref.2012.26.a01>
- Cruz, J. M. (2011). Criminal violence and democratization in Central America: The survival of the violent state. *Latin American Politics and Society*, 53(4): 1-33. <https://doi.org/10.1111/j.1548-2456.2011.00132.x>
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Retrieved from <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf>
- El Colegio De La Frontera Norte (COLEF), Secretaría Del Trabajo y Previsión Social, Consejo Nacional de Población, Unidad de Política Migratoria, & Secretaría de Relaciones Exteriores. (2013). *Encuesta sobre migración en la frontera sur de México. Informe anual de resultados 2013 [Mexico Southern Border Migration Survey. Annually Report 2013]* México, Distrito Federal: COLEF. Retrieved from <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2403/1/images/EMIF-NORTE-v13.pdf>.
- García, M. C. (2006). *Seeking refuge: Central American migration to Mexico, the United States, and Canada*. University of California Press.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012a). *Caracterización departamental San Marcos 2012 [San Marcos Department Characterization 2012]* Ciudad Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.
- _____. (2012b). *Caracterización departamental Quetzaltenango 2012 [Quetzaltenango Department Characterization 2012]* Ciudad Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.
- Internal Displacement Monitoring Center. (2015). *Global overview 2015 people internally displaced by conflict and violence*. Geneva, Switzerland: Internal Displacement Monitoring Centre. Retrieved from <https://www.internal-displacement.org/sites/default/files/publications/documents/20150506-global-overview-2015-en.pdf>.
- International Labour Organization and Walk Free Foundation (2017). *Global estimates of modern slavery: Forced labour and forced marriage*. Geneva, Switzerland: International Labour Organization. Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_575479.pdf.
- International Organization for Migration. (2012). *Perfil migratorio de Guatemala [Guatemala migration Profile]*. Guatemala City, Guatemala: International Organization for Migration. Retrieved from https://publications.iom.int/system/files/pdf/mpguatemala_11july2013.pdf.
- Leyva, R., Dreser, A., Silvia, M.C., Hernández-Rosete, D., & Bronfman, M. (2004). Guatemala, Tecún Umán. In Bronfman M., Leyva R., Negroni, M. (eds.), *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica [Population Mobility and HIV/AIDS. Contexts of Vulnerability in Mexico and Central America]* (pp. 175–212). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Lopez, E. & M. Hastings (2015). Overlooked and unprotected: Central American indigenous migrant women in Mexico. *New York*



University Journal of International Law & Politics. 48: 1105-1124. Retrieved from https://nyujilp.org/wp-content/uploads/2010/06/NYU_JILP_48_4_Lopez_Hastings.pdf

Morales-Miranda, S., Álvarez-Rodríguez, B. E., Arambú, N., Aguilar-Martínez, J. M., Zevallos B. H., Figueroa, W., Castillo, A. (2013). *Encuesta Centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia del VIH e ITS, en poblaciones vulnerables y poblaciones clave [Central American survey of surveillance and sexual behaviour and HIV/STI prevalence in vulnerable and key population]* Guatemala City: Universidad del Valle de Guatemala, MSPAS, HIVOS. Retrieved from <https://mcr-comisca.org/actividades-regionales/febrero-2014-curso-de-malaria/encuestas-de-vigilancia-de-comportamiento-ecv/83-encuesta-centroamerica-de-vigilancia-de-comportamiento-sexual-y-prevalencia-del-vih-its-en-poblaciones-vulnerables-y-en-poblaciones-claves-ecvc-capitulo-guatemala-2012-2013/file>.

Morales-Miranda, S., Hernández, B., & Caal, M. (2010). *Estimación del tamaño de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH: Hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales en seis ciudades de Guatemala [Estimation of populations most at*

risk and vulnerables to HIV infection: men who have sex with men and sex workers in six cities in Guatemala] Guatemala City: Universidad del Valle de Guatemala, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, USAID, The Global Fund, Visión Mundial, UNFPA, Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD20076.pdf>.

Sistema de la Integración Centroamericana. (2005). *Acuerdo regional de procedimientos migratorios CA4 [Regional Agreement on Migration Procedures]* Tegucigalpa: Sistema de la Integración Centroamericana. Retrieved from <https://reddhmigrantes.files.wordpress.com/2014/06/acuerdo-regional-ca4.pdf>.

United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR] (2015). *Women on the run: First-hand accounts of refugees fleeing El Salvador, Guatemala, Honduras, and Mexico*. Geneva, Switzerland: UNHCR. Retrieved from <https://www.unhcr.org/en-us/publications/operations/5630f24c6/women-run.html>.

Villafuerte-Solís, D. (2007). The Southern border of Mexico in the age of globalization. In Brunet-Jailly E (ed.), *Borderlands: Comparing border security in North America and Europe* (pp. 311-349). Ottawa: University of Ottawa Press.



CAPÍTULO 3

MIGRANTS IN MEXICO DIAGNOSED WITH COVID-19

Fernando Neira Orjuela¹

Abstract

The objective of this article is to compare the levels of Covid-19 infection among migrant population and Mexicans registered in medical units in national territory. A descriptive analysis was carried out with information retrieved from January 1 2020 to March 22 2021. The results revealed infection was more common in men and most cases were registered in the age group of adults from 35 to 59. Presence from migrants from Venezuela, the US and Colombia was also observed, as well as a higher mortality rate associated with diseases such as hypertension, obesity and diabetes.

Key words: *migrants, Mexicans, epidemiological characteristics, Mexico, Covid-19, SARS-CoV-2.*

Introduction

In Latin America, Mexico has been characterized by its strategic role in terms of migration, due to its privileged geographical location. This makes it a country of origin, transit, destination and return (Canales and Meza, 2018). Mexico is very important in this respect because of its context of constant migration of people from different parts of the world and different conditions whose flow increases day by day.

Currently, due to the Covid-19 pandemic, populations around the world are vulnerable, particularly migrant population, which in some cases —due to their housing conditions, nutrition and difficulties in terms of access to health services, among other aspects— constitute a high-risk group (Ramírez and Lozano, 2021). Other factors in the case of Mexico are related to the precariousness of the health system and the fact that large sectors of the population and entire regions experience great shortages (Chertorivski *et al.*, 2020). On the other hand, under current travel restrictions and border control, this population constantly becomes stranded in the country, particularly on the northern border.

The world learned about Covid in late 2019 when a group of patients with pneumonia of unknown etiology was detected in Wuhan, China (Ren *et al.*, 2020). The first case outside of China was registered on January 13. Two weeks later several European countries would report many cases of new infections to the World Health Organization (WHO) (Haitao *et al.*, 2020). It would then spread rapidly around the world.

In Mexico, the first imported cases were detected on February 28 2020 and by March 24 local transmission was being reported (Gianouchos *et al.*, 2020). By March 22 2021, 5 889 318 cases and 198 239 deaths had been reported

¹ Researcher from Latin American and Caribbean Research Center (CIALC) of the National Autonomous University of Mexico (UNAM).



(Secretaría de Salud, 2020). In the context of this scenario, this research intends on finding out whether there are differences in terms of Covid-19 infection levels between migrant population and Mexicans.

This article seeks to compare Covid-19 infection levels for migrant population and Mexicans based on information registered in the country's medical units between January 1 2020 and March 22 2021. Therefore, this analysis is divided in four parts: the first part provides background information on migration dynamics; the second part describes our methodology; the third part enlists the most relevant results; and finally, in the last section, discussions and conclusions are presented.

Background

In recent decades, south/north migration has been constant from countries with more difficult economic conditions than those of developed ones. Latin American countries are very important in the context of this migration in which the US is a main destination and Mexico an obligatory corridor.

The situation of risk and vulnerability for people in mobility contexts who use this corridor has become increasingly more serious in the last three years, due to migration agreements that imply restrictive measures, securitization and border closures, which increase insecurity for migrants in Mexico by forcing them into clandestinity and obliging them to search for alternative, more dangerous routes (Delgado *et al.*, 2020). To this we have to add the complexity of the heterogeneous context of south/south migrations, as well as economic and social development factors which constitute a potential axis of inequity/inequality in terms of health care (Murillo and Agudelo, 2019:693).

There is consensus in the international community regarding the need to recognize migration from the perspective of the social

determinants of health, which implies acknowledging it as a dynamic and changing process that goes beyond the biological variable and includes changes in terms of lifestyle, social environment conditions and community environment, but also at the socioeconomic, political, structural and environmental levels. These changes, which imply difficulties in terms of integrating into new lifestyles and environments, also create greater vulnerabilities and health risks for migrants, their families and the communities that welcome them (Van der Laet, 2017,32). This article considers as its referential theoretical framework the social determinants of health, a model which is very important in this context, especially considering WHO's current approach in terms of health of migrants. Special attention is paid to the vulnerabilities and resilience arising from social determinants in the migration cycle (origin, transit, destination and return) (Piñones-Rivera *et al.*, 2021). As stated above then, the theoretical reference for this study is the social determinants of health.

In terms of migrants crossing Mexican territory on their way to the United States, "young and healthy" is considered a common profile. However, far from their cultural, family and community context, and sometimes due to the conditions imposed by the destination communities, migrants tend to change their behavior and adopt new practices, assume new risks concerning their sexual and reproductive health, become more vulnerable to alcoholism and drug use, more propense to suffer dietary changes and they are usually forced to stay in spaces with no adequate sanitation, no drinking water, among other precarities. We can also identify limited access to basic health services, to which we can add cultural and linguistic barriers that make this population more vulnerable (Van der Laet, 2017, 32).

In the context of the current Covid-19 pandemic, WHO has made several statements emphasizing that "any population in mobility in a pandemic context becomes a vulnerable



group more susceptible of contracting the disease due to exposure to infections, lack of access to health care, interruption of medical care and poor living and housing conditions during the migration process” (WHO, 2019). In order to determine the effects of the Covid-19 pandemic in migrants temporarily living or in transit in Mexico, relative to the rest of the national population, we need to be aware of their specific situations.

Methodology and information sources

A cross-sectional, descriptive and comparative study was conducted based on laboratory-confirmed Covid-19 cases reported by the Mexican Ministry of Health through the anonymized, open-access Covid-19 database which is published by Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratoria Viral (Epidemiological Surveillance System for Viral Respiratory Diseases, SISVER) (Secretaría de Salud, 2020). The Mexican Ministry of Health notifies laboratory-confirmed cases using two information channels: sisver and Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (National Epidemiological Surveillance System, SINAVE). SISVER has samples of 475 health units from a wide range of public and private primary care and hospital care providers in the country that report 10% of outpatient cases and 100% of hospitalized severe cases and deaths suspected to have been caused by viral respiratory disease. The information is captured by medical practitioners based on epidemiological study formats and includes patient information, suspected diagnosis and comorbidities. SINAVE comprises all public and private health units dealing with all notifiable diseases (Secretaría de Salud, 2021b).

A total of 2 060 381 laboratory-confirmed cases were reported in the database of the Mexican Ministry of Health as of March 22 2021. Of this total, 2 059 112 cases correspond to nationals and 1 269 to migrants.

The comparative analysis of data for migrants and Mexican nationals was based on four determinants: 1) sociodemographic characteristics, which included variables like age, sex and nationality; 2) management of clinical care, described by the type of patient variable—whether the patient was ambulatory or hospitalized—, as well as by the access to intensive care units (ICU) and endotracheal intubation; 3) health characteristics including variables related to the presence of diseases such as diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma, immunosuppression, hypertension, obesity, heart disease, pneumonia, chronic kidney disease, smoking and other complications; and 4) characteristics associated with mortality and the number of diseases in both populations.

In order to compare migrants and Mexicans in this context, we calculated the distribution percentage for each of the variables of these four determinants.

Results

Sociodemographic characteristics

When we analyzed the sociodemographic characteristics of migrants and Mexicans in terms of sex and age of individuals infected with Covid-19, we found that 56.11% of migrants were male compared to 43.8% females. For Mexicans there is a higher percentage of infection in men (50.2%) compared to women (49.8%).

Comparing Mexican and migrant women in terms of range of age, it was observed that the highest number of infections in Mexican women were among individuals of 35 and 59 years old, while in migrant women it was between 20 and 34. For men, the highest number of infections in migrants and Mexicans occurred in people from 35 to 59. In general, the highest concentration of infections in both populations was in adults between 35 and 59 years old.



Table 1.
Most Frequent Nationalities of Migrants Infected with Covid-19 in Mexico

Main nationalities	Children (0 to 14 years old)				Teenagers (15 to 19 years old)				Youths (20 to 34 years old)			
	Female		Male		Female		Male		Female		Male	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Venezuela	3	(0.24)	2	(0.16)	1	(0.08)	3	(0.24)	41	(3.23)	37	(2.92)
United States	6	(0.47)	8	(0.63)	7	(0.55)	8	(0.63)	34	(2.68)	38	(2.99)
Colombia	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(0.24)	32	(2.52)	30	(2.36)
Honduras	2	(0.16)	0	(0)	5	(0.39)	5	(0.39)	15	(1.18)	36	(2.84)
Cuba	1	(0.08)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	22	(1.73)	11	(0.87)
El Salvador	1	(0.08)	1	(0.08)	1	(0.08)	4	(0.32)	8	(0.63)	10	(0.79)
Guatemala	0	(0)	0	(0)	2	(0.16)	15	(1.18)	9	(0.71)	9	(0.71)
Argentina	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	10	(0.79)	6	(0.47)
Brazil	1	(0.08)	1	(0.08)	0	(0)	0	(0)	10	(0.79)	5	(0.39)
Peru	1	(0.08)	0	(0)	1	(0.08)	1	(0.08)	2	(0.16)	4	(0.32)
Other	1	(0.08)	4	(0.32)	3	(0.24)	2	(0.16)	52	(4.1)	54	(4.26)
Total	16	(1.26)	16	(1.26)	20	(1.58)	41	(3.23)	235	(18.52)	240	(18.91)

Continúa...

Table 1.
Most Frequent Nationalities of Migrants Infected with Covid-19 in Mexico

Main nationalities	Adults (35 to 59 years old)				Older adults (60 years old or over)				Total	
	Female		Male		Female		Male			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Venezuela	52	(4.1)	49	(3.86)	16	(1.26)	10	(0.79)	214	(16.9)
United States	20	(1.58)	33	(2.6)	13	(1.02)	19	(1.5)	186	(14.7)
Colombia	27	(2.13)	23	(1.81)	8	(0.63)	7	(0.55)	130	(10.2)
Honduras	10	(0.79)	26	(2.05)	2	(0.16)	5	(0.39)	106	(8.4)
Cuba	19	(1.5)	33	(2.6)	1	(0.08)	7	(0.55)	94	(7.4)
El Salvador	16	(1.26)	14	(1.1)	6	(0.47)	5	(0.39)	66	(5.2)
Guatemala	5	(0.39)	12	(0.95)	1	(0.08)	3	(0.24)	56	(4.4)
Argentina	7	(0.55)	16	(1.26)	4	(0.32)	3	(0.24)	46	(3.6)
Brazil	5	(0.39)	9	(0.71)	3	(0.24)	0	(0)	34	(2.7)
Peru	9	(0.71)	7	(0.55)	1	(0.08)	4	(0.32)	30	(2.4)
Other	50	(3.94)	100	(7.88)	11	(0.87)	30	(2.36)	307	(24.2)
Total	220	(17.34)	322	(25.37)	66	(5.2)	93	(7.33)	1269	(100)

Source: Prepared by the author based on data collected from SISVER (Epidemiological Surveillance System for Viral Respiratory Diseases). (Secretary of Health, 2021).



