



# **MIGRACIÓN Y SALUD**

# **MIGRATION AND HEALTH**



---

Migración y Salud / Migration and Health, Año 4, Número 5, 2023, 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](mailto: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 Sergio Mariano Jiménez Franco. 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: septiembre de 2023. 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 el apoyo a quienes difundieron la Convocatoria y nos apoyaron con la lectura de algunos de los capítulos.

Arte, formación y cuidado de la edición:  
Maricela Márquez Villeda  
Sergio Mariano Jiménez Franco

Dibujo de portada: Ana María Rivera Lizaran, 26° Concurso Nacional de dibujo y pintura infantil y juvenil 2019

Corrección de estilo:  
Olivia Plata Garbut

Traducción:  
Victoria Pérez Meraz

We are grateful for the support of those who disseminated the Call for papers and helped us with the reading and recommendations for some of the chapters.

Art, design, layout and editing:  
Maricela Márquez Villeda  
Sergio Mariano Jiménez Franco

Cover drawing: Ana María Rivera Lizaran, 26° Concurso Nacional de dibujo y pintura infantil y juvenil 2019.

Style correction:  
Olivia Plata Garbut

Translation:  
Victoria Pérez Meraz

## Directorio / Directory

### Consejo Nacional de Población / National Population Council

#### LUISA MARÍA ALCALDE LUJÁN

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

#### ALICIA BÁRCENA IBARRA

Secretaria de Relaciones Exteriores  
Secretary of Foreign Affairs

#### ARIADNA MONTIEL REYES

Secretaria de Bienestar  
Secretary for Welfare

#### MARÍA LUISA ALBORES GONZÁLEZ

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

#### VÍCTOR MANUEL VILLALOBOS ARÁMBULA

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

#### LETICIA RAMÍREZ AMAYA

Secretaria de Educación Pública  
Secretary of Public Education

#### JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

Secretario de Salud  
Secretary of Health

#### MARATH BARUCH BOLAÑOS LÓPEZ

Secretario del Trabajo y Previsión Social  
Secretary of Labor and Welfare

#### ROMÁN GUILLERMO MEYER FALCÓN

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

## Directorio / Directory

### Consejo Nacional de Población / National Population Council

#### RAQUEL BUENROSTRO SÁNCHEZ

Secretaria de Economía  
Secretary of Economy

#### ROGELIO RAMÍREZ DE LA O

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

#### NURIA FERNÁNDEZ ESPRESATE

Titular del Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral  
de la Familia DIF  
Head of the National System for the Full Development  
of the Family (DIF)

#### GRACIELA MÁRQUEZ COLÍN

Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y Geografía  
President of the National Institute for Statistics and Geography

#### NADINE FLORA GASMAN ZYLBERMANN

Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres  
President of the National Institute for Women

#### ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO

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

#### PEDRO ZENTENO SANTAELLA

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios  
Sociales de los Trabajadores del Estado  
General Director of the Institute for State  
Workers' Security and Social Services

#### ADELFO REGINO MONTES

Director General del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas  
General Director of the National Institute of Indigenous Peoples

## Directorio / Directory

### Secretaría de Gobernación / Secretariat of the Interior

#### LUISA MARÍA ALCALDE LUJÁN

Secretaria de Gobernación  
Secretary of the Interior

#### FÉLIX ARTURO MEDINA PADILLA

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

#### CÉSAR ALEJANDRO YÁÑEZ CENTENO CABRERA

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

#### JORGE ALBERTO MEDINA GONZÁLEZ

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

#### MIGUEL ÁNGEL CHICO HERRERA

Coordinador de Seguimiento de la Planeación Institucional  
Coordinator Institutional Planning Monitoring

#### OLGA JANETTE VALENZUELA ORTÍZ

Directora General de Comunicación Social  
General Director of Social Communication

## Directorio / Directory

### 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

#### ILEANA VILLALOBOS ESTRADA

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

#### RODRIGO JIMÉNEZ URIBE

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

#### LILIA YAZMÍN GONZÁLEZ SORIANO

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

#### RAFAEL LÓPEZ VEGA

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

#### GABRIELA MEJÍA PAILLÉS

Directora de Estudios Sociodemográficos  
Director of Social and Demographic Studies

#### RAÚL ROMO VIRAMONTES

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

#### LUIS FELIPE JIMÉNEZ CHAVES

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

#### KARLA BERENICE HERNÁNDEZ TORRES

Directora de Cultura Demográfica  
Director of Demographic Culture

#### KARLA BONILLA ARANDA

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

#### LETICIA GARCÍA RUIZ

Directora de Administración  
Director of Administration

## Directorio / Directory

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

#### RAFAEL LÓPEZ VEGA

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

#### 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

#### LUIS ALBERTO VÁZQUEZ SANTIAGO

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

#### ALMA ROSA NAVA PÉREZ

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

#### RODRIGO MANUEL OLIVARES ESLAVA

Asistente de investigación  
Research assistant

## Índice / Content

INTRODUCCIÓN	10
INTRODUCTION	83
<b>CAPÍTULO I / CHAPTER I</b>	
<i>Atención y acceso a la salud en hogares censales con migrantes recientes mexicanos retornados de Estados Unidos, 2020</i>	13
<i>Healthcare and Access in Households with Recent Mexican Migrants Returning from the United States, 2020</i>	85
José Alfredo Jáuregui-Díaz, María de Jesús Ávila-Sánchez, Jimena Méndez-Navarro	
<b>CAPÍTULO II / CHAPTER II</b>	
<i>Acceso a la salud de las mujeres migrantes en México</i>	33
<i>Access to Health Services for Women Born Outside Mexico, 2020</i>	103
Alejandra Reyes Miranda	
<b>CAPÍTULO III / CHAPTER III</b>	
<i>Las mujeres mexicanas en Estados Unidos: aspectos demográficos y de fecundidad en el siglo XXI</i>	45
<i>Mexican Women in the United States: Demographic and Fertility Aspects in the 21st Century</i>	115
Rafael López Vega	
<b>CAPÍTULO IV / CHAPTER IV</b>	
<i>Violencia Obstétrica: uno de los desafíos que enfrentan las personas gestantes migrantes en la frontera norte de México</i>	61
<i>Obstetric Violence: One of the Challenges that Pregnant Migrant Women Face on the Northern Border of Mexico</i>	131
Lizeth Jiménez Paredes, Espacio Migrante	
<b>CAPÍTULO V / CHAPTER V</b>	
<i>Una estadística mínima sobre cobertura y temas de salud de las poblaciones migrantes</i>	69
<i>A Minimum Statistic on Coverage and Health Issues of Migrant Populations</i>	139
Dirección de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional	
COMENTARIOS FINALES	79
FINAL COMMENTS	157
REFERENCIAS / CITED SOURCES	149
ACERCA DE LOS AUTORES / ABOUT THE AUTHORS	159

## INTRODUCCIÓN

En 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó la declaratoria del fin de la emergencia sanitaria mundial debida a la pandemia por COVID-19, que se ha experimentado desde marzo de 2020. Durante estos tres años, gran parte del discurso en materia de salud pública se orientó hacia el desarrollo de programas, estrategias y acciones que con urgencia buscaron atender las consecuencias inmediatas que la pandemia imponía sobre la población en general. Parte de la literatura especializada, daba al mismo tiempo, cuenta de la vulnerabilidad en la que se encontraban las poblaciones migrantes varadas en las fronteras y en el territorio de distintos Estados Nacionales, en relación con sus necesidades de salud más allá de las impuestas por la pandemia.

La movilidad internacional de las personas, en especial de las poblaciones migrantes, en las condiciones adversas que impuso la pandemia invita a su examen como un hecho social de gran amplitud que involucra procesos coyunturales, y de mediano y largo plazo, cuya complejidad se hace explícita en la vida cotidiana, en primer lugar, de las propias personas migrantes y de las comunidades donde residen, transitan y se albergan, pues en estas es donde se generan encuentros y desencuentros para cubrir las necesidades más inmediatas, como la alimentación, el alojamiento, la higiene y la salud.

Precisamente, la edición 2023 de *Migración y Salud / Migration and Health*, inicia con el examen de la "Atención y acceso a la salud

en hogares censales con migrantes recientes mexicanos retornados de Estados Unidos, 2020", dando cuenta de las condiciones y acceso a los servicios de salud de los hogares censales familiares con personas inmigrantes retornadas de Estados Unidos. Es de destacar la importancia que este diagnóstico hace respecto al hogar censal como unidad de análisis, lo que permite una mirada integral a la cobertura de salud y a las características sociodemográficas de las personas migrantes de retorno y de sus familiares.

El *capítulo segundo* "Acceso a la salud de las mujeres no nacidas en México, 2020" tiene como eje discursivo el tema de la garantía para el ejercicio de los derechos humanos, afirma en relación con la migración, que uno de los aspectos centrales en la integración social y económica de las personas migrantes es su acceso a los servicios médicos. En particular señala la falta de visibilidad de las mujeres inmigrantes, y con base en ello presenta estadísticas sociodemográficas sobre su cobertura de salud en México.

El *capítulo tercero* presenta una propuesta analítica para entender la fecundidad de las mujeres mexicanas inmigrantes en Estados Unidos bajo una perspectiva de integración social. Con un anclaje conceptual en las hipótesis actualmente en boga sobre la fecundidad de las mujeres migrantes internacionales y de los indicadores usuales en el tema, presenta una reflexión sobre el tema y estimaciones propias sobre las mujeres mexicanas en Estados Unidos en este tema.

En continuidad con ediciones pasadas, el *capítulo cuarto*, desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil, toma el desafío de dar cuenta de las condiciones adversas en las que las mujeres inmigrantes gestantes buscan acceder a servicios médicos proporcionados en instalaciones de salud pública en la frontera norte de México. Destaca diversos aspectos en relación con la dinámica migratoria, su estatus migratorio, y la discriminación hacia ellas en razón a su nacionalidad, estatus migratorio, idioma y color de piel.

Finalmente, se presenta en el *capítulo quinto* una infografía comentada sobre la cobertura de salud, padecimientos más usuales, y aspectos sociodemográficos ligados al tema de salud de la población mexicana radicada en Estados Unidos, de la población mexicana devuelta por las autoridades estadounidenses y de la población migrante del norte de Centroamérica devuelta por las autoridades de México y de Estados Unidos.

En la perspectiva de los temas de salud, la SCONAPO en respuesta a su convocatoria para esta edición 2023, recibió el aviso de distintos actores académicos y de la sociedad civil de su interés por participar. Sin embargo, en el transcurso de los meses que han seguido a la misma, algunos expresaron que la riqueza de la información que estaban recogiendo en campo o compromisos ineludibles con el cuidado de la propia salud les impedirían llevar a buen recaudo el trabajo comprometido. Agradecemos y reconocemos el valioso esfuerzo realizado por todas y todos los participantes y de quienes tuvieron la intención, pero no pudieron completar su contribución, para con las poblaciones migrantes y la necesidad de continuar haciendo patente las necesidades de estas y abonar al tipo de diagnósticos y respuestas que, desde la política pública, la academia y las organizaciones de la sociedad civil deben continuar forjándose.

## Atención y acceso a la salud en hogares censales con migrantes recientes mexicanos retornados de Estados Unidos, 2020

José Alfredo Jáuregui-Díaz<sup>1</sup>, María de Jesús Ávila-Sánchez<sup>2</sup>, Jimena Méndez-Navarro<sup>3</sup>

### Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo conocer las condiciones y acceso a los servicios de salud de los hogares censales familiares con personas inmigrantes retornadas de Estados Unidos en el año 2020, para ello, se utiliza como fuente de datos el Censo de Población y Vivienda. Los resultados principales corroboran la baja cobertura de salud de las personas inmigrantes retornadas y de sus familiares independientemente de su condición de actividad económica, esto debido a la falta de garantía universal de los servicios de salud en México. Preocupa que más de un diez por ciento de los hogares donde la persona inmigrante retornada vive sola no se atienden cuando tienen un problema de salud, lo que es una injusticia que puede provocar que la persona se agrave o pierda la vida. Se recomienda pasar de un enfoque individual a familiar que nos permita visibilizar la complejidad de estrategias que ponen en marcha las personas inmigrantes retornadas y sus familiares dentro de sus hogares para cubrir sus necesidades de salud ante un sistema de salud estructuralmente limitado.

**Palabras clave:** *inmigración, familia, acceso a la salud, México.*

### Introducción

El concepto de “migración de retorno” puede parecer sencillo en su definición, pero cuando se revisa la historia migratoria, se revela una enorme diversidad, ya que no es un simple movimiento de ida y vuelta entre el lugar de origen y de destino. La migración de retorno es un tema relevante en la migración internacional, especialmente en épocas de crisis económica o recesión, debido a la mayor presencia y visibilidad de este tipo de migrantes en los flujos internacionales (Jáuregui y Recaño, 2014).

La migración de retorno a México históricamente ha sido un fenómeno coyuntural vinculado a las crisis económicas y a las políticas migratorias. De acuerdo con Canales y Meza (2018) y Calva (2023), antes del año 2006 la cifra de inmigrantes retornados era menor a 300 mil, mientras que para el periodo 2004-2009 se incrementó a 604 mil, y para 2005-2010 alcanzó la cantidad máxima de 826 mil. Posterior a este pe-

<sup>1</sup> Profesor-Investigador de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Correo electrónico: alfredo.jaureguidz@uanl.edu.mx ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2518-8818>

<sup>2</sup> Profesora-Investigadora de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Correo electrónico: maria.avilasnz@uanl.edu.mx ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8693-4634>

<sup>3</sup> Posdoctorante de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Correo electrónico: mendezjimena33@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1194-4667>

riodo se registró una disminución a 443 mil en el 2010-2015 y a 294 mil en el 2015-2020, mostrando una disminución y recuperando su nivel histórico previo a la crisis económica del 2008.

La migración de retorno también fue afectada por la pandemia del SARS-COV-2, de acuerdo con Jáuregui y Ávila (2021) usando los datos de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF Norte) estimaron que hubo una drástica disminución en el flujo de personas migrantes que retornaron desde Estados Unidos, de 24 519 personas en enero-marzo a 7 570 en julio-septiembre, en este trimestre se aprecia con claridad el impacto de las medidas de contención del virus SARS-COV-2 en la migración de retorno. Sin embargo, este impacto duró poco tiempo, ya que para el trimestre octubre-diciembre, el flujo se había incrementado a 18 087 personas migrantes de retorno a México. Es decir, es un fenómeno que continúa siendo importante, aunque ha perdido velocidad.

Las cifras de retornados tienen un efecto multiplicador y el número puede considerarse pequeño, sin embargo, cabe señalar que la migración es un proceso colectivo que incluye no solo a los directamente afectados por ella, sino también a sus familiares en sus lugares de origen y familias extensas. Esto se debe a que el retorno modifica las relaciones dentro de los hogares, provocando cambios en los arreglos familiares, abarcando a todos los miembros de la familia, incluyendo a los que no viven juntos, de manera directa o indirectamente, incrementando su tamaño (Sosa, et al., 2020).

De acuerdo con Canales y Meza (2018) y Calva (2023), la evolución del número de los hogares en donde está presente una persona inmigrante de retorno mostró un incremento de 191.5 mil entre 1995 al 2000 cantidad que se incrementó a 628.5 mil en 2005 a 2010 para comenzar a disminuir a 363.3 mil en 2010 y 2015, descendiendo 253 227 viviendas donde vive por lo menos una persona inmigrante de retorno en 2020, lo que significa un descenso de 60 por

ciento en comparación con 2010. La conformación de los hogares con personas inmigrantes de retorno, según sexo del jefe(a) en los años 2000 y 2010 registraron un predominio de personas jefas de hogar (40.0% y 47.3%) principalmente masculinas (43.0% y 53.4%), en segundo lugar, hijas e hijos (21.9% y 19.6%) (Gandini, et al., 2014). Masferrer, et al., (2017) señalan que existe un incremento en el retorno familiar, es decir, de todos los miembros del hogar: migrantes, cónyuge, hijos e hijas. Lo que muestra la relevancia de la familia en la migración de retorno. Se ha identificado que no todos los retornados regresan al mismo hogar, sin embargo, se estima que 83.4 por ciento de las personas retornadas sí lo hacen, regresan al mismo hogar.

Desde el enfoque de familia, una vez que ocurre la migración y es de un integrante femenino, las tareas de cuidado se reparten entre los demás miembros del hogar que permanecen en el lugar de origen, en particular se trasladan a otras mujeres (Sosa, et al., 2020), “el proceso migratorio concebido desde la familia permite comprender cómo tiene lugar el reparto de funciones entre géneros y generaciones. Es evidente que la emigración implica la separación física del núcleo familiar, pero no significa la ruptura de las relaciones familiares de dependencia afectiva, como se distingue en el relato” (Parella, 2004, p. 167).

Las personas migrantes retornadas cuando se incorporan de nuevo a sus hogares de origen siguen ejerciendo su rol de género, se presenta también una renegociación de las funciones entre los integrantes familiares que permanecerán en el origen, a quienes se les queda el cuidado material de la unidad familiar y sus miembros. De acuerdo con la investigación de Sosa, et al., (2020) “los roles tradicionales asignados a hombres y mujeres no se ven modificados, aunque la madre emigre la actividad de cuidado se sigue considerando su responsabilidad. Y como el cuidado directo es visto como cuestión femenina se asigna a otro miembro del hogar

mujer, ya sea la abuela, la tía, la hermana o alguna otra, como en el caso de estudio quien designó a su hija mayor” (p.9).

En este sentido, estudios recientes han mostrado como las familias continúan funcionando como institución, moldeándose ante nuevas realidades y escudriñando otras maneras de mantener y fortalecer los lazos familiares (tanto económicos, afectivos, como de cuidado) en una nueva estructura transnacional. Las familias pese a los cambios provocados por los procesos migratorios tratan de mantener su identidad, entendida como “la definición que da el grupo familiar de sí mismo, la concepción de sus características perdurables, sus valores básicos, su historia pasada, sus proyectos futuros y su continuidad en el presente” (Martín, 2007, citado en Sosa, et al., 2020, p. 24).

Por ello, es importante conocer las familias de las personas inmigrantes retornados, ya que se considera un espacio de referencia donde las personas conviven, interactúan, desarrollan apego y organizan y gestionan recursos en su vida cotidiana. Así, pertenecer a una familia no significa solo compartir un hogar, sino un estilo de vida común basado en vínculos y en la organización interna, aunque no está exenta de tensiones y conflictos. En sus relaciones interactúan poder y autoridad, se recaudan y distribuyen recursos para satisfacer las necesidades básicas de cada integrante, se delimitan derechos, deberes y responsabilidades, según edad, género y jerarquía de parentesco (Salles y Tuirán, 1998).

Según Mestries (2013), los motivos de retorno son muy complejos y están interrelacionados, ya que los factores del contexto y subjetivos están muchas veces entrelazados. Se han documentado que los motivos de retorno se relacionan con el ciclo de vida, como la edad madura, para algunas personas conducen a problemas de salud y dificultad para encontrar trabajo; sin embargo, es probable que otros se jubilen, lo que implica un nivel de vida más bajo en el país de destino, pero una vida cómoda en el país de

origen (Durand, 2004); y los relacionados con los ciclos familiares domésticos, ya que el padre o madre debe estar presente durante la etapa de expansión para educar a las y los adolescentes.

Los accidentes y las enfermedades también son un motivo de retorno (De la Sierra et al., 2016). Algunas personas inmigrantes mayores retornan a su hogar por motivos familiares, como la enfermedad de uno de los padres o su propia salud, aunque son pocas las personas migrantes que retornan de Estados Unidos después de jubilarse porque en muchos casos sus estadías como emigrantes fueron cortas y no estaban legalizadas. La condición de salud de los padres de las personas inmigrantes retornadas o de él mismo se deteriora con la edad (Castañeda et al., 2018) y como la mayoría de ellos no cuentan con un seguro médico federal estadounidense, como señaló Federico Besserer (citado en Mestries, 2013), otras personas prefieren buscar tratamiento en México porque aquí estaba el Seguro Popular o porque resulta menos costoso.

La Organización Internacional para la Migraciones (OIM, 2023) señala que las personas inmigrantes y sus familias una vez que retornan a su país de origen requieren de los servicios básicos y específicos, su acceso y capacidad para recibirlos, dependen de determinadas condiciones sociales, culturales y económicas. También la edad del integrante que retorna tiene efectos diferenciales, las personas inmigrantes de retorno pierden los lazos familiares y comunitarios a medida que envejecen, lo que dificulta su reintegración y, en consecuencia, puede tener un gran impacto en las necesidades de atención médica y en la salud familiar. Por otro lado, aspectos sociales como la clase, el género, la etnia y la orientación sexual se cruzan con aspectos biológicos como el sexo y la edad, así como las circunstancias contextuales como la cultura, la política y la economía, que en conjunto influyen y refuerzan diferentes aspectos de la vulnerabilidad social de los individuos o grupos de personas en los ciclos migratorios (Hall, 2023).



Los estudios sobre la migración de retorno y la salud se centran en las condiciones de salud de la persona inmigrante retornada, desde un enfoque individualista. Según Fernández-Sánchez, et al., (2022), la revisión bibliográfica documenta que el proceso migratorio de retorno trae consigo un aumento significativo de problemas psiquiátricos y trastornos mentales. La ansiedad, la depresión, la tristeza, el aislamiento social y los sentimientos de culpa y vergüenza son algunos de los problemas de salud mental más comunes que enfrentan las personas inmigrantes que retornan. Cabe señalar que algunos autores atribuyen estos problemas al proceso de deportación y post-deportación (Jacobo y Cárdenas, 2020). Varias investigaciones señalan que las personas inmigrantes que retornan a sus hogares suelen ser vulnerables a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y corren el riesgo de traer consigo el VIH del país al que emigraron, lo que pone en peligro la salud sexual de sus parejas. Si bien, no se mencionan los tipos específicos de ITS, varias fuentes respaldan la conexión entre la migración y la transmisión de ITS.

Respecto a las condiciones de salud de las personas inmigrantes retornadas, se ha corroborado en diferentes estudios (Fernández-Sánchez, et al., 2022) que la migración puede aumentar el riesgo de problemas de salud cardiovasculares y metabólicos, como presión arterial alta, obesidad y enfermedades cardíacas. Las personas inmigrantes retornadas informan limitaciones físicas que empeoran con la edad, y la salud de las personas inmigrantes a menudo se deteriora al regresar a su país de origen debido a las dificultades de adaptación y las malas condiciones laborales en el país de destino; además, pueden tener dificultades para acceder a los servicios de salud debido a la dificultad de reintegrarse a la sociedad y obtener empleo.

En materia de política pública el gobierno mexicano ha implementado una serie de acciones como la atención médica para algunas personas de retorno forzado, es decir, para casos

puntuales que requieren acción inmediata (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2011), así como programas que consideran el componente de salud, tales como “Somos Mexicanos” y el Fondo de Apoyo a Migrantes. Sin embargo, varios autores (Jacobo y Cárdenas, 2020; Arzaluz y Zamora, 2021; Díaz, et al., 2023) coinciden en la falta de mecanismos operativos debido a que presentan una serie de limitantes como falta de definición conceptual sobre los grupos involucrados en la migración de retorno, capacitación del personal, asignación presupuestal y poca claridad sobre la competencia institucional los cuales se limitan a “Dar atención inmediata a enfermos y apoyo psicológico en los centros más cercanos de salud para atender el trauma generado por la repatriación y posibles complicaciones médicas” (Rendon y Wertman, 2017, p.64). Además, solo un estado de los 32 cuenta con un manual de procedimiento que “describe las formas en las que se puede apoyar a la persona deportada en ámbitos sociales, laborales, educativos y de salud” (Díaz, et al., 2023, p.137).

Los cambios recientes en la estrategia de apoyo a los migrantes retornados se fundamentan en La Estrategia Interinstitucional de Atención Integral a Familias Mexicanas Repatriadas y en Retorno (Gobierno de la República Mexicana, 24 de junio 2021). Aunque este programa considera un ciclo de retorno formado por tres etapas, sin embargo, solo para la última fase que es la reintegración se consideran apoyos en servicios de salud, además es necesario que la persona acredite su situación de repatriación y entregue una identificación oficial mexicana, lo que es un problema porque muchas personas inmigrantes retornadas no cuentan con esa documentación. A las limitaciones de estas acciones habría que considerar que no se especifica el modelo de atención a la salud, las instituciones involucradas, los mecanismos operativos y su enfoque de corto plazo.

En cuanto a la cobertura de salud de las personas inmigrantes retornadas, de acuerdo con las estimaciones de Banegas-González, et al.,

(2016) en el año 2000 fue de 22.8 por ciento, en el 2005 de 29.1 por ciento y en 2010 alcanzó la cifra de 44.6 por ciento, pese al incremento, la cobertura en salud de las personas inmigrantes retornadas es casi 21 puntos menor en comparación con las personas no migrantes. En el mismo sentido, González (2017) calculó con una razón de momios que la probabilidad de las personas inmigrantes de retorno de tener acceso a los servicios de salud es casi un tercio en comparación con las personas no migrantes. Woo y Flores (2015) usando los datos del Censo de Población y Vivienda de 2010, concluyen que la mayoría de las personas inmigrantes retornadas se atienden en los sistemas de salud públicos y en servicios de salud privados de bajo coste como farmacias, por lo que la población recurre a estos espacios de atención médica debido a la falta de cobertura del sistema de salud en México.

Sin embargo, poco sabemos de las condiciones y acceso a los servicios de salud de las familias a las que retorna la persona inmigrante, sobre todo considerando que en algunos casos el motivo que propició la migración fue costear la atención médica de algún familiar y que la persona inmigrante regresa con un capital de salud deteriorado (Castañeda, et al., 2018), además es posible que prevalezcan en el lugar a donde retorna la persona inmigrante barreras estructurales para el acceso a los servicios de salud, con lo cual a su regreso puede encontrarse nuevamente con las mismas condiciones limitantes para recibir atención médica para él y su familia.

Después de una revisión bibliográfica exhaustiva, se encontraron pocos estudios sobre la migración de retorno y la salud desde la demografía con un enfoque del hogar. Destaca el trabajo de Toro y Bautista (2019) que dimensiona la vulnerabilidad social de las personas retornadas en México, su vínculo con el acceso a servicios de salud y las desigualdades territoriales; entre sus hallazgos destaca que “la vulnerabilidad social en los perfiles más desfavorecidos, acentúa las limitaciones en el manejo de riesgos relacionados

con problemas de salud” (p. 110) y “ los servicios de salud y las características sociodemográficas de la jefatura de hogar tienen una estrecha relación y que los arreglos familiares y la obtención de un empleo no precario, contribuye a un nivel bajo de vulnerabilidad” (p. 110). Corona (1997) señala que la falta de estudios con el enfoque de hogares se debe a la generación de datos y a las dificultades técnicas y metodológicas para su construcción como unidad de análisis.

En este sentido, este trabajo, desde la demografía y partiendo del enfoque del hogar, se plantea como objetivo conocer las condiciones y acceso a los servicios de salud de los hogares censales familiares con personas inmigrantes retornadas de Estados Unidos en el año 2020, con base en el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Se parte del supuesto que la migración de retorno está interseccionada entre la vida individual y familiar y el momento histórico, y que las personas actúan de manera colectiva por lo que el tipo de arreglo del hogar en el que vive la persona inmigrante retornada influye en las estrategias desplegadas para reunir recursos y cubrir sus necesidades de salud y la de sus familiares.

El documento se divide en cuatro apartados. En el primero se presenta la revisión de la literatura sobre la migración de retorno y la salud; el segundo describe el procedimiento metodológico que se siguió; en el tercer apartado se exponen los principales resultados; y en el cuarto se presentan unas breves conclusiones y recomendaciones.

## Metodología

Este es un estudio cuantitativo, de corte transversal. La población base del estudio la constituyen los hogares censales con migrantes recientes retornados desde Estados Unidos, para identificarlos en los microdatos de la encuesta del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda de 2020, se utilizaron cin-

co procedimientos: el primero fue para establecer la situación migratoria de los integrantes del hogar, para ello se emplearon las preguntas, entidad o país de nacimiento y entidad o país de residencia en marzo de 2015. Con este primer filtro, se estimó un número de 294 516 mexicanos que retornaron de Estados Unidos.

El segundo procedimiento es la conversión de la unidad del individuo al hogar, para integrar a las personas inmigrantes de retorno en su hogar censal, que de acuerdo con el INEGI (2021) se define como: “la unidad formada por una o más personas vinculadas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda particular” (p. 137). Este concepto se fundamenta en el binomio hogar-vivienda que permite mostrar a los residentes y, sobre la base de la relación de parentesco, conocer al núcleo familiar y analizar su estructura, independientemente de cuál sea la organización del gasto común que se destina a los alimentos. Para ello, se relaciona a cada persona que vive en la vivienda con la que se muestra como jefe de hogar (persona de referencia), lo cual se obtiene a través de la pregunta de parentesco, en la que se establecen los tipos de organización familiar dentro de la vivienda (INEGI, 2021). Se debe tener en cuenta que, si bien se puede vincular a la persona inmigrante de retorno con la vivienda a la que llega, no se tiene certeza de que regresan al mismo hogar del que salieron.

Así, el tamaño y estructura de un hogar, como el número y perfil sociodemográfico de las personas que lo componen, es fundamental para el análisis de la organización de la familia de las personas inmigrantes retornadas, la cual es entendida como un conjunto de individuos relacionados por su parentesco, y en un censo de población y vivienda se identifica porque los individuos que la forman residen en la misma vivienda a donde llegan a vivir las personas inmigrantes retornadas. Este conjunto de personas constituye la familia censal de la persona inmigrante mexicana retornada de Estados Unidos.

El tercer procedimiento consistió en identificar a las personas que residen en el hogar en condición de trabajadores domésticos y huéspedes, debido a que no tienen un vínculo de parentesco con el núcleo básico -jefa(e), esposo(a) e hija(o)-, para descartarlos de la selección. El cuarto procedimiento aplicado para construir los hogares de las personas inmigrantes retornadas fue elaborar una serie de indicadores que se realizan combinando la información de las personas que forman el hogar censal. El quinto procedimiento fue construir la tipología de los hogares, para ello, se revisaron las tipologías de hogares de personas inmigrantes retornadas propuesta por Canales y Meza (2018), Gandini, et al., (2014), Toro y Bautista (2019) y Calva (2023), pero a diferencia de estos trabajos, este solo analiza los hogares de las personas inmigrantes retornadas y no a las personas inmigrantes retornadas de manera individual. Por ello, se decidió usar la tipología de hogares censales propuesta por el INEGI (2021) que se basa “en cuatro tipos [de hogares] según parentesco (por consanguineidad, adopción o matrimonio) que tiene sus miembros con el jefe(a) del hogar: familiares que incluye los nucleares (formados por la jefa(e) y pareja sin hijas o hijos; jefa(e) pareja con uno o más hijas e hijos; jefa(e) con uno o más hijos e hijas); ampliados (conformado por un hogar nuclear y al menos otro pariente, o por la jefa(e) y al menos otro pariente); y compuestos (formado por un hogar nuclear o ampliado); y los no familiares conformados por los unipersonales (integrado por un solo miembro)” (pp. 140-141). En el caso de los hogares de corresidentes se excluyeron del análisis debido a que las personas migrantes retornadas no tenían relación de parentesco con los integrantes de la vivienda, ya que su posición era de trabajador del servicio doméstico o huésped.

Con los cinco criterios utilizados se identificaron 249 152 hogares censales con personas mexicanas retornadas de Estados Unidos (véa-

se cuadro 1). El retorno de algún miembro de la vivienda ocasionó modificaciones o reacomodos en la dinámica familiar que puede variar de acuerdo con el rol que la persona retornada juegue dentro de la vivienda. En el caso de los hogares nucleares, ampliados y compuestos debió vivirse un periodo de adaptación. Cabe señalar, que en algunos casos el hecho implicó el retorno familiar a México de todo el hogar (13 172 hogares) o bien, el retorno en solitario de personas que volvieron al país y que viven solas en hogares unipersonales (35 821 hogares).

Para conocer la atención y el acceso a la salud en los hogares con personas retornadas seleccionados se utilizaron las preguntas: lugar de atención cuando se presenta algún problema de salud y afiliación a los servicios de salud. Además, en el análisis se emplearon variables contextuales como el tipo de hogar censal, el rol que tenía el retornado en el hogar, además algunas sobre el perfil sociodemográfico: como el sexo, la edad y la participación económica de las personas que conforman el hogar censal de las personas inmigrantes retornadas, entre otras.

**Cuadro 1.**  
República Mexicana. Hogares censales donde los migrantes de retorno de Estados Unidos tienen alguna relación de parentesco con los otros integrantes de la vivienda, 2020

Tipo de hogar	Total	Porcentaje
Hogar Nuclear	138 117	55.4
Hogar Ampliado	73 177	29.4
Hogar Compuesto	2 037	0.8
Hogar Unipersonal	35 821	14.4
Total	249 152	100

Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2022). Microdatos censales del cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda de 2020.

## Resultados

En 2020, se estiman 249 152 hogares con personas mexicanas retornadas de Estados Unidos donde sus miembros manifestaron tener alguna relación de parentesco o son personas que viven solas, en los que predomina una estructura de población en edades adultas (25 a 49 años), particularmente en la población masculina, aunque con una base bastante amplia de niñas, niños y jóvenes (véase gráfico 1). La menor proporción de retornados se presentó en la franja etaria de 15 y 24 años (posiblemente esté relacionado con la edad en que inicia la emigración a Estados Unidos). Estos datos revelan que la emigración y el retorno propician permutaciones en la composición por sexo y edad de los hogares y plantea necesidades específicas de salud.

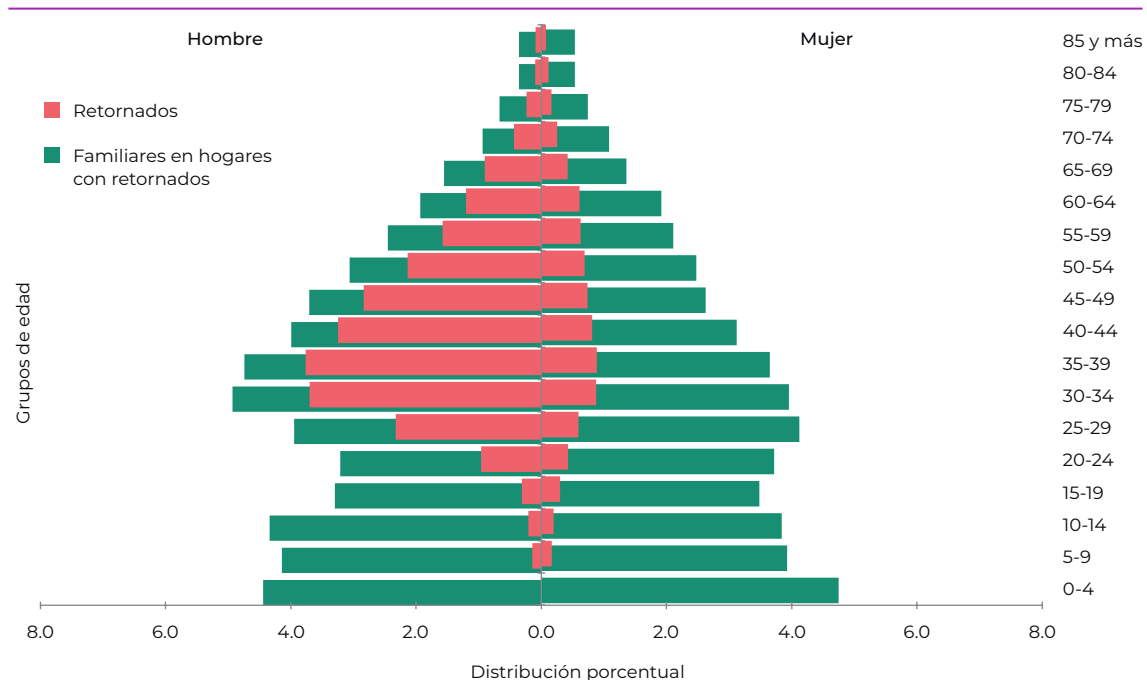
La estructura por edad de la población masculina de inmigrantes retornados (217 810) presenta una composición mayoritariamente

conformada por personas en edades productivas, casi sin presencia de niñas, niños y adolescentes. En el caso de la población femenina inmigrante retornada (71 695), la estructura por edad es parecida a la de los hombres, pero, además, en los grupos etarios entre los 25-64 años, hay una proporción similar (véase gráfico 1).