Regarding the nationality of migrants in Mexico, there was a higher concentration of Venezuelan migrants, followed by nationals from the u.s. and Colombia. In terms of age, there was a higher prevalence of young and adult women from Venezuela and Colombia; however, for individuals from the u.s., a higher concentration of young and adult men was observed (See Table 1).

Health characteristics

Regarding the type of patient, this analysis indicates whether the migrant received outpatient care or required hospitalization and, if there was a record, whether the migrant required intubation. In this regard, the data showed that out of 1 269 migrants, 88% were treated on an outpatient basis, this means they received medical care and went back to their homes; of this percentage, 39% were women while 48% were men. On the other hand, the percentage of migrants who required hospitalization without intubation was 10.1%, of which 3.78% were

women and 6.38% men. The percentage of intubated hospitalized migrants was 2.1%, of which .71% were women and 1.5% were men. Finally, there was one case of a female hospitalized patient in which it was not specified whether intubation was required.

Concerning comorbidity in migrants with Covid-19, it was found that hypertension was present in at least 12.5% of the cases, of which 2.5% were hospitalized men and 4.41% were men treated as outpatients. However, hospitalized women represented 1.8%, compared to 3.4% in the case of outpatients. Secondly, smoking was present in 7.6% of outpatients, of which 4.5% were men and 3% women, while diabetes was the second complication present in 3% of hospitalized patients, of which 1.7% were men and 1.1% women. Among Mexican outpatients, obesity is most frequent in women (5.8%) and in men (4.9%). Among hospitalized patients, hypertension (3.3%) and diabetes (2.7%) are most frequent in women, as well as in men with 4% and 3.4% respectively. (See Table 2).

Table 2.
Comparison of Conditions Present in Migrants and Mexicans with Covid-19

Health conditions	Migrants									
	Ambulatory care				Hospitalized				Total	
	Female		Male		Female		Male			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabetes	18	(1.4)	27	(2.1)	15	(1.2)	22	(1.7)	82	(13.1)
COPD	3	(0.2)	3	(0.2)	0	(0)	7	(0.6)	13	(2.1)
Asthma	32	(2.5)	20	(1.6)	1	(0.1)	5	(0.4)	58	(9.3)
Immunosuppressed	5	(0.4)	6	(0.5)	0	(0)	2	(0.2)	13	(2.1)
Hypertension	43	(3.4)	56	(4.4)	23	(1.8)	36	(2.8)	158	(25.2)
Cardiovascular	8	(0.6)	6	(0.5)	1	(0.1)	5	(0.4)	20	(3.2)
Obesity	36	(2.8)	45	(3.5)	11	(0.9)	14	(1.1)	106	(16.9)
Smoking	39	(3.1)	58	(4.6)	3	(0.2)	11	(0.9)	111	(17.7)
Chronic kidney	2	(0.2)	3	(0.2)	1	(0.1)	2	(0.2)	8	(1.3)
Another complication	1	(0.1)	2	(0.2)	2	(0.2)	3	(0.2)	8	(1.3)
It is ignored	5	(0.4)	10	(0.8)	8	(0.6)	26	(2)	49	(7.8)
Total	192	(15.1)	236	(18.6)	65	(5.1)	133	(10.5)	626	(100)

Continúa..



Table 2.
Comparison of Conditions Present in Migrants and Mexicans with Covid-19

Health conditions	Mexicans									
	Ambulatory care				Hospitalized				Total	
	Female		Male		Female		Male			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabetes	80768	(3.9)	71109	(3.5)	56400	(2.7)	70729	(3.4)	279006	(20.9)
COPD	5206	(0.3)	4523	(0.2)	6395	(0.3)	7279	(0.4)	23403	(1.7)
Asthma	24064	(1.2)	13719	(0.7)	4533	(0.2)	3301	(0.2)	45617	(3.4)
Immunosuppressed	5458	(0.3)	3775	(0.2)	3869	(0.2)	4194	(0.2)	17296	(1.3)
Hypertension	114679	(5.6)	97132	(4.7)	67819	(3.3)	82069	(4)	361699	(27)
Cardiovascular	8082	(0.4)	8206	(0.4)	6402	(0.3)	9812	(0.5)	32502	(2.4)
Obesity	120227	(5.8)	101273	(4.9)	38797	(1.9)	44734	(2.2)	305031	(22.8)
Smoking	43983	(2.1)	77873	(3.8)	6056	(0.3)	23077	(1.1)	150989	(11.3)
Chronic kidney	5311	(0.3)	5730	(0.3)	8335	(0.4)	11948	(0.6)	31324	(2.3)
Another complication	14630	(0.7)	8236	(0.4)	8645	(0.4)	9491	(0.5)	41002	(3.1)
It is ignored	17978	(0.9)	17938	(0.9)	5058	(0.2)	8708	(0.4)	49682	(3.7)
Total	440386	(21.4)	409514	(19.9)	212309	(10.3)	275342	(13.4)	1337551	(100)

Source: Prepared by the author based on data collected from SISVER (Epidemiological Surveillance System for Viral Respiratory Diseases). (Secretary of Health, 2021).

Concerning the number of diseases present in migrants and Mexicans with Covid-19, it was observed that in outpatient care migrants, 28% of the cases without associated morbidity were women, while 36% were men. We identified 11% of female patients and 13% of male patients with associated morbidity suffering from one to five conditions. A different result was obtained in the analysis of hospitalized migrants since 2% of women and 3% of men had no comorbidity present, while patients with comorbidity represented 3% in the case of women and 5% in the case of men.

For Mexicans considered in outpatient care, the occurrence was 3% more in women than in men without associated morbidity, while those with associated morbidity represented 14% in both men and women. On the other hand, in hospitalized Mexicans, 4% of men and 2% of women had no associated morbidity, while 5% of women and 7% of men had one to 10 illnesses.

Mortality characteristics

The highest number of deaths in the case of migrants was two people and these occurred between June and November 2020. In the case of Mexican nationals, deaths occurred in the month of January 2021 with 1 262 demises; conversely, the least number of deaths occurred in the month of September, with an average of 367 Mexican nationals dying each day. The total number of deaths of migrants during the study period was 56, while the number of deaths of Mexicans was 186 707.

A detailed analysis of the number of deaths of migrants, based on age and sex, revealed that the total number of deaths (n=56) represented 4.4% of the migrant population. In turn, the highest percentage of deaths occurred in the age group of adults —35.7% men compared to 16% women. Meanwhile, the second group with more death occurrences was adults with 12.5% of deaths in the case of women and 25% in the case of men.



Regarding nationality and age in terms of deaths of migrants, it was found that the most frequent deaths corresponded to North Americans from the age group of people in their sixties or older, of which 7 were male and 4 females. The total number of deaths in the older adult age group was 29. In the case of the adult age

group, a total of 14 deaths of males were registered, mainly from El Salvador and the United States. In the case of deaths in adult women, their nationalities were Brazilian, Colombian, Guatemalan and Nicaraguan. The young age group was comprised mostly by young women from the u.s., El Salvador and Venezuela (see Table 3).

Table 3.
Deaths by Nationality, Age Groups and Sex

Deaths by nationality	Youths (20 to 34 years old)				Adults (35 to 59 years old)				Older adults (60 years old or over)				Total	
	Female		Male		Female		Male		Female		Male			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Argelia	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(1.8)
Argentina	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(1.8)
Brazil	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1.8)
Canada	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(0.236)	3	(5.4)
Chile	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(1.8)
Colombia	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	2	(3.6)
Cuba	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(0.079)	2	(3.6)
El Salvador	1	(0.079)	1	(0.079)	0	(0)	4	(0.315)	0	(0)	0	(0)	6	(10.7)
Spain	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(1.8)
United States	1	(0.079)	1	(0.079)	2	(0.158)	2	(0.158)	4	(0.315)	7	(0.552)	17	(30.4)
Greece	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(1.8)
Guatemala	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(0.079)	1	(0.079)	1	(0.079)	4	(7.1)
Haiti	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(1.8)
Italy	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(1.8)
Nicaragua	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(1.8)
Peru	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(0.079)	0	(0)	1	(0.079)	3	(5.4)
Honduras	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	2	(0.158)	3	(5.4)
Swiss	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	0	(0)	1	(1.8)
Venezuela	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	1	(0.079)	1	(0.079)	0	(0)	3	(5.4)
Other	0	(0)	1	(0.079)	1	(0.079)	1	(0.079)	0	(0)	0	(0)	3	(5.4)
Total	3	(0.236)	3	(0.236)	7	(0.552)	14	(1.103)	9	(0.709)	20	(1.576)	56	(100)

Source: Prepared by the author based on data collected from SISVER (Epidemiological Surveillance System for Viral Respiratory Diseases). (Secretary of Health, 2021).



Discussion

The results of this study provide a comparison between the sociodemographic and epidemiological characteristics of the migrant population and Mexican nationals infected with Covid-19—it is then important to emphasize certain aspects.

When processing the data in terms of sex and age group, it was observed that in the migrant population the virus was concentrated in the range of adults between 35 and 59 years old (42%), while for the Mexican population in this age group the proportion was 48%. In total, from the cases of migrants with Covid-19, 80% were young people and adults, while for Mexicans these age groups represented 76%. This greater presence of young migrants is consistent with what other studies have found (Ramírez and Lozano, 2021; Hernández 2021). It is important to note that this higher contagion rate among young people is not only due to their greater exposition to the virus—it may also constitute evidence of the vulnerability faced by these population groups who must work long hours without good protection and thus face greater risks to their health (Cabieses and Obach, 2018).

Regarding the occurrence of Covid-19 considering sex, a higher proportion of men was observed—56.1% migrants and 50% Mexicans, compared to the occurrence in women which was 43.9% and 49.8% respectively. In this regard, previous studies have reported that in Mexico, throughout the pandemic, there were more cases of men (56%) than women (44%), which could be attributed in part to biological factors, such as higher viral loads and the presence of a single X chromosome in men, which implies a less robust immune response and consequently less protection against inflammation. Other factors associated with these results are gender-related, such as less willingness to seek health care, as well as greater exposure to contagion derived from the sexual division of labor (Moreno and Gutiérrez, 2020).

On the other hand, when we analyzed the nationality of migrants in terms of age group and sex, it was found that migrants with Covid-19 in Mexico came mainly from Venezuela, specifically adults and young men, followed by nationals from the u.s.—where young men predominated—and lastly young women from Colombia. This is worth noting since authors such as Suarez and Trejo argue that migration from Venezuela in particular has increased in the last decade; they also mention that this nationality ranks fifth in the volume of international migrants who entered Mexico, a total of 15 444 people (Suarez and Trejo, 2018). Regarding Venezuela, it should be noted that in most cases people flee from the harsh socio-political situation experienced in that country and that confronts them with complex risk situations when they try to reach Mexico. In the case of population from the u.s., their numbers have increased in recent decades and two thirds of that migrant population are under 15 (INEGI, 2015). A possible explanation for these results is that this population was born in that country, but to Mexican parents and for different reasons (including deportations in recent years), their presence in Mexico has increased.

On the subject of comorbidity associated with Covid-19 cases in migrants and Mexicans, the results were worthy of notice. It was found that hypertension was the predominant disease in hospitalized patients and outpatients; a second cause of complication was diabetes, obesity and, to a lesser extent, smoking. This analysis shows that both migrants and Mexicans, but especially those who died from Covid-19, had other diseases that made the case more difficult, such as hypertension or diabetes. This is consistent with the work of Hernandez Bringas as well as with the one done by Pacheco and Pantoja, who, apart from emphasizing this situation, highlight the importance of taking into account the 11 symptoms of the virus, which can make diagnosis difficult since they are not



specific to this condition (Hernandez, 2020; Salinas *et al.* 2020; Pacheco *et al.* 2020; Reyes *et al.* 2020). On the other hand, the existence of comorbidities in migrants further proves their vulnerability, since being exposed to a greater number of risk factors related to stress and unhealthy conditions in the places where they live, transit or in which they interact, they become a high-risk population in terms of psychosocial and physical health (Ramirez and Lozano, 2021).

Another important aspect of this analysis was defining the exact number of diseases present in migrants and nationals with Covid-19. Comparisons made showed certain similarities that are important to highlight: on one hand, in people who were treated on an outpatient basis, we found there were more cases with no associated comorbidity, compared to those who presented at least one condition. On the other hand, in those who required hospitalization, there was a higher percentage of migrants and Mexicans with at least one condition compared to those who did not present comorbidity. At the same time, data showed that 40% of Mexican population infected with the virus had 1 to 11 conditions, while 31% of migrant population had 1 to 5 conditions. This aspect can be explained by the distribution of cases per age group, since there is less migrants of age groups corresponding to children, adolescents and older adults; the Mexican age groups, though, are more evenly distributed (Coutiño and Martínez, 2020). These data reflect that although the migrant population had fewer ailments, they were not exempt from them, something that can be associated to their previous economic, social and health conditions, as well as those previously acquired during the migration process (Leyva *et al.*, 2016).

Analyzing the context of deaths, it was observed that the highest number of migrants with Covid-19 occurred in the 60 years and older age group, especially in people from the u.s. This is important, since it represents 20% of the cases in terms of concentration of deaths by age

group. Authors such as Paullier connect this to the fact that the u.s. population in Mexico comprises mainly people at their retirement age (Paullier, 2016).

The above results show differences between the migrant population and Mexicans in terms of the levels of infection of Covid-19. It also reveals the impact that the social determinants of migrants' health may have on them, derived from their lifestyle, the conditions of their social and their community environment, as well as from socioeconomic, political and structural factors and the risks the migratory transit itself entails. Here the policy recommendations made by the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health become relevant in terms of three specific aspects: 1) improving living conditions; 2) fighting against the inequitable distribution of power, wealth and resources; and 3) measuring the magnitude of the problem, analyzing it and evaluating the effects of interventions (WHO, 2009).

Conclusions

For this research we tried to find out whether we could determine there were differences in terms of levels of Covid-19 infection between migrant population and Mexican nationals. The results obtained, as explained in the statistical analysis, showed differences and similarities between migrants and Mexican nationals in terms of the four components analyzed: sociodemographic characteristics, which included the variables age, sex and nationality; clinical care management, which had to do with health characteristics; and finally, characteristics associated with mortality and number of illnesses.

The differences found may be associated with previous social determinants of health present in migrant populations, but factors such as living conditions, socioeconomic, political, structural and health environments, as well as the high risks of the migratory process itself, can



help explain to a large extent their greater vulnerability in terms of health in comparison with Mexican population.

These results were compared and evaluated by different specialists, which allowed us to provide greater credibility to the study; however, an analysis such as the one carried out faces many limitations and difficulties that need to be addressed and that require attention from public policy-makers.

One very important aspect has to do with migrants, the population we focused on. It is necessary to improve and design strategies for monitoring migrants and their flows in order to be aware of their living conditions and other determinants concerning their health. Policies aimed at protecting the human rights of migrants are certainly needed in this context, and it is also important to guarantee access to medical and legal care during their stay and transit processes, particularly in shelters.

On the other hand, the particularities of the information recorded should be noted. It should be kept in mind that the database used for this study consists of administrative records, which are subject to problems of coverage, timeliness and quality of registration. Symptomatology is identified based on the statements made by each individual, and therefore initial or mild symptoms could easily be overlooked. This made it more difficult to know the exact incubation time for Covid-19. In the case of data concerning migrants, we do not know much about how the information was captured, whether they were all immigrants or also refugees or undocumented immigrants. The foreigner variable is also unclear and information has been lost, since there were people who did not provide neither their nationality nor their place of origin. This has led to an underreporting of the population. In view of this situation, it is necessary to implement public policy protocols that rely on instruments for collecting information

that are validated by academic and statistical institutions. This would improve the quality of the information on the people treated, as well as the accuracy of their diagnoses, and at the same time it would provide better interpretative tools for defining profiles, causes and consequences of the conditions analyzed.

It should also be taken into account that this is a descriptive study that does not allow for inferences other than those concerning processed data. In this context, a public policy is needed in order to promote and support more research from this database in particular, and on the subject in general. This will encourage the participation of interdisciplinary groups that will make it possible to compare field work with available data. Not only do we need to generate more information, we also need better quality information.

Migrants certainly experience greater vulnerability conditions in terms of social determinants of health than other population groups; therefore, the situation calls for specific public policies in order to coordinate actions aimed at promoting timely and quality care, regardless of migratory status. Since the epidemic is far from over and we must learn to coexist with it, and given that migratory flows do not stop, actions should be taken immediately.

There is no doubt the relationship between migration and health in the midst of a pandemic such as the one we are experiencing calls for more research, which, among other things, can allow for more and better instruments for gathering statistical information in health care centers —studies that may provide more data and more qualitative work for allowing us to learn from migrants themselves the health conditions and problems they face. But even in this situation, the present work represents a contribution to the extent that it helps us understand the impact of the pandemic on the migrant population living in Mexico.



References

- Canales, Alejandro I. and Sofía Meza (2018). El retorno en el nuevo escenario de la migración México Estados Unidos. In Aliaga, F. and C. Uribe (Eds.) *Migración de retorno. Colombia y otros contextos internacionales*. Ediciones USTA. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/325844198>
- Cabieses, Báltica and Alexandra Obach (2018). Exploring the relationship between international migration, social vulnerability and health. *Cuad Méd Soc*, 58(4), 109-119.
- Chertorivski, S. et al. (2020). *La gestión de la pandemia en México: análisis preliminar y recomendaciones urgentes*. Consejo Consultivo Ciudadano "Pensando en México". 137 páginas.
- Coutiño, B., and Martínez Martínez, O. A. Comorbilidades en salud y sus efectos en personas con SAR-CoV-2 en México. *Panorama económico*, 16(32), 183-198. Retrieved from <http://www.panorama-economico.mx/ojs/index.php/PE/article/view/15/10>
- Delgadillo, Ana Lorena, et al. (2020). Informe sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en las personas migrantes y refugiadas. Violaciones a derechos humanos documentadas por organizaciones defensoras y albergues en México. Fundación para la Justicia y el Estado Democrático de Derecho, A.C. Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, A.C. Instituto para las Mujeres en la Migración, A.C. Sin Fronteras IAP, A.C. Retrieved from <http://www.cmdpdh.org/publicaciones-pdf/cmdpdh-informe-migracion-y-covid-19.pdf>
- Flores Leyva, R., Infante, C., Serván-Mori, E., Quintino, F., and Silverman-Retana, O. Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México. *CANAMID(05)*. Retrieved from <http://www.canamid.org/publication?id=PB05>
- Giannouchos, T. et al. (2020). Characteristics and risk factors for Covid-19 diagnosis and adverse outcomes in Mexico: an analysis of 89,756 laboratory-confirmed Covid-19 cases. *European Respiratory Journal*. <https://doi.org/10.1183/13993003.02144-2020>
- Haitao, Tu et al. (2020). Covid-19 and Sex Differences: Mechanisms and Biomarkers. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(10), Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619620308387>
- Hernández Bringas, H. (2021). Covid-19 en México: un perfil sociodemográfico. *Notas de Población (111)*, 105-132. Retrieved from: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46557>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). Encuesta Intercensal 2015. Síntesis metodológica y conceptual. INEGI. <https://censo2020.mx/>
- Landero Cornelio, E., and Islas Colín, A. (2015). El derecho de los extranjeros a utilizar los servicios de la seguridad social. *Castellano-Manchega de Ciencias sociales* (19), 161-172. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3221/322142549011.pdf>
- Leiva et al. (2016). Migrantes en tránsito por México: Situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud. Morelos: INSP.
- Moreno Tetlacuilo, L. A., and Gutiérrez Juárez, K. (2020). Hombres, mujeres y la COVID-19. ¿Diferencias biológicas, genéricas o ambas?



- Boletín sobre COVID-19 Salud Pública y Epidemiología*, 1(6), 1-22. Retrieved from <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/COVID-19-No.6-03-Hombres-mujeres-y-la-COVID-19.pdf>
- Murillo-Pedrozo, Andrés M, and Agudelo-Suárez, Andrés A. (2019). La migración sur/sur como un determinante social de impacto en las desigualdades e inequidades en salud bucal en Latinoamérica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 692-699. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.364.4908>
- World Health Organization [WHO] (2019). Press Center. *Los migrantes y los refugiados presentan un mayor riesgo de tener mala salud que las poblaciones de acogida*. <https://www.who.int/es/newsroom/detail/21-01-2019-21-01-2019-21-01-2019-migrants-and-refugees-at-higher-risk-of-developing-ill-health>
- _____. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 62 World Health Organization Assembly. Item 12.5 (provisional agenda). Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- Pacheco-Pantoja, E. L., F. A. Ferreyro-Bravo and Á. E. Ceballos-Cruz (2020). Covid-19, diabetes, obesity and hypertension: 60 days of pandemic in Mexico. *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición*, (7), 68-79. Retrieved from <http://crossmark.crossref.org/dialog/?doi=10.24875/RME.20000042&domain=pdf>
- Paullier, J. (2016). Los pueblos de México donde se hablan más inglés que español. BBC. Retrieved from <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-37758785>.
- Ramírez, T., y Lozano, A. F. (2021). Vulnerabilidad de la población migrante de México frente a la pandemia del COVID-19. (I. Casique Rodríguez, Ed.) *Revista Latinoamericana de Población*, 15(28), 1-2. Retrieved January 25, 2021, from <http://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/277>



CAPÍTULO 4

BETWEEN FEAR AND UNCERTAINTY: MEXICAN MIGRANTS SURVIVING THE COVID-19 PANDEMIC IN THE EASTERN COACHELLA VALLEY, CALIFORNIA

Evelyn Vázquez,^a Gabriela Ortiz,^b y Ann Cheney^c

Abstract

The Covid-19 pandemic has reinforced the systems of discrimination and disadvantage that severely affect vulnerable communities, making these systems even worse. This participatory community research project analyzes the social factors that have contributed to increase the risk of Covid-19 infection in Mexican and Purépecha migrant communities in California. Most participants have experienced structural vulnerability, discrimination and disadvantage associated to their ethnicity, social status and language, but also to their lack of health insurance and legal status. This research puts forward recommendations for communities aimed at improving equity in terms of accessing Covid-19 information as well as Covid-19 tests and vaccines.

Key terms: *Covid-19 pandemic; participatory research; discrimination; health inequity.*

Introduction

It has been estimated that in 2019 the number of international migrants in the American continent reached 70 million (Pan American Health Organization, 2020). As of 2018, this migratory flow has consisted of large groups migrating

from Central America to Mexico and the United States. The main social drivers for international migration are political instability, social and economic inequalities, armed conflicts and natural disasters. The Covid-19 pandemic has exponentially increased the social injustice migrant communities already suffer from (Hill, Rodriguez & McDaniel, 2021; World Organization for Migration, 2021), including their living conditions. Such conditions frequently include lack of access to basic services, such as clean water and sanitation, and overcrowding (Aubin, 2020). Moreover, migrant communities are more likely to experience difficulties related to cultural, linguistic, and/or legal barriers due to their social status (World Organization for Migration, 2021).

It is in the context of these social conditions that a structural vulnerability becomes manifest in Latino migrant populations in the United States (Quesada, Hart & Bourgois, 2011). This type of vulnerability has been described as the result of the interaction between two complementary forces: 1) class-based economic exploitation and cultural and racialized discrimination; and 2) processes of symbolic violence and the construction of subjectivity (internalized oppression).

Social epidemiologists have described correlations between social status and health

¹ ^aSocial Medicine, Population, & Public Health, Post-Doc; ^bPh. D. Student in Medical Anthropology; ^cAssociate Professor in the Department of Social Medicine Population & Public Health. University of California, Riverside.



inequality. These correlations have been theorized and have provided some examples regarding how social injustice and inequality cause physical, psychological, and emotional damage.

Below we introduce the different stages of this research. The background briefly describes the relationship between social determinants of health, such as migration, and their physical, psychological, and emotional effects on migrant communities in the United States. The research design and methodology are defined by a participatory approach focused on the community. The data collected in the focus groups was analyzed using a fast analytical approach called template and matrix analysis. Our results explain how, throughout the Covid-19 pandemic, structural systems of discrimination and disadvantage have reproduced health inequity for migrant communities in the Eastern Coachella Valley. Finally, our conclusions make some recommendations for governments interested in improving the health conditions and quality of life of migrant communities in California.

Background

Pickett and Wilkinson (2015) have explored the relationship between income inequality and health. The authors found evidence that communities around the world suffering from greater economic inequality have worse health conditions. Social inequalities experienced throughout life, including abuse, violence, uncertainty regarding food availability and economic disadvantage, “leave their marks on the body” (Krieger, 2005, p. 350). Over time, systems of oppression, discrimination and disadvantage, including race, class and gender discrimination, damage the bodies and minds of vulnerable populations (Brunner, 1997, 2007; Dressler and Bindon, 1997; Krieger, 2001) such as migrant communities.

In the context of the Covid-19 pandemic, this kind of inequalities may increase the risk of

infectious diseases (Turner-Musa, 2020). Studies have shown that income inequality (low and inadequate wages), housing and population density in neighborhoods (Maroko, Nash, Pavidonis, 2020), geographic location (e. g. rural areas) (National Population Council, 2021; Henning-Smith, Tuttle, Kozhimannil, 2020), xenophobic and racialized climates (Cholera, Falusi & Linton, 2020; Page, 2020) and distrust of public health and government (Gehlbach *et al.*, n.d.) are factors that contribute to higher rates of infection, hospitalization and Covid-19-related deaths in underserved and vulnerable communities.

Our analysis focuses on how structural systems of discrimination and disadvantage, including social and political contexts, reproduce health inequalities among migrant communities (Cheney *et al.*, 2018). This approach allows us to understand why social inequalities are expressed structurally at the micro, meso and macro levels. In the case of foreign-born latinos (who migrated to the United States), this intersected discrimination is experienced in a variety of ways, including microaggressions at micro levels, lack of community participation and resources at the meso level, as well as institutionalized racism at the macro level (Bonilla Silva, 1997; Gee, 2002; Williams, 1999). In order to establish community engagement strategies for the prevention and containment of the SARS-COV-2 pandemic (known as Covid-19) in vulnerable populations, this research analyzed the social factors associated to Covid-19 risk in Mexican and Purépecha migrant communities in the Eastern Coachella Valley, California.

Our project: The California Alliance (stop Covid-19 CA)

This alliance is a statewide collaboration among communities which seeks to share, organize and partner to understand the impacts of the Covid-19 pandemic on vulnerable populations in the state of California.



Methodology

Our work relied on a community-based participatory research (CBPR) approach to engage with Latino immigrant communities. CBPR is a collaborative research approach that engages with all members of the community on equal footing while providing insight to all phases of research; it is based on an understanding of the social and structural factors that contribute to generate disparities in terms of health (Israel *et al.*, 2010; Minkler, 2012). This approach allowed community members to be involved in recruiting participants, as well as in collecting, analyzing, interpreting and disseminating data.

Research site

Our research focused on rural Latino communities located in the Eastern Coachella Valley (ECV) desert region. This region is part of the Riverside County in California. The ECV includes the unincorporated communities of Thermal, Mecca, Oasis and North Shore. Some residents of these communities were born in Mexico and are predominantly monolingual Spanish speakers (Cheney *et al.*, 2018). Residents of the ECV also include Purépecha from the state of Michoacán. With just over 20 000 residents, one-third of the population of this valley works in agriculture and an overwhelming majority of the working population lives below the federal poverty line (Palafox, n.d.).

Data collection methods

Focus groups. From February to March 2021, four focus groups organized via Zoom were conducted with a total of 39 participants who identified themselves as Latino and/or Hispanic.

Three of the focus groups were facilitated in Spanish by community members and one was carried out in Purépecha, facilitated by a bilingual community researcher. When work with each focus group was finished, a sociodemographic survey was carried out using Qualtrics. Thirty-eight participants completed this survey (see Table 1). All audio recordings were professionally transcribed and verified by several members of our research team.

Data analysis

We relied on a fast analytic approach known as template and matrix analysis (Averill, 2002). Members of our research team read the anonymous transcript and added key information, patterns and supporting quotes to an analysis template. In our matrix, focus groups were considered rows and interview guide questions columns. This process helped us identify emergent topics common to the four focus groups and allowed for comparisons among cases (Beebe, 2014).

Sample

Participants in this research represented the unincorporated farming communities of Thermal, Mecca and Oasis. A total of 26 participants (see Table 1) were born in Mexico and migrated to the United States, primarily looking for better living conditions. Most of these participants lack health insurance (62%), are farm workers (58%) and they self-identify as indigenous (65%); they typically face uncertainty regarding food availability (58%) and currently live in trailers (62%). On the other hand, slightly less than half of them (42%) are unemployed and live on an annual salary of u.s. \$10 000 to \$14 499.



Table 1.
Sociodemographic Data of the Participants (N=38)

	Latino / Hispanic		Born in Mexico	
	N=38	%	n=26	%
Sex assigned at birth				
Female	23	59.00%	18	69.23%
Male	15	38.50%	8	30.77%
		100.00%		100.00%
Age				
20 a 29	9	23.70%	3	11.54%
30 a 39	12	31.60%	9	34.62%
40 a 49	10	26.32%	9	34.62%
50 a 59	3	7.90%	3	11.54%
60 a 69	3	7.90%	2	7.69%
70 years or over	1	2.60%		
		100.00%		100.00%
Indigenous identity				
Purépecha			15	57.69%
Nahua Mixteco			1	3.85%
Huachichil			1	3.85%
				65.28%%
Medical insurance				
Yes	26	68.42%	16	61.54%
No	11	28.95%	9	34.62%
No answer	11	28.95%	1	3.85%
		100.00%		100.00%
Employment situation				
Part time (less than 40 hours per week)	8	21.05%	5	19.23%
Full time (40 hours per week or more)	10	26.32%	6	23.08%
Without employment	14	36.84%	11	42.31%
Housekeeper	1	2.63%	1	3.85%
Pensioner	2	5.27%	1	3.85%
Fired	1	2.63%		
Other	2	5.26%	2	7.69%
		100.00%		100.00%
Agricultural worker				
Yes	21	55.26%	15	57.69%
No	17	44.74%	11	42.31%
		100.00%		100.00%

Continue...