El índice de feminidad muestra las disparidades en la composición por sexo de la población de estudio e indica el número de mujeres por cien hombres en cada grupo etario quinquenal, 100 es el punto de equilibrio, si el valor supera a 100 existen más mujeres que hombres, en caso contrario (valor menor a 100) hay menos mujeres que hombres. De manera general, el índice muestra una gran disparidad en el número de mujeres respecto a los hombres, que se agudizan en los grupos quinquenales en edades productivas, tanto en la cohorte de las personas retornadas como en la cohorte de los familiares (véase gráfico 2).

**Gráfica 1.**

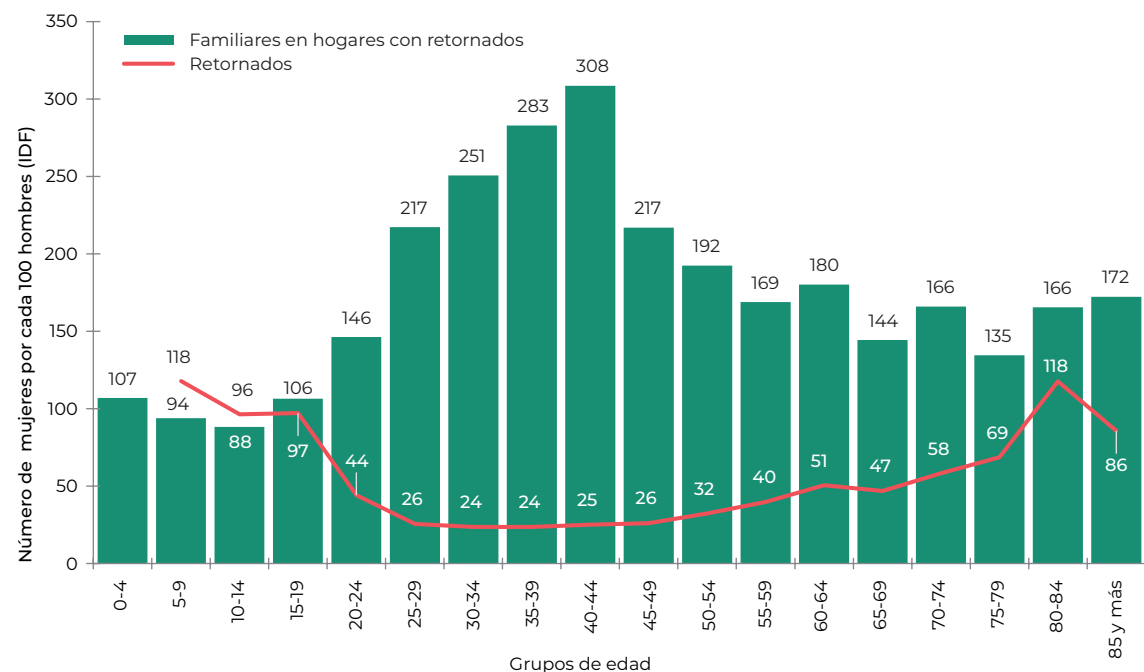
**República Mexicana. Estructura por sexo y edad de personas inmigrantes mexicanas retornadas de Estados Unidos y familiares con los que residen, 2020**



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2022). Microdatos censales del cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda de 2020.

**Gráfica 2.**

**República Mexicana. Índice de feminidad de personas inmigrantes mexicanas retornadas de Estados Unidos y familiares con los que residen, 2020**



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2022). Microdatos censales del cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda de 2020.

En la cohorte de las personas inmigrantes retornadas, desde el grupo etario 20-24 años y hasta 70-74 años, el índice de feminidad tuvo niveles por debajo de 100, es decir, se trata de población altamente masculinizada que se integra a su regreso a hogares con una composición altamente feminizada, por ejemplo, en el grupo de 40-44 años las personas inmigrantes retornadas tienen un índice de 25 mujeres por cada 100 hombres, en contraparte, entre los familiares del mismo grupo etario el índice se multiplica 12.3 veces alcanzando 308 mujeres por cada 100 hombres.

El índice de feminidad de las personas inmigrantes retornadas comienza a incrementarse desde el grupo de 60-64 años hasta los 80-84 años, momento en el que retornan más mujeres que hombres (118 mujeres por cada 100 hombres). En la cohorte de familiares de los retornados desde el grupo 45-49 años comienza a disminuir el índice de feminidad, pero no alcanza el equilibrio y continúa la preponderancia de mujeres hasta el grupo de 85 y años y más.

Debido a la selectividad masculina dentro del hogar para emigrar a Estados Unidos, hay en consecuencia un retorno preponderante de hombres sobre todo a unidades domésticas feminizadas. El índice de feminidad muestra la singularidad en la composición de los hogares de personas inmigrantes retornadas, los cuales tienen necesidades especiales de atención de salud.

Comparando la composición poblacional por sexo y grupos de edad de las personas inmigrantes retornadas por tipo de hogar destacan (véase gráfico 3):

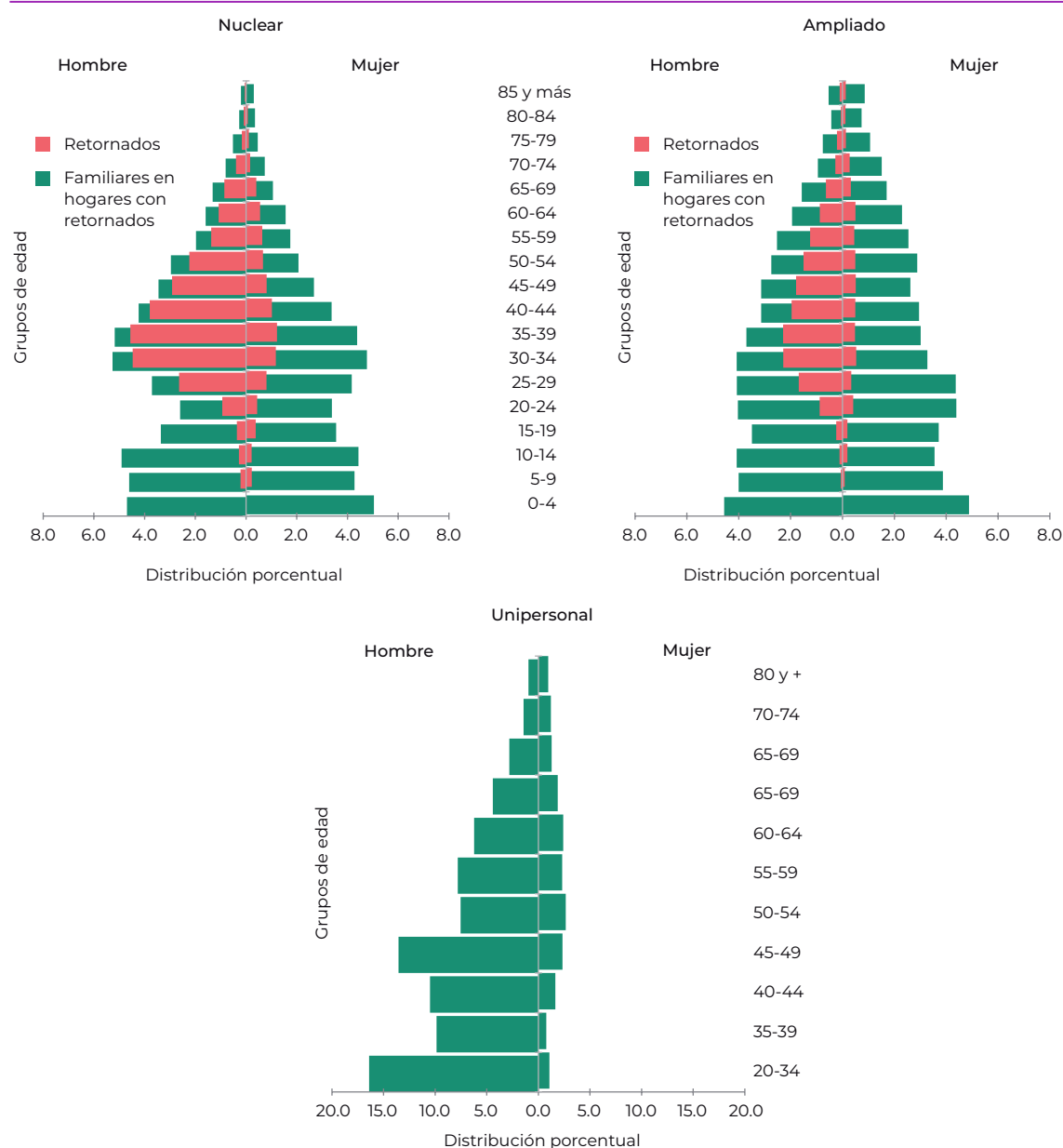
- Hogar nuclear. En la parte inferior hasta 14 años se observa una base ancha y similar según sexo que denota una presencia alta de niños, por lo que se pudiera pensar que se trata de familias en formación, las personas retornadas tie-

nen una edad media de 39 años y sus familiares 25.6 años. Hay una preponderancia de hombres en la cohorte de las personas inmigrantes retornadas que se concentran en edades productivas, sin su presencia estos hogares tendrían una preponderancia femenina y en consecuencia un déficit de hombres. En los grupos etarios de 15-19 años, 20-24 y 25-29 años se observa un déficit de hombres y mujeres.

- La pirámide poblacional en hogares ampliados muestra una forma más compacta y redonda que la de tipo nuclear, se podría tratar por un lado de hogares en una etapa de la vida en expansión con menos hijos pequeños y con emigrantes todavía en Estados Unidos, las personas inmigrantes retornadas tienen una edad media de 42 años y los familiares que viven con ellos 30.1 años. Las mujeres que retornan siguen siendo minoría.
- Los pocos casos que se tienen en la muestra censal de las personas inmigrantes retornadas que viven en hogares compuestos no permitieron calcular la pirámide de población.
- En los hogares unipersonales es mayor la presencia de población masculina en todas las edades. Los hombres que viven solos se concentran en edades de 20 a 24 y de 45 a 49 años. Mientras que las mujeres que viven en este tipo de hogares son pocas, sobresalen en las edades de 45 a 49 y 50 a 54 años. La estructura etaria de la población que vive en los hogares unipersonales contrasta con la que vive en hogares familiares (nucleares o ampliados) que presenta proporciones de personas adultas mayores para ambos sexos. Tienen una edad media de 48.6 años.

Gráfica 3.

República Mexicana. Estructura por sexo y edad de personas inmigrantes mexicanas retornadas de Estados Unidos y familiares con los que residen según tipo de hogar, 2020



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2022). Microdatos censales del cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda de 2020.

## Participación económica

La participación en el mercado laboral es una variable fundamental para entender el acceso y la atención a servicios médicos. Revisando el total de los hogares censales seleccionados y el papel laboral de las personas inmigrantes retornadas en ellos, 73.5 por ciento tenía algún miembro retornado inserto en el mercado laboral, en 3.6 por ciento de estos hogares las personas inmigrantes retornadas se encontraban desempleadas y 69.9 por ciento empleados. Esta última cifra es mayor a la estimada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y El Colegio de la Frontera Norte [CNDH y COLEF] (2019) que fue de 62.3 por ciento para el año 2015,<sup>4</sup> lo que muestra un incremento de la integración laboral de los inmigrantes retornados a México. Es importante señalar que 26.5 por ciento de hogares de las personas retornadas no presentan actividad económica debido a diversas causas: dedicarse al hogar, estudiar, estar jubilado, no trabajar, entre otras.

Diferenciando por el tipo de hogar censal, la participación laboral de las personas inmigrantes retornadas presenta variaciones, el nivel más elevado se observó en los hogares censales nucleares con 76.8 por ciento y desciende hasta un 66.7 por ciento en hogares unipersonales. Las mayores variaciones en la participación laboral se presentan por la posición en el hogar de las personas retornadas, cuando es jefa(e) alcanza un 74.9 por ciento, pero al tratarse del esposo(a), la participación disminuye hasta un 48.3 por ciento, en cambio al ser hija(o) la participación laboral se mantiene en un punto intermedio 65.2 por ciento.

En algunos hogares las personas inmigrantes retornadas cumplen un papel fundamental en la sobrevivencia económica de estos, en 35.7 por ciento fueron las únicas personas in-

sertas en el mercado laboral y, por tanto, quienes generaron ingresos económicos por trabajo; además, en 33.6 por ciento de los hogares hay personas inmigrantes retornadas y algún familiar insertas en el mercado laboral (véase cuadro 2). Un grupo de hogares con personas inmigrantes retornadas que debe ser estudiado con detalle lo conforman los que no registran actividad laboral, ni ingreso monetario 14.2 por ciento (35 380), pero 9.2 por ciento percibe alguna transferencia condicionada, sea esta remesa familiar, del exterior, del interior de la República Mexicana, ayuda del gobierno, jubilación o pensión.

Del total de hogares, 85.8 por ciento reportan actividad económica, la mayoría de las personas trabaja como asalariado o autoempleado. En estos hogares una gran mayoría de los retornados realizan alguna actividad (73.7%). Destaca 35.7 por ciento de hogares en los que únicamente trabaja el integrante retornado, 33.7 por ciento (81 772) de los hogares trabajan tanto la persona inmigrante retornado como los familiares con los que reside, mientras que 12 por ciento (29 888) lo hace algún otro familiar del hogar. Estos resultados pueden estar asociados con la estructura de edades y sexo de los miembros en los hogares identificados en la gráfica 3.

Solo en 21 por ciento de los hogares donde la persona inmigrante retornado tiene un empleo manifestó tener alguna prestación de servicio médico como: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Fuerzas Armadas, Marina u otro. El bajo nivel de cobertura de salud relacionada con el empleo muestra las condiciones precarias de los trabajos en que se insertan las personas inmigrantes retornadas, lo que podría tener severas consecuencias para su salud, sobre todo considerando que algunas personas inmigrantes que retornan al país tienen un capital de salud disminuido (Castañeda, et al., 2018) debido al tipo de trabajos y condiciones de vida en Estados Unidos, que pudo haberles generado

<sup>4</sup> "Las estimaciones se basan en el número de retornados provenientes de Estados Unidos entre 18 y 65 años se ubicó en 395 mil, de los cuales 246 mil (62.3 por ciento) se incorporaron a la PEA" (CNDH y COLEF, 2019, p. 29).

**Cuadro 2.**  
República Mexicana. Condición de actividad económica de las personas inmigrantes mexicanas retornadas de Estados Unidos y familiares con los que residen, 2020

Condición de actividad económica	Porcentaje de hogares
Sin actividad económica	14.2
Con actividad económica	85.8
Personas inmigrantes retornadas con actividad económica	73.5
Personas inmigrantes retornadas sin actividad económica	26.5
Solo personas inmigrantes retornadas trabajan	35.7
Trabajan solo familiares	12.0
Buscan trabajo personas inmigrantes retornadas y familiares	3.3
Buscan trabajos solo familiares	0.3
Trabajan personas inmigrantes retornadas y familiares	33.6
Trabaja personas inmigrantes retornadas y familiares, pero otros familiares están desempleados	0.8
Solo familiar trabaja, pero está desempleado	0.3

Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2022). Microdatos censales del cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda de 2020.

una serie de enfermedades crónicas, psíquicas y transmisibles (Fernández-Sánchez, et al., 2022) que requieren regímenes básicos y específicos de atención en salud periódica.

Cabe mencionar, que de las personas inmigrantes retornadas que trabajan, la mayoría se inserta en actividades económicas informales, esto se explica, de acuerdo con Duval y Orraca (2011) (citado en CNDH y COLEF, 2019, pp. 29-31) a "que algunos trabajadores, incluyendo los retornados, dependiendo de su experiencia laboral, nivel de capital humano y redes laborales en México, obtienen mayores ingresos al laborar en el sector informal". Además, según Hagan y Wassink (2016) (citado en CNDH y COLEF, 2019, p. 35) algunas personas inmigrantes retornadas han aprendido habilidades que pueden transferirse de un país a otro (como la metalurgia o la reparación de automóviles) lo que les permite trabajar por cuenta propia. Otro elemento para considerar es el trabajo temporal agrícola mediante las visas H2A a Estados Unidos, que cada vez es más importante por su magnitud numérica. Es decir, posiblemente algunas de las personas inmigrantes retornadas pudieran seguir insertas en el cir-

cuito migratorio México-Estados Unidos como personas trabajadoras agrícolas temporales en Estados Unidos, y debido a su condición migratoria, les sea difícil encontrar un trabajo temporal formal mientras permanecen en México, por lo que decidan realizar una alguna actividad económica informal mientras vuelven a emigrar. Debido a la condición de actividad económica informal, tanto ellos como su familia, tienen menos probabilidad de acceder a servicios de salud relacionadas con el trabajo en México.

Cuando se pregunta por la afiliación o derecho a servicios médicos de todas las personas del hogar, la proporción alcanza un 24.9 por ciento que reciben servicios médicos relacionados con el empleo, este dato incluye, tanto a la persona inmigrante retornada que trabaja como a sus familiares con los que reside que tienen derecho a recibir servicio médico por ser esposo(a), pareja o hija(o) del trabajador, además de los hogares con personas inmigrantes retornadas jubiladas en México. La presencia de una persona inmigrante retornada influye en la baja cobertura de salud de su familia (véase cuadro 3), lo que resulta preocupante dada la

estructura etaria de estos hogares que se caracterizan por una alta proporción de niñas y niños, así como personas adultas mayores que tienen necesidades específicas de atención de salud y un acceso limitado a la protección social relacionada con el empleo.

Sobresale, que la afiliación al programa Seguro Popular, o para una Nueva Generación (Siglo XXI) o Instituto de Salud para el Bienestar/IMSS, componentes operativos del sistema de protección social público, llegan a ser más importantes para los miembros de los hogares en

donde reside una persona inmigrante retornada que tiene un empleo, ya que estos programas públicos brindan servicios médicos al 29.6 por ciento proporción superior al 24.7 por ciento que recibe servicios de salud como una prestación laboral de las personas inmigrantes retornadas. Esta diferencia se incrementa en los hogares familiares en donde las personas inmigrantes retornadas no tienen un empleo, dado que la cobertura de los servicios de protección social públicos es del 25.7 por ciento y los relacionados con el empleo de 16.9 por ciento.

**Cuadro 3.**  
República Mexicana. Condición de actividad económica de las personas inmigrantes mexicanas retornadas de Estados Unidos y afiliación a los servicios de salud, 2020 (Porcentaje)

Afiliación a los servicios de salud	Trabaja			No trabaja		
	Total	Tipo de hogar		Total	Tipo de hogar	
		Familiar	Unipersonal		Familiar	Unipersonal
No está afiliada(o) ni tiene derecho a servicios médicos	42.7	41.3	52.8	51.5	50.4	59
Otra institución	1.1	1.1	1.5	2.6	2.7	2.5
Seguro privado	3.1	3.3	1.8	4.4	4.3	4.8
Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI) o Instituto de Salud para el Bienestar / IMSS	28.2	29.6	18.2	24.7	25.7	17.7
Seguridad Social IMSS-ISSSTE-PEMEX-DEFENSA-MARINA	24.9	24.7	25.7	16.8	16.9	16

Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2022). Microdatos censales del cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda de 2020.

La atención a la salud se agudiza cuando se trata de hogares en donde la persona inmigrante retornada no tiene un empleo, es decir, no está integrada laboralmente, debido a que la proporción de hogares que no tiene derecho a servicios médicos ni está afiliada a los programas de salud públicos, se incrementa a 50.4 por ciento. Lo mismo pasa en los hogares unipersonales en donde esta característica asciende a 59 por ciento.

Al analizar el lugar de atención a donde acuden las personas cuando tiene un problema de salud y su condición de empleo (véase cuadro 4), se aprecia que en los hogares en donde las personas inmigrantes retornadas tie-

nen un empleo, solo 19 por ciento se atienden en los sistemas de seguridad social relacionada con el trabajo (IMSS, ISSSTE o algún hospital federal), cantidad menor en comparación con la proporción de personas que tiene derecho a recibir atención médica por su afiliación (24.9%), debido a la burocracia y tardanza en la atención médica en esas instituciones de salud, además de la poca valoración del servicio de salud.

Mientras que 41.8 por ciento de los hogares en donde las personas inmigrantes retornadas tienen un empleo se atienden en servicios médicos privados, siendo estos: consultorio de farmacia, clínica u hospital, cifra que se incrementa a 46.4 por ciento en los hogares en donde

las personas inmigrantes retornadas no trabajan. Puede resultar sorprendente que haya mayor población atendida en consultorio privado en el caso de los que no trabajan (32.4%) respecto a los que sí lo hacen (27.0%). Sin embargo, se esperaría que los hogares con personas inmigrantes retornadas que trabajan muestren menos opciones de atención a sus problemas de salud, sobre todo cuando tienen empleo formal y que acudan a

él para amortiguar los gastos en medicamentos, por ejemplo, y pueda ser explicado el menor uso de consultorios, clínicas u hospital privado. En el caso de los hogares con personas inmigrantes retornadas que no trabajan y acceden a establecimientos de servicios de salud privados, necesariamente disponen de una red de apoyo para cubrir esos gastos, sea por otros familiares migrante vía remesas o por préstamos de dinero.

de mayor importancia. Alguien que tiene diabetes, hipertensión, o una enfermedad pulmonar o cardíaca crónica, como gran cantidad de la población mexicana, estos consultorios no le van a resolver o incluso podrían poner en peligro su salud y su vida. Esto está documentado” (El Financiero, 22 de agosto de 2022).

Estos datos muestran la fragmentación de los servicios de salud, por lo que los servicios privados, la seguridad social por el empleo y los servicios públicos, tienen un papel crucial en la salud de los retornados y sus familiares.

Es preocupante que en los hogares familiares con personas inmigrantes retornadas que trabajan, 6.4 por ciento no se atiende cuando tiene un problema de salud, proporción que sube a 7.2 por ciento en los hogares familiares con personas retornadas que no trabajan. Sin embargo, estas cantidades se duplican en el caso de los hogares unipersonales cuando la persona inmigrante retornada trabaja, este asciende a 12.7 por ciento, mientras que cuando las personas no trabajan sube a 14.8 por ciento. La falta de atención médica es una injusticia porque no se cumple con el compromiso básico de derechos humanos ratificados por el gobierno mexicano ante distintos organismos institucionales y la propia sociedad mexicana, además que puede ocasionar daños graves o la muerte.

En los párrafos anteriores se expuso la atención y acceso a los servicios de salud en los hogares donde la persona inmigrante retornada de acuerdo con su condición de actividad económica, mostrando un panorama general, pero ¿Cuáles son las condiciones de salud de ellos y de sus familiares? A continuación, se aborda esta pregunta desde la perspectiva de la atención cuando se tiene problemas de salud y la afiliación o derecho a servicios médicos.

El cuadro 5 muestra la diversidad de afiliaciones de los integrantes de los hogares con personas inmigrantes retornadas bajo el enfoque

propuesto, por un lado, están los integrantes que son inmigrantes retornados y sus afiliaciones (en las columnas) y por otro las afiliaciones de sus familiares (en las filas). Con relación a la afiliación o derecho a servicios médicos, en 44.7 por ciento (111 471) de los hogares, las personas inmigrantes retornadas no están afiliadas ni tiene derecho a servicios médicos, solo en 21 por ciento (52 436) de los hogares, las personas inmigrantes retornadas tienen seguridad social relacionadas al trabajo. La afiliación en los servicios públicos de salud asciende a 27.1 por ciento (67 480) de hogares con personas inmigrantes retornadas, en el resto se observa una mezcla de afiliaciones a diferentes instituciones. Esto muestra que dentro de los hogares coexisten diferentes regímenes de afiliación, por ejemplo, los hogares afiliados a la Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSA-MARINA-No afiliado/No tiene derecho ascienden a 11.9 por ciento, debido a que las personas afiliadas a los servicios de salud por el empleo solo pueden incorporar como beneficiarios a sus familiares directos (padres, cónyuge, hijas o hijos), no hermanos u otras relaciones de parentesco.

En hogares donde las personas inmigrantes retornadas no tienen afiliación, en 42.9 por ciento los familiares no tienen algún tipo de seguridad social, el resto está incorporado a la asistencia pública de salud que ofrece el gobierno y la seguridad social ligada al trabajo. Cuando la persona inmigrante retornada vive en hogares con afiliación al sistema público de salud, en la mayoría de estos hogares (69.7%) los familiares están inscritos a la misma institución, además en 10.9 por ciento de los hogares hay más de dos instituciones a las que están afiliados los miembros del hogar. La complejidad de afiliaciones en los hogares puede ser explicada a partir del tipo de hogar feminizado, cuyos integrantes reciben beneficios médicos específicos del sistema de salud adultos mayores (por jubilación y programa social), niñas y niños (incorporados por la educación). La afiliación de las personas retornadas está fuertemente asociada a su condición de empleo.

Cuadro 4.

República Mexicana. Condición de actividad económica de las personas inmigrantes mexicanos retornados de Estados Unidos y lugar en donde se atiende cuando tiene un problema de salud, 2020 (Porcentaje)

Atención problemas de salud	Trabaja			No trabaja		
	Total	Tipo de hogar		Total	Tipo de hogar	
		Familiar	Unipersonal		Familiar	Unipersonal
No se atiende	6.4	6.4	12.7	8.2	7.2	14.8
Otro lugar	2.3	2.3	1.8	4.5	4.5	4.6
Consultorio de farmacia	14.8	14.8	20.1	14.0	13.9	14.3
Consultorio, clínica u hospital privado	27.0	27.0	26.2	32.4	32.3	32.9
Centro de Salud u Hospital de la SSA, Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar- IMSS PROSPERA Y BIENESTAR	30.5	30.5	21.1	26.8	27.6	21.0
Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-EJERCITO-MARINA	19.0	19.0	18.1	14.2	14.4	12.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2022). Microdatos censales del cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda de 2020.

Otra opción para recibir atención ante un padecimiento de salud es el sector público, en los hogares en que el integrante retornado en condición de actividad económica trabaja, 30.5 por ciento acude a atenderse en el sistema de seguridad pública (Centro de Salud u Hospital de la SSA, Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar- IMSS PROSPERA Y BIENESTAR), proporción que disminuye a 26.8 por ciento cuando en el hogar las personas inmigrantes retornadas no trabajan. Esto podría explicarse por la falta de garantía de atención del sistema de salud en México debido a que no hay médicos e instalaciones de salud públicas suficientes.

Los hogares con personas inmigrantes que trabajan y no trabajan, 14.8 y 14 por ciento,

respectivamente, se atienden en consultorios médicos de farmacias particulares de bajo costo, entre 30 o 50 pesos la consulta, de acuerdo con Woo y Flores (2015) la población recurre a estos espacios de atención médica debido a la falta de cobertura del sistema de salud en México, aunque el Subsecretario de salud López-Gatell ha señalado que:

*“La idea básica con la que estos consultorios empezaron a hacer fama fue la resolución inmediata, porque simplemente hay que pararse en el consultorio y se le atiende. Pero en realidad es un gran engaño, los consultorios adyacentes a la farmacia no resuelven problemas de salud*

**Cuadro 5.**  
República Mexicana. Distribución porcentual de la afiliación en servicios médicos según institución de atención, por tipo de integrante en el hogar, 2020

Afiliación a los sistemas de salud de los familiares que viven con las personas retornadas	Afiliación de servicios de salud de las personas retornada						
	No está afiliada(o) ni tiene derecho a servicios médicos	Otra institución	Seguro privado	Seguro Popular o para el Instituto de Salud para el Bienestar -IMSS PROSPERA Y BIENESTAR	Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-MARINA	Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSA-MARINA	
						"No afiliado No tiene derecho"	Seguro Popular - Instituto de Salud para el Bienestar -IMSS PROSPERA Y BIENESTAR-Otros
No está afiliada(o) ni tiene derecho a servicios médicos	42.9	9.8	5.7	3.4	7.4	37.6	5.9
Otra institución	0.3	21.1	*	0.2	*		*
Otra institución / No está afiliado	0.2	5	*	*			
Seguro privado	0.6	3.9	50.2	0.2	1.4	4.3	
Seguro privado/ Otra / No está afiliado	0.6	5.3	4.2	*	*		*
Seguro Popular o para una Nueva Generación o Instituto de Salud para el Bienestar-IMSS PROSPERA Y BIENESTAR	15	5.8	5.7	69.7	5.6	*	27.4
Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar-IMSS PROSPERA Y BIENESTAR / No está afiliado	10.2	1	*	10.9	1.5	*	13.6
Seguro Popular-Instituto de Salud para el Bienestar-IMSS PROSPERA Y BIENESTAR / Otros-Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSA-MARINA	0.3	6.7	4.7	0.9	0.4		
Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSA-MARINA	11.7	18.7	14.8	3.9	58	24.8	22.9
Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSA-MARINA- No afiliado/ No tiene derecho	11.9	1.9	2.4	1.3	14.2	24.5	1.3
Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSA-MARINA / Seguro Popular-Instituto de Salud para el Bienestar-IMSS PROSPERA Y BIENESTAR-Otros	6.3	20.8	11.2	9.6	10.8	7	13.4

\* Sin significancia estadística.

Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2022). Microdatos censales del cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda de 2020.

En los 249 152 hogares, las personas inmigrantes retornadas señalaron atenderse en orden de importancia en el sector privado, 27.4 por ciento en consultorio, clínica u hospital privado y 14.9 por ciento en consultorio de farmacia dando un total acumulado de 42 por ciento (104 688 hogares); 28.7 por ciento (71 596) acude a un servicio de salud público; y 16.4 por ciento (40 879 hogares) recurre a algún servicio de seguridad social relacionado con el trabajo; el resto acude a una combinación de distintos servicios.

Comparando el lugar de atención cuando tienen problemas de salud las personas inmigrantes retornadas en relación con el lugar a donde acuden los familiares residentes en los hogares, se encontró que, en el caso en que las personas inmigrantes retornadas no se atiendan, 14.8 por ciento de los familiares tampoco se atienden y cuando se atienden recurren a servicios relacionados con el trabajo (30.7%), seguido por los servicios público (30.5%), los servicios de salud privado (15.4%), y el resto (8.6%) recurre a otros o una combinación de todos los servicios de salud (véase cuadro 6).

En los hogares a donde las personas inmigrantes retornadas acuden a atenderse cuando tienen un problema de salud, a la seguridad social relacionada con el trabajo corresponde 82.9

por ciento como el tipo de lugar al que acuden sus familiares. Cuando las personas inmigrantes retornadas acuden al sistema público la concurrencia asciende a 71.9 por ciento como el tipo de lugar al que acuden sus familiares. La tendencia también se presenta si las personas inmigrantes retornadas acuden al sector privado, a este concurren 58.8 por ciento de sus familiares. Esto muestra el rol que juega la persona inmigrante retornada en la elección del lugar en donde se atienden cuando tienen un problema de salud los familiares con los que reside en el hogar.

En el cuadro 6 destacan los hogares cuyos miembros combinan dos o más opciones de servicios médicos, debido a que dentro de un mismo hogar existen diferentes regímenes de afiliación a los servicios médicos, y por lo tanto se incrementan las opciones de servicios médicos a los que pueden acudir los miembros del hogar en caso de tener un problema de salud, esta puede ser una de las maneras en que las familias de las personas inmigrantes retornadas despliegan una estrategia en donde combinan diferentes opciones de atención médica, la cual se adapta a la cantidad de recursos económicos con los que cuente la familia, a la gravedad de los síntomas, a la urgencia o necesidad de tratamiento permanente.

**Cuadro 6.**  
República Mexicana. Distribución porcentual del lugar de atención cuando tienen un problema de salud, por tipo de integrante en el hogar, 2020

Lugar de atención donde se tienen cuando tienen problemas de salud los familiares de las personas inmigrantes retornadas	Lugar de atención cuando se tienen problemas de salud las personas inmigrantes retornadas						
	No se atiende	Otro lugar	Consultorio de farmacia	Consultorio, clínica u hospital privado	Consultorio, clínica u hospital privado, farmacia, no se atiende, otro	Centro de Salud u Hospital de la SSA, Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar- IMSS PROSPERA Y BIENESTAR	Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-Ejército - Marina
No se atiende	14.8	*	0.2	0.5	1.8	0.3	0.8
Otro lugar	1.1	27.7	0.8	0.3	*	0.2	0.4
No se atiende / Otro	*		0	*	*		
Consultorio de farmacia	5.9	7.5	41.7	1.7	*	1.3	3
Consultorio de farmacia-No se atiende/ Otro	1.2	3.6	3.1	*	3.2	0.2	*
Consultorio, clínica u hospital privado	8.3	14.2	2.9	58.8	45.7	2.2	5.2
Centro de Salud u Hospital de la SSA, Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar-IMSS PROSPERA Y BIENESTAR	22.5	10.5	7.9	7.5	1.6	71.9	5.2
Centro de Salud u Hospital de la SSA, Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar-IMSS PROSPERA Y BIENESTAR-Otro	8	3.7	8.9	1.1	1.6	4.2	1
Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-EJERCITO-MARINA	13.7	13.6	11.5	6.9	*	4	57.1
Seguridad Social IMSS-ISSTE-PEMEX-EJERCITO-MARINA / Otras	17	14	17.5	13.6	21.9	9.8	25.8
Combinación de distintos servicios de salud	6.7	4	5.5	9.6	12.5	5.8	1.1

\* Sin significancia estadística.

Fuente. Elaboración propia con base en INEGI (2022). Microdatos censales del cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda de 2020.

### Consideraciones finales

El presente trabajo se planteó como objetivo conocer la atención y acceso a los servicios de salud de las personas inmigrantes retornadas y sus familiares, desde una perspectiva de la demografía y del hogar, para su realización se empleó la información del Censo de Población y Vivienda del 2020. Se considera importante pasar de

un enfoque de individuo a uno familiar que permita visibilizar la complejidad de estrategias adoptadas dentro de los hogares para cubrir sus necesidades de salud ante un sistema de salud estructuralmente limitado.

Se estimaron un total de 249 152 hogares censales con personas mexicanas retornadas de Estados Unidos, donde sus miembros manifestaron tener alguna relación de parentesco o son

personas que viven solas, debido a su composición demográfica (edad y sexo) se pudo apreciar por un lado, que tienen una base amplia de niños y mujeres, y por otro, un importante contingente de adultos mayores; lo que puede ser efecto del momento que en general se atraviesa en México, el avance de una población envejecida que requerirá de mayores cuidados de salud.

Mientras que el fenómeno de la migración de retorno es eminentemente masculinizado, por un efecto de mayor emigración masculina, los hogares a donde regresan los integrantes retornados se caracterizan por la feminización en la unidad doméstica, lo cuales alcanzan su rango máximo en grupo de 40 a 44 años, ya que el índice triplica el número de mujeres respecto a los hombres. Este indicador muestra la singularidad de la composición de los hogares de personas inmigrantes retornadas, ya que presentan necesidades especiales de atención de salud, por ejemplo, la conformación poblacional de los familiares tiene una elevada proporción de mujeres en edades fértiles y de mayor demanda productiva con un perfil epidemiológico específico y necesidades particulares como programas en salud reproductiva, prevención de cáncer, enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

En cambio, las personas inmigrantes retornadas tienen una estructura poblacional predominante masculina, en edades adultas y con necesidades de salud asociadas con procesos de enfermedad crónicos (obesidad, diabetes, atención mental, entre otros) que requieren tratamiento a mediana plazo como ha documentado Fernández-Sánchez, et al. (2022). Precisan programas especiales para garantizar el acceso a una infraestructura sanitaria de atención básica y especializada.

Las personas inmigrantes retornadas se incorporan en diferentes tipos de hogares, lo que da lugar a múltiples arreglos familiares y estrategias para atender las necesidades de salud (cinco de cada diez personas inmigrantes retornadas viven en un hogar nuclear, tres de cada diez residen

en un hogar ampliado y un poco más de uno de cada diez en un hogar unipersonal). La estructura familiar de los hogares con retornados es todavía más compleja al revisar la relación que tiene con la emigración hacia Estados Unidos, porque en un hogar con personas inmigrantes retornadas pueden coincidir distintos procesos como, recibir remesas, tener inmigrante en Estados Unidos y miembros nacidos en este país. Dependiendo de los procesos migratorios que confluyan en el hogar se tendrán distintos tipos de arreglos familiares, además la capacidad económica variará repercutiendo directamente en la atención de los problemas de salud que se les presenten.

A partir de los datos se corroboró que los hogares con personas inmigrantes retornadas tienen una baja cobertura de salud relacionada con el trabajo, hecho explicable por el tipo de actividades económicas que realizan, cuando regresan a México se incorporan en su mayoría en trabajos informales. Eso no significa que el hogar se encuentre en la precariedad económica porque pueden percibir ingresos por trabajo por encima de la media nacional (CNDH y COLEF, 2019); sin embargo, cuando se tiene un problema de salud y no se cuentan con cobertura médica, es probable que se tenga una catástrofe económica que ocasione la ruina financiera.

La cobertura de afiliación de salud relacionada con el empleo, como era de esperarse, fue baja por la condición de informalidad; sin embargo, los familiares de las personas inmigrantes retornadas son los más afectados por la baja afiliación a los sistemas de salud relacionados con el trabajo, por lo que el Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar —IMSS PROSPERA Y BIENESTAR—, siguen siendo el soporte de esos hogares en términos de atención médica. La baja afiliación en salud en los hogares con personas inmigrantes retornadas tendrá repercusiones en el largo plazo, en la medida que la estructura del hogar envejezca los requerimientos en salud serán mayores al igual que los gastos económicos derivados, los cuales



pueden llegar en algún momento a ser de una cuantía tal que ponga en riesgo la sobrevivencia económica del hogar.

La atención en salud en los hogares con personas inmigrantes retornadas y sus familias recae en orden de importancia en el sector privado dentro de consultorios de farmacia, clínica u hospital, seguido del sistema abierto del sector salud y la seguridad social relacionada por el trabajo; no obstante, la atención se fragmenta y precariza cuando se considera los lugares a los que acuden a recibir servicios médicos los familiares. La fragmentación de los lugares de atención médica es una estrategia que implementan sobre todo los hogares ante un sistema de salud público estructuralmente limitado.

Debe considerarse la complejidad de cada hogar con personas inmigrantes retornadas para entender la atención médica porque es un grupo heterogéneo con realidades muy distintas, por

ejemplo, los que cuentan con miembros insertos en el mercado laboral y viven solo de los ingresos por trabajo, tienen necesidades distintas a los hogares con múltiples fuentes de ingreso. Se tendrían que diseñar programas de salud diversos dirigidos a perfiles específicos de personas inmigrantes retornadas, cofinanciados entre las personas inmigrantes retornadas e instituciones privadas y públicas, pensando sobre todo en el futuro demográfico del país. En términos de política pública, se requiere desarrollar iniciativas puntuales de apoyo a la salud para la persona inmigrante retornada y su familia.

Como líneas futuras de investigación se sugiere profundizar en el rol que juega la familia en la atención a los problemas de salud de las personas inmigrantes retornadas y de sus familiares de acuerdo con su perfil epidemiológico y el ciclo de vida del hogar para generar propuestas de inclusión de salud sustentables.

## Acceso a la salud de las mujeres no nacidas en México, 2020

Alejandra Reyes Miranda<sup>1</sup>

### Resumen

En 2020 en México existía una población inmigrante de 1 169 883, lo que representó uno por ciento de la población total, de ella, la población femenina fue de 49.4 por ciento, principalmente nacida en Estados Unidos, Guatemala, Venezuela y Colombia. El acceso a la salud en México hacia la población inmigrante es un indicador de derechos humanos, así como del grado de integración social al país. En 2020, las mujeres no nacidas en el país que no contaban con acceso a servicios médicos representaron 44.4 por ciento. En el documento se abordan las características generales de la población femenina inmigrante en México y su relación con el acceso a los servicios de salud. La fuente de información son los Censos de Población y Vivienda 2010 y 2020. Se destaca que las hijas del jefe de hogar son quienes en mayor medida carecen de acceso a servicios de salud y que 44 por ciento de las mujeres que tienen hijos no cuentan con acceso a servicios médicos.

**Palabras clave:** *Visibilidad, inmigración, población femenina, México, servicios de salud, perspectiva de género.*

### Introducción

Uno de los últimos fenómenos en la migración internacional es la visibilidad de la población femenina, ello obedece a una mezcla de circunstancias como el incremento de demandas para hacer valer sus derechos en todos los ámbitos sociales, el interés de conocer como ha sido su participación y evolución en el fenómeno migratorio, y, por ende, un desglose mayor en las estadísticas de acuerdo al sexo, así como la participación que ha incrementado en la última década con un rol activo, principalmente, en el mercado laboral. Con la comúnmente llamada feminización de las migraciones, los flujos requieren dar una perspectiva de género que considere las particularidades en las causas de la emigración, las condiciones de tránsito, y sus derechos en los lugares de destino y al posible retorno.

De acuerdo con estimaciones de la División de Población de Naciones Unidas, en 2020 48.1 por ciento de la población migrante internacional fueron mujeres, lo que asciende a 134.9 millones con una edad mediana de 39.8 años (Consejo Nacional de Población [Conapo], BBVA Research y Fundación BBVA, 2023). México es el segundo país con mayor población migrante

<sup>1</sup> Subdirectora de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional. Consejo Nacional de Población (CONAPO) alejandra.reyes@conapo.gob.mx. Con el apoyo estadístico de Rodrigo Manuel Olivares Eslava, Asistente de Investigación.

internacional, en el mismo año se estimó en 11.2 millones con una participación de las mujeres de 46.8 por ciento, muy cerca de la proporción identificada a nivel mundial. Mientras que, en el país se ha visto un incremento de la población nacida en otro país que ahora reside en México. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda (2010), se registró una población femenina de 47 797 que no había nacido en México, y para 2020 incrementó a 578 485, lo que comprende 49 por ciento del flujo de población inmigrante en el país.

Uno de los aspectos centrales en la integración social y económica de las migraciones a los países receptores, es el acceso y uso de los servicios médicos según sus necesidades específicas por sexo y grupo de edad. Existen una serie de acuerdos internacionales, así como instrumentos legales nacionales que establecen la salud como un derecho independientemente de su condición migratoria. El presente documento aborda el acceso a servicios médicos de la población femenina en México con una perspectiva de derechos humanos. Su contenido se divide en tres secciones. En la primera, se aborda el marco internacional y nacional en cuanto derechos humanos, derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos, enfocado a las mujeres. Posteriormente, se mencionan las características demográficas de la población objetivo. Finalmente, se describe el acceso y uso de los servicios de salud en México, y se comentan algunos puntos resumen del trabajo.

### Metodología

El presente trabajo es de carácter empírico descriptivo, y solo aborda aspectos generales de la población femenina inmigrante en México. Utiliza información estadística sociodemográfica básica de los Censos de Población y Vivienda 2010 y 2020. El análisis inscribe la perspectiva de género con el objetivo de hacer visible el acceso a los servicios médicos de las mujeres.

### Marco normativo

En 2016, en el marco de la XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, se incorporó la Estrategia de Montevideo cuyo objetivo principal es una apuesta política para alcanzar la igualdad de género en 2030, dentro de los ejes destaca la armonización normativa regional respecto a la migración transnacional de mujeres, adultas y niñas, que requieren un tratamiento diferenciado para hacer eficaz la garantía de sus derechos en materia de salud, trabajo, educación y acceso a la justicia.

Los esfuerzos institucionales para visibilizar y normar este fenómeno creciente se ven reflejados en el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular, adoptado en 2018, el cual integra la perspectiva de género, teniendo en cuenta las necesidades especiales de las mujeres, en particular a las que hayan sido objeto de tráfico ilícito. Considera el pleno ejercicio de las personas migrantes de sus derechos humanos y el acceso a los servicios públicos básicos, especialmente de educación y salud, incluida la salud sexual y la salud reproductiva, sin depender de su condición migratoria.

En el marco de los tratados internacionales suscritos por los Estados se encuentra el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU-CDESC), Órgano internacional de supervisión del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Se encarga de elaborar observaciones que promuevan el dialogo constructivo para la aplicación y cumplimiento del Pacto, esto incluye la atención al acceso a salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes. Promueve estos conceptos como un conjunto de libertades y derechos para asegurar la dignidad humana de quienes migran.

El artículo 12 del PIDESC otorga el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, lo cual obliga a los

Estados suscritos a asegurar el goce de estos derechos a sus ciudadanos y población migrante.

Otra institución que ha generado informes sobre la vigilancia y aplicación del derecho a la salud de las mujeres migrantes es la Relatoría Especial de la ONU sobre derechos humanos de los migrantes. mecanismo creado por el Consejo de Derechos Humanos y su competencia se extiende a todos los Estados de la ONU, independientemente de que hayan o no ratificado determinados tratados.

Destaca su enfoque especial a la migración de mujeres adultas y niñas que requieren un tratamiento diferenciado para hacer eficaz la garantía de sus derechos, ya que son víctimas de altas tasas de violencia, discriminación sexual, matrimonio infantil, precoz o forzado. A menudo no tienen acceso fiable a atención de salud o salud reproductiva en países de tránsito y destino debido al temor a la deportación en particular a las migrantes en situación irregular.

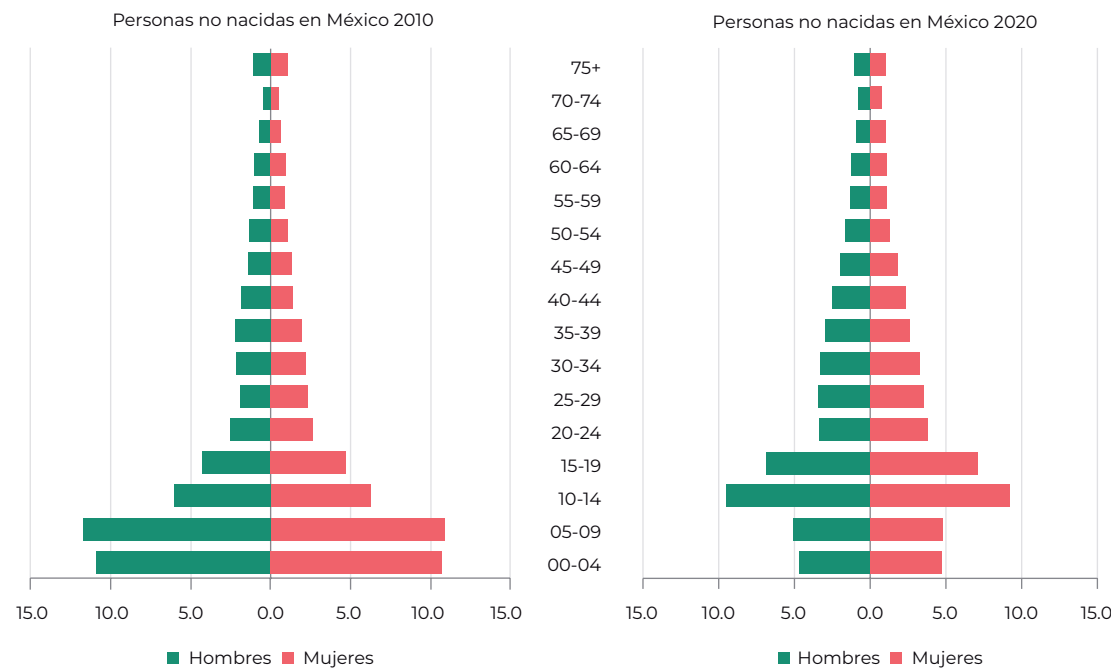
### Características sociodemográficas de las mujeres migrantes en México

El volumen de la población inmigrante en México en 2010 fue de 967 803, de la cual las mujeres representaban 49.4 por ciento, para 2020 la

población extranjera en el país aumentó ligeramente a 1 169 883, con una tasa de crecimiento media anual de 1.91, incrementando la población femenina en la misma proporción que una década atrás, ascendiendo a 578 485 mujeres. La estructura de edad de la población extranjera en el país en 2010 mostró una alta migración de menores de 19 años, 6 de cada 10 se encontraba en este grupo de edad, y de manera equitativa hombres y mujeres; mientras que el grupo de edad laboral, de 20 a 64 años representaba el 30 por ciento, con una equidad entre ambos sexos; finalmente, la población de 65 años y más representaba entre cuatro y cinco por ciento. Una década más tarde, los y las menores de 19 años representaban 52 por ciento; vale la pena señalar que en gran medida por la población que había llegado 10 años antes y que en 2020 se encontraba entre los 10 y 19 años; quienes estaban en edad laboral era equivalente a 4 de cada 10 personas, dos varones y dos mujeres, y finalmente 5.5 por ciento entre los 65 y más años. Es así como las mujeres nacidas en el extranjero en el país, en décadas recientes, han representado la mitad de la población y se han concentrado en gran medida en ser menores de hasta 19 años, y en la última década con un incremento en edades laborales (véase gráfica 1).

**Gráfica 1.**

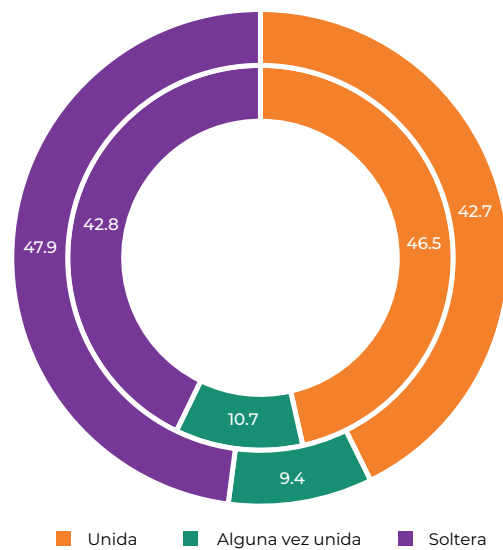
Estructura por edad y sexo de la población no nacida en México, 2010 y 2020 (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010 y 2020.

**Gráfica 2.**

Situación conyugal de mujeres no nacidas en México y residentes en el país, 2020 (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010 y 2020.

**País de origen y residencia en México**

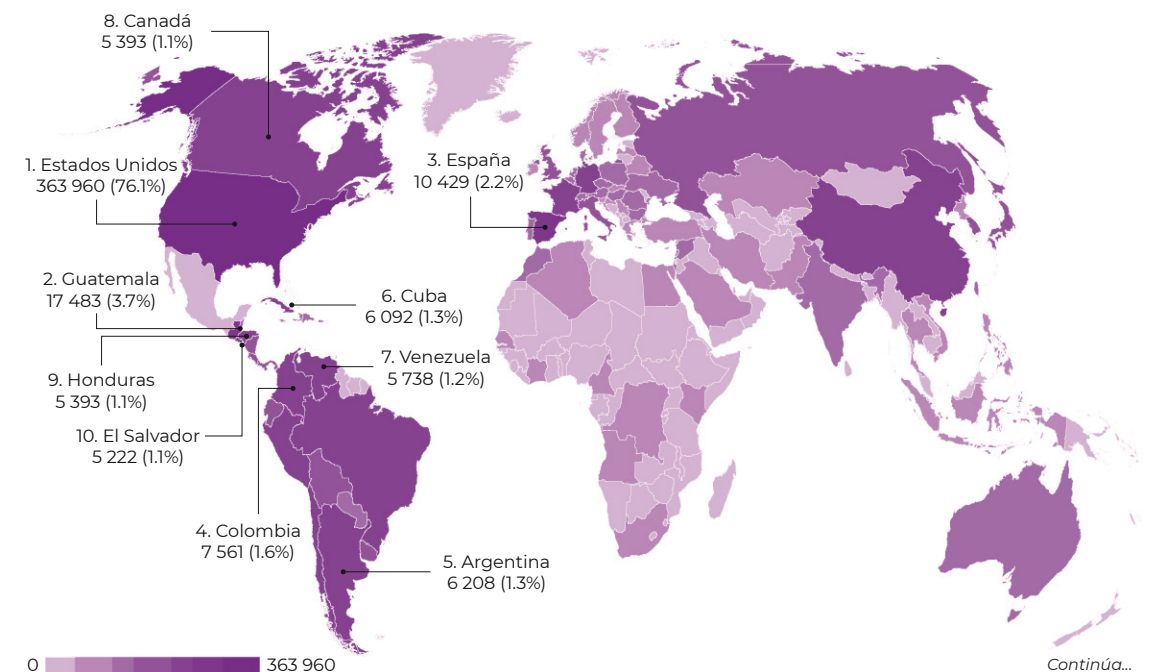
El origen de las mujeres no nacidas en México es prácticamente de cualquier país del mundo, con una predominancia de los países vecinos, latinoamericanos y aquellos con los que compartimos una historia más cercana. En 2010, 76.1 por ciento procedía de Estados Unidos, 3.7 por ciento de Guatemala y 2.2 por ciento de España; para 2020, disminuyó la proporción de quienes venían de Estados Unidos a 64.9 por ciento, le siguen en importancia Guatemala (5.4%), Venezuela (5.2%), Colombia (3.4%), Honduras (2.9%), Cuba (2.0%), España (1.7%), El Salvador (1.6%), Argentina (1.5%) y Canadá (0.9%). En los siguientes mapas es posible observar el volumen y distancia de los países de origen de las mujeres residentes en el país. Sin desestimar el volumen, hay poblaciones femeninas de gran lejanía geográfica y cultural, que en años siguientes es posible que crezca su volumen, por mencionar al menos cinco países como ejemplo, en 2020 se iden-

tificó a 953 mujeres de Suiza, 241 de República Libanesa, 114 de Siria, 81 de Moldavia y 37 de República de Bielorrusia.

Sobre el origen, es necesario abordar algunas diferencias entre las posibles condiciones de residencia en México. Como se sabe, en 2010 hubo un flujo importante de población de retorno a México de Estados Unidos, algunos de ellos con hijos nacidos en aquel país, suceso que ha continuado hasta ahora, aunque en un menor volumen. En este sentido, quienes proceden de Estados Unidos y son jóvenes, es posible que sean hijas de población retornada o bien que residan en la frontera norte de México y que únicamente hayan nacido en Estados Unidos. De acuerdo con el Anuario de Migración y Remesas, en 2020 se identificó que de quienes residían en México y que habían nacido en Estados Unidos 72 por ciento era menor de 20 años (CONAPO, BBVA Research y Fundación BBVA, 2021). Lo que sugiere una diversidad en las necesidades de inserción social y servicios en México.

**Mapa 1.**

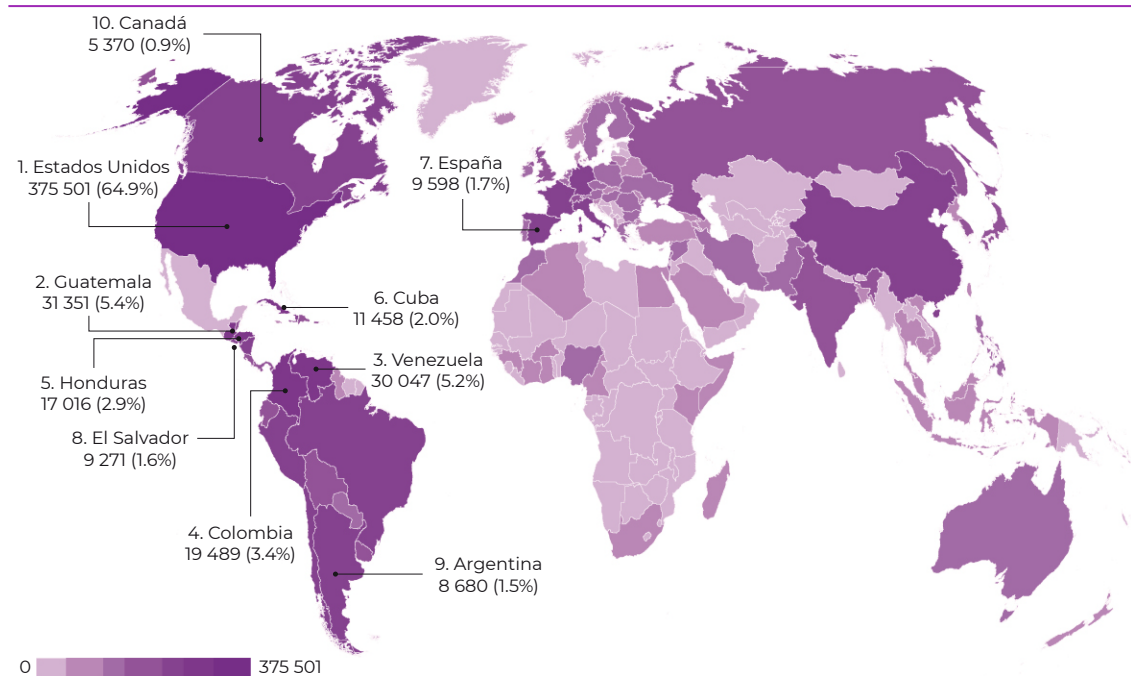
País de origen de las mujeres residentes en México no nacidas en el país, 2010 y 2020 (Volumen y porcentaje)



Continúa...

Mapa 1.

País de origen de las mujeres residentes en México no nacidas en el país, 2010 y 2020 (Volumen y porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010 y 2020.

Recientemente países como Venezuela refieren una alta migración en búsqueda de refugio, no podemos saber si tienen tal condición las mismas mujeres que están contabilizadas en el último censo; sin embargo, queda en alerta que son poblaciones que posiblemente hayan tenido que dejar todos sus recursos en su país de origen. Lo mismo sucede con quienes emigraron de Colombia, Honduras y Cuba y diversos países distantes con una lengua diferente al español, tales como quienes tienen origen en Asia, Europa del Este o África. Según datos de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, de 2013 a 2023, la población refugiada en México de Honduras es de 60 370 personas, de Venezuela 24 178, del Salvador 21 958, de Haití 18 378 y de Cuba 10 705 (Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados [COMAR], 2023).<sup>2</sup>

Finalmente, otro evento importante a considerar es la población de Guatemala que histó-

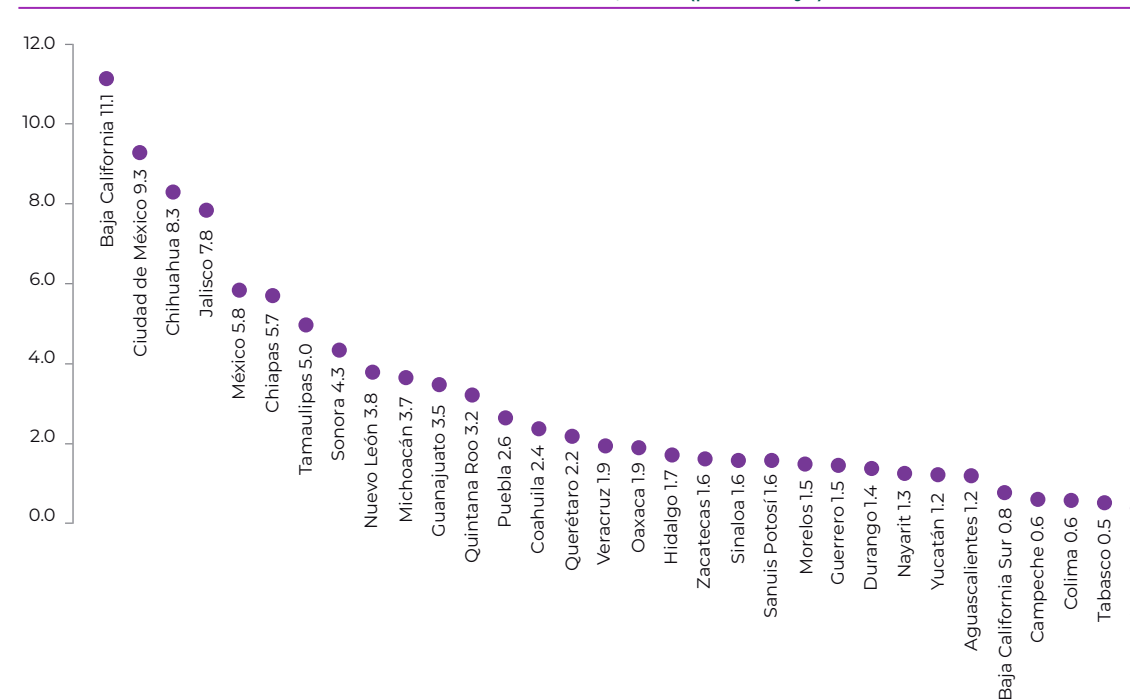
ricamente reside en México, pero que conservan lazos familiares en su país de origen, las mujeres de Guatemala representaron 3.7 por ciento en 2010, e incrementaron a 5.4 por ciento en 2020. En término de volumen tuvieron un crecimiento de 17 mil a 30 mil mujeres en la última década.

Sobre el lugar de residencia en términos regionales en México, predominan las entidades del norte de México, donde se concentró 40.2 por ciento en 2010 y 37.3 por ciento en 2020. Le sigue la región tradicional y centro, donde en cada una de ellas reside una cuarta parte de mujeres, en 2020 en las entidades del centro se ubicó 23.6 por ciento y en la tradicional 22.6 por ciento. En las entidades de la región sureste, incrementó la población de 9.7 por ciento a 16.6 por ciento en 2020. Sin embargo, al analizar la información a nivel entidad federativa, en 2022, Baja California, Ciudad de México, Chihuahua, Jalisco, México, Chiapas y Tamaulipas, son los estados con mayor población de mujeres inmigrantes, concentrando 53 por ciento (véase gráfica 3).

<sup>2</sup> Véase [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/830378/Cierre\\_Mayo-2023\\_1-Junio.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/830378/Cierre_Mayo-2023_1-Junio.pdf)

Gráfica 3.

República Mexicana. Población de mujeres en México no nacida en el país según entidad federativa de residencia, 2020 (porcentaje)



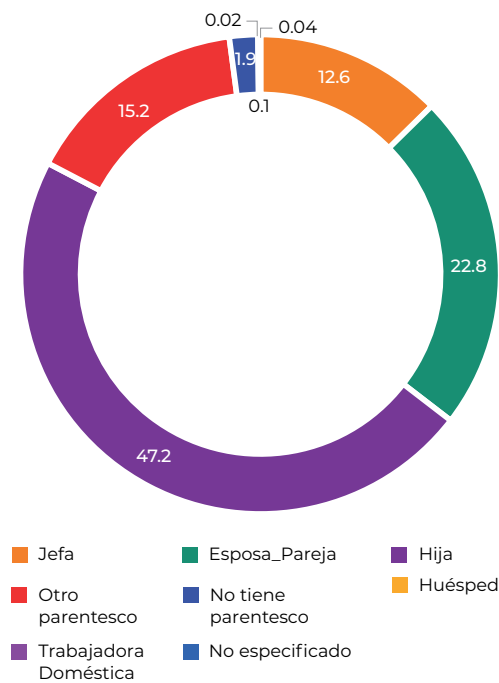
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2020.

En Baja California, en donde una de cada diez mujeres no nació en México, el principal país de origen es Estados Unidos (82%), le sigue Venezuela (4.3%), Haití (3.4%) y El Salvador (1.8%). Por su parte, en la Ciudad de México, si bien Estados Unidos es nuevamente el principal país de origen (19.8%), hay una mayor diversidad en la representación de países, le siguen las mujeres procedentes de Venezuela (15.2%), Colombia (11.9%), España (6.4%) y Argentina (5.5%). Finalmente, en entidades fronterizas como Chihuahua, Tamaulipas y Sonora poco más del 90 por ciento refieren a mujeres que nacieron en el país vecino (92.9, 92.1 y 92.7%, respectivamente), mientras que en Jalisco, Nuevo León y México, la presencia de población de Venezuela y Colombia es importante, mostrando una mayor diversidad en los orígenes en dichas entidades.

### Acceso y uso de los servicios de salud en México

La afiliación a servicios de salud es uno de los indicadores de inserción social de la población migrante en el país. De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda, en 2010, 54.7 por ciento de la población de mujeres no nacidas en México no contaba con acceso a servicios médicos, proporción que disminuyó en 2020 a 44.4 por ciento. Las instituciones en las que incrementó la población asegurada en los diez años fueron: el Seguro Social, de 17% a 21.8%, el Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI) o Instituto de Salud para el Bienestar de 9.5% a 14.1% y los seguros privados de 10.2 a 13%. En la presente sección se describirá el acceso a servicios según tres variables, el parentesco con la jefatura del hogar, si tienen o no hijos entre las mujeres entre 12 y más años, así como su condición laboral.

**Gráfica 4.**  
Mujeres no nacidas en México no afiliadas a instituciones de servicios médicos según parentesco con el jefe (a) del hogar, 2020 (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2020.

De acuerdo con la relación con el jefe de hogar, entre quienes no tienen acceso a servicios de salud cerca de la mitad son hijas del jefe (47.2%), seguida de esposas o pareja (22.8%), la jefa de hogar en 12.6 por ciento, y una importante proporción de otro parentesco en 15.2, entre quienes resaltan las nietas. Entre quienes están aseguradas en alguna institución con acceso a servicios de salud, quienes predominan son las hijas del jefe, seguidas de la esposa o parejas. Por su parte, quienes tienen un seguro privado u otra institución, 39.2 por ciento son hijas, 29.7 por ciento esposas o pareja del jefe, y 18.4 por ciento jefas del hogar.

Un supuesto importante es que el acceso a los servicios de salud esta mediado en gran medida por la condición laboral, es decir, hay

una relación negativa en el acceso entre quienes se encuentran desempleadas. En el caso de las mujeres inmigrantes en México, el porcentaje asciende a 59.2 de la población desocupada; por su parte, entre quienes sí tienen empleo, 41 por ciento no tiene acceso a servicios de salud; en otras palabras, no obstante, de estar en el mercado laboral cuatro de cada diez mujeres no cuentan con afiliación a servicios médicos de cualquier tipo, ni públicos ni privados, lo cual da cuenta de la informalidad o condiciones precarias en el mercado del trabajo en el país. Finalmente, entre la población no económicamente activa, como son estudiantes, pensionadas o jubiladas, quienes realizan quehaceres en el hogar o que están incapacitadas para trabajar la proporción asciende a 44 por ciento. De esta manera, las mujeres inmigrantes en México en el 2020, independientemente de su condición laboral, al menos cuatro de cada diez no pudieron acceder a servicios de salud mediante alguna afiliación, proporción general, por lo que el mercado laboral no hace diferencia en cuanto al acceso a servicios médicos.

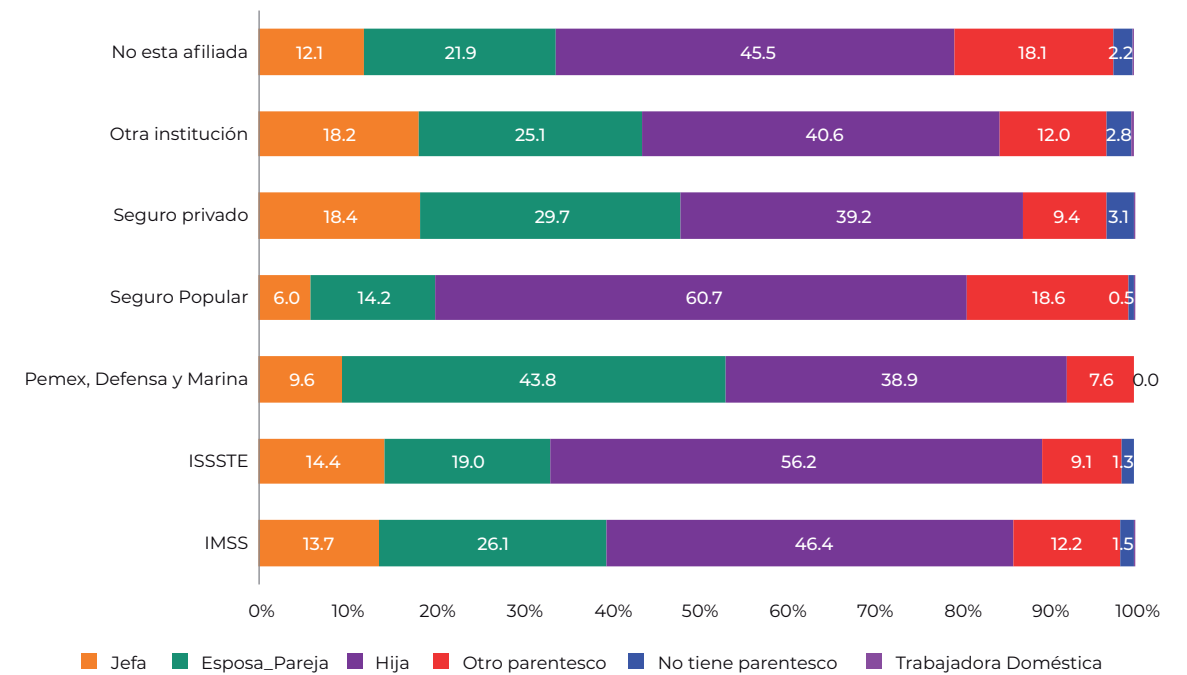
Una variable que se considera relevante en el estudio de las mujeres migrantes en el país y sus derechos de acceso a la salud es si llevan esta dimensión de vulnerabilidad (migrantes-mujeres y posiblemente sin documentos) a sus descendientes. En este sentido, el análisis de aquellas que tienen hijos se vuelve fundamental. Para ello, es necesario señalar que hay limitantes en las fuentes de información, ya que solo podemos saber si viven con ellas quienes se declaran jefas de hogar; del resto, hijas, esposas o parejas del jefe perderíamos información en cuanto a si tienen hijos. Por lo anterior se analizan a todas las mujeres en relación con si tienen hijos o no, independientemente de su parentesco con la jefatura de la vivienda. En dicho sentido, se hace un gran supuesto, el derecho a la salud se hace extensivo a sus descendientes y estos es muy probable que vivan con ellas.