Table 1.
Sociodemographic Data of the Participants (N=38)

	Latino / Hispanic		Born in Mexico	
	N=38	%	n=26	%
Income (in dollars)				
Annual income: \$0 to \$9,999	8	21.05%	7	26.92%
Annual income: \$10,000 to \$14,499	9	23.68%	4	15.38%
Annual income: \$15,00 to \$24,999	11	28.95%	9	34.62%
Annual income: \$25,000 to \$34,999	8	21.05%	6	23.08%
Annual income: \$35,000-\$49,999	1	2.63%		
No answer	1	2.63%		
		100.00%		100.00%
Household characteristics				
Trailer home	22	57.89%	16	61.54%
Garages or other buildings adapted as housing units	3	7.89%	3	11.54%
Apartment, condo or duplex	2	5.27%	1	3.85%
Home	11	28.95%	6	23.08%
		100.00%		100.00%
Uncertainty concerning food availability				
Yes	19	50%	15	42.31%
No	19	50%	11	57.69%
		100.00%		100.00%

Source: Prepared by the authors.

Results

The discrimination and disadvantage context

Most participants have experienced structural vulnerability, discrimination and disadvantage, especially the monolingual Purépecha community—who do not speak Spanish or English. This structural vulnerability is associated to their ethnicity, social status (low income), language (Spanish or Purépecha), lack of health insurance and legal status (no documents). Social injustice is typically related to lack of housing and low resources.

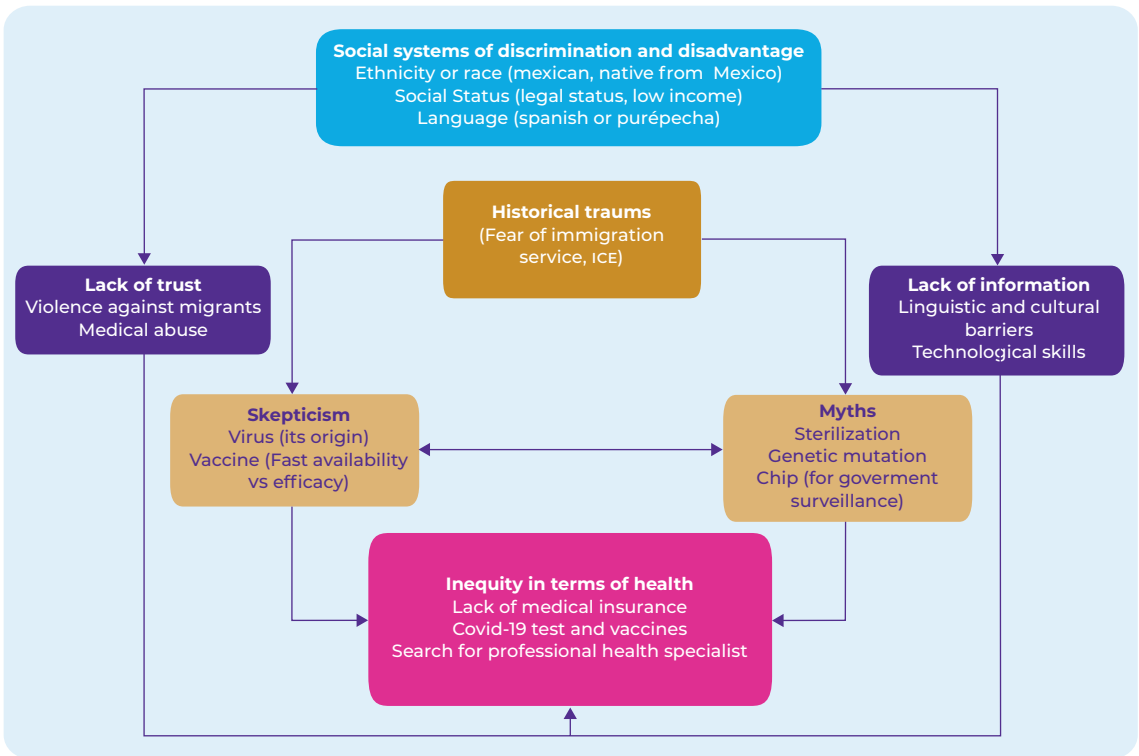
Participants of this study showed fear because there is no way to isolate [themselves] when there are several family members living in the same house: “Unfortunately, [here] the

communities do not have access to basic housing [...], there might be about five families living in one single [house]”. These situations contributed to spread the virus faster. And not only because of the fact they live together but also because they are essential workers and have to go out and pick vegetables—they would come back home already infected with the virus.

As seen in Figure 1, the intersection between social systems of discrimination and disadvantage has an influence on the beliefs and behaviors migrant communities adopt concerning the virus and the Covid-19 vaccine. Lack of trust in the government, fear of the immigration service and lack of adequate and accessible information for the community have encouraged both skepticism and the spread of myths in the community concerning the virus and the Covid-19 vaccine.



Figure 1.
Structural vulnerability and Survival in Mexican Migrants



Source: Prepared by the authors.

Lack of information about Covid-19 concerning its origins, the way it spreads and measures to prevent it, contributes to skepticism and doubts about the Covid-19 vaccine. In this context, one participant expressed that misinformation has an effect on whether people get the vaccine or not:

"[...] it has to do with misinformation [...] that really has an influence on whether people get vaccinated or not, [at first] we didn't believe in Covid and, well, people have started to die [...] and then people started to believe, to use masks, and they stayed home. And it's the same with the vaccine, they don't believe in it. They don't believe it's the remedy, they insist they will not get vaccinated".

After people started dying from Covid-19, the virus began to be taken more seriously. People started wearing masks and stayed home. However, skepticism about the virus continues to influence how community members think about the Covid-19 vaccine. Many are concerned about how quickly the vaccine was developed. One participant said:

"The flu [influenza] vaccine took 80 years to develop and the Covid-19 vaccine took less than two years or a year. That's why people are afraid. Because the flu vaccine, if you really research it, they took time to make it, it took a long time for them to develop it and improve it. The Covid vaccine though, it took less than a year and they already want to give it to people".



The speed with which the vaccine was developed has created doubts about its efficacy. Another participant said, “There’s people saying the vaccine isn’t working one hundred percent yet because they put it out too fast, that it’s all a lie and that it’s not going to protect us at all.” Although most questioned the speed with which the vaccine was developed, others acknowledged that advances in technology and science have made the development of the vaccine easier: “Technology is already more advanced, and science”.

Conspiracy theories about the real purpose of the vaccine, concerning government attempts to control minorities, were also reasons not to get vaccinated. One participant confirmed these beliefs influence decisions in the community in terms of getting the vaccine:

“There are a lot of people who do want to get vaccinated because they want an end to the pandemic. But there is another fifty percent who [...] think they are going to put a chip inside us [so that] they always know where you are, because ‘the government always keeps an eye on us’”.

Another participant shared a similar thought:

“I think many people are not going to get the vaccine because everyone has their own opinion, some say that they’ll implant us a chip so that the government has more information about us”.

Changes to the body

The vulnerability people from these communities have experienced has generated concerns and fears about alterations to their bodies, such as genetic changes or sterilization. One participant commented, “Yes, I’ve heard that you are going to become a mutant [...], that your genes are going to change and you are going to

become a Martian [...], that you’ll go blind.” Another person expressed fear of genetic changes, “A lot of people say that [the vaccine] can change your DNA”.

Participants also discussed the lack of information concerning the side effects of the Covid-19 vaccine. Without such fundamental information, they have begun to question what the possible effects of receiving the vaccine might be, such as sterilization: “they say young people who get vaccinated will no longer be able to have children. But what I see now is that it is indeed good because of what it’s doing to people [...], it’s really trying to make you immune to the virus.”

Indispensable resources for migrant communities

Participants mentioned the importance of strengthening ties between community organizations, workplaces (particularly the role of mayordomos³) and community leaders. These ties could facilitate access to reliable information about Covid-19 as well as to follow-up procedures on public health measures established by the state, such as the use of personal protective equipment, tests and Covid-19 vaccinations. One participant who worked harvesting chili shared his experience: “In my kind of job we can’t do social distancing because we are all crowded together and some don’t wear masks. It’s really just as risky because what’s the point in some people covering their mouths and others not doing it.” He also recounted an interaction with his *mayordoma*:

“I told her, ‘Right now Riverside County has issued a notice obliging workers to wear masks.’ She seemed upset with me, so I said, ‘We have to wear masks. Do you have masks in your truck? Maybe you can

³ Person in charge of organization and logistics in the community.



give some to those who haven't got any.' Most of us working, packing chili, we're not wearing masks".

Because of the lack of masks to protect his coworkers, he contacted a friend who works for a nonprofit organization: "I said, 'Do you have masks?' And he said, 'Yes.' I gave him our location and he gave us each a box". As is the case with other people involved, this participant do cares about the health and well-being of his community:

"I am not a community leader, but I do try to help my community, I love my community, I love my people. I don't want anyone to get infected [...] I don't want a loved one gone simply because we weren't careful. I don't want us to regret that".

During the pandemic, supervisors have played an important role in terms of the health and welfare of essential workers. For farmworkers, the actions of their supervisors are crucial, because they guide others on how to protect themselves from contracting the virus: "If the job required it, I'd say yes [they would get a test], because you have to do it. We're on the same boat and if the *mayordomo* requires it, we do it."

Participants also discussed the importance of doctors visiting their communities and addressing any concerns or doubts about the vaccine. There is not enough information about the vaccine:

"It's very important to have a doctor coming to explain to our community, so we can be aware of the effects of the vaccine. Because there might be people with chronic diseases like high blood pressure or diabetes who don't know if it's ok for them to get vaccinated or not [...]. That's what we need: a doctor in our community to give us the advice we need.

Another suggestion was organizing group talks for their communities: "So a small group can listen and ask questions and then later that same group may start sharing that information so the community can be more confident and get the vaccine."

In addition, participants discussed the importance of language. This was especially important among members of the Purépecha community, as many can neither speak Spanish nor understand it well: "Not all of us understand Spanish very well but it's different if they explain it in Purépecha". Therefore, it is important to hold these talks about the vaccine (explaining for example what the vaccine contains) in the communities and in rural contexts so that people can begin trusting public health.

Carefulness and awareness: tools for survival in the East Coachella Valley

Participants were of the opinion that as more information about the vaccine comes out, it should immediately reach their workplaces in order to ensure more equity in terms of health. In the case of farmworkers, this information needs to reach *mayordomos* first so that they can let public health workers go to the fields and inform the population there. This direct relationship between public health workers could be helpful for providing greater peace of mind to people in their respective communities.

Migrant communities in the East Coachella Valley survive in the face of the Covid-19 pandemic because of the carefulness they profess for their community. Mexican migrants do their best to take care of their communities and survive in the context of multiple processes of exclusion, subordination and cultural extermination. Participants frequently expressed the importance of people creating "conscience" to care for the health of their communities. Here is an example of how a bad experience with Covid-19 led to changes in beliefs and behaviors:



At first, I didn't believe the virus existed either, I thought it wasn't real until I fell sick [...]. It feels terrible to be sick with this virus. That's why I was so happy when they said the vaccine was coming out because I'd like everyone to get vaccinated. I wish no one would have to feel this disease firsthand. It's really awful".

One strategy for limiting the lack of access to Covid-19 tests or vaccines is setting up clinics at accessible locations and have them open at reasonable times: "I think it would be good if they went home by home or to each community; and it would be better if these people were available at reasonable times".

In addition to providing the community with Covid-19 tests and vaccines, social services and resources for facing the pandemic need to be accessible to all community members, especially those in the Purépecha community. One Purépecha participant mentioned the importance of receiving help to pay the rent: "It would be very good if they could help us with rent and food. In our case, my dad was the only one working and he was the one in charge of bringing food and paying the rent, so it was very difficult."

Illiteracy in members of the Purépecha community is another concern:

"There are some members of our community who can't read or don't know how to fill out a document and out of embarrassment they don't apply for support. Well, they lose those benefits because they don't know how to apply for them. I think they should also find ways of helping those people".

Conclusions and policy recommendations

Our research shows Mexican migrants in California (including members of the Purépecha indigenous community) survive the pandemic facing uncertainty and fear. Uncertainty results from the lack of reliable sources of communica-

tion and the lack of access to information (due to linguistic and cultural barriers and in terms of technologies); and fear is the expression of generalized oppression (the community does not believe the government is there to help them). The structural vulnerability with which these migrants have to live makes their economic exploitation easier and incites discrimination (cultural and racialized). According to Quesada, Hart & Bourgois, 2011, "vulnerability is an indicator of inequity and social inequality and demands actions at the level of social and political structures" (p. 4). Likewise, and according to Stone, Avila & Duran (2021), historical trauma can be mitigated by community resilience rooted in carefulness (understood as a deep connection to land, home, and people).

Our results emphasize the importance of the structural vulnerability theory developed by Quesada Hart and Bourgois (2011). This theory has shown structural inequities in health are rooted in a history of colonization and racism. Researchers have documented the relationship between colonization processes—such as loss of culture, land and language—with cultural genocide and intergenerational transmission of historical trauma (Stone, Avila & Duran, 2021). Such trauma is associated to dynamics of oppression, systemic colonial brutality and loss of self-identity, as well as home, land, and culture. Estrada (2009) notes that experiences of historical trauma and social inequity for Mexican population living in the United States are very similar to the historical trauma of Native American communities. Historical trauma theory can therefore be applied in many contexts such as "access to health care among Mexican Americans" (p. 330). The trauma we refer to has become even more serious during the Covid-19 pandemic and has left marks in migrant communities of the Eastern Coachella Valley, California.

The following are recommendations aimed at improving equity regarding access to Covid-19 information, testing and vaccines. The



government of Mexico is encouraged to collaborate with organizations that conduct Covid-19 testing and vaccination in rural communities in California. Distance from health services, costs and opening hours are barriers that limit access to health care in the Eastern Coachella Valley region (Tulimiero *et al.*, 2018). We found that, due to anti-immigrant rhetoric, many migrants of Mexican origin are fearful of the government and perceive the virus and prevention measures (tests, vaccination) as strategies to harm and control Latino immigrant populations. Therefore, it is important to have Mexican consulate representation at Covid-19 testing and vaccination sites. Such representation can create a more welcoming and familiar environment that could potentially contribute to generate trust in medicine and public health (Lopez Jaramillo *et al.*, 2021). One example is Ventanillas de Salud, a program implemented in the Mexican Consulate Network that offers health education, counseling on health problems and information on local health services (Rangel *et al.*, 2017).

The state of California is advised to invest in developing rural networks that can rapidly disseminate public health information using community and media sources owned by local ethnic groups, through which is easier to reach vulnerable and disadvantaged populations. Through the stop Covid-19 ca statewide collaboration our team worked with 11 academic institutions and over 75 community partners in California (<https://www.stopCovid-19ca.org/>). We had the opportunity to work together to build the capacity of the community, conduct research, create accessible training materials for reliable community leaders and develop policy recommendations to improve the quality of

the information, combat misinformation, increase diversity and vaccine accessibility, and apply more clinical trials and vaccination. This model can be replicated to develop and strengthen already existing rural networks.