Entre las mujeres de 12 años y más, 44 por ciento tiene hijos, con una media de 2.33 hijos

por mujer, en relación con la jefatura del hogar las mujeres que tienen hijos, la mitad de ellas son esposas o pareja (55.5%), le siguen quienes se declaran jefas (26.3%), y quienes tienen otro parentesco con el jefe de hogar (11.5%), 7 por ciento corresponde a hijas, no tienen parentesco o trabajadora del hogar. De ellas, independien-

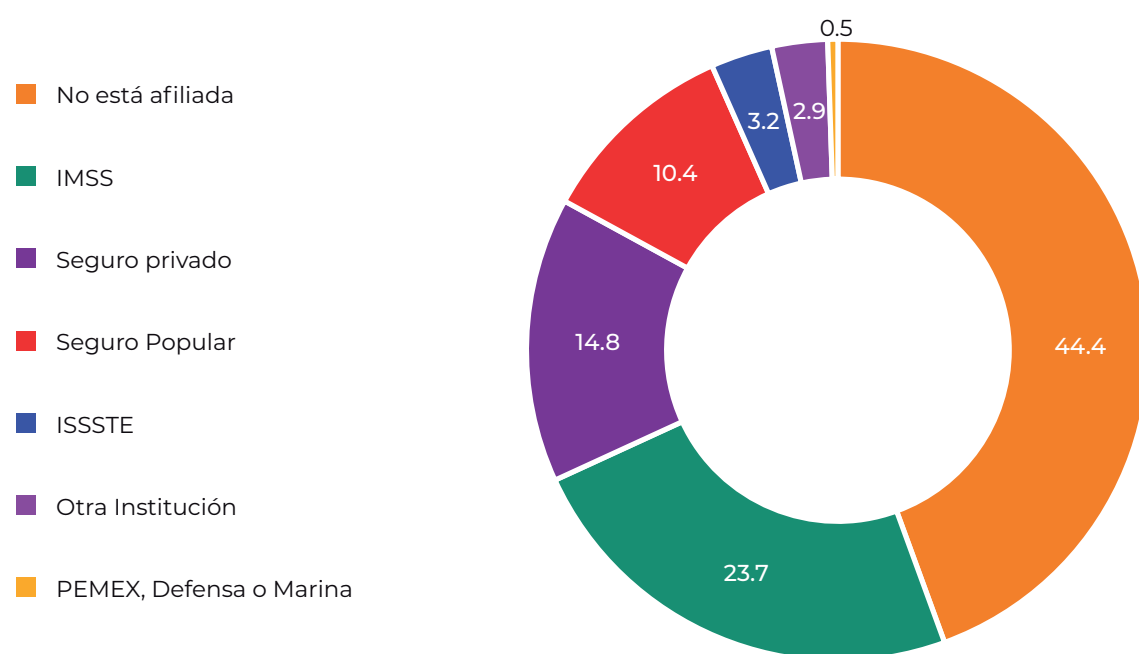
temente de su relación con la jefatura, 44 por ciento no cuenta con servicios médicos, y las instituciones principales en donde están afiliadas son el Instituto Mexicano del Seguro Social, algún seguro privado y el seguro popular o seguro del bienestar y en una medida distinta cuentan con ISSSTE u otra institución.

**Gráfica 5.**  
Mujeres no nacidas en México según afiliación a instituciones de servicios médicos según parentesco con el jefe (a) del hogar, 2020 (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2020.

**Gráfica 6.**  
Mujeres no nacidas en México con hijos según acceso a servicios médicos por institución, 2020 (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2020.

### Consideraciones finales

En termino de derechos, la salud es uno de los principales elementos que debe procurar el Estado para todas las personas en su territorio, tal cual se establecen en los instrumentos normativos de nuestro país. Si bien, existen compromisos muy importantes por el sector salud a atender las necesidades de la población inmigrante, como indican los datos aun cuatro de cada diez mujeres en 2020 no contaban con acceso a servicios médicos. Una explicación de ello es la falta de información, tal vez la condición de carecer con papeles que documenten su estancia legal en el país y con ello un miedo o precaución de acercarse a cualquier autoridad o población gubernamental, incluyendo quienes proporcionan los servicios médicos, y en menor medida al idioma. Como se mostró hay mujeres de diversos lugares del mundo, como el caso

haitiano u otros lugares más lejanos y para fines de explicar padecimientos o sintomatología médicas o realizar trámites, el idioma puede representar un obstáculo.

En el caso mexicano, la población inmigrante en el país es muy limitada, cerca de uno por ciento de la población total nació en otro país. Y dentro de ella, hay una población que pudiera presumirse hijas de connacionales que han regresado al país. Otro elemento importante es que hay una población femenina que ha nacido en Estados Unidos por decisión de sus padres, nos referimos a quienes cruzan la frontera norte únicamente para que sus hijos nazcan en aquel país. Las hijas nacidas en Estados Unidos, ya sea por retorno o por que los padres eligieron cruzar al país vecino, merecen un estudio particular. Quienes viven en las regiones fronterizas pudieran tener acceso a servicios médicos en Estados Unidos, mientras

que quienes son hijas del retorno pudieran vivir principalmente en regiones del centro del país y no contar con acceso a servicios médicos, posiblemente hablando poco español, lo que compromete al sector salud en materia de atención.

Finalmente, las mujeres que tienen hijos y no cuentan con acceso a servicios médicos, pudieran extender la vulnerabilidad migratoria a sus descendientes, estamos hablando de población altamente vulnerable en termino de condición migratoria, sexo, y posiblemente en menores de 18 años que no cuentan con atención médica regular.

Es de acentuar el gran reto que presenta el sector salud y el país en general en términos del respeto de los derechos humanos, así como de la capacidad de inserción social de la población inmigrante en México. Actualmente, tenemos una población muy pequeña, no por ello menos importante, de no nacidos en el país, que por elección o no, radican aquí. Sin embargo, el fenómeno migratorio ha presentado cambios importantes hacia un crecimiento de la población inmigrante en México en los años próximos, lo que visibilizará en mayor medida las condiciones de acceso a los servicios de salud.

## Las mujeres mexicanas en Estados Unidos: aspectos demográficos y de fecundidad en el siglo XXI

Rafael López Vega<sup>1</sup>

### Resumen

El estudio parte de una propuesta analítica para entender la fecundidad de las mujeres mexicanas inmigrantes en Estados Unidos bajo una perspectiva de integración social. Sobre este tema, comenta someramente algunos de los enfoques en boga, y sin pretender comprobar las hipótesis que forman parte de su contenido conceptual y empírico, aborda aspectos demográficos básicos de las mujeres mexicanas en el vecino país del norte, así como de la fecundidad en las regiones de origen, para finalmente presentar algunos indicadores de este fenómeno demográfico a partir de fuentes estadounidenses.

**Palabras clave:** *Mujeres migrantes, indicadores, fecundidad, México, Estados Unidos.*

### Introducción

El estudio de la integración social, económica y cultural de las personas inmigrantes internacionales en las sociedades de destino, parte del reconocimiento de la existencia de políticas implícitas o explícitas, en general de largo plazo, pero en las que se identifican programas, estrategias y acciones de corto plazo y coyunturales.

En el marco de estas políticas los Estados instrumentan estrategias para administrar la inmigración internacional, en teoría estas responden a la perspectiva estatal sobre la inmigración y su relevancia social, económica y cultural.

La Organización Internacional para las Migraciones reconoce que las estrategias y acciones que favorecen la integración social forma parte de la gestión migratoria, cuyo desarrollo conceptual, técnico y de herramientas de evaluación permite conocer e identificar los avances que los estados nacionales tienen en relación con los procesos de integración de los inmigrantes internacionales en el destino (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2006a; OIM, 2006b; OIM, 2016).

En la ruta de los programas, estrategias y acciones en relación con la integración social de las poblaciones inmigrantes, los Estados Nación modelan, en el campo de la reproducción social, ciertas áreas de intervención (política pública) cuyos componentes interactúan con la dinámica demográfica, con las pautas culturales —asimilación/multiculturalismo—, con las necesidades de las personas inmigrantes, en tanto estas no formen parte del campo de demandas de derechos hacia las instituciones del Estado (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2021).

<sup>1</sup> Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional. Consejo Nacional de Población (CONAPO) rlopezv@conapo.gob.mx



Para la integración social de las personas inmigrantes, los esfuerzos gubernamentales se ven condicionados por los vínculos entre migración laboral y familiar, su carácter autorizado o no, su volumen, si los flujos representan una migración económica, un movimiento forzado que se transforma en exilio o refugio, de cara a la violencia familiar y social, conjunto de situaciones y causas que se ancla a la debilidad institucional en el estado nacional de origen.

La integración de las personas migrantes no está exenta de la lógica de la diversidad y el conflicto, esta atraviesa múltiples etapas en la que las estrategias y acciones de inclusión en las comunidades de destino pasan por el conocimiento del sistema de valores de la sociedad de destino en torno a la familia, la educación, el trabajo, hasta la atención en salud, la recreación y los comportamientos cívicos.

Por otro lado, conviene reconocer que en las dos décadas que ha recorrido el siglo XXI, la sola perspectiva de la migración es insuficiente frente a las múltiples aristas que los mercados de trabajo y educativos, los conflictos armados, los desastres naturales, las violencias política, familiar y social, han impuesto e imponen sobre la movilidad humana.

En relación con las pautas reproductivas de las mujeres migrantes, es preciso conocer las pautas previas a la migración (Choi, 2014), la influencia del sistema de valores en el origen, incluso, como se indicó en los estudios de antaño, la ideología en torno a la fecundidad/maternidad (Leñero, 1986) que podría estar regulando la importancia de tener descendencia, las decisiones al inicio del proceso migratorio en relación con el retraso de la fecundidad, así como la nueva composición de los flujos con una mayor presencia de mujeres en edad reproductiva (Frank y Heuveline, 2005; Kulu, 2005; Kulu et al., 2019; Tønnensen y Wilson, 2020; Desiderio, 2020; Garafolo, 2022).

Desde mediados del siglo XX se identificó a las variables intermedias que afectan la fe-

cundidad y se señaló la relevancia que para esta tienen también los factores culturales (Davis y Blake, 1956). A este respecto, la educación tiene importantes consecuencias sociales y demográficas. La educación interviene en la decisión de formar familia y tener descendencia.

En México se ha probado que las mujeres a partir de cierto nivel de escolaridad tienen mayor y mejor uso de métodos anticonceptivos (Hill, 1979, 1988; Villagómez et al., 2011; Meneses et al., 2017). Podría decirse sin ambages, que la educación genera aspiraciones, cambia las actitudes y los valores, y en el caso de las mujeres mexicanas.

Conviene tener presente que además de los componentes estructurales (un nuevo país, una nueva situación económica), en el tema de la fecundidad, otro tipo de componentes —como la escolaridad— tienen una relevancia única, ya que estos impactan en el sistema de valores, en las percepciones y aspiraciones de las personas, en este caso de las mujeres (Juárez y Castro, 1995; Lichter et al., 2012).

En continuidad con el tipo de estudios señalados, aquí se exploran algunos indicadores cuantitativos para conocer la dinámica de la fecundidad de las mujeres nacidas en México residentes en Estados Unidos. En primer lugar, se hace una introducción sintética a la vinculación entre fecundidad y migración con base en algunos de los estudios más sólidos sobre el particular. El segundo apartado aborda los aspectos metodológicos que desde el campo de la demografía permiten construir indicadores básicos sobre el tema. Posteriormente, se hacen algunas acotaciones en relación con la evolución del volumen de las mujeres mexicanas emigrantes en Estados Unidos. Características que dan pie para explorar los aspectos relativos a la fecundidad en las entidades de origen en México. Antes de conclusiones y consideraciones para la política pública, se da cuenta de la fecundidad de las mujeres mexicanas migrantes en Estados Unidos mediante el cálculo de indicadores básicos.

## Metodología

La investigación toma como punto de partida algunos de los estudios sobre la fecundidad de las poblaciones migrantes mexicanas en Estados Unidos. Por lo que metodológicamente es un estudio analítico-descriptivo para con los hallazgos de estas. Partiendo de esta premisa, el trabajo se torna de carácter estadístico-demográfico. Utilizando las fuentes de información de mayor robustez se desarrollan estimaciones y se construyen indicadores relativos al comportamiento reproductivo de las mujeres mexicanas residentes en la Unión Americana.

En lo que concierne a las estimaciones básicas se evalúa la carga demográfica de las mujeres mexicanas migrantes de acuerdo a su origen étnico (hispanas) y se valora el cambio de su estructura demográfica en un periodo de dos décadas. Posteriormente, se realiza el cálculo de algunos indicadores demográficos en relación con su fecundidad, lo que permite poner en perspectiva su comportamiento reproductivo y adelantar algunas hipótesis al respecto, pero también sobre las fuentes de información y sobre la idoneidad de los indicadores que dan cuenta de este, y de los métodos indirectos que podrían aplicarse para lograr observar el fenómeno desde distintos ángulos.

Las fuentes de información que se utilizan, aunque diferentes resultan complementarias, son los casos de la American Community Survey (2000-2021) y del complemento bienal de fecundidad de la Current Population Survey (1995-2022). El estudio alude a algunas de las diferencias sustantivas entre ambas encuestas, que conviene considerar al llevar a cabo estimaciones sobre la composición y estructura demográfica de la población migrante y para cálculo de indicadores como el promedio de hijos nacidos vivos y la Tasa Global de Fecundidad, la fecundidad actual. Finalmente, en términos metodológicos, el estudio solo presenta un avance del panorama del comportamiento reproductivo, para el que es necesario explorar a profundidad al menos las

dos encuestas ya señaladas y evaluar su consistencia en función de las estadísticas vitales estadounidenses, tarea aún pendiente.

## Evolución del volumen de las mujeres mexicanas inmigrantes en Estados Unidos

Durante las primeras dos décadas del siglo XXI, el volumen de personas mexicanas viviendo en Estados Unidos ha tendido a un descenso suave y gradual que simula cierta estabilidad. Sin embargo, cuando se observa la composición y estructura demográfica con mayor detalle, se advierte, por ejemplo, que mientras el total de mujeres aumentó de 2010 hasta antes de la pandemia por COVID-19, aproximándose en volumen cada vez más al de hombres; por el contrario, las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) reducen su número en el mismo periodo, para situarse en el nivel que tenían en el año 2000, en el inter del periodo, se genera una diferencia respecto al grupo total de mujeres que supera al millón de mujeres y que expresa la magnitud del cambio hacia la baja de las mujeres en edad reproductiva (véase gráfica 1).<sup>2</sup>

Estas estimaciones sugieren que la estructura demográfica de la población mexicana en la Unión Americana presenta cambios que posiblemente abarcan también a los hombres, y tal vez presentes en distintas etapas del ciclo de vida. Debe advertirse que esta reducción podría tener implicaciones en relación con los patrones de reproducción de la población nacida en México en Estados Unidos (calendario, volumen en el número de hijos nacidos vivos, tasas de fecundidad por edad, tasa general y tasa global de fecundidad), así como en la estructura demográfica de la población de origen mexicano en la Unión Americana.

<sup>2</sup> Este ejercicio de presentar las estimaciones se hace con base en la American Community Survey (ACS), que en términos de cobertura abarca de manera más completa a la población residente en Estados Unidos. Sin embargo, se reconoce que un ejercicio similar podría hacerse a partir del complemento social y económico anual de la Current Population Survey (CPS-ASEC). Véase U.S. Census Bureau (s/f).

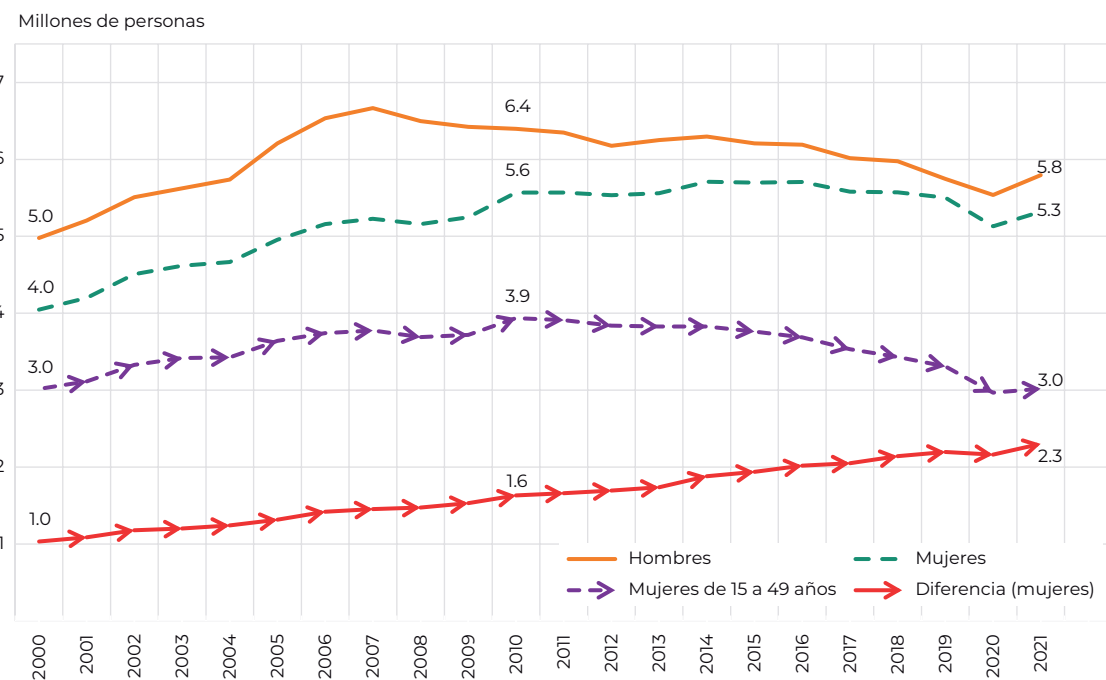


Dado el interés en este trabajo de observar aspectos relativos a la reproducción de la población mexicana residente en la Unión Americana, en particular de los indicadores que permiten aproximarse al conocimiento de la fecundidad de las mujeres, es de notar como el porcentaje de ellas en edad reproductiva dentro del total de mujeres se reduce en 20 puntos porcentuales en el marco de las dos décadas que van de 2000 a 2021, y que la diferencia por reducción de mujeres en edad reproductiva respecto al total de mujeres se hace cada vez mayor. Se observa un crecimiento exponencial del porcentaje que representa esta diferencia del volumen de mujeres en edad reproductiva. En este pe-

riodo, hay también procesos complementarios (véase gráfica 2):

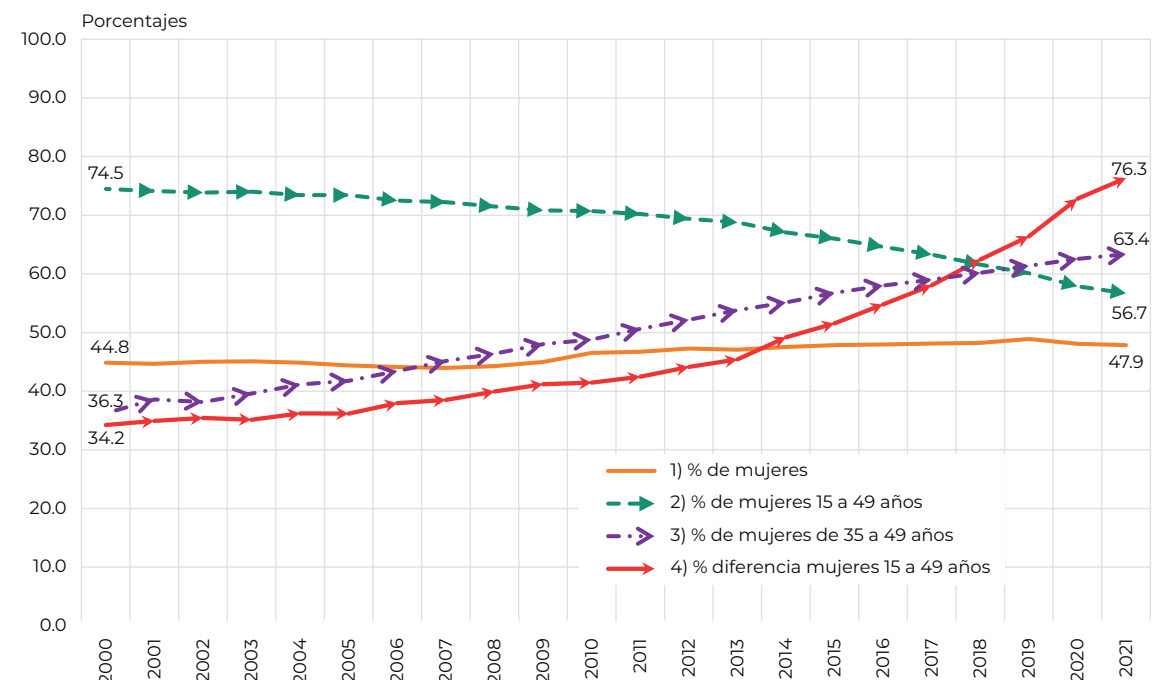
- como el aumento en la edad mediana en las mujeres mexicanas en edad reproductiva de 30 a 38 años (aunque menor al del total de mujeres mexicanas en la Unión Americana: 31 a 46 años),
- una mayor participación de las mujeres en edades reproductivas a partir de los 35 años (su porcentaje dentro de las mujeres en edad reproductiva cambió de 36.3 a 63.4% en dos décadas), es decir, casi se duplicó su participación cuando ellas se aproximan a la conclusión de su vida fértil.

**Gráfica 1.** Estados Unidos. Población nacida en México residente por sexo, mujeres de 15 a 49 años y diferencia entre mujeres,<sup>1</sup> 2000-2021



<sup>1</sup> La diferencia es del total de mujeres menos las mujeres de 15 a 49 años. Fuente: Estimaciones propias con base en U.S. Census Bureau. American Community Survey, 2000-2021 (ACS).

**Gráfica 2.** Estados Unidos. Porcentajes de mujeres nacidas en México residentes<sup>1</sup> para grupos de edad seleccionados, 2000-2021



<sup>1</sup> Los porcentajes son: 1) respecto al total de la población nacida en México residente en EE. UU., 2) respecto al total de mujeres nacidas en México residentes en EE. UU.; y, 3) respecto a las mujeres de 15 a 49 años; 4) la diferencia refiere al total de mujeres menos las de 15 a 49 años. Fuente: Estimaciones propias con base en U.S. Census Bureau. American Community Survey 2000-2021 (ACS).

### Algunos rasgos de la fecundidad en las entidades de origen de las mujeres mexicanas emigrantes en Estados Unidos

Se pueden adelantar algunas hipótesis en relación con la fecundidad de las mujeres mexicanas en la Unión Americana. Para establecerlas, se toman como premisa los hallazgos relativos al contexto reproductivo en México, que señalan que desde los años setenta del siglo pasado, la fecundidad muestra “un descenso acelerado”, situando su proyección actualmente en menos de dos hijos por mujer (1.91), con marcados cambios en el calendario que, como indicó Villagómez et al. (2011) se mantiene con una cúspide temprana desde los años ochenta del siglo pasado, esto también lo evidencian las estimaciones

posteriores a la Conciliación Demográfica 1950-2015 (Meneses et al., 2017).<sup>3</sup>

Por su parte, la prospectiva demográfica muestra que esta cúspide temprana (extendida) se mantiene vigente, aunque su nivel ha descendido (CONAPO, 2017, 2023) (véase gráfica 3). Más adelante se muestra la prospectiva demográfica por región migratoria en las que se puede constatar el preeminencia del tipo de cúspide indicado en todas las regiones (gráfica 4).

En este marco, una primera hipótesis, consiste en plantear si las mujeres mexicanas residentes en Estados Unidos son portadoras de esta pauta reproductiva, por lo que la disminución de

<sup>3</sup> La Tasa Global de Fecundidad en México en 1990 fue de 3.45, una década después era 2.67. Véanse también Zavala de Cosío (2001); Partida y Mier (2001).

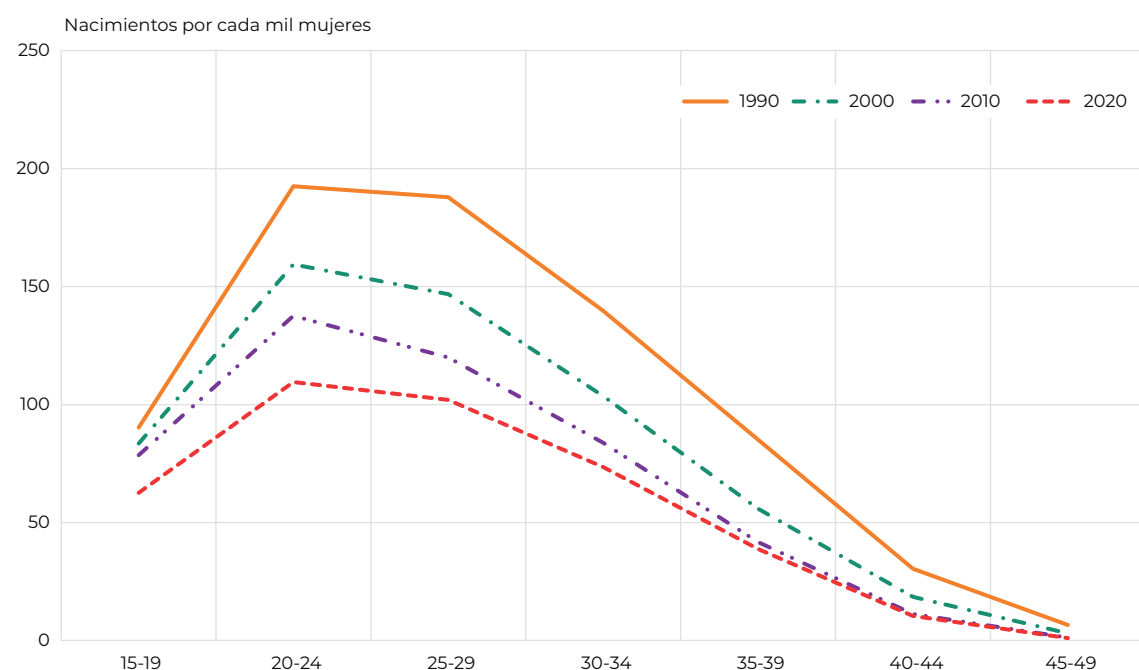
su número y su menor proporción en el volumen acumulado de mujeres mexicanas en la Unión Americana en los grupos de edad 15 a 34 años afecta hacia la baja el volumen o número de hijas e hijos nacidos vivos con madres mexicanas, lo que también implica que durante 2008-2021, la información recabada sobre fecundidad en encuestas como la Current Population Survey (CPS) refleje cada vez con más fuerza una fecundidad de mujeres en edades reproductivas avanzadas.

Una segunda hipótesis, consiste en plantear que, si es consistente la portación de esta pauta reproductiva, al ingreso al vecino país del norte las mujeres mexicanas ya contaban con experiencia reproductiva. Esto implica, en términos simples, indagar dos aspectos en relación con la fecundidad: 1) sobre cómo se forma en el tiempo el volumen acumulado de mujeres mexicanas migrantes, y 2) cómo se forma su descendencia

— identificar el porcentaje de mujeres que antes de emigrar ya tenía al menos un hijo, es decir, contaba con experiencia reproductiva.

Parecería razonable asumir diversas hipótesis sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres migrantes. Minnis (2010) indica que la pauta reproductiva de las mujeres migrantes podría mantenerse; Carter (2000) plantea que es posible que esta se vea interferida por la migración a través de la exposición prolongada a otros patrones culturales, podría decirse otras expectativas de vida. Choi (2011) propone analizar la fecundidad en el marco del proceso migratorio (antes y después de migrar), para lo cual considera los cuatro modelos sociodemográficos en boga que buscan explicar el comportamiento de la fecundidad: asimilación; estratificación racial; asimilación segmentada; y, de perturbación y recuperación.

**Gráfica 3.**  
República Mexicana. Tasas específicas de fecundidad: 1990, 2000, 2010 y 2020



Fuente: CONAPO (2023). Conciliación Demográfica de México 1950-2019 y Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020-2070.

Si bien aquí no buscamos probar ninguna de estas hipótesis, si se considera que, en esta dirección, las opciones analíticas en torno a la fecundidad implican explorar el tipo de información disponible, los indicadores que podrían generarse y su comparabilidad. Con esta precaución, parece oportuno continuar con la mirada a la fecundidad en México, que funja como trasfondo de las interpretaciones analíticas que pudieran derivarse.

Un elemento territorial en el origen podría intervenir, respecto a que, en las dos décadas transcurridas del siglo XXI, las estimaciones de mujeres migrantes con fuentes de información de México —pese al arrastre que la dinámica migratoria ha tenido en prácticamente todo el

territorio nacional—, muestran que las entidades de origen (y regiones) identificadas en los años noventa del siglo XX mantienen su relevancia.

El origen territorial en México implica tener en cuenta las cifras que informan del comportamiento reproductivo en el país, en sus entidades y en sus regiones de migración internacional.<sup>4</sup> A continuación, se muestran dos tipos de datos: 1) la importancia demográfica de las mujeres de 15 a 49 años por región de migración internacional de acuerdo a las encuestas más importantes sobre el tema en el país, y 2) la Tasa Global de Fecundidad (TGF) a nivel nacional y su mediana, considerando los distintos valores por entidades, en las regiones bajo observación (véase cuadro 1).

**Cuadro 1.**  
Mujeres mexicanas migrantes internacionales por región migratoria (1992-2020) y Tasa Global de Fecundidad, años seleccionados

Fuente de información	% de mujeres en el total de migrantes	% de mujeres de 15 a 49 años <sup>1</sup>	Total	Regiones de origen <sup>2</sup>				
				Centro	Norte	Sur Sureste	Tradicional	Otra <sup>3</sup>
Distribución porcentual								
ENADID 1992	26.6	80.2	100.0	17.4	26.9	8.6	47.1	
CONTEO 1995	30.6	76.7	100.0	21.7	21.0	12.4	44.7	0.2
ENDADID 1997	24.5	84.9	100.0	20.4	23.8	12.4	42.7	0.7
CENSO 2000	25.4	82.3	100.0	27.1	17.6	14.4	39.8	1.1
ENADID 1999	23.3	79.7	100.0	21.7	20.3	20.7	32.3	5.0
CENSO 2010	25.2	78.1	100.0	27.5	18.3	18.5	33.3	2.4
EDADID 2014	25.9	74.9	100.0	26.4	31.0	13.6	28.9	0.1
ENADID 2018	29.5	73.3	100.0	19.3	33.2	14.5	33.0	
CENSO 2020	33.1	77.8	100.0	25.6	23.9	15.9	29.9	4.7
Mediana de la TGF en México <sup>4</sup>								
1990		3.66		3.65	3.20	3.95	4.27	
2000		2.85		2.92	2.73	2.84	3.14	
2010		2.37		2.33	2.27	2.29	2.52	
2020		1.99		1.80	1.92	1.98	2.09	

<sup>1</sup> Porcentaje respecto al total de mujeres.

<sup>2</sup> Regiones de migración internacional México-Estados Unidos.

<sup>3</sup> Puede incluir entidad no especificada, el no especificado y respuestas relativas a otro país.

<sup>4</sup> La mediana solo se calculó para la regiones tomando los valores de las proyecciones de población de México y las entidades federativas de cada entidad en las regiones migratorias. El dato nacional corresponde al publicado.

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, varios años; CONAPO (2023). Conciliación demográfica de México, 1950-2019 y Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020-2070.

<sup>4</sup> Para una definición de las regiones migratorias véase Gómez de León, J. y Tuirán, R. (1998).

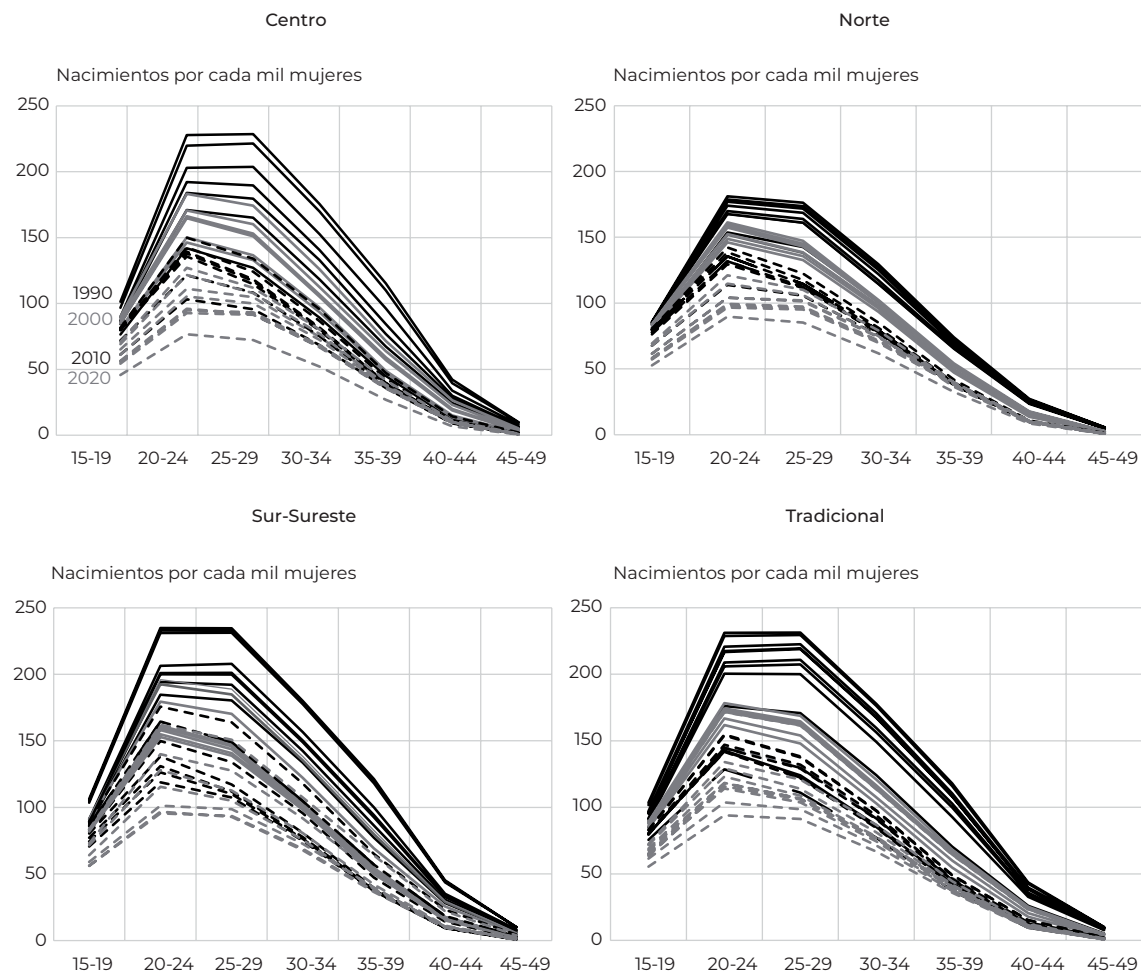
Del cuadro 1 destacan cuatro aspectos en relación con los flujos de mujeres migrantes por región de origen: 1) la región tradicional se sostiene en el tiempo como principal origen migratorio, seguida por la centro y la norte, la sur es la de menor participación, pero destaca el aumento estimado en 2010; 2) hay estabilidad de las contribuciones de la región centro y sur sureste, destacando un ligero descenso en la región centro entre 2010 y 2020; 3) se identifica un aumento en la participación de la región norte, y 4) hay un descenso importante de la región tra-

dicional cercano a los diez puntos porcentuales entre 2000 y 2020.

Además, al examinar el nivel y el calendario de la fecundidad en cada una de las regiones migratorias de origen en México en el recorrido 1990-2020 (véase gráfica 4), es notorio que en general el comportamiento de la tasa global de fecundidad en las regiones migratorias hacia 2020, se sitúa hacia la baja y en tres de las regiones su mediana indica que se estaría por abajo del nivel de reemplazo actualmente (véase supra Cuadro 1).

Gráfica 4.

#### República mexicana. Tasas específicas de fecundidad de las entidades federativas por región de migración internacional, 1990, 2000, 2010 y 2020



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

En relación con este conjunto de tasas específicas en las entidades de las cuatro regiones migratorias de origen para los años 1990, 2000, 2010 y 2020, de los varios aspectos que pueden describirse, solo interesa destacar tres:

1. La cúspide temprana en las regiones que tienen una mayor contribución a los flujos migratorios (tradicional, centro y norte).
2. La cúspide temprana dilatada que la curva presenta en la región sur sureste, la contribución de las mujeres de 20-24 y 25 a 29 mantiene altos niveles, sin embargo, con el índice de intensidad migratoria México-Estados Unidos no se determina que en el trayecto sea una región de importancia crucial para la migración internacional de las mujeres.
3. En materia de política pública, y alejado del planteamiento central de este trabajo, se hallan los valores de la TGF para las regiones sur sureste y tradicional (véase supra cuadro 2), formando una brecha en 2020 respecto a las regiones centro y norte, que podría ser explicado en términos del perfil sociodemográfico de las mujeres, pero también en términos del impacto de la política pública en materia de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, en Durango, Guanajuato y San Luis Potosí (3 de 9 entidades de la región migratoria tradicional) el porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activa usuarias de métodos anticonceptivos aumentó en 2018 respecto a 2014, pero incluso con este cambio positivo, a escala nacional no hubo cambios.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> El "Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018" señala que "...los avances alcanzados durante casi cuatro décadas de políticas públicas son importantes, pero insuficientes, particularmente porque durante la primera década de este siglo prácticamente se estancó la cobertura del Programa" (SS, 2013, pp. 11). Planteamiento que podría, con algunas excepciones, extenderse también a la segunda década. Véase también Meneses et al. (2020, p. 161-164).

#### Indicadores básicos de la fecundidad de las mujeres mexicanas residentes en Estados Unidos a través de la CPS

Por otro lado, la U.S Bureau of the Census (2023), así como las investigaciones en este campo buscan el consenso entre diferentes fuentes de información relativas a la fecundidad en Estados Unidos, y en particular de la población inmigrante (Bean, 2000; Jonsson y Rendall, 2004; Parrado y Morgan, 2008; Parrado, 2011).

A partir de la CPS en su levantamiento bienal del mes de junio se recaba parcialmente información sobre historia marital, historia de fecundidad y expectativas de nacimientos, lo que hace posible la estimación de algunas medidas básicas de la fecundidad. Con la American Community Survey (ACS) se pueden obtener algunos indicadores mínimos en relación con la fecundidad actual (hijos nacidos durante los último 12 meses). Por su parte, las estadísticas vitales que recoge el National Center for Health Statistics (NCHS) ofrecen una serie de indicadores que pueden ser construidos para dar cuenta de la fecundidad, a este respecto debe tomarse en cuenta que el registro de nacimientos es prácticamente completo en los Estados Unidos (Sitie et al., 2009).

Además, estas tres fuentes de información (CPS, ACS y NCHS) para el caso de la fecundidad permiten la identificación del grupo étnico de la madre (hispana). Los resultados de dichas fuentes informan en su propio entorno conceptual y empírico de la fecundidad en los Estados Unidos, su comparación y complementariedad es posible bajo supuestos gruesos que permiten explorar la robustez de los resultados de cada fuente. El U.S Census Bureau lleva a cabo el análisis demográfico (conciliación de estimaciones) y las proyecciones de población, particularmente las proyecciones distinguen algunos indicadores para las hispanas nacidas en el extranjero, entre estos, las tasas específicas de fecundidad y las tasas globales de fecundidad, pero solo en algunos ejercicios de prospectiva.

Al igual que en el caso de las fuentes mexicanas, conviene tener presente las cifras de las proyecciones de población estadounidenses para 2017-2060 que presentan valores para las tasas específicas y para la Tasa Global de Fecundidad distinguiendo por origen étnico. Así, para la población hispana nacida en el extranjero, la TGF se proyectó de 2.86 hijos por mujer para el año 2020, valor superior al proyectado a nivel nacional (1.84) o para la población blanca (1.75) y afroamericana nacida en Estados Unidos (1.86). En relación con el calendario destaca la coincidencia entre el comportamiento nacional y el de la población blanca, la cúspide temprana para la población afroamericana y la cúspide tardía para la población hispana nacida en el extranjero (véase gráfica 5).

A partir del complemento de fecundidad del mes de junio de la CPS, se pueden derivar algunas estimaciones sobre los indicadores de

este componente de la dinámica demográfica de la población de mujeres migrantes de México, entre estos el promedio de hijos nacidos vivos, la aproximación por esta vía a la Tasa Global de Fecundidad, y al calendario respectivo.

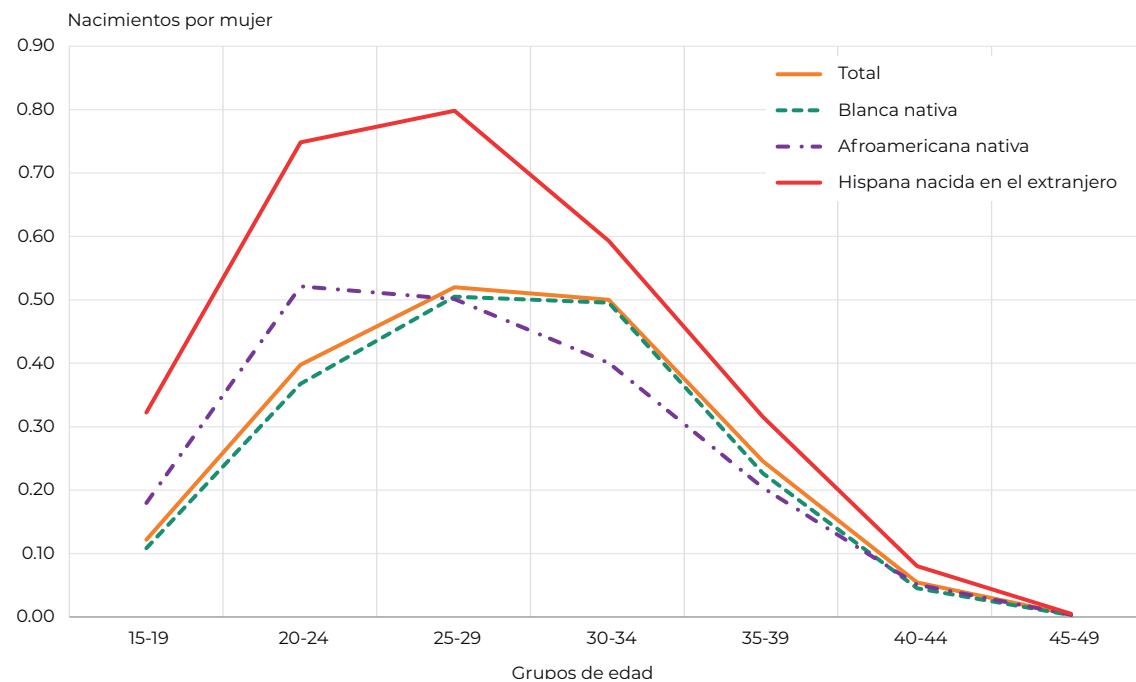
Las estimaciones del promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres mexicanas en la Unión Americana muestran, con cierta regularidad, un promedio menor a 3.5 hijos por mujer durante los años noventa, y un descenso de hasta una unidad en el marco de las dos primeras décadas del siglo XXI (véase gráfica 6). Estimación concordante con la mediana de la TGF en México para el inicio de los años noventa y para el inicio del siglo XXI. Sin embargo, en los decenios siguientes, parece haber un alejamiento de la TGF para el país, y de las que se observan en las regiones migratorias de origen, que están por abajo del nivel de reemplazo (véase supra cuadro 1). Una posible explicación a este respecto está

en el sentido de que la fecundidad de las poblaciones migrantes necesite ser observada considerando esta característica y que sus patrones reproductivos se vean perturbados por múltiples vías, incluida la posibilidad de que la condición de irregularidad migratoria bajo la que residen afecte la completitud de su contabilidad.

De este indicador si se toma el promedio de hijos solo de las mujeres de 35 a 39 años como una aproximación a la Tasa Global de Fecundidad, se encuentra a lo largo de la serie 1995-2022 una tendencia al descenso, las estimaciones puntuales muestran que esta es de

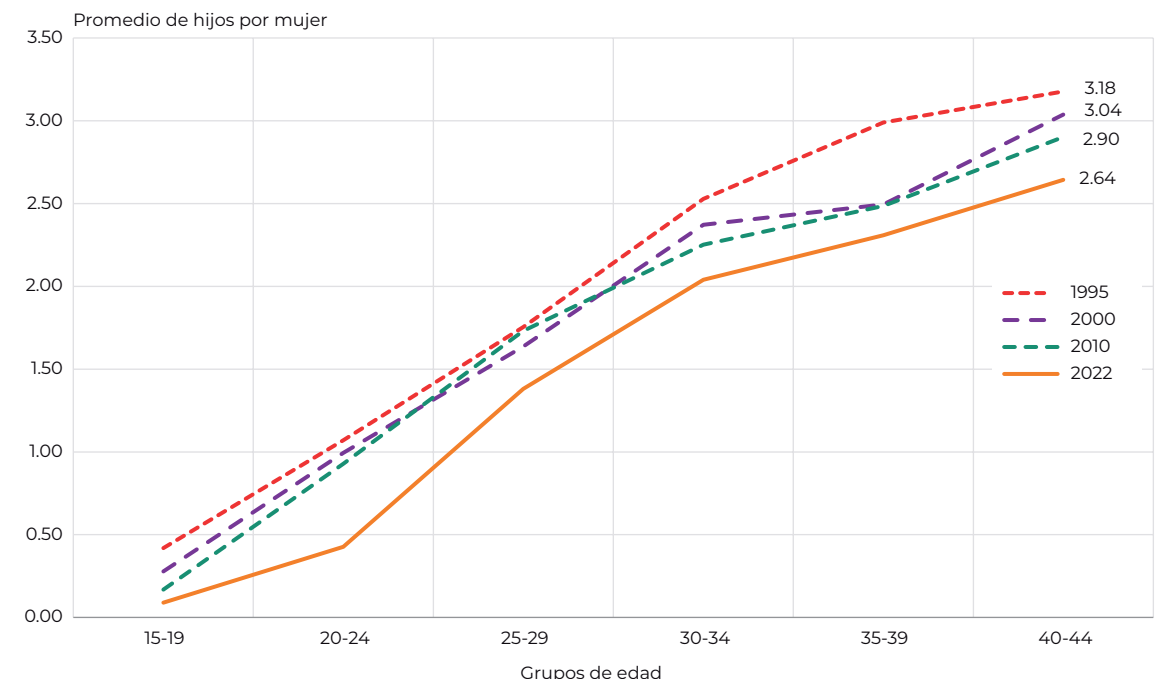
2.99 hijos por mujer en 1995, valor que descendió a 2.49 en 2000 y que se mantiene en 2010, para 2022 ya se situaba en 2.31 hijos por mujer (véase gráfica 7). La literatura especializada reconoce que este tipo de datos podría recoger adecuadamente el nivel, pero no el calendario (Brass, 1974; Camisa, 1975; UN, 1983). Aunque para este último existen algunas técnicas para derivarlo de los valores acumulados descendentes del promedio de hijos, considerando todos los grupos de edad de las mujeres en edad reproductiva, los supuestos podrían no ser aptos para poblaciones migrantes.

**Gráfica 5.**  
Estados Unidos. Tasas específicas de fecundidad por grupo de edad según origen étnico y lugar de nacimiento, 2020



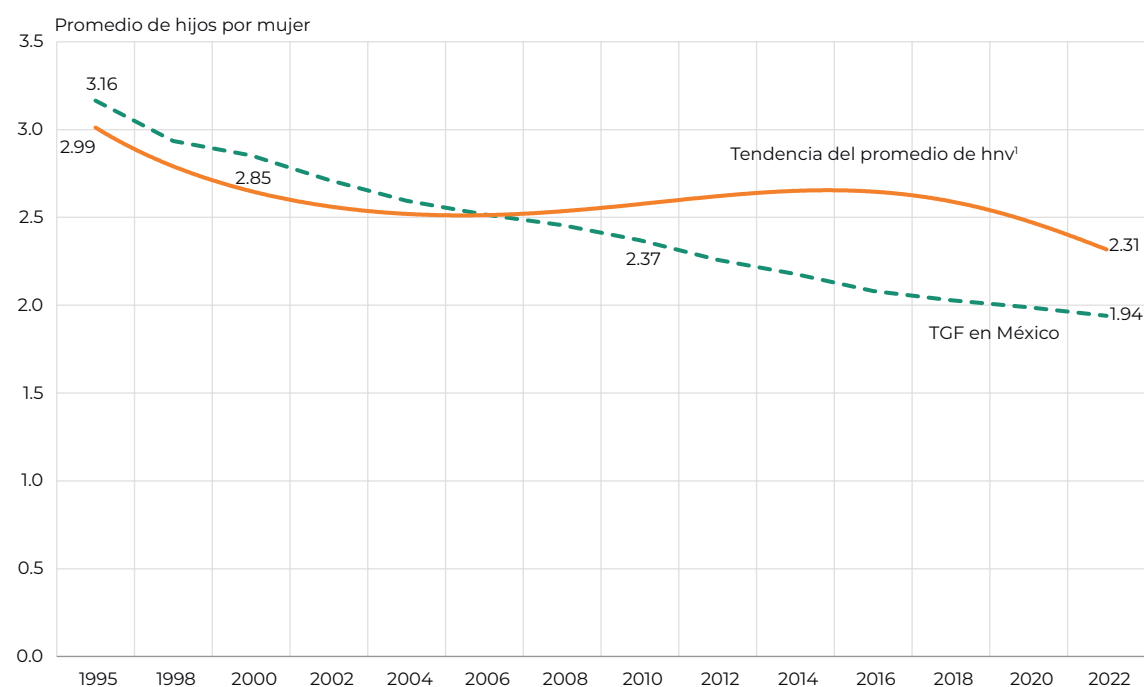
Fuente: Elaboración propia con base en U.S. Bureau of the Census (2019). National Population Projections 2017-2060.

**Gráfica 6.**  
Estados Unidos. Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres nacidas en México residentes, 1995, 2000, 2010 y 2022



Fuente: Estimaciones propias con base en BLS, CPS-June Fertility Supplement, varios años.

**Gráfica 6.**  
Estados Unidos. Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres nacidas en México residentes, 1995, 2000, 2010 y 2022



Fuente: Estimaciones propias con base en BLS, CPS-June Fertility Supplement, varios años.

Las estimaciones presentadas dan lugar a continuar con la investigación de otras medidas de la fecundidad a partir del propio complemento del mes de junio de la CPS, en lo que respecta a la fecundidad actual (que inscribiría una medida distinta temporalmente al promedio de hijos nacidos vivos utilizado) y su calendario, ello permitiría otra aproximación a la medida de la fecundidad de la población migrante y a la comparación con las estadísticas de México sobre el tema. Además, esto posibilitaría abonar a la periodicidad en la formación, continuidad y cambios de las distintas generaciones de personas de origen mexicano en Estados Unidos.

A este respecto, se puede afirmar que en los años noventa del siglo pasado tres de cada diez mujeres mexicanas inmigrantes contaban con experiencia reproductiva antes de haber entrado a dicho país, relación que, con intermitencias, durante la segunda década del siglo XXI (hasta 1 de cada 5) se ubicó recientemente

(2022) en una de cada cuatro mujeres, con una edad en ese momento alrededor de los 21 años. Con base en fuentes mexicanas se puede establecer que la edad mediana de las mujeres en edad reproductiva al migrar desde México fue de 22 años entre 1987 y 1992, entre 1995 y 2000 fue de 23 años, una década después, en el periodo 2005 a 2010, había ascendido a 25 años, y entre 2015 y 2020 casi tenía el mismo nivel de la década pasada, 26 años. Como se ha señalado en algunas investigaciones resulta de importancia considerar el enfoque de curso de vida para el análisis de la fecundidad de la población migrante (Lindstrom y Giourguli, 2007).

En relación con este tema, se pueden destacar dos características, una de ellas implica que las estimaciones del promedio de hijos nacidos vivos y de la TGF deberían considerar la experiencia reproductiva previa a la migración, lo que para el caso de las mujeres mexicanas implica, en el trayecto 1995-2022, que de un tercio

**Cuadro 2.**  
Estados Unidos. Población femenina de 15 a 49 años de edad residente según origen hispano y lugar de nacimiento, 2000-2021

Año de levantamiento	Total de mujeres	Mujeres nacidas en el extranjero	Mujeres hispanas nacidas en el extranjero	Mujeres hispanas nacidas en México	Mujeres nacidas en México	Mujeres nacidas en México no hispanas	% Mujeres nacidas en el extranjero	% Mujeres hispanas nacidas en el extranjero	% Mujeres hispanas nacidas en México	% Mujeres nacidas en México no hispanas
	A	B	C	D	E	F	B/A	C/B	D/C	F/E
2000	70 224 056	9 517 034	4 622 871	2 994 802	3 014 270	19 468	13.6	48.6	64.8	0.6
2001	70 745 116	9 785 922	4 791 217	3 093 408	3 112 548	19 140	13.8	49.0	64.6	0.6
2002	71 327 465	10 274 623	5 116 406	3 313 221	3 328 676	15 455	14.4	49.8	64.8	0.5
2003	71 379 895	11 358 584	5 273 505	3 391 531	3 417 611	26 080	15.9	46.4	64.3	0.8
2004	71 620 223	11 400 587	5 281 251	3 392 613	3 426 240	33 627	15.9	46.3	64.2	1.0
2005	71 759 950	11 808 462	5 572 200	3 603 326	3 639 697	36 371	16.5	47.2	64.7	1.0
2006	73 855 381	12 138 731	5 710 644	3 695 099	3 739 949	44 850	16.4	47.0	64.7	1.2
2007	73 678 309	12 181 881	5 767 355	3 741 770	3 774 792	33 022	16.5	47.3	64.9	0.9
2008	73 613 055	12 109 073	5 685 001	3 644 049	3 687 903	43 854	16.4	46.9	64.1	1.2
2009	73 625 361	12 222 734	5 738 604	3 680 654	3 716 685	36 031	16.6	47.0	64.1	1.0
2010	73 933 243	12 901 861	6 185 950	3 901 567	3 936 761	35 194	17.5	47.9	63.1	0.9
2011	73 806 048	12 924 147	6 143 223	3 873 125	3 908 602	35 477	17.5	47.5	63.0	0.9
2012	73 824 133	13 056 417	6 113 319	3 798 852	3 839 011	40 159	17.7	46.8	62.1	1.0
2013	73 776 665	13 013 162	6 082 194	3 780 551	3 824 983	44 432	17.6	46.7	62.2	1.2
2014	74 033 712	13 143 490	6 126 572	3 777 291	3 826 646	49 355	17.8	46.6	61.7	1.3
2015	74 253 692	13 367 124	6 111 155	3 716 352	3 760 329	43 977	18.0	45.7	60.8	1.2
2016	74 338 857	13 354 849	6 045 780	3 648 522	3 686 446	37 924	18.0	45.3	60.3	1.0
2017	74 676 470	13 480 815	5 993 484	3 497 143	3 531 365	34 222	18.1	44.5	58.3	1.0
2018	74 782 790	13 388 248	5 932 275	3 394 990	3 430 817	35 827	17.9	44.3	57.2	1.0
2019	74 751 685	13 186 561	5 845 529	3 271 264	3 306 782	35 518	17.6	44.3	56.0	1.1
2020	74 754 393	12 602 197	5 550 862	2 947 130	2 969 312	22 182	16.9	44.0	53.1	0.7
2021	75 053 388	12 863 451	5 566 082	3 002 767	3 016 987	14 220	17.1	43.3	53.9	0.5

Fuente: Estimaciones propias con base en U.S. Bureau of the Census, American Community Survey, varios años.

a una quinta parte de ellas, contaban con experiencia reproductiva, por lo que propiamente debería evaluarse solo su fecundidad en el destino. Por otra parte, se puede establecer que en promedio los porcentajes de mujeres en edad reproductiva con uno (16.6%), dos (25.3%), más de dos hijos (36.0%) nacidos vivos o ninguno (22.1%) evidencian un comportamiento estable a lo largo de los años recorridos en el siglo XXI, rasgo

que podría implicar que la formación de la descendencia se mantiene sin cambios en el comportamiento reproductivo.

Por otro lado, como preámbulo de la necesaria continuidad de esta investigación, con base en las estimaciones de la ACS, se puede tener una idea aproximada de la capacidad demográfica en relación con la fecundidad de las mujeres mexicanas inmigrantes en la Unión

Americana. A este respecto, se presentan algunas cifras de volumen y porcentajes de mujeres en edad reproductiva (véase cuadro 2):

- el volumen total de mujeres de 15 a 49 años ha tenido un aumento gradual de 1.2 millones en el periodo 2006 a 2021 (73.86 a 75.05 millones),
- las mujeres nacidas en el extranjero aumentaron casi tres cuartos de millón (12.14 a 12.86 millones),
- el volumen de mujeres hispanas se redujo en 144.5 miles (5.71 a 5.57 millones),
- y las mujeres hispanas nacidas en México disminuyeron en aproximadamente 700 mil (de 3.7 a 3.0 millones), lo que representa una pérdida de mujeres en edad reproductiva cercana al 20 por ciento en este periodo (18.7%).

La importancia relativa de las mujeres nacidas en el extranjero promedia, en el periodo 2006 a 2021, 17.4 por ciento en el total de mujeres, a su vez el promedio de las mujeres hispanas en el total de mujeres nacidas en el extranjero es 46 por ciento, mientras que el de las mujeres hispanas nacidas en México promedia 60.6 por ciento; sin embargo, a diferencia de los grupos precedentes y teniendo como marco la pérdida en su volumen, la participación relativa de este grupo perdió diez puntos porcentuales en el periodo indicado respecto al año de referencia (64.7% en 2006 y 53.9% en 2021), situación que no se presenta en el conjunto de mujeres ni entre las hispanas nacidas en el extranjero (véase cuadro 2).

Las cifras estimadas de mujeres hispanas nacidas fuera de la Unión Americana y de mujeres hispanas nacidas en México, proveen elementos objetivos para deducir la importancia que tienen las mujeres en edad reproductiva en la estructura demográfica estadounidense y en particular entre las poblaciones migrantes.

Al iniciar el análisis de la CPS, se indicó que convendría hacer un estudio específico de

la formación, continuidad y cambios de las mujeres de 15 a 49 años a lo largo de todos los levantamientos considerando el año o periodo de ingreso a los Estados Unidos. Esta sería una vía para establecer con cierto nivel de objetividad el aporte de la fecundidad de la migración mexicana al cambio demográfico en dicho país.

### Conclusiones y recomendaciones de política pública

Al partir de una propuesta analítica para entender la fecundidad de las mujeres mexicanas inmigrantes en Estados Unidos bajo una perspectiva de integración social, conceptualmente hay un acercamiento a los enfoques en boga. Sin embargo, este tipo de anclaje necesita también de los propios marcos conceptuales y avances empíricos en relación con los aspectos demográficos básicos y de las estimaciones de la fecundidad de las mujeres mexicanas en su país de origen y en las particularidades que se conocen en las regiones migratorias de las que proceden.

También, el estudio de la integración social de las personas inmigrantes en las sociedades de destino debe reconocer la existencia de políticas migratorias implícitas o explícitas que condicionan esta integración en diversos campos de la vida. Por ejemplo, en materia de cobertura de salud, y más allá de situaciones coyunturales que podrían haber favorecido la ampliación de esta (COVID-19), alrededor de un tercio de las mujeres mexicanas inmigrantes no cuentan con cobertura de salud en la Unión Americana.

Si bien en la investigación solo se muestran algunos indicadores básicos de la fecundidad de las mujeres mexicanas inmigrantes en Estados Unidos, se advierte la necesidad de, como acontece con la información de las fuentes de información especializadas en el tema en México, analizar componentes relativos a la dinámica migratoria —año de ingreso, incorporación al mercado de trabajo, escolaridad, de acceso a servicios de salud y de salud reproductiva—. Ele-

mentos que permitirían estructurar estrategias y acciones de política pública hacia las poblaciones migrantes en temas de salud de las mujeres y su descendencia.

Ahora bien, los indicadores cuantitativos que se presentan en dos de las tres secciones de este estudio permiten un anclaje de trasfondo a las características que la mujeres migrantes llevan consigo al ingresar a Estados Unidos, característica insoslayable para explorar y comprender su comportamiento reproductivo en la sociedad de destino, y sus necesidades de salud. Por ejemplo, a lo largo de toda la vida reproductiva las mujeres necesitan de atención especializada, pero como se destaca desde el inicio de esta investigación, el cambio en las proporciones de mujeres según grupos de edad debería conllevar programas, estrategias y acciones que atiendan los temas de salud de las mujeres migrantes con criterios de interseccionalidad basados en la edad.

El Gobierno de México ya emprende acciones de salud para las mujeres migrantes a través de sus consulados (Ventanillas de salud). Las estadísticas presentadas aquí en relación con el cambio demográfico que las poblaciones migrantes mexicanas están experimentando en Estados Unidos, implica que la prevención y control del cáncer de la mujer (ss, 2021), que tiene como estrategia la exploración clínica a partir de los 20 y 25 años de edad respectivamente y la mastografía de tamizaje entre los 40 a 69 años de

edad, es un elemento central a considerar en la oferta de servicio. En Estados Unidos los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2023) llevan poco más de tres décadas implementando el National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP) que inscribe criterios para pruebas gratuitas o de bajo costo, incluso con acceso a través de Medicaid, cerca de dos de cada diez mujeres mexicanas residentes ya cuentan con este tipo de cobertura.

Por último, conviene tener presente que además de los elementos objetivos que pueden apoyar el análisis de la integración social de las poblaciones migrantes, hay teóricamente una carga subjetiva en relación con el conocimiento y la adopción del sistema de valores de la sociedad de destino e incluso respecto con la misma comunidad a la que arriban. Se trata de un tema que, con relación a la fecundidad, implica explorar las expectativas de vida y de formación de la descendencia en el destino, pero también requiere de una evaluación del ejercicio de derechos, como el de la identidad de los hijos nacidos en México que migraron con sus madres, de la doble nacionalidad y su relación con parte de los sistemas de valores en la Unión Americana, el bienestar personal y familiar encontrado a través del trabajo en el destino, pero también, con el respaldo del gobierno mexicano a través de sus programas especiales para la población migrante.

## Violencia Obstétrica: uno de los desafíos que enfrentan las personas gestantes migrantes en la frontera norte de México

Lizeth Jiménez Paredes<sup>1</sup> / Espacio Migrante<sup>2</sup>

### Resumen

La migración ha sido un fenómeno constante, no obstante, en los últimos años se ha incrementado significativamente. Las personas migrantes gestantes en la frontera norte de México, Tijuana, al momento de acudir a servicio de salud público mexicano para sus consultas prenatales, estando en labor de parto o posterior al mismo, presentan diversas dificultades en razón a su nacionalidad, estatus migratorio, idioma y color de piel. Entre ellas, la negación del servicio médico o bien que el mismo no sea otorgado de buena manera, lo anterior con justificación del estatus migratorio. Esto ocasiona una concatenación de derechos de forma sistemática, tanto para la madre como para los infantes, quienes pueden durar meses sin actas de nacimiento, hasta que alguna asociación intervenga a través de las quejas en la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), y diversas gestiones legales. La partería y medicina ancestral representa una manera en la que las personas en contexto de movilidad pueden acceder a servicios de salud dignos, no obstante, las mismas no están legalmente autorizadas para emitir partidas de nacimiento. Las dificultades que se evidencian solo son una fracción de las que atraviesan las mu-

jes y personas gestantes durante su trayecto; falta de intérpretes, comentarios racistas, aislamiento en el centro de salud al momento de la labor de parto, negación del servicio médico en el mismo o en las consultas prenatales, entre otras dificultades.

**Palabras clave:** *Violencia obstétrica, movilidad, migración, atención médica, Tijuana.*

### Introducción

Las personas gestantes en posiciones de movilidad constantemente tienen menos acceso a la atención prenatal y asisten a consultas más tarde en el embarazo en comparación con otras personas que no están en contexto de movilidad (Munro et al., 2013). En el contexto del norte de México transitan cada mes decenas de miles de migrantes como repatriados, migrantes internos y migrantes internacionales llegan a ciudades fronterizas. Aunque no hay datos de cuántas personas migrantes gestantes pasan por el norte de México cada año, una encuesta realizada en Ciudad Juárez en el 2020 señaló que el 3.4 por ciento de todas las mujeres en la ciudad estaban embarazadas al momento de la encuesta (Organización Internacional para las Migracio-

<sup>1</sup> Abogada y Coordinadora del área de investigación e incidencia en Espacio Migrante. [lizeth.jimenez.paredes@uabc.edu.mx](mailto:lizeth.jimenez.paredes@uabc.edu.mx)

<sup>2</sup> Asociación civil binacional fundada por Paulina Olvera Ocañez y Sarahí Soto Valencia (Directoras).



nes [OIM], 2020). Informes y denuncias en México han encontrado que a las personas migrantes gestantes se les niega atención médica, tienen dificultades en pagar el costo de la atención o no pueden recibir otros servicios requeridos para atender a ellas mismas ni a sus hijos.

Si bien existen reportajes aislados de los desafíos que enfrentan las personas migrantes gestantes para recibir atención médica en México, sólo existen estudios limitados de las experiencias reales de las propias personas. Por eso, este estudio se enfoca en las experiencias de las personas migrantes gestantes en recibir cualquier tipo de atención médica incluso en el sistema público de salud, en hospitales privados y con parteras. En particular, nos enfocamos en la identificación de las dificultades que se enfrentan en acceder a consultas prenatales, al momento de dar a luz, y en el proceso de sacar el acta de nacimiento desde las perspectivas de las propias personas migrantes. Destacamos las experiencias de estas personas con la pregunta ¿Cuáles son los retos y las violaciones a derechos humanos que han enfrentado las personas migrantes gestantes en la frontera norte de México?

En Espacio Migrante y Justicia en Salud han sucedido varias situaciones en las que se ha presenciado violencia obstétrica constante hacia personas en contexto de movilidad y debido a ello se han interpuesto quejas ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDHBC). La violencia obstétrica prevalece aún después de nacer el infante, en muchas ocasiones hasta negándoles la nacionalidad mexicana, ocasionando una violación sistemática de derechos. Debido a lo anterior, nos proponemos a realizar la siguiente investigación con el objetivo de que la violencia cese.

### Preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las preferencias de las personas migrantes gestantes en cuanto a los

tipos de atención médica que reciben durante su embarazo (es decir con parteras, en centros de salud públicos o dentro de clínicas privadas) y por qué?

2. ¿Qué tipo de atención médica recibió finalmente la persona migrante gestante, por qué recibió atención médica en este lugar y cómo fue la experiencia?
3. ¿Cuáles fueron los desafíos que enfrentó la persona migrante gestante para acceder a esa atención médica y/o en su intento de registrar el nacimiento de su bebe (retos lingüísticos, racistas o por estatus migratorio)?

### Métodos del estudio

Nosotras utilizamos una metodología de métodos mixtos en dos fases. En primer lugar, por solicitudes de transparencia al gobierno mexicano usamos estadísticos descriptivos para evaluar cuántas personas migrantes gestantes han recibido atención médica en centros de salud gubernamentales en el territorio mexicano y qué tipo de atención médica recibieron. En segundo lugar, adaptamos un enfoque cualitativo, a través de entrevistas con 15 personas migrantes gestantes en la zona de la frontera norte de México, en Tijuana Baja California.

Estas entrevistas fueron realizadas en Espacio Migrante A.C. con la población que vive en el albergue y con comunidades de fuera, y con las pacientes de Justicia en Salud A.C. durante los meses de marzo y mayo del 2023. En estas entrevistas nos enfocamos en las experiencias propias de las personas migrantes gestantes y en todas las dificultades que enfrentaron para acceder a una atención médica digna durante y después de su embarazo.

### Marco Normativo

La violencia obstétrica es dirigida en contra de las mujeres que se genera por un acto u omisión por parte de un profesional del sistema de sa-

lud público o privado que ocasione un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto o postparto manifestándose en la falta de acceso al servicio de salud, un trato cruel o inhumano, abuso de medicalización, perjudicando así la capacidad de decidir de manera libre sus procesos reproductivos. Esta no distingue entre ciudadanas y no ciudadanos, no obstante, se presenta mayormente en mujeres y personas gestantes migrantes que por su grado de vulnerabilidad son mayormente propensas a recibir estas violaciones a derechos humanos (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], s.f.).

La violencia obstétrica se presenta en prácticas físicas tales como cesáreas que se realizan sin alguna causa justificada, la falta de respeto en los tiempos de parto, el retraso de la atención médica de urgencia o el suministro injustificado de medicamentos, de igual forma en actuaciones psicológicas tales como la desinformación sobre el proceso reproductivo, discriminación, el uso de un lenguaje ofensivo y el trato cruel de tal manera que no solamente abarca el hecho de que te nieguen un servicio sino también la manera en la que él mismo te es proporcionado por pertenecer a un grupo vulnerable (GIRE, s.f.).

De acuerdo con la legislación nacional, la violencia obstétrica en el marco legal de México es constitucionalmente penada, de acuerdo con el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión [CDD-HCU], 2023a, p. 1-2) todas las legislaciones de derechos humanos establecidas en los tratados internacionales tienen un rango constitucional, de esta manera es de cumplimiento en el sistema jurídico mexicano. La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) entiende que la nacionalidad es la expresión jurídica de un hecho social de conexión de un individuo con un Estado. La nacionalidad es un derecho fundamental de la persona humana que está consagrado en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como en otros instrumentos internacionales, y es

inderogable (Corte IDH, 2005). Se han emitido recomendaciones por parte del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), manifestando sobre la insuficiencia estructural y los problemas de acceso al servicio de salud, así como por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) expresando la esterilización forzada de mujeres y niñas y el acceso limitado a los servicios de salud reproductiva en mujeres y niñas con discapacidades mentales.

Como Marco legal y política pública se encuentra la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, aunque no define específicamente la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, otras ya establecidas como la violencia psicológica o física complementan el marco para las conductas que la constituyen. Al respecto, ya se han presentado varias iniciativas para incluirla que se encuentran pendiente de dictaminar en el Congreso de la Unión.

Actualmente, 28 de las 32 entidades federativas han incorporado la violencia obstétrica en sus leyes correspondientes (véase tabla 1). En 2019, la administración federal realizó una reforma en la Ley General de Salud para eliminar el Seguro Popular y reemplazarlo por el Instituto de Salud para el Bienestar que presta sus servicios de atención médica (GIRE, s.f.).

De acuerdo con experiencias de mujeres migrantes en el sistema de salud de México, la gran mayoría expresan que la violencia que reciben es desde actos violentos y psicológicos, tales como no atenderlas por motivos de estadía irregular, es decir, la falta de documentación, o reciben un lenguaje ofensivo o discriminatorio por sus prácticas culturales, incluso la xenofobia, racismo son actos que se presentan durante la atención médica o el proceso reproductivo. Algunas recurren a las parteras porque el sistema de salud mexicano se niega a atenderlas y atenderse con estas presenta una oportunidad de tener una atención médica digna y sin costo económico.



**Tabla 1.**  
Entidades en México que penalizan la violencia obstétrica

Entidades	Entidades	Entidades
Aguascalientes	Guanajuato	Quintana Roo
Baja California	Hidalgo	San Luis Potosí
Baja California Sur	Estado de México	Sinaloa
Campeche	Morelos	Sonora
Coahuila	Nayarit	Tamaulipas
Colima	Nuevo León	Tlaxcala
Chiapas	Oaxaca	Veracruz
Chihuahua	Puebla	Yucatán
Ciudad de México	Querétaro	Zacatecas
Durango		

Fuente. Elaboración propia.