Riverside County is encouraged to offer training for community leaders and promotores. It is also recommended to expand leadership in terms of the workforce (involving mayordomos in agricultural work). The success of recruitment and intervention was closely related to the level of trust established by promotores in the communities in which they work (Coulter *et al.*, 2020). Our recommendations also include implementing an innovative model based on the needs of the community in order to provide public health and health care services for immigrant communities in the Eastern Coachella Valley, whose inhabitants have survived the Covid-19 pandemic despite the various forms of discrimination and disadvantage oppressing them.

In communities that have been historically colonized, such as the migrant communities included in this research, historical trauma is reflected in many different ways including violence, fear (in the presence of immigration enforcement), deep pain (caused by structural violence), mistreatment, discrimination for speaking Spanish, as well as non-citizenship treatment (Stone, Avila, & Duran, 2021). This history of trauma together with an anti-immigrant rhetoric has exacerbated immigrant health disparities during the current pandemic (Garcini *et al.*, 2020). Our recommendations, which are based on the experiences and perceptions of members of Latino immigrant communities, may help mitigate inequities in terms of health care reproduced during the Covid-19 pandemic.



References

- Aubin (2020). *Covid, hambre, pobreza y desigualdad: la combinación mortal que enfrenta América*. Noticias ONU. Retrieved from <https://news.un.org/es/story/2020/07/1477571>
- Averill, J.B. (2002). Matrix analysis as a complementary analytic strategy in qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 12(6).
- Beebe, J. (2014). *Rapid qualitative inquiry: A field guide to team-based assessment*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Cheney, A. M., Newkirk, C., Rodríguez, K., & Montez, A. (2018). Inequality and health among foreign-born latinos in rural borderland communities. *Social science & medicine* (1982), 215, 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.011>
- Cholera R, Falusi OO, Linton JM. Sheltering in Place in a Xenophobic Climate: Covid-19 and Children in Immigrant Families. *Pediatrics*. 146(1). doi: 10.1542/peds.2020-1094
- Consejo Nacional de Población. (2021). *Migración y salud. Migration and health*. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Luz-De-La-Sierra-De-La-Vega/publication/348937961_Acceso_a_servicios_de_salud_en_poblacion_migrante_mexicana_en_Estados_Unidos_de_America_antes_y_despues_del_Affordable_Care_Act/links/601832eb299bf1b33e4035b0/Acceso-a-servicios-de-salud-en-poblacion-migrante-mexicana-en-Estados-Unidos-de-America-antes-y-despues-del-Affordable-Care-Act.pdf
- Coulter K, Ingram M, McClelland DJ, Lohr A. (2020). Positionality of Community Health Workers on Health Intervention Research Teams. *A Scoping Review. Front Public Health*. 16(8), 208
- Estrada, A. L. (2009). Mexican Americans and historical trauma theory: A theoretical perspective. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3), 330–340. <https://doi.org/10.1080/15332640903110500>
- Gehlbach, D., Vázquez, E., Ortiz, G., Li, E., Beltrán Sánchez, C., Rodríguez, S., Pozar, M., Cheney, A. M. (n.d.). Covid-19 Testing and Vaccine Hesitancy in Latinx Farm-working Communities in the Eastern Coachella Valley. Submitted June 2021 to BMC Public Health
- Garcini, L. M., Domenech Rodríguez, M. M., Mercado, A., & Paris, M. (2020). A tale of two crises: The compounded effect of Covid-19 and anti-immigration policy in the United States. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 12(S1), S230–S232. <https://doi.org/10.1037/tra0000775>
- Hatzenbuehler, M. L., Prins, S. J., Flake, M., Philbin, M., Frazer, M. S., Hagen, D., & Hirsch, J. (2017). Immigration policies and mental health morbidity among Latinos: A state-level analysis. *Social science & medicine*, 174, 169–178.
- Henning-Smith, C., Tuttle, M., & Kozhimannil, K. B. (2020). Unequal distribution of COVID-19 risks among rural residents by race and ethnicity. *The Journal of Rural Health*.
- Hill, J., Rodriguez, D. X., & McDaniel, P. N. (2021). Immigration Status as a Health Care Barrier in the USA during Covid-19. *Journal of Migration and Health*, 4, 100036
- Israel, B. A., Coombe, C. M., Cheezum, R. R., Schulz, A. J., McGranaghan, R. J., Lichtenstein, R., Reyes, A. G., Clement, J., & Burris, A. (2010). Community-based participatory research: a capacity-building approach for policy advocacy aimed at eliminating health disparities. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2094–2102



- López Jaramillo, A. M., Rangel Gómez, Rodríguez, K., Cheney, A. M. (2021). Chapter 8: Aproximación a una política pública binacional para la atención en salud USMEX: Unidos por la salud. Procesos migratorios y atención a la salud. In *Perspectivas Comparadas*. p. 257-286.
- Maroko, A. R., Nash, D., & Pavilonis, B. T. (2020). Covid-19 and Inequity: A comparative spatial analysis of New York City and Chicago hot spots. *Journal of Urban Health*, 97(4), 461-470.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2021). La salud de los migrantes en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Retrieved from <https://www.iom.int/es/la-salud-de-los-migrantes-en-el-marco-de-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). OPS y OIM firman acuerdo para mejorar la salud de 70 millones de migrantes en las Américas. Retrieved from <https://www.paho.org/es/noticias/9-10-2020-ops-oim-firman-acuerdo-para-mejorar-salud-70-millones-migrantes-americas>
- Page, K. R., Venkataramani, M., Beyrer, C., & Polk, S. (2020). Undocumented us immigrants and Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(21), e62(1)-e62(3).
- Palafox, A. (n.d.). The Eastern Coachella valley's Immigrant Communities. Neighborhood Data for Social Change. <https://usc.data.socrata.com/stories/s/Coachella-Valley-s-Immigrant-Communities/mfxm-hmrb/>
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical anthropology*, 30(4), 339-362.
- Rangel Gomez, M. G., Tonda, J., Zapata, G. R., Flynn, M., Gany, F., Lara, J. & Rosales, C. B. (2017). Ventanillas de salud: A collaborative and binational health access and preventive care program. *Frontiers in Public Health*, 5, 151.
- Stone, L. C., Avila, M., & Duran, B. (2021). El nacimiento del pueblo mestizo: critical discourse on historical trauma, community resilience and healing. *Health Education & Behavior*, 48(3), 265-275.
- Tulimiero, M., Garcia, M., Rodriguez, M., & Cheney, A. M. (2021). Overcoming Barriers to Health Care Access in Rural Latino Communities: An Innovative Model in the Eastern Coachella Valley. *The Journal of rural health: Official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 37(3), 635-644. <https://doi.org/10.1111/jrh.12483>
- Turner-Musa, J., Ajayi, O., & Kemp, L. (2020). Examining Social Determinants of Health, Stigma, and COVID-19 Disparities. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(2), 168. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020168>.



CAPÍTULO 5

COVID-19 RESILIENCY AMONG FOOD PRODUCTION WORKERS IN EL PASO AND MOORE, TX AND SOUTH DOÑA ANA, NM, UNITED STATES

Nora Hernández,^a Josiah Heyman,^b Guillermina Nuñez-Mchiri,^c Adriana Orozco^{d1}

Abstract

The National Covid-19 Resiliency Network coordinates a strategic and structured network to mitigate the impact of Covid-19 on racial and ethnic minority and rural populations. From December 2020 to May 2021, community based organizations who mobilize community outreach leaders have been reaching food production workers (farmworkers, dairy and meat packing workers) to provide culturally and linguistically appropriate Covid-19 information and protective material, register for the Covid-19 vaccine, and access to vaccination clinics. We present qualitative and quantitative information collected on an outreach project with predominantly Hispanic food production workers that are at or are connected to the u.s.–Mexico border.

Topics of interest: *Covid-19 pandemic, occupational health*

Keywords: *Covid-19, food production workers, outreach, education, vaccines, Hispanic, migrant workers*

Introduction

Covid-19 has disproportionately impacted communities of color and individuals who are eco-

nomically and socially marginalized. Food production workers (i.e., farmworkers, dairy and meat packing workers), many of whom are Hispanic, have been among the most vulnerable populations afflicted by the Covid-19 virus. At the start of the pandemic in early 2020, Hispanic, Black, and Asians were more likely than Whites to test positive for Covid-19. These groups have also experienced a higher rate of hospitalizations and death rates than Whites. Employment as essential workers has affected these communities, as they are more likely to be working outside of their homes and have higher exposure to Covid-19 (Simmons *et al.*, 2021).

According to a systematic national study (Fielding-Miller, Sundaram & Brouwer, 2020), farmworkers face unique risks of contracting and dying from Covid-19 and these risks are independent of poverty, insurance, or linguistic accessibility of Covid-19 health campaigns. Early in the pandemic, meatpacking plants had to shut down for weeks due to Covid-19 outbreaks associated with laborers working in close proximity to each other. The u.s. Department of Homeland Security declared agriculture, including the dairy industry, an essential component of the nation's infrastructure, which meant milking operations were to continue (The University of Texas Health Science Center at Houston, 2021).

¹aManager in the Office of Research and Sponsored Projects and Principal Investigator of this grant. ^bProfessor of Anthropology and Director of the Center for Inter-American and Border Studies. ^cAssociate Professor of Anthropology and Director of Women's and Gender Studies. ^dUndergraduate Research Assistant studying Sociology Universidad de Texas en El Paso.



The National Covid-19 Resiliency Network (NCRN) was established to mitigate the impact of Covid-19 among communities who are experiencing the greatest negative outcomes from Covid-19 (i.e., Hispanic, food production workers). As part of that Network, The University of Texas at El Paso (UTEP) has been a strategic partner reaching the priority population of food production workers in El Paso and Moore Counties in Texas and Doña Ana County in New Mexico.

The article is a descriptive case study based on an outreach project with predominantly Hispanic food production workers that are at or are connected to the u.s.-Mexico border. Community outreach leaders were mobilized to reach the priority population, record quantitative data on outreach (i.e., number of food production workers reached and locations), vaccination activities (i.e., number of vaccines per event), and qualitative information on questions and concerns the priority population were reporting. Over 1 500 farmworkers, 250 dairy workers, and 700 meat packing workers were reached during six months to receive Covid-19 information and protective material. Findings suggest that programs that engage trusted sources (i.e., community outreach leaders), address barriers, and adapt based on the priority populations' reported needs are effective.

Background

Research and community outreach for health education and advocacy in farm working, meatpacking, and dairies merits attention from researchers and health practitioners given these communities are at the frontlines of the food production. Although farm labor is essential work, there are reports of inadequate protections for this group during the current pandemic, including limited access to personal protective equipment and social distancing (Fielding-Miller, Sundaram & Brouwer, 2020). Meatpacking is a prime example of where a

constellation of problematic conditions elevates risk for the spread of Covid-19 (Carlsten *et al.*, 2021). Barriers reported by food production workers that have contributed to vaccination disparities include lack of information, transportation challenges, questions about vaccine safety and potential costs, lack of internet access to register for the vaccine, no paid leave and vaccination clinics' limited hours of operation.

The counties selected are predominantly Hispanic communities with sizable numbers of food production workers, therefore highly susceptible to Covid-19. El Paso and southern Doña Ana counties are on the u.s.-Mexico border, and concentrate in irrigated farming with large seasonal and smaller permanent workforces. Texas is a major sending state for migrant workers in the u.s. therefore workers may spend part of the year in Texas working in agriculture, then migrate to other states during the planting and harvest season. Migrant workers tend to travel in migratory streams depending on the weather, crop conditions, and work opportunities. There are also large dairies and a meatpacking plant in southern Doña Ana County. Many farmworkers, who work in Doña Ana and El Paso counties, live in Ciudad Juárez, Mexico, migrating between both countries (u.s. and Mexico) on a regular basis. These workers expressed fear of getting infected but still having to go to work for a living as just like dairy and meat packing workers (Yeung & Grabell, 2021). Moore County is further from the border, in the Texas panhandle, but has a major meatpacking plant and numerous irrigated farms that employ Hispanics.

UTEP established partnerships with community-based organizations (CBOs) to disseminate protective equipment (facemasks and hand sanitizers) and culturally and linguistically appropriate information on Covid-19 in Spanish and English tailored for the priority population. cbos were subsequently equipped with iPads and hot spots to register the priority population to get the Covid-19 vaccine. Later, in conjunction



with other organizations, vaccination clinics were hosted addressing challenges reported by the priority population. Individual visits and activities were recorded by cbos using a tracking form to collect pertinent information used to analyze and improve the project and better serve the priority population. The project combined research, community outreach, and advocacy in farm working, meatpacking, and dairy communities recording valuable lessons from an applied project implementation.

This work involved collaboration and outreach by cbos, using their extensive experience in conducting community outreach, public health education, and health advocacy. Reaching workers in food production industries involves developing trust, communicating in Spanish and English, and networking and identifying opportunities with employers and work-site supervisors in often hidden and hard to reach locations.

Methodology

UTEP established formal partnerships with four cbos who mobilize community outreach leaders (i.e., community health workers, *promotores de salud*) to reach food production workers in three counties. Memorandums of Understanding were executed with scopes of work and clear expectations, deliverables, and deadlines. Each cbo concentrated on different areas to avoid duplication of services and to maximize outreach and resources. *Familias Triunfadoras* was responsible for the east side of El Paso County, *ayuda* concentrated on the west side of El Paso County, and *Cactus Nazarene Ministries* focused on Moore County. In Doña Ana County, the county health department was dedicated to the southern part of that county, operating much like a CBO. The cbos assigned at least two community outreach leaders (COLs) to visit farms, fields, dairies, meat packing plants, and farmworker and meat packing plant housing complexes.

The initial scope of work, began in December 2020, with cbos entailed conducting outreach and providing protective equipment (i.e., facemasks, hand sanitizers) and printed educational material that is culturally and linguistically appropriate on Covid-19 to food production workers began in December 2020. The educational material included information on proper use of facemasks, protective measures if engaging in mass gatherings, and civic responsibility if they tested positive for Covid-19. Based on the priority population's input, additional printed information was shared with workers on county specific resources include healthcare and mental health services, Covid-19 testing sites, vaccine enrollment, meal distribution centers/food pantries, and rental assistance.

The project allowed for flexibility to adapt our approach based on the priority population's reported needs. One of challenges conveyed was the lack of or knowledge of and access to technology to register for the Covid-19 vaccine. Therefore, cbos were equipped with iPads and hot spots and by March 2021, they were registering the priority population and their families for the Covid-19 vaccine while practicing confidentiality and ethics. Registry of the priority population and their family members took place at apartment complexes for farmworkers and meat packing workers, places of employment, and events where the priority population and their families attended.

In addition, focus groups among farmworkers in El Paso and Doña Ana counties were conducted in February, 2021 in which the population reported challenges accessing vaccines. Some of those barriers included lack of transportation to vaccination sites, limited hours of operation of vaccination clinics, and lack of childcare (Cooper, 2021). In collaboration with other organizations, vaccination clinics were organized for the priority population and their families in farmworker apartment complexes in Doña Ana and El Paso counties and other trusted locations starting in April 2021.



At the conclusion of each visit/event, CBOS were responsible for submitting an electronic tracking form, available in English and Spanish, to include quantitative and qualitative information. CBOS reported the number of inoculations and the location of clinics in the comments or notes section of the tracking form. Tracking form responses were collected and reviewed on a monthly basis by research team members.

Results, Discussion, and Analysis

Results

This section presents the quantitative and qualitative findings based on the analysis of the tracking forms submitted and collected from December 2020 to May 2021 from the four CBOS. A total of 40 tracking forms (responses) were submitted, collected, and analyzed monthly for the 6 months. Table 1 summarizes outreach activity by month. The priority population was not registered for the vaccine until March 2021, when there was broader access to the vaccine in the project's counties and as iPads and access points were delivered to the CBOS. There-

fore, no activity is recorded for the months of December through February under vaccine registrations.

Table 1 lists worksites visited but does not include, additionally, visits to apartment complexes specifically for farmworkers and meat packing workers. There were three apartment complexes for farmworkers visited to conduct outreach and register farmworkers and their families for the vaccine. Two were in El Paso County and one in Doña Ana County. There was also an apartment complex for a meat packing plant in Moore County visited. Those locations were noted in the comments or notes section of the tracking form.

As the totals in table 1 demonstrate, in-person outreach to dairy workers was much more limited, yet many dairies were visited. There are large number of employees at the meat packing plants, therefore with just a couple visits many workers were reached. Much of the outreach for farmworkers was at the fields in which supervisors provided approval to access the workers. In meat packing plants, plant administrators communicated that there was already internal worksite coordination of

Table 1.
Outreach with Information and Resources (December 2020 – May 2021)

	Farms visited	Farmworkers reached	Farmworkers registered for the vaccine	Dairies visited	Dairy workers reached	Dairy workers registered for the vaccine	Meat packing plants visited	Meat packing plant workers reached	Meat packing plant workers registered for the vaccine
December	8	153		7	250		1	500	
January	22	451		53	9		0	0	
February	4	260		0	0		0	0	
March	8	256	12	0	0	0	1	208	0
April	0	308	37	0	0	0	0	0	0
May	1	110	95	0	0	0	0	0	0
Totals	43	1 538	144	60	259	0	2	708	0

Source: Prepared by the authors.



registration for the vaccine therefore no vaccine registrations were reported. Because of the limitations reaching dairy workers individually, there were no registration for the vaccine reported in the tracking forms.

Table 2 summarizes the number of Covid-19 inoculations provided to the priority population in events organized by the project. The vaccine provider (e.g., Texas Department of State Health Services) reported the number of inoculations to the cbos. A total of 361 farmworkers and their families were inoculated in two of the project counties from April – May 2021.

The findings suggest that with the appropriate outreach by trusted sources, providing the vaccines in close proximity to their residence, on a walk-in basis (no appointments or registration necessary), and interventions in the late afternoon/early evening hours, this population could be reached and vaccinated.

The quantitative findings are supported by qualitative information. The cbos reported the following observations while conducting outreach in their tracking forms and these are some of the comments or notes shared through their interactions with food production workers.

Table 2.
Vaccines Provided to Farmworkers and their Families
(April 2021 – May 2021)

County	Event	Number of Inoculations
Doña Ana	First Dose (April 14, 2021)	40
Doña Ana	Second Dose (May 12, 2021)	35
El Paso	First Vaccination Clinic in San Elizario (May 6, 2021)	75
El Paso	Second Vaccination Clinic in San Elizario (May 27, 2021)	71
El Paso	County Courthouse (April 17, 2021)	80
El Paso	Sin Fronteras – Centro de los Trabajadores Agricolas (April 28, 2021)	60
Total		361

Fuente: Elaboración propia.



Table 3.
Comments or notes shared thru their interactions with food production workers

◆	Very happy with the kit and the information received.
◆	Comments on the vaccine, if it's true that it is coming and if as farmworkers they will get it.
◆	The comments were very positive.
◆	So grateful with the kit and in addition, they were happy to learn a lot about prevention.
◆	They all asked about the Covid vaccine, they want to get it (the vaccine).
◆	They are very afraid of getting the virus and are asking to please intervene on their behalf.
◆	Was not allowed to speak with workers in the field but did speak with office staff about the project and resources available such as testing sites and vaccine registration.
◆	<p>We showed up to the farmworking housing apartments located in El Paso, TX and we gave out the bags with the informational materials, the face masks to protect themselves and the material to sanitize their hands. We went door-to-door and had the opportunity to speak with residents, who then expressed their needs with us:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ <i>The location to get information on where to get the Covid-19 vaccine.</i> ◇ <i>They mentioned they did not have personal protection equipment.</i> ◇ <i>Most of them do not have access to a computer and they do not know how to use them.</i> ◇ <i>Transportation- some of the residents are elderly of advanced age and they do not have their own source of transportation.</i> ◇ <i>If it's possible to bring doctors and nurses so they can administer the vaccine once it's available.</i>

The qualitative comments or notes section of the tracking form provided a better understanding of what food production workers were reporting and allowed to adapt the project to meet their needs. Many workers expressed their appreciation for the “kits” (i.e., bags with reusable facemasks, hand sanitizer, and print collateral) and the verbal education provided. The fear about contracting Covid-19 was also noted and how they did not have access to protective equipment. Some cbos were not provided direct access to the workers, yet information and resources were relayed to the office staff or supervisors for distributions. As time progressed, the priority population had questions regarding accessing the vaccine (i.e., how to register), the types of vaccines available (i.e., Johnson & Johnson, Moderna, Pfizer) and barriers to

accessing the vaccine (i.e., lack of transportation and technology to register). Being in the field consistently to answer questions was important.

Discussion

In this project, we analyzed the number of food production workers that were reached by cbos to provide Covid-19 information, protective equipment, register for vaccines, and provide vaccines. In December 2020, cbos were provided training on project information (project goals and objectives), what is Covid-19 (symptoms, spread), educational information based on research and recommendations shared by the CDC, tracking form, trusted sources of information, and precautions. In March, 2021, cbos were provided iPads, hot spots, and training. The



training consisted of education on the online systems, important recommendations for COLs registering for the vaccine, and points to communicate when registering a person for the vaccine (i.e., vaccine is free, what to expect, and post vaccine measures). Different, and in the case of TX, multiple online systems had to be learned since workers were in two separate states (NM and TX). For example, in NM vaccine registration was centralized to the New Mexico Department of Health website; in TX, the priority population was enrolled in the University Medical Center of El Paso, City of El Paso, and Texas Department of State Health Services. CBOS also played a significant role in informing food production workers of accessible computer centers to help register people for the vaccines in cases in which workers had limited or no access to technology.

Given the location of farms and dairies in rural communities, reaching farmworkers and dairy workers is not an easy feat. The CBOS were successful in reaching hidden and hard to reach populations of workers in farms, dairies, and meatpacking plants (Nuñez, 2015). They intentionally communicated with supervisors, farmers, and human resource managers to identify ways to collaborate and reach the priority population. Hispanics, those residing in underserved rural communities, and members of other vulnerable groups, to include food production workers, are among the most in need of the Covid-19 vaccine but face the greatest challenges accessing it. Results demonstrate the impact of outreach and support to reaching food production workers at their places of employment or where they reside. According to the qualitative information received from CBOS, we added additional components to the project to ensure that we were providing what the priority population was identifying as needed to overcome some of the barriers being reported in particular accessing the Covid-19 vaccine. In coordination with partner organizations outside of the project and with CBOS, vaccination

events at farmworkers complexes and locations they trust (e.g., Sin Fronteras – Centro de los Trabajadores Agrícolas) were organized. These events consisted of door-to-door outreach at the apartment complexes and agricultural fields to promote these events.

Because of the migratory nature of farmworkers, many traveling back to Mexico daily, on weekends and/or during extended breaks, it is important that the priority population is fully vaccinated. Vaccines are not yet widely accessible in the Mexican border community of Ciudad Juarez, Chihuahua, which makes having access to the vaccine in the U.S. of significant importance for farmworkers. Meat packing workers work in close proximity with one another and are more susceptible to getting and spreading the virus. Dairy workers continued milking operations during the pandemic to provide essential food services. Therefore, providing culturally and linguistically appropriate information on Covid-19 and protective equipment by trusted sources (i.e., COLs) was important to mitigate the impact. Finally, access to vaccines is important as well as addressing some of the barriers identified by the priority population on accessing the Covid-19 vaccine. Therefore, programs that address population-specific backgrounds in culturally and linguistically appropriate formats and needs and leverage trusted sources are warranted for food production workers.

Analysis

Coordinated approaches such as the NCRN that support strategic partners (i.e., UTEP) and that incorporate CBOS and COLs to reach food production workers are effective in mitigating the impact of Covid-19 in this population. COLs are trusted sources of information and are recognized by the community members hence welcoming the information and support they provide. Disseminating Covid-19 educational information that is culturally and linguistically



appropriate along with protective equipment was well received by the priority population. Learning and distributing what production workers were reporting as necessary (i.e., protective equipment and county specific resources) was beneficial to mitigate the impact of Covid-19. Grassroots outreach efforts by COLs and adapting the project, as reported needs of the priority population became known led to the overall success of the project. As a side result of this project, we have been educating and empowering CBOs and COLs with correct and current information from trusted sources dispelling myths and misinformation about Covid-19 and vaccines propagating in the community.

Conclusion and Policy Recommendations

Food production workers, especially migrant and immigrant populations, face high levels of risk for Covid-19 infection and health impacts. They deserve particular attention in health policy and practice. They come from populations with heightened risk factors, such as Type II diabetes and hypertension. Often, they lack adequate regular sources of health care and preventive care services. They must work to earn a living and remit money home and cannot easily isolate at home to avoid the virus. Their homes often put people in close proximity; some live in multigenerational homes; and their work, in some cases, involves heavy exertion and breathing near other people. They have few resources to solve practical needs of self-care in health (e.g., transportation, child-care). Socially and geographically, they often are marginalized and feel disconnected from services and information in the dominant society. Some are migrant, temporary or unauthorized immigrants. Despite these apparent limitations, we discovered important assets among food production workers and related community organizations. COLs reported food produc-

tion workers expressed great interest and eagerness to collaborate and an open disposition to be vaccinated, based on their desire for health and safety. Community members are concerned for their health in the face of Covid-19 and sought out information from the CBO partners. Policies and health care provisioning practices should build on these potential assets.

An important finding of our applied project is that targeted health promotion practices are effective with food production workers, and this can be prioritized and funded in policy. CBOs, especially ones with experienced outreach workers, are crucial to targeted practices. They modeled the health and safety behaviors they were sharing with the priority populations they worked with. While not health promoter organizations as such, we also worked successfully with migrant worker labor centers, worker apartment complexes, and local and state government health departments. Outreach to socially and geographically marginalized populations takes specific skills and knowledge sets: where and when to find people, how to speak and connect to them without increasing fear and distrust, and sharing basic information in culturally and linguistically appropriate messages. We benefited from micro-targeting of outreach and information provision by CBO outreach workers. This contrasts with larger, mainstream outreach initiatives that use mass media and standard social media information provision, and likewise use large mass processing vaccination and other delivery sites (e.g., city and county health departments with large drive up or walk-in sites). COLs identified and went to numerous specific places (workplaces, fields, residences) where workers and employers could be cultivated, one by one. This not only reached people where they were but also showed real interest in and solidarity with them. Our program enabled this sort of outreach by supplying CBOs with mobile technology, such as hotspots and iPads to



use in rural and remote areas with limited access to Wifi technology. An important quality of outreach workers is their ability to generate trust with a generally distrustful and socially marginalized community. Previous work by members of the team found that a sense of social and geographic distance constitutes an important barrier to health care, often expressed by disinterest and distrust. Conversely, bonds of mutual trust significantly benefit health care access (Heyman, Núñez, and Talavera, 2009). We thus obtained positive results (e.g., vaccination acceptance) through our use of trusted, skilled CBOS with the experience and sensitivities to work with individuals of diverse ages and gender; policy makers and outreach efforts should encourage their use and should include their participation and compensation in future outreach efforts.

Our interaction with employers was inconsistent. Some employers were eager to grant our promoters access, and were helpful in providing contacts, locations, and times to reach out to workers. Others were evasive or resistant, while some were inconsistent. Certainly, employers should be held responsible for worker health and safety, including minimizing the spread of infectious diseases. Given that migrant workers in season spend enormous amounts of time at work (and some live on site), and that workers scattered across the rural landscape are often most easily identified and contacted at work, reaching out to employers is a valuable practice in health promotion. Broader public policies, then, need to encourage or require employers to facilitate health practices for workers and their families for the mutual benefit of workers, employers, and society. Strategic partnerships and collaborations can help address these gaps in health care access and disease prevention.

Knowledge and willingness, such as Covid-19 transmission reduction information and acceptance of vaccination, are important. Trusted, skilled, native-speaker outreach work-

ers are important in diffusing knowledge and promoting willingness. Yet teaching people to be healthy is only one element of needed practices. Migrant workers face several practical barriers both to Covid-19 transmission reduction and to vaccination. Our project partially addressed some of these, but they certainly are targets for more systematic and enduring public health policy. Workers cannot afford to take time off while ill, take unpaid time off work to be vaccinated, or to recover from vaccine side effects. The same holds, though less dramatically, for making trips to obtain protective supplies. The cost of supplies (e.g., masks) also constitutes a barrier to low-income working people living and working in remote rural communities. Centralized vaccination and health education sites may be geographically distant (located in large urban populated areas) for people who live and work in rural settings. It is important to understand the geography of residences and worksites for food production workers. Transportation can be a serious obstacle, which exacerbates the issue of not being able to afford time off of work. Mobile vaccination units can be strategically deployed in future events to reach hidden and hard to reach populations. Standard health site hours may not be suited to workers who labor for ten or twelve hours a day, starting early morning, for six days a week in season. Evening hours work better. The time and space barriers are not only for paid workers, but also for their families if families are present in their household units; child-care arrangements presented challenges. Registration for vaccination by computer websites can be particularly unsuited to these populations as lack computers altogether or use smart phones in limited ways (e.g., for personal conversations using text or to call via WhatsApp). Progressing through complex registration websites can be daunting or impossible, particularly if there are language and technology literacy barriers. Hence, COLS assisted with this process by being equipped



with iPads and hotspots to register them. It is important to think of food production workers as facing a complex set of trade-offs, challenges, and decisions, and not as uneducated people who need to be persuaded and disciplined.

In terms of policy, we recommend two thrusts for migrant and food production workers, though this will benefit a much wider vulnerable population. First, it is crucial to have a long-term plan to address co-morbidities, though this was not the thrust of our applied project. We recommend, for example, that a good way to maintain a steady reserve of outreach workers is to fund and employ them to do continuous outreach and education on comorbidities associated with high risk for severe Covid-19. Second, we need policies to reduce structural barriers to positive health practices in the Covid-19 and post- Covid-19 era. These include safer workplaces, paid time off work for vaccination and preventive care needs, transportation to vaccination, location of vaccination and health education sites near worker residence and/or visits directly to workplaces, deployment of mobile vaccination and health care clinics, child-care for time needed for key health activities, and assistance with on-line registration. Most important, hands-on cbos and cols need to be funded and mandated to bridge the gaps of

social, economic, and knowledge marginalization. They draw on and build the crucial element of mutual trust to bridge the gaps in services in rural communities and urban centers.