### Marco teórico

Personas gestantes en contexto de movilidad constantemente tienen menos acceso a la atención prenatal y asisten a consultas más tarde en el embarazo, en comparación con otras personas que no están en contexto de movilidad (Munro, 2013). En términos generales, estudios enfocados en el tema del acceso a atención médica para personas migrantes gestantes indican que personas indocumentadas y personas migrantes gestantes constituyen un subgrupo particularmente vulnerable que tienen una subutilización de los servicios de salud. En general, hay tres dificultades más notadas en los estudios: en primer lugar, barreras lingüísticas, sin acceso a intérprete dificultan el acceso a atención médica para personas migrantes (Kvamme y Ytrehus, 2015); en segundo lugar, es menos probable que personas migrantes gestantes conozcan sus derechos y los tipos de servicios médicos que se ofrecen en el país de acogida (Henderson et al., 2018); por último, es más probable que personas migrantes gestantes, en particular personas sin un estatus migratorio, eviten por completo el acceso a la atención médica por temor a ser identificados como migrantes o por el miedo de ser deportados (Henderson et al., 2018).

Las dificultades ya mencionadas solo son algunos de los desafíos en el intento de acceder a atención médica. Las personas migrantes gestantes también enfrentan desafíos una vez que buscan activamente atención prenatal o para el parto de sus hijos. Las personas migrantes gestantes, si logran pedir atención médica, también reciben menos información en sus consultas, tienen menos consultas programadas para dar continuidad a sus consultas prenatales y se les niega la atención incluso siendo derechohabientes (Thomasen, 2021; Tasa et al., 2021). Otro problema es que las mujeres migrantes con frecuencia tienen diferentes expectativas de atención médica en función de sus propias costumbres y, sin embargo, los sistemas de salud no brindan capacitación en competencias culturales para ayudar mejor a las mujeres migrantes (Thomasen, 2021; Tasa et al., 2021). El resultado de estas barreras estructurales para personas migrantes gestantes es que los bebés nacen frecuentemente con bajo peso o con complicaciones médicas y que las mamás tienen tasas de mortalidad materna significativamente más altas que las mujeres no migrantes (Van den Akker y Van Roosmalen, 2016).

En el contexto del norte de México, transitan cada mes, decenas de miles de migrantes

como repatriados, migrantes internos y migrantes internacionales llegan a ciudades fronterizas. Dicho esto, todavía hay información limitada sobre el acceso a la salud para las personas migrantes gestantes en México, aun cuando la misma es vital y primordial. Aunque no hay datos de cuántas personas migrantes gestantes pasan por el norte de México cada año, de acuerdo con la OIM (2020) en su monitoreo y desplazamiento realizada en Ciudad Juárez en el 2020, encontró que el 3.4 por ciento de todas las mujeres estaban embarazadas al momento de la encuesta. Un informe del Colegio de la Frontera Norte (Vázquez-Quesada et al., 2021) registró que las migrantes que entrevistaron que estaban embarazadas tenían dificultades para acceder a atención médica y medicamentos.

De acuerdo con el estudio realizado por la UNICEF (2017) "Parteras mexicanas salvan vidas", se encontró que la incapacidad de las personas migrantes gestantes para acceder a la atención médica en el sistema de salud mexicano ha llevado a cabo que cada vez más las migrantes gestantes busquen atención médica con parteras. Aunque las parteras brindan una contribución significativa al bienestar de las personas migrantes gestantes, esto no exculpa a México de brindar atención médica a personas migran-

tes. Además, los servicios de parteras siguen siendo ampliamente no reconocidos por el Estado Mexicano, causando otros problemas para las mismas personas embarazadas después de dar a luz al no reconocer bebés nacidos de parteras en México con la nacionalidad mexicana. Si bien existe información sobre los desafíos que enfrentan las migrantes embarazadas a nivel mundial, existe poca información sobre la existencia de personas migrantes gestantes en México. El presente estudio aborda los tipos de violencias que enfrentan las personas migrantes gestantes y sus hijos en México.

### Hallazgos Principales

#### Perfil de las encuestadas

De las 15 personas encuestadas en este informe, estas presentaron un perfil demográfico diverso. Aunque las encuestadas no necesariamente constituyen una muestra representativa, brindan una instantánea de algunos de los desafíos que enfrentan las personas migrantes gestantes en México. También, demuestra la diversidad en países de origen, idiomas hablados y tipos de estatus migratorios, entre otros. La siguiente tabla muestra algunos de los detalles demográficos de las encuestadas.

**Tabla 2.**  
Perfil demográfico de las personas encuestadas (porcentajes)

Características de dinámica migratoria	Porcentajes y especificidad de las características		
Idioma de preferencia	53% español	26% kreyol	20% español y kreyol
Nacionalidad	40% haitiana	26% guatemalteca	34% otra
Edad	47% entre 21 y 30 años	33% entre 31 y 40	20% entre 15 y 20
Estatus migratorio	50% con visa temporal o visa humanitaria	26% residencia permanente	14% ningún tiempo de documento
Tiempo en México	57% con más de 1 año	29% entre 0-3 meses	14% entre 4-11 meses

Fuente. Elaboración propia con base en entrevistas no probabilísticas en la Ciudad de Tijuana, B.C., 2023.

La mayoría hablaban español, aunque solo el 53 por ciento eran nativos en ese idioma. En términos del país de origen, la mayoría tenían nacionalidad haitiana o guatemalteca. Dicho eso, había también personas gestantes encuestadas de El Salvador, Honduras y Venezuela. El 26 por ciento de las encuestas fueron llevadas a cabo en la lengua materna de las mujeres gestantes, ya que era el único idioma que hablaban. La mayoría de las encuestadas tenían entre 21 y 30 años. La mitad de las personas que respondieron a la encuesta contaban con una visa temporal o una visa humanitaria, mientras que un cuarto había obtenido una residencia permanente en México. El 14 por ciento no tenían ningún estatus migratorio y la mayoría de las encuestadas llevaban más de un año en México al momento de la encuesta.

#### Acceso a consultas prenatales:

Durante el momento de la gestación, el 46.6 por ciento de las mujeres encuestadas les fue negado el acceso a la clínica de salud popular, ello por no contar con los documentos que el seguro social les solicitaba para ser atendidas en el sistema de salud (Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, anteriormente conocido como Seguro Popular).

De acuerdo con la reforma a la Ley General de Salud de 2019:

*Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.*

*Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados; (CDD-HCU, 2023b, p 2).*

En la práctica de acuerdo con una mesa de trabajo realizada con la Secretaría de Salud

el 25 de mayo del 2023, *“un simple documento de identidad es suficiente para recibir atención médica y el CURP provisional los empleados del sistema de salud pueden generarlo automáticamente”* no obstante en la práctica los empleados del sistema de salud mexicano no cumplen las normas internas establecidas. La única manera de poder acceder al sistema de salud fue acudiendo a Justicia en Salud (26.6% acudió), una asociación con sede en Tijuana que brinda atención médica gratuita a las personas migrantes. Por otro lado, el 13.3 por ciento no lograron acceder a un servicio de salud durante la gestación. El 6.6 por ciento tuvo que pagar para recibir atención médica siendo la única manera que pudo acceder al mismo, y el otro 6.6 por ciento solo tuvo acceso una vez que el Ministerio Público intervino. Por otro lado, las mujeres que declararon acceder al servicio de salud, el mismo les fue brindado de mala manera, *“durante mis consultas la doctora me tocaba muy feo y me hablaba de manera grosera, yo no le entendía muy bien a lo que me decía, por lo que quise pasar con mi pareja quien es mi intérprete, pero ella se negaba y nos gritaba, mi esposo le explico que yo era de Guatemala y ella respondió que hasta donde ella sabía en Guatemala se hablaba español, no obstante, yo hablo mam (maya)”*.

#### Atención durante el Parto

Durante el parto a 53.3 por ciento de las mujeres encuestadas se les negó la atención médica, la razón del personal de salud fue que “no tenían derecho por su estatus migratorio y documentos” cabe resaltar que el artículo 6° de la Ley General de Salud establece que tiene entre sus objetivos contribuir al desarrollo y bienestar de las culturas indígenas (Fracc. IV Bis, p. 5) dejando de lado a la comunidad migrante, el excluir a un grupo vulnerable de los objetivos de la legislación actual. Una forma en la que pudieron acceder a servicios médicos fue pagando por los servicios, ello

lo declara el 40 por ciento. Mientras que el 73.3 por ciento declaró haber sufrido violencia obstétrica durante el parto, cada mujer experimentó violencia de forma diferente, dependiendo de su nacionalidad y es considerablemente mayor si la persona no es hablante nativa del idioma español, la violencia va desde el no recibir atención médica o recibirla de mala manera con insultos, verbalmente, cortarlas de más sin su consentimiento, aislamiento y el no atenderlas por no dominar el idioma español. Una mujer encuestada relato *“la doctora me dijo que a las mujeres haitianas las tienen que amarrar durante el parto porque no se dejan y nosotros no tenemos necesidad de migrar como los Ucranianos”*. Es sumamente preocupante el trato que el personal de salud está brindando o en su caso negando a las mujeres migrantes. El 33 por ciento declaró sentir un trato diferente del personal de salud en comparación con las mujeres atendidas en el hospital que no eran migrantes, ya que a sus hijos “no me querían dar los documentos de mi bebe para la partida de nacimiento y que tuviera la nacionalidad mexicana”. El 13.3 por ciento decidió tener a su bebe con las parteras, ello al conocer el servicio humanitario y gratuito que brindan, declaran que recibieron un mejor trato que con la Secretaría de Salud.

#### Intérpretes

De las encuestadas que requerían interpretación, la mayoría no tenían acceso a un intérprete. Durante consultas prenatales, el 38 por ciento (3 de 8 que requerían interpretación) tenían acceso a un intérprete en las consultas prenatales. Durante el parto fue aún más difícil y ninguna de las encuestadas que requerían interpretación tuvieron acceso a un intérprete. Igual en los procesos de trámites como registrar el nacimiento de su bebe, ninguna tuvo acceso a un intérprete. Los idiomas hablados aparte del español incluyeron: kreyol haitiano y el mam (Maya).

Al no tener un intérprete oficial, las encuestadas encontraron una manera de comunicarse mediante dos estrategias. La mayoría optaron por tener otra persona interpretando, si fue permitido en la clínica o centro de salud en donde se encontró. La mayoría de las encuestadas que trajeron una persona como intérprete, llevaron a sus parejas con ellas. En otros casos, a una partera, un empleado de un albergue, un amigo, o (en un caso durante el registro del bebe) un desconocido interpretó. Dicho eso, esta estrategia no siempre fue disponible porque no había una persona que hablara el español para traducir o porque no tenían alguien que les acampaban o porque les negaron la entrada de otra persona. Entonces, la otra estrategia de las encuestadas fue usar un traductor informático para comunicarse durante las consultas prenatales o incluso durante el parto.

#### Discriminación

El 40 por ciento de las madres declaró que su hijo al nacer recibió un trato diferente por el personal de salud en comparación con los niños hijos de padres mexicanos. Por otro lado, el 20 por ciento indicó que sus hijos duraron más de un año sin documentos (acta de nacimiento mexicana) porque el hospital les negó la partida de nacimiento. Una de las encuestadas declaró *“estaba en el seguro popular, pero decidieron llevarme a otra clínica, donde tuve a mis gemelas, pero no me quieren dar el documento porque tengo dinero pagar por el nacimiento de cada gemela y actualmente vivo en un albergue”*, actualmente las gemelas cuentan con más de un año de edad y no tienen nacionalidad. Otra entrevistada dijo: *“Como ellos ya sabían que era de Guatemala a los demás niños les dieron fórmula y ropa y yo les dije que si le regalaban fórmula a mis bebés y me dijeron que yo la comprara”* mostrando un trato diferencial con las personas.

## Conclusiones y recomendaciones de política pública

Las personas migrantes gestantes que pasan por México experimentan múltiples niveles de precariedad por su estatus migratorio, como persona gestante, y madre migrante dependiendo de la persona, su nacionalidad, por su perfilamiento racial y/o idioma de preferencia. Las personas en contexto de movilidad están doblemente marginadas, no solo por la falta de acceso a la atención médica que encuentran, sino también por la escasez de estudios sobre sus experiencias y desafíos.

Este estudio se centra en las experiencias de las personas migrantes gestantes en el norte de México, con el fin de brindar información sobre las mismas y generar un cambio en la política pública y legislativa del país que garantice el cumplimiento de los derechos humanos para todos. Anticipamos que con los hallazgos de este estudio avanzará nuestra comprensión de cómo apoyar a las personas migrantes gestantes, por ejemplo, se tiene la necesidad de tener intérpretes, prácticas médicas culturalmente inclusivas, acceso universal a la atención médica y el derecho de registrar a los bebés nacidos en México.

Los datos presentados son sumamente alarmantes, solamente el 38 por ciento de las mujeres que requerían interprete tuvieron acceso al mismo, a pesar de que existe una creciente población migrante en Tijuana no hay un solo interprete en los centros de salud para atenderles. El conocimiento del personal médico en cuanto

a la documentación que se requiere para atender a un grupo vulnerable como es a las mujeres migrantes es sumamente deficiente.

El 80 por ciento de las encuestadas mencionaron que el personal de salud les quería imponer un dispositivo anticonceptivo después del parto en razón de que no querían que se embarazaran pronto, lo cual es una violación, en razón de interponerse sobre el cuerpo de las mujeres y personas gestantes que conlleva violaciones graves a sus derechos humanos, se manifiesta desde una posición de poder al decirlo un miembro del personal de salud hacia una mujer migrante que no tiene medios económicos para ser atendida en un servicio médico privado.

Dentro de la legislación mexicana, únicamente en la Ley General de Salud se menciona en solo una ocasión la palabra migrante, y solo para referirse a la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas,<sup>2</sup> lo que evidencia que se necesitan mejores políticas públicas claras en las que el personal de salud trate con dignidad a todas las personas sin importar su nacionalidad, estatus legal, idioma o características físicas.

Aunque ancestralmente la partería y medicina ancestral estaban en México desde antes de la conquista, esta práctica no está normalizada ni aceptada en Baja California por el sistema de salud, no obstante, ha demostrado que brinda a las personas migrantes gestantes la oportunidad de acceder a un servicio de salud de calidad, un parto humanizado y digno.

<sup>2</sup> Artículo 73 Bis.- Las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud deberán brindar acceso a los servicios de atención de salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas, y de adicciones en cumplimiento con los principios siguientes: V. Atención prioritaria a la población en situación de vulnerabilidad como las niñas, niños, adolescentes, mujeres, personas adultas mayores, personas con discapacidad, indígenas, afroamericanas, personas en situación de calle y pobreza, migrantes, víctimas de violencia y personas discriminadas por su orientación sexual o su identidad de género Ley General de Salud. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

## Una estadística mínima sobre cobertura y temas de salud de las poblaciones migrantes

### Introducción

La salud es un derecho humano, que debe ser resguardado por los Estados independientemente de la condición migratoria de las personas. La salud, entendida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de bienestar físico, mental y social, está estipulada dentro de los derechos económicos, sociales y culturales de la población migrante.

Dentro de la Agenda 2030 para un desarrollo sostenible, así como el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (PMM), el acceso a servicios médicos es uno de los aspectos más importantes a cumplir por los países. En el caso de México existen instrumentos legales cuyo objetivo es garantizar el derecho de las personas a la salud (artículo 4º constitucional) estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios. Además, recientemente con el Plan de Atención a la Salud de la Población Migrante en 2020 se otorga a la población migrante que transita por México atención psicológica, de urgencias, de rehabilitación y paliativa.

Existen fuentes de información para poblaciones migrantes establecidas en Estados Unidos (EE. UU.), en términos de salud, la American Community Survey (ACS) y la Encuesta de Salud (The National Health Interview Survey) pueden mostrar el estado de salud de la población mexicana que radica en aquel país comparándolo con otras poblaciones. Mientras que, la

población que regresa a México al ser devuelta por las autoridades migratorias de aquel país puede ser abordada por la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF Norte).

En el caso de la población procedente de países al sur de México-Guatemala, Honduras y El Salvador, se utiliza la Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México (EMIF Sur) a través de los flujos: devueltos por autoridades de México, devueltos por autoridades de Estados Unidos, y el flujo de procedentes de México. A través de dicha fuente es posible un acercamiento a la población que viajó por México y que fue captada por las autoridades migratorias del país o de Estados Unidos, a la cual se le considera migración de tránsito. Además, se aborda la población de Guatemala que viajó a México con motivos laborales o que ha permanecido en nuestro país por un período mayor a un mes. Finalmente, se aborda a quienes residen en México y nacieron en un país distinto a través del Censo de Población y Vivienda.

Es necesario señalar que hay desafíos metodológicos, técnicos y conceptuales para recabar y presentar de manera completa información sobre la salud de las poblaciones migrantes, y en específico de aquellas que encuentran en movimiento, como la retornada y de tránsito por México, especialmente si es migración irregular o no autorizada. En primer lugar, debido a que en gran medida se carece de su presencia en las fuentes de información, y en segunda, a que

hay pocas variables que pueden capturar alguna condición de salud, y ellas, suelen tener poca representatividad estadística.

La presente es una serie de infografías que, dependiendo de cada flujo, abordan tres principales variables. En primer lugar, la autopercepción de la salud en las poblaciones migrantes, es decir, cómo percibe el individuo su estado de su salud medido a través de una escala, la cual puede estar asociada con variables como la desigualdad en la distribución del ingreso (Hildebrant y Van Kerm, 2009) y con la mortalidad (Idler y Benyamini, 1997). La segunda, la cobertura de servicios de salud por tipo, privado o público, de

acuerdo con la condición de pobreza —en este particular en Estado Unidos—, 16.7 por ciento de la población nacida en México de 18 años o más vivía en condiciones de pobreza en ese país en 2021, porcentaje mayor que a nivel nacional de 11.5 por ciento. Lo anterior se hace para el flujo de población de México en Estados Unidos, pero también se presenta la información disponible para otros flujos. Con el tercer conjunto de variables, se describe el tipo de padecimientos de salud que tienen más incidencia en las tres grandes poblaciones. En el caso de la población mexicana en Estados Unidos se presenta información para niños y niñas, además de adultos.

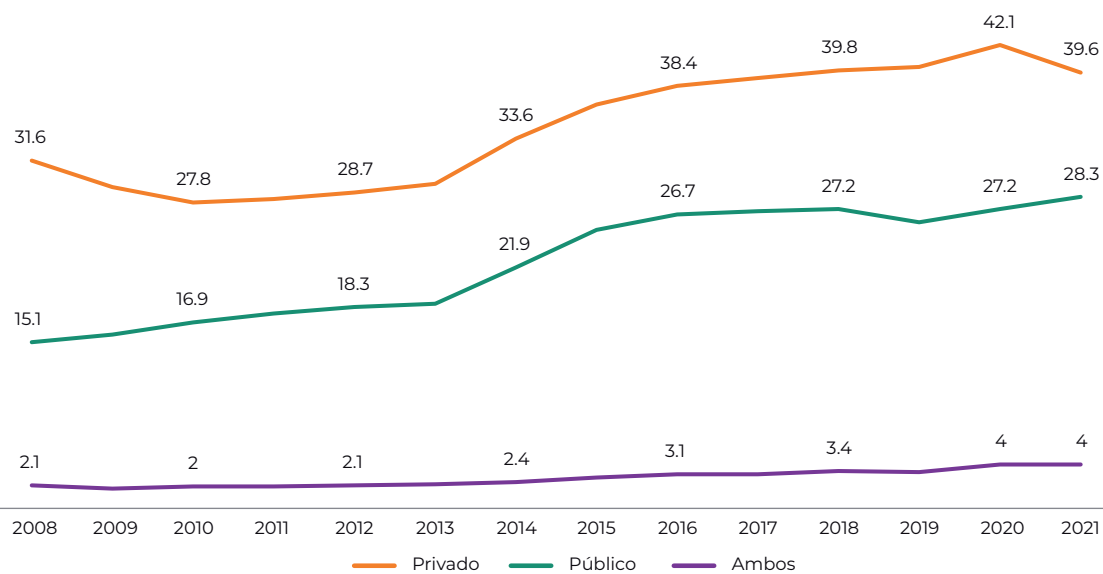
### Población mexicana migrante internacional y algunas variables de salud

- Entre 2008 y 2021 creció la cobertura de servicios médicos entre la población nacida en México que vive en EE. UU. La población con servicio privado aumentó de 31.6 por ciento a 39.6 por ciento, mien-

tras que con servicio público pasó de 15.1 por ciento a 28.3 por ciento, y la población que tiene tanto cobertura con servicio privado como público aumentó de 2.1 por ciento a 4 por ciento (véase gráfica 1).

Gráfica 1.

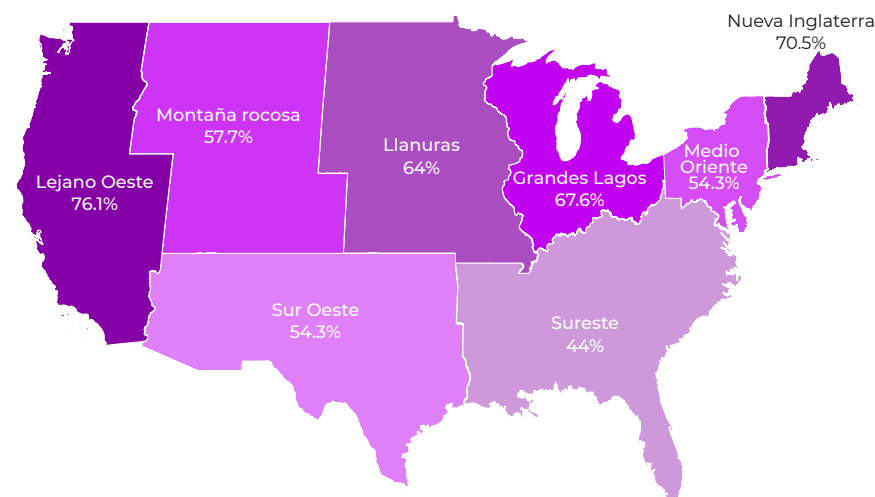
Porcentaje de población nacida en México que reside en Estados Unidos según cobertura de servicios médicos, 2008-2021



Fuente: Estimaciones propias con base en U.S. Bureau of the Census, American Community Survey, varios años.

- A partir de 2013, el porcentaje de población con cobertura de servicio médico privado o público aumentó, siendo para servicio médico privado 29.5 por ciento y para el público 18.6 por ciento. Desde 2016 se ha alcanzado cierta estabilidad en la cobertura médica entre la población mexicana, para 2020 ha alcanzado un nivel de 42.1 por ciento en el servicio privado y 27.2 por ciento para el servicio público (véase gráfica 1).
- Según región económica de residencia, la población mexicana que tiene cualquier tipo de servicio médico mostró el mismo comportamiento que la evolución del servicio médico público y privado, es decir un incremento desde 2013. La región económica con un mayor porcentaje de acceso a servicio médico fue la del Lejano Oeste, seguida de Nueva Inglaterra y Grandes Lagos (véase mapa 1).<sup>1</sup>

Mapa 1. Población nacida en México según acceso a servicios de salud por región económica de residencia en Estados Unidos, 2021



Fuente: Estimaciones propias con base en U.S. Bureau of the Census (2021). American Community Survey.

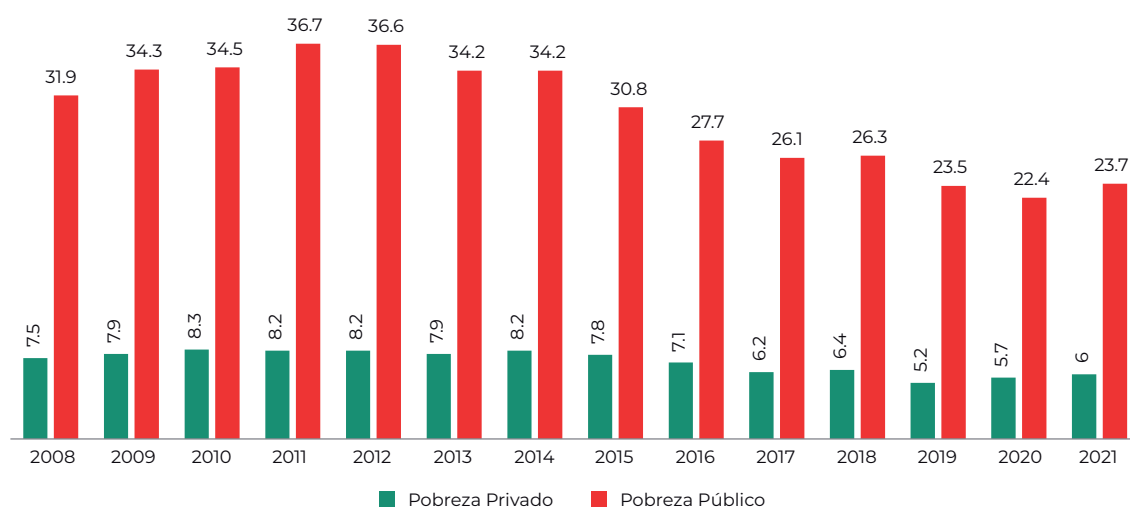
- La población de México que reside en EE. UU. con cobertura de servicios médicos privados, la obtiene principalmente a través de su empleador, y en segundo lugar de contratos individuales. Durante el periodo de 2008 a 2021, en promedio, 83.4 por ciento fue a través del empleador y 15.2 por ciento lo compró directamente (véase gráfica 2).
- La población mexicana que reside en EE. UU., con cobertura de servicios médicos públicos, la tiene a través de Medicaid, y en segundo lugar por Medicare. Entre 2008 y 2021, en promedio, 64.9 por ciento estaba asegurado en Medicaid y 33.6 por ciento en Medicare.

<sup>1</sup> Lejano Oeste contiene a: Alaska, California, Hawái, Nevada, Oregón y Washington; Nueva Inglaterra a: Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island, Vermont; y Grandes Lagos: Illinois, Indiana, Michigan, Ohio, Wisconsin.

- Después de la Affordable Care Act (ACA, 2010), la cantidad de personas sin seguridad social se redujo para todas las poblaciones de Estados Unidos. La población migrante de México en Estados Unidos con cobertura de servicios médicos creció de 42.7 por ciento en 2010 a 59.1 por ciento en 2015.
- Entre la población mexicana de 18 años o más que vive en condición de pobreza, 7.5 por ciento tuvo cobertura de servicios médicos privados en 2008, disminuyendo a 6 por ciento en 2021; misma tendencia en la cobertura a través de servicios médicos públicos, pasando de 31.9 por ciento en 2008 a 23.7 por ciento en 2021 (véase gráfica 2).

**Gráfica 2.**

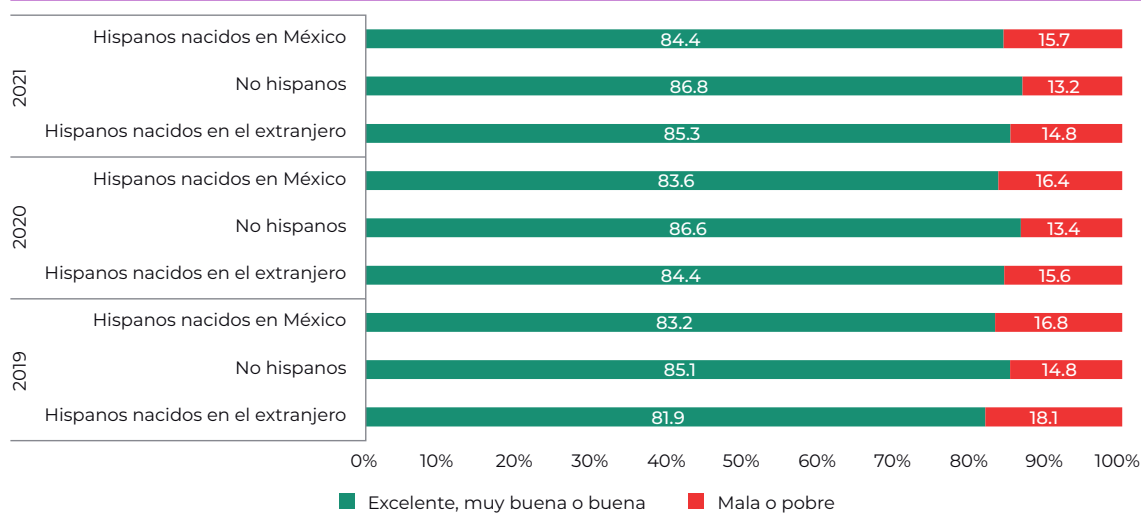
**Población nacida en México de 18 años y más que reside en Estados Unidos en condición de pobreza según acceso a servicios médicos, 2008-2021**



Fuente: Estimaciones propias con base en U.S. Bureau of the Census, American Community Survey, varios años.

**Gráfica 3.**

**Distribución porcentual de la población hispana residente en Estados Unidos según estado de salud declarado y lugar de nacimiento, 2019, 2020 y 2021**



Fuente: Estimaciones propias con base en CDC (2019-2021). National Health Interview Survey.

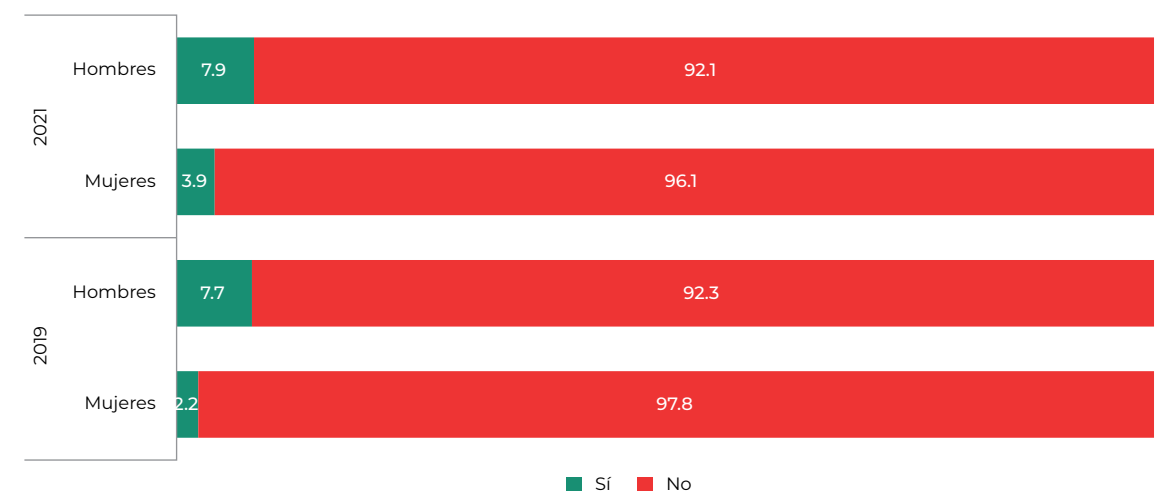
- La población mexicana que vive en EE. UU., de 18 años y más, reportó tener peor estado de salud que la población no hispana. La población de México que declaró tener una salud aceptable o pobre fue 16.8 por ciento en 2019, 16.4 por ciento en 2020 y 15.7 por ciento en 2021. (véase gráfica 3).
- La población mexicana que vive en EE. UU., menor de 18 años reportó tener peor estado de salud que los no hispanos nacidos en EE. UU. La población de México que declaró tener una salud aceptable o pobre fue 4.4 por ciento en 2019 y 2.8 por ciento en 2021.
- Entre la población mexicana, de 18 o más años, hay una incidencia más alta de diabetes de 2019 a 2021, incrementándose de

10.7 por ciento en 2019 a 11.7 por ciento en 2021. Por su parte la incidencia de cáncer disminuyó de 3.5 por ciento en 2019 a 2.7 por ciento en 2021 entre la población.

- Entre la población mexicana menor de 18 años se incrementó la incidencia para déficit de atención o hiperactividad, de 5.1 por ciento en 2019 a 6 por ciento a 2021.
- De acuerdo con el sexo, la incidencia de déficit de atención o hiperactividad entre 2019 a 2021, registró un cambio notable entre las niñas, al pasar de 2.2 por ciento en 2019 a 3.9 por ciento en 2021, mientras que en los niños la variación fue de 0.2 punto porcentuales en 2021 respecto a 2019 (véase gráfica 4).

**Gráfica 4.**

**Porcentaje de población nacida en México de hasta 17 años que reside en Estados Unidos con déficit de atención o hiperactividad según sexo, 2019 y 2021**



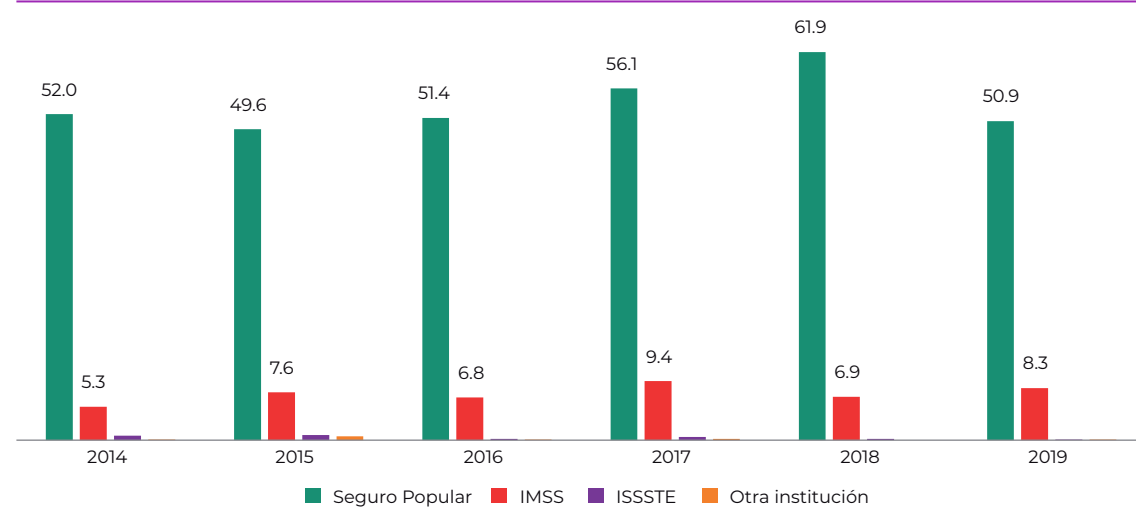
Fuente: Estimaciones propias con base en CDC (2019 y 2021). National Health Interview Survey.

- La población mexicana devuelta por autoridades de EE. UU., que reside en México tiene una mejor autopercepción de su salud, además, la autopercepción con escala de mala y muy mala disminuyó de 15.4 por ciento en 2014 a 8 por ciento en 2019.

- En 2014, 52 por ciento de la población mexicana devuelta por autoridades de EE. UU. que reside en México, estuvo afiliada al Seguro Popular y en 2019, 50.9 por ciento. La segunda afiliación en importancia fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), incrementando de 5.3 por ciento en 2013 a 8.3 por ciento en 2019. (véase gráfica 5)

**Gráfica 5.**

Porcentaje de población nacida en México devuelta por las autoridades migratorias de Estados Unidos según afiliación a servicios de salud en México, 2014-2019



Fuente: Estimaciones propias con base en Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF Norte), varios años.

- La población mexicana devuelta que vive en EE. UU., que presenta dificultades de salud ha ido aumentando de 2008 a 2021. En este último año, la población con dificultades para cuidarse a sí misma fue 2.3 por ciento, para realizar actividades fuera de casa 3.9 por ciento, dificultades motoras, cognitivas y de visión y oído, 5.7 por ciento, 3.1 y 5, respectivamente.
- Por su parte, la población procedente de México que declaró tener una sa-

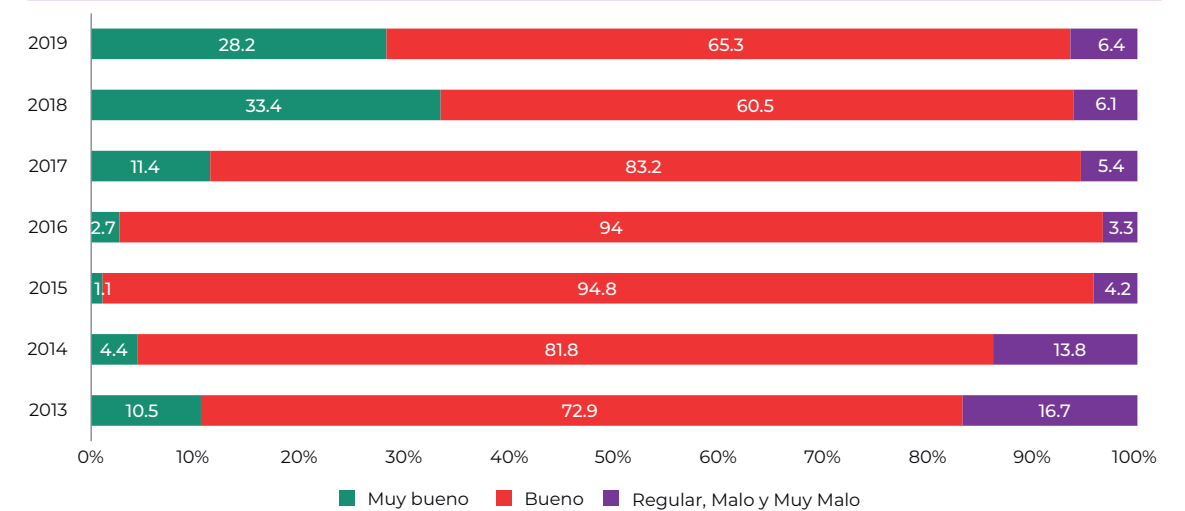
lud aceptable o pobre fue 16.8 por ciento en 2019, 16.4 por ciento en 2020 y 15.7 por ciento en 2021. Por sexo, se estima que, en las mujeres, la percepción de salud con la categoría de aceptable o pobre se mantuvo prácticamente sin cambio, 18 por ciento en 2019 y 2020, y 17 por ciento en 2021; entre los hombres, se identifica un comportamiento similar, 16 por ciento en 2019, 14 por ciento en 2020 y 15 por ciento en 2021.

**Población migrante en tránsito por México algunas variables de salud**

- La población de Centroamérica en el flujo de procedentes de México tiene una percepción de su estado de salud muy buena y buena. Los porcentajes de quienes perciben como regular, mala o muy mala disminuyeron de 17 por ciento en 2013 a 6 por ciento en 2019 (véase gráfica 6).

**Gráfica 6.**

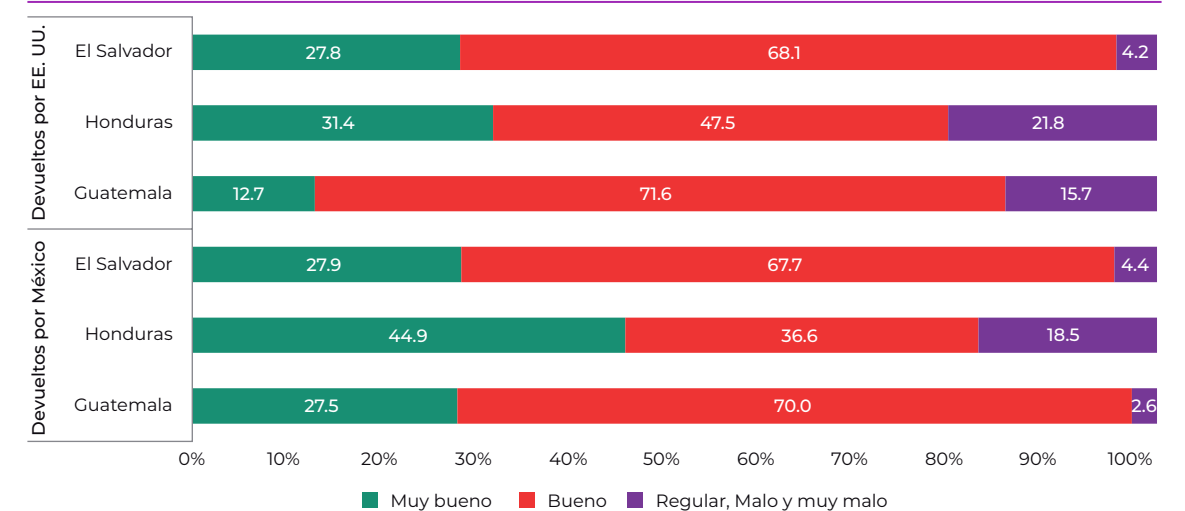
Distribución porcentual de la población del Norte de Centroamérica en el flujo de procedentes de México por autopercepción de salud, 2013-2019



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México (EMIF Sur), 2013-2019.

**Gráfica 7.**

Distribución porcentual de la población del Norte de Centroamérica en el flujo de devueltos por México y Estados Unidos, según autopercepción de salud, 2019



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México (EMIF Sur), 2019.

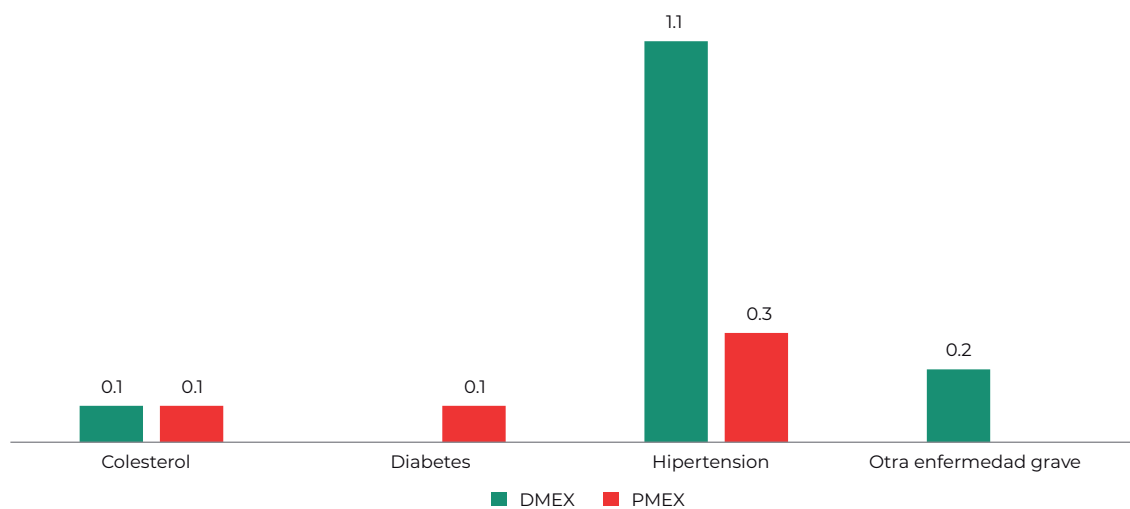
- La población de Honduras que fue devuelta por las autoridades migratorias de México tiene una valoración menos positiva de su salud que la población de Guatemala y El Salvador. En 2019, 18.5 por ciento de la población de Honduras declaró tener una salud regular, mala y muy mala (véase gráfica 7).
- La población devuelta por México a El Salvador tiene una valoración positiva de su salud. En 2019, 95.6 por ciento de su población declaró tener una salud muy buena o buena (véase gráfica 7).
- La población de Honduras devuelta por Estados Unidos tiene una valoración menos positiva de su salud que la población de Guatemala y El Salvador. En 2019, 21.8 por ciento declaró tener una salud regular, mala y muy mala (véase gráfica 7).
- La población devuelta por México a El Salvador y Guatemala tienen una valoración

positiva de su salud. En 2019, en El Salvador solo el 4.4 por ciento declaró tener una salud regular, mala y muy mala, y en Guatemala el 2.6 por ciento (véase gráfica 7).

- La población devuelta por autoridades de México tiene hipertensión como el problema salud más grave en 2019 con un 1.1 por ciento y otra enfermedad grave con 0.2 por ciento (véase gráfica 8).
- La población procedente del sur de México tiene incidencia en la de salud por hipertensión como la más grave, en 2019 con un 0.3 por ciento, y diabetes y colesterol con un 0.1 por ciento (véase gráfica 8).
- La población de procedente de México ha observado que el acceso a salud en su país de residencia ha crecido de un 0.7 por ciento en 2013 a 8.2 por ciento en 2019 (véase gráfica 9).

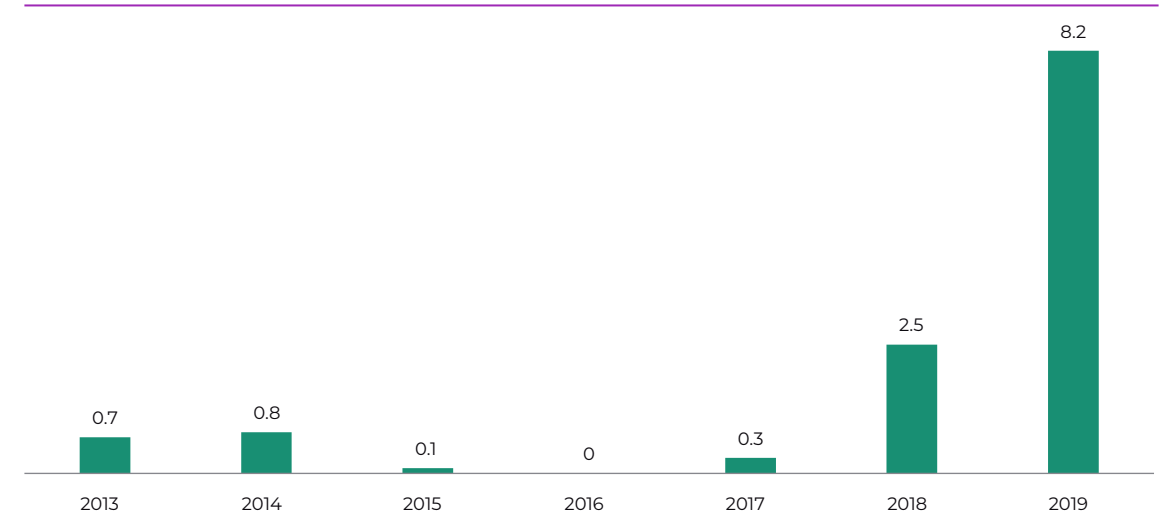
**Gráfica 8.**

Porcentaje de población del Norte de Centroamérica devuelta por autoridades de México y procedentes de México según problemas de salud, 2019



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México (EMIF Sur), 2019.

**Gráfica 9.**  
Porcentaje de población de procedentes de México y acceso a salud en su país de residencia, 2013-2019



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Migración en la Frontera Sur de México, (EMIF Sur) 2013-2019

### Población inmigrante

- El porcentaje de población que nació en el extranjero y reside en México que cuenta con cobertura de servicios de salud, se ha incrementado a través del tiempo, en el 2000 más de una cuarta parte (26.3%) tenía acceso a servicios de salud, en 2010 esta relación fue de 44.2 por ciento y en 2020 ya poco más de la mitad de la población inmigrante internacional tenía cobertura (54.4%).
- En el 2000 las personas procedentes de las regiones de Europa (50.1%), África (44.5%), Sudamérica (42.7%), y Oceanía (41.6%) muestran una mayor cobertura de servicios de salud.
- En el 2020 las poblaciones inmigrantes con mayor cobertura de servicios de salud fueron las procedentes de Europa (69.5%), Sudamérica (63.9%) y África (50.6%), entre las cuales, la mitad o más de su población contaban con acceso.
- Además, entre 2010 y 2020 se incrementó la cobertura entre las personas procedentes de las regiones de Asia y Norteamérica. Pasando de uno de cada tres en 2010 a tres de cada cinco en 2020, entre las personas migrantes de Asia. Para quienes proceden de Norteamérica este cambio fue de dos de cada cinco a 1 de cada 2, respectivamente.

## Comentarios finales a la edición 2023

Mientras la Organización de las Naciones Unidas y sus organismos especializados a escala global y regional han lanzado iniciativas de gran alcance para la protección de todas las personas en movilidad internacional, entre estos el Consenso de Montevideo, la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes, el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular, al mismo tiempo que países como México y otros siguen y adoptan estos instrumentos globales, el siglo XXI parece aún transcurrir abruptamente, para las personas en movilidad y migración internacional, respecto a la protección y garantía para el ejercicio de sus derechos humanos, económicos, sociales y culturales

Como un hecho social amplio, o tal vez como un conjunto de hechos sociales complejos, las distintas formas de movilidad humana, entre ellas la migración internacional, impactan en la vida cotidiana de las personas, las comunidades y las relaciones internacionales y la economía de los países de origen y destino. Entre los muchos impactos que se abordan en la edición 2023 de *Migración y Salud / Migration and Health* se halla la reintegración social y la protección de las personas en condición de retorno a México, para las que la cobertura de servicios de salud llega incluso a alcanzar a sus familias—no pocas veces el retorno también es un acto de reunificación familiar y de formación de nuevas familias—.

Una de las conclusiones más importantes a las que arriban en el *primer capítulo* Jáu-

regui, Ávila y Méndez, se relaciona con el corte metodológico que atraviesa su propuesta analítica, se trata del cambio en la unidad de análisis hacia los “hogares censales”, ello les permite afirmar que “Debe considerarse la complejidad de cada hogar con personas inmigrantes retornadas para entender la atención médica porque es un grupo heterogéneo con realidades muy distintas”. Aspecto que incluso en términos de política pública podría orientarse hacia el hogar y la familia de manera integral.

Por su parte, Reyes en el *capítulo segundo*, al apostar por las perspectiva de integración social y de género para hacer visibles a las mujeres inmigrantes y facilitar el acceso a su derecho a servicio de salud señala, que el hecho de tener una población inmigrante muy pequeña, no aminora su importancia, ello se manifiesta en el reto que presenta para el Sector Salud y para el país en general, garantizar el respeto de los derechos humanos, y la inserción social de la población inmigrante en México.

López, propone en el *capítulo tercero*, que es ineludible abordar los temas de salud reproductiva de las mujeres mexicanas en Estados Unidos. El cambio demográfico que se ha producido a la vera de la estabilidad, de más de una década, en el número de personas nacidas en México viviendo en ese país, podría tener impactos en temas de salud pública para las mujeres que están concluyendo o que ya han concluido su vida reproductiva. Al mismo, tiempo, advierte de la necesidad de profundizar en el análisis de





componentes relativos a la dinámica migratoria en relación con la fecundidad, lo cual permitiría estructurar estrategias y acciones de política pública hacia las poblaciones migrantes en temas de salud de las mujeres y su descendencia.

En el *capítulo cuarto* Jiménez concluye que “Las personas migrantes gestantes que pasan por México experimentan múltiples niveles de precariedad por su estatus migratorio, como persona gestante, y madre migrante dependiendo de la persona, su nacionalidad, por su perfilamiento racial y/o idioma de preferencia. Las personas en contexto de movilidad están doblemente marginadas, no solo por la falta de acceso a la atención médica que encuentran, sino también por la escasez de estudios sobre sus experiencias y desafíos.”

La Dirección de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional, en el *capítulo quinto* al poner en perspectiva los avances, rezagos y vulnerabilidades que en materia de cobertura de salud y del propio proceso salud/enfermedad evidencia que existe la necesidad

de que las poblaciones migrantes vean mejor reflejadas las condiciones que experimentan en su residencia como parte de la población que vive y transita por México, o en su estadía en Estados Unidos como población inmigrante. Al mismo tiempo, deja en claro que no siempre las fuentes de información especializada en salud o en migración, permiten un abordaje integral del proceso salud/enfermedad.

El balance que se desprende de los capítulos que integran esta edición permiten observar que, en materia de políticas públicas se requiere actuar con visión coyuntural, de corto, mediano y largo plazo para facilitar el acceso y ejercicio de los derechos humanos de todas las personas migrantes —en el tema de salud y con certeza en otros ámbitos— tanto a favor de la diáspora mexicana en Estados Unidos como de las personas mexicanas que retornan al país y de quienes como “extranjeros” transitan o se asientan en el país en búsqueda de su familia, por necesidad económica, violencia social, política o familiar, o por desastres naturales.

## MIGRATION AND HEALTH



## INTRODUCTION

In 2023, the World Health Organization (WHO) declared the end of the global health emergency due to the COVID-19 pandemic, which began in March 2020. During these three years, almost all the discourse in Public Health matters was oriented towards developing programs, strategies, and actions that urgently sought to address the immediate consequences that the pandemic imposed on the general population. At the same time, specialized literature accounted for the vulnerability in which migrant populations stranded at the borders and within the territory of different States found themselves, in connection with their health care needs, beyond those imposed by the pandemic.

The international mobility of people, particularly migrant populations, in the adverse conditions imposed by the pandemic could be examined as a wide-ranging social event involving short, medium and long-term processes, the complexity of which is explicit in everyday life, first of all, of migrants themselves and of the communities where they reside, transit and shelter, for it is here that agreements and disagreements are generated to cover the most immediate needs, such as food, accommodation, hygiene and health.

The 2023 edition of *Migración y Salud / Migration and Health* precisely begins with the examination of "Healthcare and Access to Health in Households with Recent Mexican Migrants Returning from the United States,

2020", giving an account of the conditions and access to the health care services of households with migrants returning from the United States. The importance this diagnosis gives to the household as a unit of analysis, which allows a comprehensive look at health coverage and the sociodemographic characteristics of returning migrants and their families is noteworthy.

The second chapter "Access to Healthcare for Women not Born in Mexico, 2020" covers the guarantee of human rights and affirms, regarding migration, that one of the central aspects of the social and economic integration of migrants is their access to medical services. It points out the lack of visibility of migrant women, and based on this, it presents sociodemographic statistics on their health coverage in Mexico.

The third chapter presents an analytical approach to understand the fertility of migrant Mexican women in the United States from a social integration perspective. Anchored in the currently popular hypotheses about the fertility of international migrant women and the usual indicators on the subject, it reflects on this matter and presents estimates on Mexican women in the United States.

In continuity with past editions, the fourth chapter, from the perspective of civil society organizations, takes up the challenge of reporting the adverse conditions in which pregnant migrant women seek access to medical services provided by public health care centers in the

northern border of Mexico. It highlights various aspects of migratory dynamics, their immigration status, and the discrimination against them based on their nationality, immigration status, language, and skin color.

Lastly, the fifth chapter presents a commented infographic on health coverage, the most common ailments, and sociodemographic aspects related to the health of the Mexican population living in the United States, the Mexican population deported by United States authorities, and the migrant population from northern Central America returned by Mexican and US authorities.

Regarding health issues, the SGCONAPO, in response to its invitation to this 2023 edition, re-

ceived notice from different academic and civil society actors of their interest in participating. However, over the course of the months that followed, some expressed that the affluence of information that they were collecting in the field or unavoidable commitments regarding their own health care would prevent them from carrying out the work they had committed to do. We appreciate and recognize the valuable effort made by all participants and those who had the intention but could not complete their contribution towards migrant populations as well as the need to continue making their needs visible and contributing to the type of diagnoses and responses that, through public policies, academia and civil society organizations must continue to build.

## Healthcare and Access in Households with Recent Mexican Migrants Returning from the United States, 2020

José Alfredo Jáuregui-Díaz<sup>1</sup>, María de Jesús Ávila-Sánchez<sup>2</sup>, Jimena Méndez-Navarro<sup>3</sup>

### Summary

The present work aims to know the conditions and access to health care services of households with migrants returned from the United States in 2020. To this effect, the Censo de Población y Vivienda (Population and Housing Census) is used as a data source. The main results corroborate the low coverage of returned migrants and their families regardless of their economic activity status, due to the lack of universal access and explicit guarantees for health care services in Mexico. It is worrying that more than ten percent of the households where a returned migrant person lives alone do not receive any care when facing a health problem, an injustice that can cause the person's condition to worsen or his or her death. We recommend moving from an individual to a family approach that can allow us to visualize the complexity of strategies that returned migrants and their families implement within their homes to cover their health care needs in the face of a structurally limited healthcare system.

**Keywords:** *immigration, family, access to health, Mexico.*

### Introduction

The concept of “return migration” may seem simple in its definition, but when migration history is reviewed, enormous diversity is revealed, since it is not a simple round-trip movement between the place of origin and the destination. Return migration is a relevant issue in international migration, especially in times of economic crisis or recession, due to the greater presence and visibility of this type of migrants in international flows (Jáuregui and Recaño, 2014).

Return migration to Mexico has historically been a conjunctural phenomenon linked to economic crises and migration policies. According to Canales and Meza (2018) and Calva (2023), before 2006 the number of returned migrants was less than 300,000. Meanwhile between 2004 and 2009 it increased to 604,000, and between 2005 and 2010 it reached the maximum amount of 826,000. After this period, there was a decrease to 443,000 between 2010 and 2015 and to 294,000 in the period 2015-2020, showing a decrease and recovering its historical level prior to the 2008 economic crisis.

Return migration was also affected by the SARS-COV-2 pandemic, according to Jáuregui

<sup>1</sup> Professor-Researcher at the Universidad Autónoma de Nuevo León. Mexico. Email: alfredo.jaureguidz@uanl.edu.mx ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2518-8818>

<sup>2</sup> Professor-Researcher at the universidad Autónoma de Nuevo León. Mexico. Email: maria.avilasnz@uanl.edu.mx ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8693-4634>

<sup>3</sup> Postdoctoral fellow at the Universidad Autónoma de Nuevo León. Mexico. Email: mendezjimena33@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1194-4667>

and Ávila (2021), using data from the Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF Norte) there was a drastic decrease in the flow of migrants returning from the United States, from 24,519 people in January-March to 7,570 in July-September, this quarter clearly shows the impact of containment measures for the SARS-COV-2 virus on return migration. However, this impact did not last long, by the October-December quarter, the flow had increased to 18,087 returned migrants. In other words, although it has lost speed, it is a phenomenon that continues to be important.

The number of returnees has a multiplying effect, and the number can be considered small, however migration is a collective process that includes not only those directly affected by it, but also relatives in their places of origin and extended families. Returning modifies relationships within households, changes in family arrangements encompassing all family members, including those who do not live together, directly or indirectly, increasing their size (Sosa, et al., 2020).

According to Canales and Meza (2018) and Calva (2023), the evolution of the number of households with a return migrant showed an increase of 191,500 between 1995 and 2000, an amount that increased to 628 500 over the period 2005-2010, and began to decrease to 363 300 between 2010 and 2015, a decrease to 253 227 households with at least one returning migrant in 2020, which means a 60 percent decrease compared to 2010. The conformation of households with return migrants, according to the sex of the head of the family, in the years 2000 and 2010 registered a predominance of heads of household (40.0% and 47.3%), mainly male (43.0% and 53.4%), and secondly, daughters and sons (21.9% and 19.6%) (Gandini, et al., 2014). Masferrer, et al., (2017) point out that there is an increase in family return, that is, all the members of the household: migrants, spouse, sons and daughters. This shows the relevance of the family in return migration. It

has been identified that not all returnees return to the same home, however, an estimated 83.4 percent of returnees do return to the same home they left.

From the family perspective, once migration takes place and the migrant is a female family member, caretaking tasks are distributed among the other members of the household who remain in the place of origin, particularly among other women (Sosa, et al. al., 2020), “the migratory process from the family point of view allows us to understand how the distribution of duties between genders and generations takes place. It is evident that emigration implies the physical separation of the family nucleus, but it does not mean the rupture of family relationships of affective dependency, as can be seen in the story” (Perella, 2004, p. 167).

When returned migrants return to their homes of origin, they take up their gender role. There is also a renegotiation of duties among the family members who remain in their place of origin, who are left with the material care of the family unit and its members. According to the research by Sosa, et al., (2020) “the traditional roles assigned to men and women are not modified, even if the mother emigrates, caretaking is still considered her responsibility. And since direct care is seen as a female issue, it is assigned to another female member of the household, be it the grandmother, the aunt, the sister or some other, as in the case study who designated her eldest daughter” (p.9).

In this sense, recent studies have shown how families continue to operate as an institution, molding themselves in the face of new realities and scrutinizing other ways to maintain and strengthen family ties (both economic, affective, and caretaking) in a new transnational structure. Families, despite the changes caused by migratory processes, try to maintain their identity, understood as “the definition the family group gives itself, the conception of its enduring characteristics, its basic values, its

past history, its future projects and its continuity in the present” (Martín, 2007, cited in Sosa, et al., 2020, p. 24).

For this reason, it is important to know the families of returned migrants as a reference space where people live together, interact, develop attachment and organize and manage resources in their daily lives. Thus, belonging to a family does not only mean sharing a home, but a common lifestyle based on ties and internal organization, although not exempt from tensions and conflicts. In their relationships power and authority interact, resources are collected and distributed to satisfy the basic needs of each member, rights, duties and responsibilities are delimited according to age, gender and kinship hierarchy (Salles and Tuirán, 1998).

According to Mestries (2013), return reasons are very complex and interrelated, since context and subjective factors are often intertwined. Reasons for return have been documented to be related to the life cycle, such as middle age, for some people leading to health problems and difficulty finding work; however, others are likely to retire, which implies a lower standard of living in the destination country, but a comfortable life in the country of origin (Durand, 2004); and those related to domestic family cycles, since the father or mother must be present during expansion stages to educate adolescents.

Accidents and illnesses are also a reason for return (De la Sierra et al., 2016). Some older immigrants return home for family reasons, such as a parent’s illness or their own health, although some migrants return from the United States after retiring because in many cases their stay as immigrants was a short one and they did not have legal documents. The health condition of the parents of returned migrants or of themselves deteriorates with age (Castañeda et al., 2018) and since most of them do not have US federal health insurance, as Federico Besserer pointed out (quoted in Mestries, 2013), other people prefer to seek treatment in Mexico be-

cause the Seguro Popular is here or because it is less expensive.

The International Organization for Migration (IOM, 2023) points out that migrants and their families, once they return to their country of origin, require basic and specific services, the access to these services and their ability to receive them, depend on certain social, cultural and economic conditions. The age of the returnee also has differential effects, returning migrants lose family and community ties as they age, which makes their reintegration more difficult and, consequently, can have great impact on health care needs and on family health. On the other hand, social aspects such as class, gender, ethnicity and sexual orientation intersect with biological aspects such as sex and age, as well as contextual circumstances such as culture, politics and the economy, which together influence and reinforce different aspects of the social vulnerability of individuals or groups of people in migratory cycles (Hall, 2023).

Studies on return migration and health focus on the health conditions of the returned migrant from an individualistic approach. According to Fernández-Sánchez, et al. (2022), the bibliographic review shows that the return migration process brings with it a significant increase in psychiatric problems and mental disorders. Anxiety, depression, sadness, social isolation, and feelings of guilt and shame are some of the most common mental health problems faced by returning migrants. Some authors ascribe these problems to the deportation and post-deportation process (Jacobo and Cárdenas, 2020). Several investigations indicate that migrants who return to their homes are often vulnerable to sexually transmitted infections (STIs) and are at risk of bringing HIV with them from the country to which they migrated, which endangers the sexual health of their partners. Although specific types of STIs are not mentioned, several sources support the connection between migration and STI transmission.

Regarding the health conditions of returned migrants, different studies (Fernández-Sánchez, et al., 2022) corroborate that migration can increase the risk of cardiovascular and metabolic health problems, such as high blood pressure, obesity and heart disease. Returned migrants report physical limitations that worsen with age, and the health of migrants often deteriorates upon returning to their country of origin due to adjustment difficulties and poor working conditions in the destination country. Additionally, they may have difficulties getting access to health care services due to the hardships of reintegration into society and obtaining employment.

In terms of public policy, the Mexican government has implemented a series of actions such as medical care for some people who have been forced to return, that is, for specific cases that require immediate action (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2011), as well as programs that consider the health component, such as “Somos Mexicanos” and the Fondo de Apoyo a Migrantes (Migrant Support Fund). However, several authors (Jacobo and Cárdenas, 2020; Arzaluz and Zamora, 2021; Díaz, et al., 2023) agree on the lack of operational mechanisms because they present a series of limitations such as the lack of a conceptual definition of the groups involved in return migration, staff training, budget allocation and lack of clarity about institutional competence, which are limited to “Giving immediate care to patients and psychological support in the closest health centers to take care of the trauma generated by repatriation and possible medical complications” (Rendon and Wertman, 2017, p. 64). In addition, only one state out of the 32 has a procedure manual that “describes the ways in which the deported person can be supported in social, labor, educational, and health fields” (Díaz, et al., 2023, p. 137).

Recent changes in the strategy to support returned migrants are based on the Estrategia Interinstitucional de Atención Integral a

Familias Mexicanas Repatriadas y en Retorno (Inter-institutional Strategy for Comprehensive Care for Repatriated and Returning Mexican Families [Government of Mexico, June 24, 2021]). Although this program considers a return cycle made up of three stages, health care services are considered only for the last phase, which is reintegration. It is also necessary for the person to prove their repatriation situation and provide an official Mexican identification, which is a problem because many returned migrants do not have this documentation. Given the limitations of these actions, we must consider that the health care model, the institutions involved, the operating mechanisms and its short-term focus are not specified.

Regarding the health care coverage of returned migrants, according to the estimates of Banegas-González, et al., (2016) in the year 2000 it was 22.8 percent, 29.1 percent in 2005, and in 2010 it reached 44.6 percent. Despite this increase, health care coverage for returned migrants is almost 21 points lower compared to that of non-migrants. In the same sense, González (2017) calculated with an odds ratio that the probability of returning migrants to have access to health care services is almost one third compared to non-migrants. Woo and Flores (2015), using data from the 2010 Censo de Población y Vivienda, conclude that most returned migrants are cared for in public health care systems and low-cost private health care services such as pharmacies, so the population turns to these spaces for medical attention due to the lack of coverage by the health system in Mexico.

However, we know little about the conditions and access to health care services of the families to which the migrant person returns, especially considering that in some cases the reason for migration was to pay for the medical attention of a relative and that the migrant person returns with a deteriorated health capital (Castañeda, et al., 2018). It is also possible that structural barriers to access health care

services prevail in the place where migrants return so that upon their return, they may find themselves once again under the same limiting conditions to receive medical attention for themselves or their family.

After a comprehensive review of the literature available, few studies were found on return migration and health from a demographics point of view focused on households. The work of Toro and Bautista (2019) stands out, measuring the social vulnerability of returnees in Mexico, their access to health care services and territorial inequalities. Among their findings, the fact that “social vulnerability among the most disadvantaged accentuates the limitations in managing the risks related to health problems” (p. 110) and “health care services and the socio-demographic characteristics of the heads of households are closely related, and that family arrangements and obtaining non-precarious employment contribute to a lower level of vulnerability” (p. 110). Corona (1997) points out that the lack of studies with a household approach is due to the generation of data and to the technical and methodological difficulties for its construction as a unit of analysis.

In this sense, this work, based on demography and the household perspective, aims to know the conditions and access to health care services of family households with migrants returned from the United States in the year 2020, based on the Censo de Población y Vivienda of the Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Population and Housing Census of the National Institute of Statistics and Geography [INEGI]). It assumes that return migration is intersected between individual and family life and the historical moment, and that people act collectively, so that the type of home arrangement in which the returned migrant lives influence the strategies deployed to gather resources and cover their health care needs and that of their families.

The document is divided into four sections. The first presents a review of the literature

on return migration and health; the second describes the methodological procedure that was followed; in the third section the main results are presented; and the fourth presents some brief conclusions and recommendations.

## Methodology

This is a quantitative, cross-sectional study. The base population of the study is made up of households with recent migrants returned from the United States. In order to identify them in the microdata of the survey of the expanded questionnaire of the General Population and Housing Census of 2020, five procedures were used: the first was to establish the migratory status of the members of the household, to this purpose the questions, place or country of birth and place or country of residence in March 2015 were used. With this first filter, 294 516 Mexicans who returned from the United States were estimated.

The second procedure is the conversion of the unit from the individual to the household, to integrate returning migrants into their household, which according to INEGI (2021) is defined as: “the unit formed by one or more people linked or not by ties of kinship, who usually reside in the same private home” (p.137). This concept is based on the home-dwelling relation, which allows us to present residents and based on kinship, get to know the family nucleus and analyze its structure, regardless of the organization of common expenditure allocated to food. To do this, each person living in the dwelling is related to the person shown as the head of the household (reference person), this relationship is obtained through kinship, in which the different types of family organization inside the house are established (INEGI, 2021). We must consider that, although returning migrants can be linked to the home they arrive at, there is no certainty that they return to the same home from which they left.

Thus, the size and structure of a household, as well as the number and sociodemographic profile of the people that are a part of it, are fundamental for the analysis of the organization of the family of returned migrants. This family is understood as a group of individuals related by kinship, and in a population and housing census it is identified because the individuals that form it reside in the same dwelling where returned migrants come to live. This set of people constitutes the family of the Mexican migrant returned from the United States.

The third procedure consisted of identifying the people who reside in the home as domestic workers and guests in order to discard them from the selection since they are not related to the basic family nucleus -head of the household, husband or wife, and son or daughter-. The fourth procedure applied to build the homes of returned immigrants was to develop a series of indicators made by combining the information of the people who make up the household. The fifth procedure was to build the typology of households. In order to do this, the typologies of returned migrant households proposed by Canales and Meza (2018), Gandini, et al., (2014), Toro and Bautista (2019) and Calva (2023) were revised, but unlike these works, this one only considers homes of returned migrants and not individual returned migrants. For this reason, we decided to use the typology of households proposed by INEGI (2021) which is based "on four types [of households] according

to the relationship (consanguinity, adoption or marriage) its members have with the head of the household. Family members including nuclear (formed by the head of the household, his or her partner with no children; partner with one or more children; head of the household with one or more children); extended (consisting of a nuclear household and at least one other relative, or by the head of household and at least one other relative); and compounded (formed by a nuclear or extended household); and the non-family members integrated by a single member" (pp.140-141). Co-resident households were excluded from the analysis because returned migrants were not related to the members of the household (their position was that of a domestic service worker or guest).

With the five criteria used, 249,152 households with Mexican people returned from the United States were identified (see Table 1). The return of a member of the household caused modifications or rearrangements in family dynamics that may vary according to the role that the returned person plays within the household. In the case of nuclear, extended and compounded homes, a period of adaptation is necessary. In some cases, the entire household returned to Mexico (13,172 households) or the return of people who live alone in single-person households (35,821 households).

In order to learn about the health care and the access to it in the homes with selected returnees, the following questions were used:

place of care in case there is a health problem and affiliation to health care services. Additionally, the analysis used contextual variables such as type of household, role of the returnee in the household, as well as some variables on the socio-demographic profile such as sex, age, and economic participation of the individuals conforming the returned migrant household among others.