All our recommendations require long-term investments and planning with the next wave of infectious diseases (interacting with co-morbidities) in mind. Our project was grant-funded. This was highly appreciated, but an effective policy approach will involve conscious, enduring investments, constituting a standard approach, not a scrambled response to an emergency. From our project, we focus in particular on making cbos more robust. Training of cols (specifically Community Health Workers) should be well funded. Likewise, once workers are trained, they need permanent, sustainable, institutionalized employment (e.g., education to address co-morbidities) so that they are permanently available when need. Investments are likewise needed in outreach sites and technologies in geographically marginal areas where many essential workers, including food production workers, reside permanently or seasonally. We need to be, and can be, better prepared for future health challenges. Food production workers worked during this pandemic not only to put food on their tables, but on all of ours. We owe them also our care, respect, and support.



References

- Carlsten, C., Gulati, M., Hines, S., Rose, C., Scott, K., Tarlo, S. M., Torén, Kjell, S. A., & de la Hoz, R. E. (2021). COVID-19 as an occupational disease. *American Journal of Industrial Medicine*, 64: 227-237.
- Cooper, T. V. (2021). COVID-19 Vaccination Hesitancy: The Science, Theory, and Messaging. Unpublished data.
- Fielding-Miller, R. K., Sundaram, M. E. & Brouwer, K. D. (2020). Social determinants of COVID-19 mortality at the county level. *PLOS ONE*, 15(10): e0240151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240151>.
- Heyman, J. McC., Núñez, G. G. & Talavera, V., 2009. "Health Care Access and Barriers for Unauthorized Immigrants in El Paso County, Texas," *Family and Community Health*, 32(1): 4–21.
- Horton, S. B. 2016. *They Leave their Kidneys in the Fields: Illness, Injury, and Illegality among U.S. farmworkers*. University of California Press.
- Núñez, G. G. 2015. "The Political Ecology of Colonias on the US-Mexico Border: Ethnography for Hidden and Hard-to Reach Communities." In *The International Handbook of Political Ecology*. Edited by Raymond L. Bryant, 460-474, Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Simmons, A., Chappel, A., Kolbe, A. R., Bush, L., & Sommers, B. D. (2021). *Health Disparities by Race and Ethnicity During the COVID-19 Pandemic: Current Evidence and Policy Approaches*. Washington, DC: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services. March 16, 2021.
- The University of Texas Health Science Center at Houston. (2021). *Dairy Farm Safety*. Retrieved from <https://sph.uth.edu/research/centers/swcoeh/dairy-farm-safety/>
- Yeung, B., & Grabell, M. (February 4, 2021). After Hundreds of Meatpacking Workers Died From COVID-19, Congress Wants Answers. Retrieved from https://www.propublica.org/article/after-hundreds-of-meatpacking-workers-died-from-covid-19-congress-wants-answers?utm_source=sailthru&utm_medium=email&utm_campaign=major-investigations&utm_content=river

- ◆ **Funding Statement:** This work was supported in whole by a \$40 million award from the U.S. Department of Health & Human Services Office of Minority Health (OMH) as part of the National Infrastructure for Mitigating the Impact of COVID-19 within Racial and Ethnic Minority Communities (NIMIC), and three-year cooperative agreement between OMH and Morehouse School of Medicine.



CONCLUDING REMARKS

Towards the end of 2019, in Wuhan, China, the Municipal Health Commission informed the Chinese health authorities of an unusual outbreak of pneumonia the etiology of which could not be established for sure. According to the Hong Kong Center for Health Protection (CHP), as of December 31 of that year there were 27 patients infected with the disease, seven of whom were in serious condition, along with 20 who were considered stable. The patients had been isolated, but no human-to-human transmission had been observed and no cases of transmission among health care workers had been reported.

The World Health Organization (WHO) chronology shows that on January 1 2020, the organization was already in a state of emergency to address the outbreak. The joint WHO-China Mission, on a working visit to Beijing, Guangdong, Sichuan and Wuhan from February 16 to February 24 of that year, preceded, along with a series of other country visits, the WHO assessment to determine, on March 11 2020, that Covid-19 could be characterized as a pandemic. The Report of that first joint Mission noted that on February 20 there were a total of 75 465 Covid-19 cases in China. In January and February, Chinese health authorities implemented restrictive measures to contain and control the outbreak, as well as to care for sick people in terms of mobility and human contact:

a quarantine was put in effect, schools and workplaces were closed and public gatherings were banned.

The report specifies recommendations for China, for countries with imported cases and outbreaks of Covid-19, for countries with no reported cases of infection, as well as for individuals and the international community. It was recommended to recognize that the risk profile of Covid-19-affected countries was changing rapidly and that it was crucial to continuously monitor outbreak trends and control capacities to reassess any additional health measures that could significantly interfere with international travel and trade.

The almost immediate diagnosis of different international organizations, regarding how the pandemic would affect migrant populations was based on the administrative measures implemented by different countries, based on WHO's recommendations. In this regard, the following aspects are worth emphasize:

1. Immediate decrease in emigration and return flows, but not in the volume of the migrant population established in different countries around the globe.
2. Greater vulnerability and risks for migrant populations in irregular situations, given their lack of health coverage, type of employment and low salaries,



all of which is associated to situations of unemployment for migrant populations.

3. There were situations of forced immobility: thousands of people were left stranded in border areas in conditions of increased risk of infection since they usually only transit or stay for very short periods of time in such places. There are also the risks faced by refugees and asylum seekers.
4. In some countries, international travel and border crossings have been restricted to only those classified as essential.
5. There was an impact on the global flow of international remittances, which caused their decline during 2020. In the case of Latin America and the Caribbean, a 19.3% decrease in the flow of remittances was predicted.
6. Fear of the health crisis in destination countries could lead to the implementation of anti-migration public policies to the detriment of health rights for migrants. It may also have an effect on their positive influence on the economies of origin and destination.

After more than a year and a half after the SARS-CoV-2 (Covid-19) pandemic was declared, migrant populations at global level remain affected in different ways. The International Organization for Migration (IOM), based on the most recent data from the United Nations (UN) Statistics Division, notes that assuming there is zero migration, between March 1 and July 1 2020 there would be a decrease of almost two million international migrants globally, compared to the initially expected estimate between mid-2019 and mid-2020. Even with this global decline, the immigrant population represented, as of March 2021, 3.7% of the population in 14 of the 20 countries with the highest number of Covid-19 cases. In the context of this pandemic, public

policy-makers face the challenge of understanding the social and economic needs of migrant populations, among them, the need for health care based on programs, strategies and systematic actions.

This is precisely the context of the articles presented in this 2021 edition of Migration and Health. The conclusions and recommendations for public policy with which each of them concludes, show the great social, economic, political and cultural complexity of large-scale migration processes in border areas and in places of destination at local level where coverage and access to health services become relevant. These conclusions also point out to the need to disseminate reliable information in immigrant communities where vulnerability associated with discrimination plays a central role in terms of protection against Covid-19.

Among the recommendations that may impact public policy derived from the articles presented here are:

1. Have an impact on harmonization regarding formulation and implementation of public policies in Mexico in terms of health services for migrant populations, specifically developing strategies based on gender in the long term and without differentiating on the basis of migratory status.
2. Incorporate into public policy strategies and actions the complex dynamics of mobility and immobility of migrant populations in the context of Mexico's southern border. In particular that of women in terms of realization of their rights.
3. Work in agreement with various international organizations to continue to promote decent working conditions for migrant domestic and agricultural workers on Mexico's southern border.
4. Strengthen the enforcement of the Migration Law in Mexico so that migrant women agricultural and domestic



workers in the southern border have legal benefits, written contracts, safe working conditions, access to health care and better wages.

5. Design and formulate policies aimed at protecting human rights of migrants in Mexico, specifically those related to guaranteeing access to medical and legal care in terms of transit and stay processes, especially in shelters.
6. Establish protocols to improve coverage, timeliness and quality in the registration processes of migrants regarding Covid-19.
7. Carry out processes to build institutional trust with Mexican population residing in rural communities in the United States, using reliable information concerning Covid-19 tests and vaccination.
8. Dissemination of information concerning the public health situation regarding Covid-19 from local governments to Mexican population living in rural communities, using community and indigenous-owned media, as well as relaying on local leadership.
9. To trigger information and education processes for Mexican migrant population in the United States concerning

health itself and in particular the comorbidities that increase the risk of contracting Covid-19.

10. In the case of Mexican population living in the u.s., it is necessary to implement policies to eliminate, in as much as possible, structural barriers to positive health practices that are fundamental even beyond the context of the current pandemic.

The convergence of the conclusions and recommendations presented in the articles that comprise this edition of *Migration and Health* show that, in the case of Mexico, the urgent legal harmonization between public policies and their implementation—both at federal and state levels, but especially at local level, which is where the life of migrants take place— should be a fundamental consideration when developing strategies and actions aiming at having a positive impact on the exercise of the most basic human and social rights. The same can be said for Mexican-born population residing in the u.s. regarding health coverage and access to health care, as well as in terms of access to reliable information concerning Covid-19, the comorbidities associated to higher risks of contagion and more severe symptoms, the Covid-19 diagnosis and the vaccination processes.



MIGRACIÓN Y SALUD • MIGRATION AND HEALTH COMMENTS TO THE 2020 EDITION

Alejandro I. Canales¹

Introduction

This publication, *Migración y salud / Migration and Health*, is a series of articles edited by the National Population Council together with the University of California at Berkeley that have been uninterruptedly published in the last 16 years. Not only this publication represents a notable editorial effort but also is outstanding research in health and migration. Doubtless, these publications cover fields of great relevance for both countries. Like every year, articles have been written by researchers from both countries and these articles have had a rigorous peer review. In addition, this year the publication acquires a special meaning, considering the context of the current Covid-19 pandemic.

I start my comments of this 2020's edition with a brief review of each article, then I highlight their contributions to the debate, and I advance my thoughts on the current situation marked by the pandemic and its effects on us. Finally, I present some concluding remarks.

Migration and Health. Articles and the Current Situation

This publication includes six articles, each of them addresses a specific field in relation to the

health conditions of migrant groups, some of the articles deal with United States' situation and other with the situation in the southern border of Mexico. Yunuen Tenorio Corro, Luz Angélica de la Sierra de la Vega and Julio Cesar Montañez Hernández's² article is the first chapter and is entitled "Access to health services in the Mexican migrant population in the United States of America before and after the Affordable Care Act"

As the title of Chapter 1 indicates, it is an analysis of inequality access to health services in the United States. This inequality affects the population of migrant origin as it is the case with the health reform implemented in 2014 during the Barak Obama's governmental period. The chapter's objective is to analyze the access to health services and the socioeconomic conditions of the Mexican migrant population in the United States before and after the Affordable Care Act reform, ACA.

The chapter shows that Mexican migrants in the United States (u.s.) have limited access to medical services due to sociodemographic, economic and cultural factors that obstruct their quality of life. For example, 85.9 percent of Mexican migrants over 18 years do not have a regular place to obtain medical care (CONAPO, 2016). Furthermore, people identification as pertaining

¹ Research-Professor, University of Guadalajara. Translated by Ph. D. Víctor Manuel Isidro Luna, National Population Council, Mexico.

² National Institute of Public Health (INSP), Refugee Protection Program, Casa del Migrante A.C. - ACNUR; y Center for Economic Research and Teaching (CIDE).



to a migrant group can exacerbate discrimination in health institutions and increase conditions of social vulnerability. Consequently, migrants are a population at risk of having a deficient health.

Responding to this situation, in 2014, u.s. government enacted a comprehensive health-care reform law (“Affordable Care Act”) with the aim of reforming the healthcare supply. Unfortunately, undocumented Mexican could only access to health centers or hospital emergency rooms. The main barriers of health care access were associated with high costs and the lack of health insurance, in addition to other factors such as dissatisfaction of health care needs, distance to the health care centers, and their immigration status. However, this study also recognized that being Mexican with us citizenship helped to increase the likelihood of health care access due to the reduction of health care cost.

With the authors’ research findings, they suggest that after the implementation of the ACA there is an improvement in health care access and there is a decrease in the delay in the health care access for economic reasons among Mexican migrants. However, it is relevant to emphasize that ACA’s benefit is only for migrants with documents. Undocumented Mexican migrants have health care access in some of the 1 400 community health centers, this health centers are funded by ACA, however, their health care coverage and quality of the service is limited and with unequal quality in the service.

Regarding this fact, the authors propose that it is imperative to fight for the formulation of binational policies focused on providing comprehensive health coverage to the Mexican migrant population. Then, they point out, among other relevant recommendations:

- ◆ Coordination between the two countries regarding community health centers. Also, the health care center’s desk “ventanilla de salud” must contribute to

collect information and to establish the needed rapport. Also, it is needed a binational approach of dealing with diseases.

- ◆ Creating a loan program by the Mexican government to pay fees for the access of migrants to emergency health care services in the United States.
- ◆ Binational health insurance plans must be considered by the two countries. The US should take care of the most frequent health care problems granting the access to the first level of health care attention and the access of health care emergencies.

The *second chapter* is the Isabel Latz’s³ article, entitled “Associations between experiences with immigration enforcement policies and psychological distress, healthcare utilization, and coping behaviors among Hispanics with different immigration statuses in a u.s.-Mexico border city”. This study is carried out in El Paso, Texas, and refers the effects of the current antiimmigration climate and the policies of restrictions (deportations and other similar policies) based on racist, xenophobic, and discriminatory discourses and practices, against the mental health conditions of people of Latin American origin.

This study shows that the strengthening of immigration enforcement policies in the United States in recent decades has been associated with adverse effects on physical and mental health condition, as well as a decrease in the use of social and healthcare services by the Hispanic and immigrant communities. Also, deportation fears and experiences with immigration enforcement are associated with an increased in psychological distress to avoid medical care, having as a result negative consequence for the mental and physical health of the migrant population.

³ Isabel Latz, College of Health Sciences at the University of Texas at El Paso and Otero County Healthcare Services Department.



Regardless of the immigration status among Latino residents in the U.S., this study unveils that these deportation fears, as well as the experiences with immigration law enforcement and the increased psychological distress, provoked adverse effects on physical and mental health condition. To address this situation, the author proposes:

- ◆ Policymakers should recognize the extent to which the stressing situation provoked by the law enforcement can exacerbate the current mental health problems due to the Covid-19 crisis.
- ◆ The Covid-19 pandemic has highlighted the importance of equitable access to health care. Not only the pandemic has shown the relevance of timely diagnosis and adequate treatment of the disease for individuals but also it has shown that adequate surveillance can minimize the transmission of the disease to other members of the community. The results of these and previous research have shown that people with vulnerable immigration status almost do not have access to healthcare services, specially in environments of strict immigration enforcement.

On this subject, I would like to point out that in research conducted on social inequality in the face of the effects of Covid-19 in the United States (Canales and Castillo, 2020), I with a colleague, find that Latinos, as well as other ethnic-demographic minorities, show a higher incidence in hospitalizations and mortality rate than the white population.

In contrast, the pandemic has illustrated the relevance of immigrant workers for the U.S. economy and the well-being of this people. This fact should encourage lawmakers to focus on the contribution of the immigrants in the receiving countries. For example, in New York, 66

percent of the foreign-born workforce is considered as a “essential workers,” these include healthcare workers, elderly assistants, as well as medical equipment manufacturers. In comparison, only 56 percent of native employees are considered essential workers.

In this sense, I agree with the author’s arguments that points out that policymakers must address the access of immigrants to the healthcare services and to reduce their vulnerabilities a fearing in the access to health.

The *third chapter* is authored by Miguel Moctezuma Longoria⁴ and is entitled “SARS-CoV-2: social and health exclusion of migrants in the United States: prelude to return to Mexico.” The author reminds us that in the face of the emergency of the Covid-19 pandemic, Mexican immigrants, regardless of their legal status, are being discriminated in the access to health care, above all, their rights as human beings are been violated. For example, Mexican immigrants have been systematically excluded from federal government Covid’s testing and other health care measures.

The spread of the Covid-19 pandemic among Mexican immigrants is an issue that goes beyond the models of sovereignty and nationality between countries. First, immigrants are structurally integrated as a permanent labor force in the United States, yet they do not have full labor rights. Second, the increase in the immigrant unemployment rate leaves migrants without any safeguard. The pandemic also has generated high pressure that threatens to trigger a considerable return of migrants to Mexico—they and their descendants—, which requires public policy responses for their reintegration into the home country.

The author reminds us that the spread of Covid-19 has posited the question of the meaning of human condition and the demand for inclusive institutional and social relations

⁴ Miguel Moctezuma Longoria Autonomous University of Zacatecas.



without discrimination. The migrants' health case exclusion as well as the exclusion from receiving any kind of state' support has as its arguments in the nationalist and exacerbated native ideology. The paradox is that, in the face of SARS CoV-2, excluding immigrants from health care access becomes, to a certain degree, a possible agent of contagion for the society.

Relating to Covid-19 consequences in the United States —economic paralysis, unemployment growth, government lack of support for immigrants, small business closure among Hispanics, health system exclusion for undocumented immigrants, and uncertainty and persecution climate encouraged from the u.s. state and its society—, there is a high probability that all these factors contribute to a new wave of migrant return to Mexico, like this experienced from 2008 onward.

We have just to remember that between 2005 and 2010, more than 850 thousand Mexicans returned to their home country. Even though between 2015 and 2020, returned Mexicans diminished to 320 thousand, according to Mexican census, it is plausible that the returned Mexicans would gain momentum in this juncture marked by the economic, health care and humane crises due to SARS-CoV-2.

The *fourth chapter* is an article by Silvia Chavez Baray, Eva Moya, Patricia Ravelo Blancas and Susana Leticia Báez Ayala,⁵ entitled "Experiences of violence by migrant women in Ciudad Juárez and El Paso." As the authors point out, there is little knowledge about the challenges on medical and mental care for the people living in street situation. Also, pros and cons (violence and vulnerabilities) have not been approached from this perspective. Undoubtedly, this migrant group is one of the most vulnerable, precarious and marginalized among other groups.

For this reason, studying this group is necessary and pertinent to increase the understanding of this situation as well as to position this problem as a subject of extremely relevance in social and migration policies.

Given these conditions, the objective of this study is to document the situation of violence and vulnerability and to draw some policy recommendations. The study integrates a biographical component based on an in-depth interview of the lives and experiences of migrant women, paying special attention to how they reach this street situation.

Among the main findings of the study are that that 100 percent of those interviewed people, on both sides of the border, have reported suffering from at least some type of violence in hands of different actors due to different circumstances. In addition, interviewed people have mentioned their experiences in physical and psychological violence through the years. For example, in Ciudad Juárez, they expressed murder of husbands in the case of the women, other migrants reported murder of parents, brothers and relatives by criminal groups. Although the violence experienced by the migrants in this study began in their home country, violence grew throughout their journey (rapes, extortion, harassment, threats, and robberies).

The results of this study provide information and knowledge on migrant women living in street condition, and their access to physical and mental health care services. This finding can be an input to improve public policies, programs and the regulatory framework. In particular, the outcomes of this research generate information that can be appropriate for the design of public policies for the benefit of women, adolescents, girls, and other migrant groups (such as the indigenous and sexually diverse population) who are in a street situation.

The author's conclusion is that it is urgent to invest in this vulnerable groups; also, that it is urgent the design and implementation

⁵ UTEP College of Health Sciences, Center for Research and Higher Education in Social Anthropology (CIESAS) and Autonomous University of Ciudad Juárez.



of policies that eliminates the violence against women. This violence must be eliminated in the transit country as well as in the country of destination.

Many factors as the violence, the extreme conditions of poverty, the lack of social security, and the criminality suffered from migrant women who are in street condition have a structural nature. Rooted in majority of the spaces in which they have their daily life, migrant women must risk everything on behalf of their family to search for security and opportunities. They must abandon their native places and leave to undertake a migratory process of uncertainty. However, on some occasions, women end up exposing to greater vulnerabilities such as isolation, insecurity, risks, threats, and multiple kind of violence. These kind of vulnerabilities affects the physical and mental health of the migrant as well as their family and their community.

The *fifth chapter* corresponds to Rosalba Jasso Vargas and César Barboza Lara.⁶ This article entitled “Homicide of migrant women as an indicator of gender violence in border contexts.” The article’s purpose is to carry out a descriptive and spatial exploration of the homicides perpetrated against migrant women in Chiapas and Guatemala. In this order, the authors analyze the incidence of feminicides of migrant women in a cross-border context through a spatial exploration of homicides of migrant women in Chiapas and Guatemala. This cross-border context is characterized by an increase in the levels of violence caused by political, social, and historical factors, particularly in the countries of northern Central America (Guatemala, Honduras and El Salvador). These structural conditions have affected women not only “because of the continuum of gender-based violence, but because organized crime will also replicate the symbolic and material mechanisms of gender-based

violence to subjugate migrant women.” (IOM, 2016, p. 61). This situation is manifested in a regional increase in feminicides, sexual violence and/or forced disappearances.

This study is relevant for the countries involved because it contributes to increases the knowledge about the spatial dynamics of feminicides in the region, also the study proposes a hypothesis about the impact that residency or transit in a dangerous border have on women. Based on a spatial exploration, the articles documents how some municipalities represent a space of higher violence against migrant women, mainly in a border context.

About the last point, the authors propose that it is extremely important to improve information schemes for women in terms of legal protection rights in situations of violence. In addition, they point out that it is essential to establish differentiated care mechanisms for each group of population and families that are victims of feminicides.

Finally, the sixth chapter is by Miguel Amaro,⁷ entitled “A healthy mind in ... a healthy body? The qualified Mexican migrant population in the United States and the achievement of their access to health”. The author starts by indicating that if the analysis and knowledge of skilled migration are not in the main axis, the study of the conditions and access to health of skilled migrants is even scarcer. In this line of thought, and considering the growing proportions of skilled migration, this kind of migration is fundamentally important, among other things, to demystify prejudices and preconceptions about Mexican migrants.

Although it would be expected, given the skills of the educational level of this population, that more schooling years would aid to the access to health care per se, the study shows that this is not the case of the qualified

⁶ Multidisciplinary Research Center on Chiapas and the Southern Border, and Autonomous University of Coahuila (UADEC)

⁷ Center for Demographic, Urban and Environmental Studies, El Colegio de México.



Mexican migrant population since the proportion that does not have any medical coverage is considerably high. This characteristic, rather than denoting an elite migrant population, shows an equally exposed and vulnerable group of population.

On this issue, the study finds that the qualified Mexican migrant population (undergraduate degree or more), despite being a selected group due to their instruction, they still encounter barriers such as in citizenship and language. These barriers practically prevent them from approaching formal institutions, which are the key to achieve access to health and /or disease prevention programs, thus placing this group of migrants in a situation of disadvantage or vulnerability.

Under these ideas, this work proposes the creation and implementation of public policies, whose actions seek to correct the comparative disadvantages that afflict skilled migrants, to shorten the gaps in the health access with other kind of migrants and to the native people. To achieve this, it is necessary to address the relationship of skilled migration and health to generate new theoretical framework that abandon the supposition that skilled migration equals an elite migration.

Mexican skilled immigrants seem to navigate in a limbo between the unskilled Mexican immigrant population and immigrants from other countries, this limbo reinforces the idea that Mexican skilled migration equals an elite migration.

Today challenges are outstanding. They contemplate the need for the development of more and better knowledge of the different groups of migrants in the United States and search for better public policies that benefit migrants in their access to health. Similarly, these challenges involve the fight for the fulfillment of human rights such as the health care access for vulnerable populations. Also, this means to face the resurgence of racist and xenophobic

discourses in the United States during the Covid-19 pandemic, which have shown the governments' lack of preparation and capabilities.

Final comments

As a final point, I cannot stop referring to the current health situation and its impacts in terms of social inequality and, especially, on the living and health conditions of the migrant population. In Mexico and Latin America, many studies have analyzed the social inequality in the access to health, disease prevention, and mortality rates.

In the specific case of the United States, we know that immigration status is a determinant of social inequality, vulnerability and precariousness that especially affects the migrant population of Mexico and Central America. The racial aspect of social inequality is also a form of racialization of inequality in relation to health and life.

In this sense, we know that SARS-CoV-2 and the pandemic interact on already existing structures of inequality. These structures establish unequal conditions to face the consequences of both the virus and the measures recommended or imposed on the population. Socioeconomic and class inequality, as well as its various forms of manifestation such as ethnic-racial, gender, national, geographical, territorial, and even generational inequalities, do not escape to these structures.

Migrant populations as a collective are a social category that, due to their condition of social vulnerability and scarce access to social protection (increased in cases of migratory irregularity), have faced negative effects during the pandemic, not only in their access to health but also in their social, economic and even migratory situation. In the case of the migrant population, their vulnerability to this pandemic have manifested in three different ways (UN, 2020).

First, it is a health crisis that has led to a virtual migration crisis. Migrants, due to their



migratory status (that it is worse in cases of irregular migration status), are exposed to situations of riskier probability to get the Covid and more vulnerability in facing it. Also, migrants have had more pernicious effects due to the restrictions and to the confinement.

Second, as a protection crisis. The lack of social and political protection, together with a totally unfavorable social and economic scenario, pose a condition of high vulnerability that directly affects their health conditions and their

risk of contagion, and also the transmission of the pandemic.

Third, as an economic and labor crisis. The pandemic has caused a slowdown in economic activity, which is already manifesting in a significant loss of jobs, in an increased unemployment, and in increase of precarious jobs. In this situation, migrants and other ethnic minorities have been particularly affected because of their lower familiar and institutional ties.

Bibliographic references

Canales, Alejandro I. y Dídimo Castillo, (2020). Social and ethnic-racial inequality in the face of COVID-19 in the United Stat. *Migration and Development*, 18(35), 129-145.

International Organization for Migration [IOM] (2016). *Risk factors and care needs for migrant women in Central America*. Update study on the situation of violence against migrant women on the migration route in Central America. El Salvador, General Secretariat of the Central American Integration System.

National Population Council, [CONAPO] (2016). *Migración y Salud. Perspectivas sobre la población inmigrante / Migration and Health. Perspectives on the immigrant population*. Mexico, D.F.: CONAPO.

United Nations [UN] (2020). *Policy Brief: COVID-19 and People on the Move*, New York: United Nations. Retrieved from <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-people-move>



ACERCA DE LAS(OS) AUTORAS(ES)

ABOUT THE AUTHORS

CAPÍTULO I / CHAPTER I

Martha Luz Rojas Wiesner: Doctora (Ciencia Social con especialidad en Sociología por El Colegio de México). Investigadora de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR). Actualmente, es integrante del Grupo Académico Estudios en Migración y Procesos Transfronterizos, Departamento Sociedad y Cultura, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

CAPÍTULO II / CHAPTER II

Argentina E. Servin: MD, MPH (Medical Degree and Master's in Public Health from Universidad Xochicalco, Escuela de Medicina, Tijuana, Baja California, Mexico). Assistant Professor, Division of Infectious Diseases and Global Public Health, University of California, San Diego (UCSD) School of Medicine, La Jolla, CA, USA.

Teresita Rocha-Jimenez: PhD (Doctor in Public Health, University of California, San Diego [UCSD] School of Medicine). Assistant Professor, Society and Health Research Center (CISS), Universidad Mayor, Santiago, Chile.

Linda Salgin: MPH (Master's in Public Health from San Diego State University [SDSU]). Program Manager, San Ysidro Health (SYH), San Diego, CA.

Gudelia M. Rangel: MPH, PhD (Master's in Public Health from Universidad Autónoma de Baja California [UABC] and Doctor in Health Sciences from the Instituto Nacional de Salud Pública). Professor at El Colegio de la Frontera Norte (COLEF) and General Secretary of the U.S. -Mexico Border Health Commission (Mexico section).

Annabella Narvarte: BS (Bachelors in Science, University of California, San Diego [UCSD]). Research Assistant, Division of Infectious Diseases and Global Public Health, University of California, San Diego (UCSD), School of Medicine.

Kimberly C. Brouwer, PhD (Doctors in Molecular Epidemiology from Johns Hopkins University). Current Position: Professor and Interim Associate Dean for Education & Student Affairs for the Herbert Wertheim School of Public Health & Human Longevity Science, University of California, San Diego (UCSD).



CAPÍTULO III / CHAPTER III

Fernando Neira Orjuela: Doctor (Estudios de Población por El Colegio de México). Investigador en el área de Política, economía y sociedad en América Latina y el Caribe, del Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe (CIALC) de la UNAM.

CAPÍTULO IV / CHAPTER IV

Evelyn Vázquez: Doctora (Educación). Investigadora en el Departamento de Medicina Social, Población, y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, Riverside.

Gabriela Ortiz: estudiante de doctorado en antropología médica en la Universidad de California, Riverside.

Ann Cheney: Doctora (Antropología Médica). Profesora en el Departamento de Medicina Social, Población, y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, Riverside.

CAPÍTULO V / CHAPTER V

Nora Hernandez: MD (Master of Business Administration, The University of Texas at El Paso). Manager in the Office of Research and Sponsored Projects and Principal Investigator of the UTEP-Strategic Partner of the National COVID-19 Resiliency grant, The University of Texas at El Paso.

Josiah Heyman: PhD (Anthropology, City University of New York). Professor of Anthropology and Director of the Center for Inter-American and Border Studies, The University of Texas at El Paso.

Guillermina Nuñez-Mchiri: PhD (Anthropology, University of California, Riverside). Associate Professor of Anthropology and Director of Women's and Gender Studies, The University of Texas at El Paso.

Adriana Orozco: Undergraduate Research Assistant studying Sociology, The University of Texas at El Paso.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

GOBERNACIÓN
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



CONAPO
CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN



**Paradojas sociales e institucionales
en la larga coyuntura de la COVID-19**

**Social and institutional paradoxes
in the long conjuncture of Covid-19**