### Results

In 2020, there were an estimated 249,152 households with Mexican people returned from the United States in which members stated they were related or living alone, and in which an adult population ages (25 to 49 years) predominated, particularly within the male population, although with a broad base of girls, boys and young people (see Graph 1). The lowest proportion of returnees belonged to the age group 15

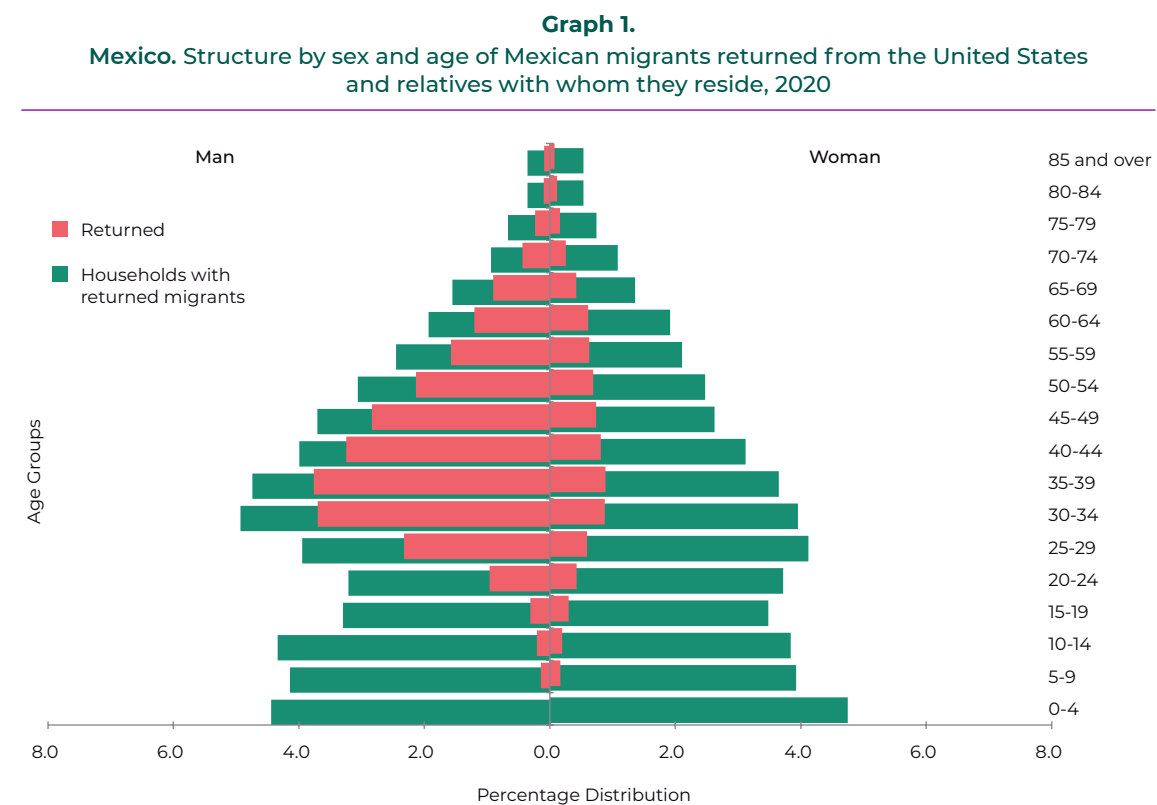
to 24 years (possibly related to the age at which emigration to the United States began). These data reveal that emigration and return foster permutations in the composition of households by sex and age and poses specific health needs.

The age structure of the male population of returned immigrants (217,810) is composed mainly of people of working age, with almost no presence of girls, boys and adolescents. In the case of the returned migrant female population (71,695), the age structure is similar to that of men, but also, there is a similar proportion in the age groups between 25-64 years (see Graph 1).

The femininity index shows the disparities in the composition by sex of the studied population and indicates the number of women per hundred men in each five-year age group, 100 is the equilibrium point; if the value exceeds 100 there are more women than men, otherwise (value less than 100) there are fewer women than men.

Type of Household	Total	Percentage
Nuclear Household	138 117	55.4
Extended Household	73 177	29.4
Compounded Household	2 037	0.8
One-person Household	35 821	14.4
<b>Total</b>	<b>249 152</b>	<b>100</b>

Source. Author's elaboration based on INEGI (2022). Censed microdata from que extended questionnaire. Censo de Población y Vivienda de 2020.



Source. Author's elaboration based on INEGI (2022). Census microdata from the extended questionnaire. Censo de Población y Vivienda, 2020.

In general, the index shows a great disparity in the number of women compared to men, which intensifies in the five-year groups in productive ages, both in the cohort of returnees and in the cohort of family members (see Graph 2).

In the cohort of returned immigrants, from the age group 20-24 years and up to 70-74 years, the femininity index had levels below 100, that is, this is a highly masculine population integrating upon their return to households with a highly feminine composition. For example, in the 40-44 age group, returned migrants have a rate of 25 women for every 100 men, on the counterpart, among family members of the same age group this rate is multiplied 12.3 times reaching 308 women for every 100 men.

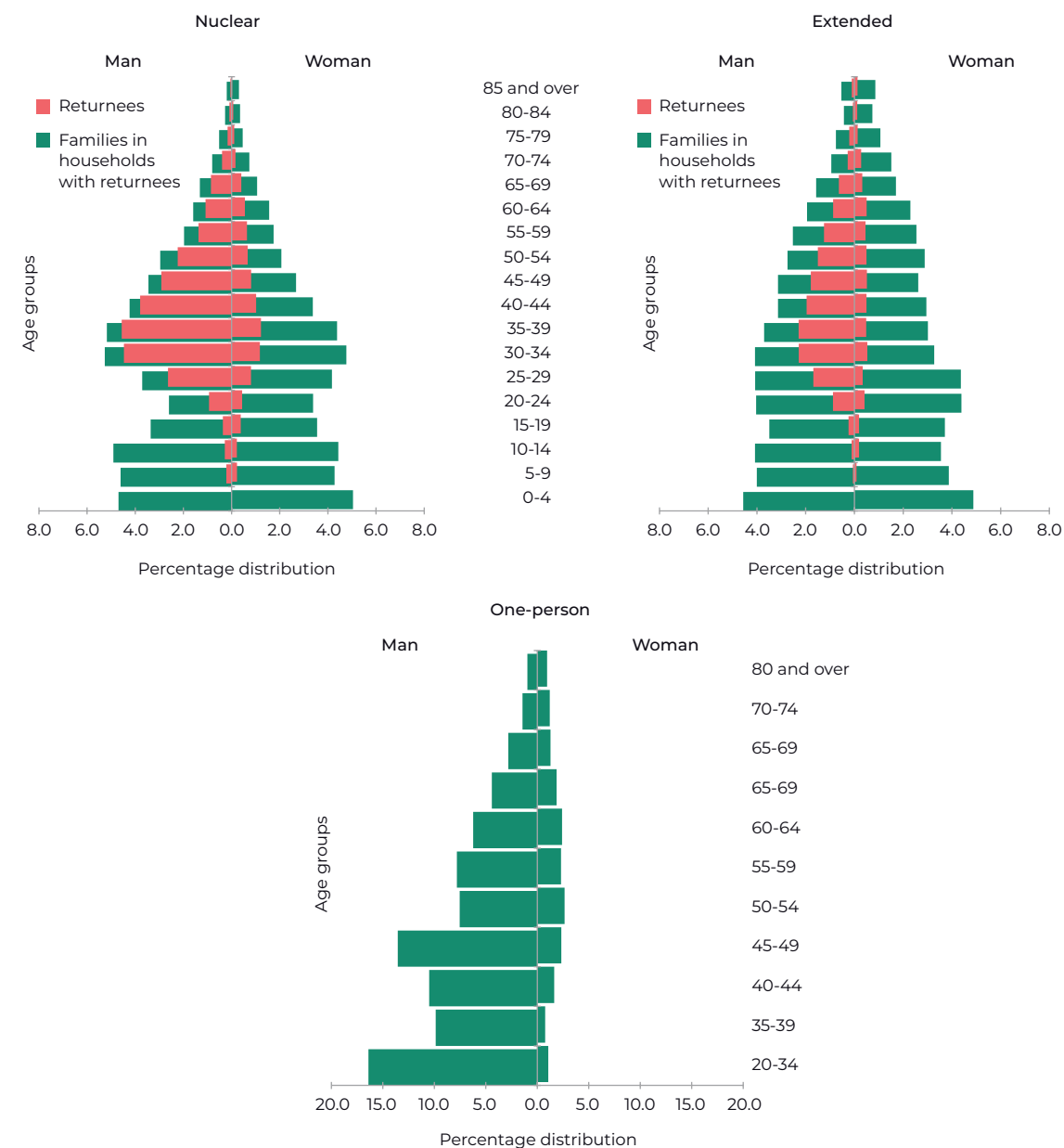
The femininity rate of returned migrants begins to increase from the 60-64 age group

to the 80-84 years group, at which time more women return than men (118 women for every 100 men). In the cohort of relatives of returnees from the 45-49 age group, the femininity index begins to decrease, but does not reach equilibrium and the preponderance of women continues up to the 85 and older group.

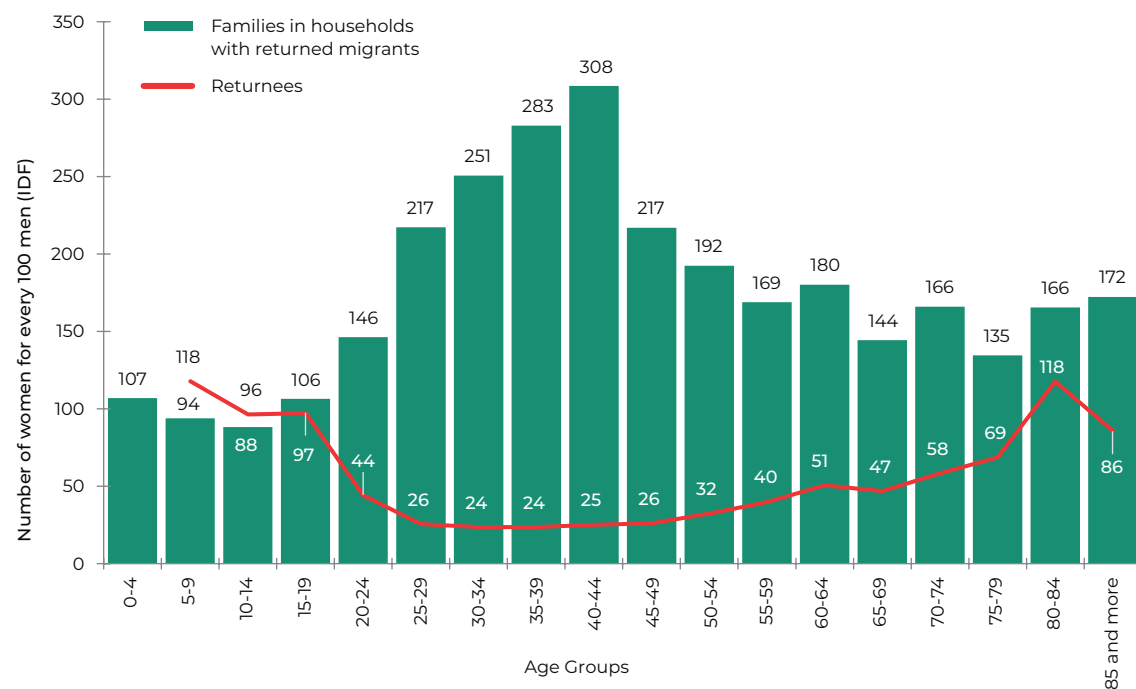
Due to a majority of males within the household emigrating to the United States, there is consequently a preponderant return of men, especially to feminine domestic units. The femininity index shows the unique composition of returned migrant households, which have special health care needs.

Comparing the population composition by sex and age groups of returned migrants by type of household, the following stands out (see Graph 3):

**Graph 3.** Mexico. Structure by sex and age of Mexican migrants returned from the United States and family members with whom they reside, by type of household, 2020.



**Graph 2.** Mexico. Femininity index of Mexican migrants returned from the United States and relatives with whom they reside, 2020



Source. Author's elaboration based on INEGI (2022). Census microdata from the extended questionnaire. Censo de Población y Vivienda, 2020.

Source. Author's elaboration based on INEGI (2022). Census microdata from the extended questionnaire. Censo de Población y Vivienda, 2020.

- Nuclear home. In the lower part, up to 14 years of age, there is a broad and similar base according to sex, indicating a high presence of children, these might be families in formation. Returnees have an average age of 39 years and their relatives 25.6 years. Men are preponderant in the cohort of returned migrants in productive ages, without their presence these households would have a female preponderance and consequently a deficit of men. In the age groups of 15-19 years, 20-24 and 25-29 years, a deficit of men and women is observed.
- The population pyramid in extended households shows a more compact and rounded shape than the nuclear type. These could be households in an expanding stage of life with fewer small children and with migrants still in the United States. Returnees have an average age of 42 years and the relatives who live with them 30.1 years. Returning women remain a minority.
- The few cases found in the census sample of returned migrants living in compounded households did not make it possible to calculate the population pyramid.
- In single-person households, the presence of the male population is greater at all ages. Men who live alone are concentrated between the ages of 20 to 24 and 45 to 49 years. While the women who live in this type of household are few, they stand out in the ages of 45 to 49 and 50 to 54 years. The age structure of the population living in single-person households contrasts with the population living in family households (nuclear or extended), which presents proportions of older adults of both sexes. Their average age is 48.6 years.

### Financial Participation

Participation in the labor market is a fundamental variable in order to understand the access to medical services and health care. If we review the total number of selected households and the labor participation of returned migrants in them, 73.5 percent had a returned family member in the labor market, 3.6 percent of these households had unemployed returned migrants and 69.9 percent employed ones. This last figure is higher than the estimate made by the Comisión Nacional de Derechos Humanos and the Colegio de la Frontera Norte (National Human Rights Commission and the College of the Northern Border [CNDH and COLEF, 2019]) which was 62.3 percent for the year 2015<sup>4</sup>, which shows an increase in employment integration in migrants returning to Mexico. It is important to point out that 26.5 percent of the returnees' households do not present any economic activity due to various causes: domestic work, studying, retired, not working, among others.

If we differentiate by type of household, the labor participation of returned migrants presents variations, the highest level was observed in nuclear households with 76.8 percent, this number drops to 66.7 percent in single-person households. The greatest variations in labor participation are presented by the position in the home of the returned person, when it is the head of the household it reaches 74.9 percent, in the case of the spouse, participation decreases to 48.3 percent, and among children, labor participation remains at an intermediate point of 65.2 percent.

In some homes, returned migrants play a fundamental role in their economic survival. In 35.7 percent, they were the only people inserted in the labor market and, therefore, the

<sup>4</sup> "Estimates are based on the number of returnees from the United States between the ages of 18 and 65. This number was 395,000, of which 246,000 (62.3 percent) joined the labor force" (CNDH and COLEF, 2019, p. 29).

ones who generated income from work; In addition, in 33.6 percent of the homes there are returned immigrants and some family member inserted in the labor market (see Table 2). A group of households with returned immigrants that must be studied in detail is made up of those who do not register work activity, or monetary income 14.2 percent (35,380), but 9.2 percent receive some conditional transfer, be it a family remittance from abroad, from Mexico, government aid, retirement or pension.

An 85.8 percent of all households report an economic activity, most are wage-earning employees or self-employed. In these households, a large majority of returnees carry out some activity (73.7%). A 35.7 percent of households stands out because only the returned member works, in 33.7 percent (81,772) of households both the returned migrants and the family members with whom they reside work, and in 12 percent (29,888) of households it is any other family member of the household that does so. These results may be related to the age and sex structure of the members of the households identified in Graph 3.

Only 21 percent of the households in which the returned migrant is employed reported having some kind of medical service from one of the following: the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), the Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), the Armed Forces, Navy or other. The low level of health care coverage linked to employment shows the precarious work conditions to which migrants return. These could have severe health consequences, especially considering that some migrants who return to the country have a decreased health capital (Castañeda, et al., 2018) due to the type of work and living conditions they had in the United States, which could have generated a series of chronic, mental and transmissible diseases (Fernández-Sánchez, et al., 2022) that require basic, specific and periodic health care regimens.

Most working returned migrants participate in informal economic activities, according to Duval and Orraca (2011) (cited in CNDH and COLEF, 2019, pp. 29-31) this can be explained because "some workers, including returnees,

**Table 2.**  
Mexico. Economic activity of Mexican migrants returning from the US and the family members they live with, 2020

Economic Activity	Percentage of Households
No economic activity	14.2
Economically active	85.8
Returned migrants economically active	73.5
Returned migrants without economic activity	26.5
Only returned migrants work	35.7
Only other family members work	12.0
Returned migrants and family members seeking work	3.3
Only other family members seek work	0.3
Returned migrants and family members work	33.6
Returned migrants and family members work, but other family members are unemployed	0.8
Only family member works, but is currently unemployed	0.3

Source. Author's elaboration based on INEGI (2022). Census microdata from the extended questionnaire. Censo de Población y Vivienda de 2020.



due to their work experience, level of human capital, and labor networks in Mexico, obtain higher incomes by working in the informal sector.” In addition, according to Hagan and Wassink (2016) (quoted in CNDH and COLEF, 2019, p. 35) some returned migrants have learned skills that can be transferred from one country to another (such as metallurgy or car repairing) which allows them to work on their own. Another element to consider is temporary agricultural work through H-2A visas to the United States, which has become increasingly important in numbers. In other words, some returned migrants could possibly continue to be a part of the Mexico-United States migratory circuit as temporary agricultural workers in the United States, and due to their immigration status, it is difficult for them to find a formal temporary job while in Mexico. Therefore, they decide to carry out some informal economic activity while they are waiting to migrate again. Due to the condition of informal economic activity, both they and their families are less likely to have access to work-related health care services in Mexico.

As to the affiliation or right to medical services of all the members of the household, 24.9 percent have access to employment-related medical services, this includes both

working returned migrants and the relatives with whom they live who are entitled to receive medical services (spouse, partner or children), in addition to households with returned migrants retired in Mexico. The presence of a returned migrant influences the family’s low health care coverage (see Table 3), which is worrying given the age structure of these households, which have a high proportion of girls and boys, as well as elders (see Graph 3) with specific health care needs and limited access to employment-related social protection.

It stands out that affiliation to the Seguro Popular program, or the Seguro Médico para una Nueva Generación (Siglo XXI) or the Instituto de Salud para el Bienestar/IMSS, operational components of the public social protection system, become more important for households with an employed returned migrant, for these public programs provide medical services to 29.6 percent, a higher proportion than the 24.7 percent who receive health care services as a job benefit from returned immigrants. This difference increases in households where returned migrants do not have a job, since the coverage of public social protection services is 25.7 percent and those related to employment are 16.9 percent.

The lack of health care is exacerbated in households where the returned migrant is not integrated to the workforce, for the proportion of households without a right to medical services or affiliated to public health care programs, increases to 50.4 percent. The same thing happens in single-person households where this number rises to 59.0 percent.

If we analyze the place where people go when facing a health problem as well as their

employment status (see Table 4), we see that in those households in which returned migrants have a job, only 19 percent receive care in work-related social security systems (IMSS, ISSSTE or some federal hospital). This is a lower amount than the proportion of people entitled to receive medical attention due to their affiliation (24.9%) due to bureaucracy and delays in medical care in these health care institutions, as well as the low appreciation of the health service.

**Table 4.** Mexico. Economic activity of Mexican migrants returning from the US and place of medical attention when facing a health problem, 2020 (Percentage)

Health problem attention	Works			Doesn't work		
	Total	Type of Household		Total	Type of Household	
		Family	One-person		Family	One-person
Doesn't receive any care	6.4	6.4	12.7	8.2	7.2	14.8
Other	2.3	2.3	1.8	4.5	4.5	4.6
Pharmacy	14.8	14.8	20.1	14.0	13.9	14.3
Clinic or private hospital	27.0	27.0	26.2	32.4	32.3	32.9
Centro de Salud or SSA Hospital, Seguro Popular or Instituto de Salud para el Bienestar- IMSS PROSPERA Y BIENESTAR	30.5	30.5	21.1	26.8	27.6	21.0
Social Security IMSS-ISSSTE-PEMEX-ARMY-NAVY	19.0	19.0	18.1	14.2	14.4	12.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Source: Author's elaboration based on INEGI, 2022. Census microdata from the extended questionnaire. Censo de Población y Vivienda, 2020.

While 41.8 percent of households with employed returned migrants receive care in private medical facilities such as pharmacies, clinics or hospitals, this number rises to 46.4 percent in households with non-working returned migrants. It may be surprising that a greater number of people are attended in private clinics, those who do not work (32.4 percent) compared to those who do (27.0%). However, households with employed returned migrants would be expected to show fewer care options to their health problems, especially if they have a formal employment that can absorb the cost of medicines, for example, and this can explain the fact that private offices, clinics or hospitals are used less. In the case of households with non-working re-

turned migrants who access private health care establishments, they necessarily have a support network to cover these expenses, either other migrant relatives via remittances or money loans.

Another option to receive health care is the public sector, in households with an employed returned member, 30.5 percent use the public health care system (SSA Health Center or Hospital, Seguro Popular or Instituto de Salud para el Bienestar- IMSS PROSPERA Y BIENESTAR), a proportion that decreases by 26.8 percent when the returned migrants do not work. This could be explained by the lack of guaranteed health care in Mexico's health care system in Mexico due to the lack of doctors and public health facilities.

**Table 3.** Mexico. Economic activity of Mexican migrants returning from the US, affiliation and health care services, 2020 (Percentage)

Affiliation to health care services	Works			Doesn't work		
	Total	Type of Household		Total	Type of Household	
		Family	One-person		Family	One-person
Not affiliated, doesn't have access to medical services	42.7	41.3	52.8	51.5	50.4	59
Other institution	1.1	1.1	1.5	2.6	2.7	2.5
Private insurance	3.1	3.3	1.8	4.4	4.3	4.8
Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI) or Instituto de Salud para el Bienestar / IMSS	28.2	29.6	18.2	24.7	25.7	17.7
Seguridad Social IMSS-ISSSTE-PEMEX-DEFENSE-NAVY	24.9	24.7	25.7	16.8	16.9	16

Source. Author's elaboration based on INEGI (2022). Census microdata from the extended questionnaire. Censo de Población y Vivienda de 2020.

Households with working and non-working migrants, 14.8 percent and 14.0 percent, respectively, are attended in low-cost private pharmacies, 30-50 pesos per medical consultation. According to Woo and Flores (2015), the population resorts to these spaces for medical care due to the lack of coverage of the Mexican health care system, although the Undersecretary of Health, López-Gatell, has declared:

“The basic reason why these medical offices became famous was immediate attention, because you simply go to the pharmacy’s medical office, and you are treated. But this is a great deception, the doctor’s offices adjacent to the pharmacy do not solve major health problems. To someone with diabetes, hypertension, or chronic lung or heart disease, like a large amount of the Mexican population, these clinics are not going to solve their medical issues and might even endanger their health and life. This is documented” (El Financiero, August 22, 2022).

These data show the fragmentation of health care services, which is why private services, social healthcare linked to employment and public services play a crucial role in the health of returnees and their families.

It is worrisome that in households with employed returning migrants, 6.4 percent do not receive care when facing a health problem, this ratio rises to 7.2 percent in households with unemployed returnees. However, these amounts double in the case of single-person households where the returned migrant is employed (12.7%), and when he or she is not employed (14.8%). The lack of medical care is an injustice because the basic human rights commitment ratified by the Mexican government before different institutional organizations and the Mexican society itself is not fulfilled, in addition to the fact that it can cause serious health damage or death.

In previous paragraphs, we saw a general overview of access to health care services in households with returned migrants according to their working status, but what about their and

their relatives’ health conditions? This question is now addressed from the perspective of care received when facing health problems and the affiliation or right to medical services.

Table 5 shows the diversity of affiliations of the members of households with returned migrants under the proposed approach. On the one hand are the members who are returned migrants and their affiliations (columns) and, on the other, their relatives’ affiliations (rows). Regarding affiliation or right to medical services, in 44.7 percent (111,471) of households, returned migrants are not affiliated or have any right to medical services; only in 21.0 percent (52,436) of households, returned migrants have work-related social healthcare security. Affiliation to public health care services amounts to 27.1 percent (67,480) of households with returned migrants, in the rest, there is a mixture of affiliations to different institutions. This shows that different affiliation regimes coexist within households, for example, households affiliated to Social Security IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSA-MARINA-Not affiliated/Not entitled amount to 11.9 percent because those affiliated to employment-related health care services can only incorporate direct family members (parents, spouse, daughters or sons) as beneficiaries, not siblings or other kinship relationships.

In the case of households where returned migrants have no affiliation, in 42.9 percent of these, relatives do not have any type of social security, the rest are incorporated to public health assistance offered by the government and the work-related social security. When the returned migrant lives in a household with affiliation to the public health care system, in most of these households (69.7%) relatives are enrolled in the same institution, also, in 10.9 percent of households, members are affiliated to more than two institutions. The complexity of affiliations in households can be explained by the feminized household, whose members receive specific medical benefits from the

**Table 5.**  
Mexico. Percentage distribution of affiliation to medical services according to institution of attention, by type of household member, 2020

Affiliation to health care systems of family members living with returned migrants	Health care affiliation of returnees						
	Not affiliated / Note entitled to medical services	Other institution	Private insurance	Seguro Popular or Instituto de Salud para el Bienestar -IMSS PROSPERA Y BIENESTAR	Social Security IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSE-ARMY	Social Security IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSE-ARMY	
						Not affiliated	Seguro Popular - Instituto de Salud para el Bienestar -IMSS PROSPERA Y BIENESTAR- Others
Not affiliated nor has right to medical services	42.9	9.8	5.7	3.4	7.4	37.6	5.9
Other institution	0.3	21.1	*	0.2	*		*
Other institution / Not affiliated	0.2	5	*	*			
Private insurance	0.6	3.9	50.2	0.2	1.4	4.3	
Private insurance / Other / Not affiliated	0.6	5.3	4.2	*	*		*
Seguro Popular or Instituto de Salud para el Bienestar -IMSS PROSPERA Y BIENESTAR	15	5.8	5.7	69.7	5.6	*	27.4
Seguro Popular or Instituto de Salud para el Bienestar -IMSS PROSPERA Y BIENESTAR/ Not affiliated	10.2	1	*	10.9	1.5	*	13.6
Seguro Popular - Instituto de Salud para el Bienestar -IMSS PROSPERA Y BIENESTAR /OTHER -Social Security IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSE-ARMY	0.3	6.7	4.7	0.9	0.4		
Social Security IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSE-ARMY	11.7	18.7	14.8	3.9	58	24.8	22.9
Social Security IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSE-ARMY - Not affiliated / Not entitled	11.9	1.9	2.4	1.3	14.2	24.5	1.3
Social Security IMSS-ISSTE-PEMEX-DEFENSE-Army / Seguro Popular - Instituto de Salud para el Bienestar -IMSS PROSPERA Y BIENESTAR-Others	6.3	20.8	11.2	9.6	10.8	7	13.4

\*Without statistical significance. Source. Author’s elaboration based on INEGI (2022). Census microdata from the extended questionnaire. Censo de Población y Vivienda, 2020.

health care system for elders (due to retirement or a social program), and children (due to education). The affiliation of returnees is strongly associated to their employment status.

In the 249 152 households, returned migrants indicated to have received care in the private sector, 27.4 percent in a private doctor's office, clinic, or hospital, and 14.9 percent in a pharmacy, an accumulated total of 42.0 percent (104 688 households); 28.7 percent (71 596) go to a public health care services; and 16.4 percent (40 879 households) use some work-related

social security health care service; the rest resort to a combination of different services.

Comparing the place of care of returned migrants when facing health problems to the place of care of relatives living in their households, we found that, when returned migrants do not receive care, 14.8 percent do not receive care either, and when they do, they use work-related health care services (30.7%), public services (30.5%), private health care services (15.4%), and the rest (8.6%) resort to others or a combination of all health care services (see Table 6).

In households where returned migrants seek care when facing a health problem, 82.9 percent correspond to work-related social health care security as the type of place their relatives use. When returned migrants use the public system, attendance rises to 71.9 percent as the type of place their relatives use. The trend repeats itself when returned migrants use the private sector, used by 58.8 percent of their relatives. This shows the role played by returned migrants in the choice of place of care of the relatives with whom they live when facing a health problem.

Table 6 highlights the households whose members combine two or more medical service options. There are different medical service affiliation schemes within the same household (see Table 6), which increases the number of options of medical services the members of the household can use when facing a health problem. This may be one of the ways in which the families of returned migrants combine different medical care options as a strategy that depends on the financial resources available to the family, the severity of the symptoms, and the urgency or need for permanent treatment.

sex) it was possible to appreciate on the one hand, that they have a broad base of children and women, and on the other, a considerable number of elders; which may be the effect of the moment Mexico is going through, with an aging population that will require greater health care.

While the phenomenon of return migration is eminently masculinized, as an effect of greater male emigration, the homes the returned members return to are characterized by domestic feminization, which reaches its maximum range in a group of 40 to 44 years of age, since the index triples the number of women as compared to men. This indicator shows the singularity of the composition of returned migrant households for they present special health care needs. For example, the population conformation of family members has a high proportion of women in childbearing ages and greater productive demand with a specific epidemiological profile and particular needs such as reproductive care, cancer prevention, sexually transmitted diseases and other programs.

In contrast, returned migrants have a predominantly male population structure, in adulthood and with health needs associated with chronic disease processes (obesity, diabetes, mental health care, among others) that require medium-term treatment, as documented by Fernández- Sanchez, et al. (2022). They require special programs that guarantee access to a basic and specialized health care infrastructure.

Returned migrants are incorporated into different types of households, which produces multiple family arrangements and strategies to address health care needs (five out of ten returned migrants live in a nuclear home, three out of ten reside in an extended home and slightly more than one in ten in a single-person household). The family structure of households with returnees is even more complex when reviewing its relationship to the emigration to the United States, because in a household with returned migrants different processes may overlap, such

### Final Considerations

The aim of this work is to learn the access to, and types of health care services used by returned migrants and their families, from a demographic and household perspective. For its realization, information from the Censo de Población y Vivienda 2020 was used. We consider it important to move from an individual to a family approach that makes the complexity of strategies adopted within households to cover their health care needs visible in the face of a structurally limited health care system.

A total of 249,152 households with Mexican people returned from the United States were estimated, where their members declared having some kinship relationship or live alone. Given their demographic composition (age and

**Table 6.**  
Mexico. Percentage distribution of the place of attention when facing a health problem, by type of household member, 2020

Place of care when family members of returned migrants face health problems	Place of care when returned migrants face health problems						
	Doesn't receive care	Other place	Pharmacy	Private hospital or clinic	Private hospital or clinic, pharmacy, doesn't receive attention, other	ssa Healthcare Center or Hospital, Seguro Popular or Instituto de Salud para el Bienestar- IMSS PROSPERA Y BIENESTAR	Social Security IMSS-ISSTE-PEMEX-ARMY-NAVY
Doesn't receive any care	14.8	*	0.2	0.5	1.8	0.3	0.8
Other place	1.1	27.7	0.8	0.3	*	0.2	0.4
Doesn't receive care / Other	*		0	*	*		
Pharmacy	5.9	7.5	41.7	1.7	*	1.3	3
Pharmacy office / Not attended / Other	1.2	3.6	3.1	*	3.2	0.2	*
Private practice, clinic or hospital	8.3	14.2	2.9	58.8	45.7	2.2	5.2
ssa Hospital or Healthcare Center, Seguro Popular or Instituto de Salud para el Bienestar-IMSS PROSPERA Y BIENESTAR	22.5	10.5	7.9	7.5	1.6	71.9	5.2
SSA Hospita or Healthcare Center, Seguro Popular or Instituto de Salud para el Bienestar-IMSS PROSPERA Y BIENESTAR-Other	8	3.7	8.9	1.1	1.6	4.2	1
Social Security IMSS-ISSTE-PEMEX-ARMY-NAVY	13.7	13.6	11.5	6.9	*	4	57.1
Social Security IMSS-ISSTE-PEMEX-ARMY-NAVY / Others	17	14	17.5	13.6	21.9	9.8	25.8
Combination of several health care providers	6.7	4	5.5	9.6	12.5	5.8	1.1

\*Without statistical significance. Source. Author's elaboration based on INEGI (2022). Census microdata from the extended questionnaire. Censo de Población y Vivienda, 2020.

as receiving remittances, having a migrant in the United States, and members born in this country. Depending on the migratory processes that come together in the household, there will be different types of family arrangements, in addition, the financial capacity will vary, directly affecting the health care attention received.

Based on the data, we confirmed that households with returned migrants have low work-related health coverage, a fact that can be explained by the type of economic activities they carry out. Upon their return to Mexico, they mostly find informal jobs. This does not mean that the household faces financial insecurity because they can perceive income above the national average (CNDH and COLEF, 2019); however, when facing a health problem without health care coverage, they are likely to face a financial catastrophe.

As expected, employment-related health care coverage is low due to informality. The relatives of returned migrants are the most affected by this low affiliation to work-related health care systems, which is why the Seguro Popular or the Instituto de Salud para el Bienestar — IMSS PROSPERA Y BIENESTAR— continue to be the medical care support of these households. The low health care affiliation in households with returned migrants will have repercussions in the long term, as the structure of the household ages, health care requirements will be greater, as will the derivative economic expenses, which may reach an amount that jeopardizes the economic survival of the household.

Health care in homes with returned migrants and their families depends on the private sector with pharmacy, clinic or hospital offices, followed by the health care open system and work-related social security. However, care is fragmented and precarious if we consider the places where family members go to receive medical care services. The fragmentation of medical care places is a strategy implemented mainly by households in the face of a structurally limited public health system.

The complexity of each household with returned migrants must be considered in order to understand medical care because it is a heterogeneous group with very different realities, for example, those whose members are in the labor market and live only on their income from work, have different needs than households with multiple sources of income. Various health care programs aimed at specific profiles of returned migrants should be designed, co-financed between returned migrants and private and public institutions, particularly considering the country's demographic future. In terms of public policy, it is necessary to develop specific initiatives to support health care for returned migrants and their families.

As future lines of research, we suggest further exploring the role played by the family in the care of health problems of returned migrants and their families according to their epidemiological profile and the life cycle of the household in order to generate a proposal for sustainable health care inclusion.

## Access to Health Services for Women Born Outside Mexico, 2020

Alejandra Reyes Miranda<sup>1</sup>

### Summary

In 2020 Mexico had an immigrant population of 1 169 883, which represented one percent of the total population, 49.4 percent were females, mainly born in the United States, Guatemala, Venezuela, and Colombia. Access to health services for the immigrant population in Mexico is an indicator of human rights and of the degree of social integration in the country. In 2020, 44.4 percent of women born outside the country did not have access to medical services. This document addresses the general characteristics of the female immigrant population in Mexico in relation to the access to health care services. The source of the information is the Censo de Población y Vivienda (Population and Housing Census), 2010, 2020. It is worth noting the fact that the daughters of the head of the household are the ones who, to a greater extent, lack access to health care services, and that 44 percent of women who have children do not have access to any medical services.

**Keywords:** *Visibility, immigration, female population, Mexico, health care services, gender perspective..*

### Introduction

One of the latest phenomena in international migration is the visibility of the female population. This is due to a combination of circumstances such as the increased demand to assert women's rights in all social spheres, an interest to learn about their participation and evolution in the migratory phenomenon, and therefore, more detailed statistics that include sex, as well as their increased active participation over the last decade, mainly in the labor market. With the commonly called feminization of migrations, flows require a gender perspective that considers the particularities in the causes for emigration, transit conditions, as well as their rights in destination places and possible return.

According to estimates from the United Nations Population Division, in 2020 48.1 percent of the international migrant population were women, around 134.9 million with an average age of 39.8 years (Consejo Nacional de Población [Conapo], BBVA Research and Fundación BBVA, 2023). Mexico is the country with the second largest international migrant population. That same year, it was estimated at 11.2 million, with a female participation of 46.8 percent, very close

<sup>1</sup> Deputy Director of Socioeconomic Studies and International Migration. Consejo Nacional de Población (CONAPO) alejandra.reyes@conapo.gob.mx. With the statistical support of Rodrigo Manuel Olivares Eslava, Research Assistant.

to the proportion identified worldwide. Mexico has seen an increase in the population born in a foreign country now living in Mexico. According to the Censo de Población y Vivienda (Population and Housing Census [2010]), a female population of 47,797 who was not born in Mexico was registered, and by 2020 it rose to 578,485, which is 49 percent of the total flow of immigrant population in the country.

One of the central aspects of the social and economic integration of migrations to recipient countries is the access and use of medical services according to specific sex and age group needs. There are a number of international agreements, as well as national legal instruments that establish health as a right regardless of immigration status. This document addresses access to medical services for the female population in Mexico from a human rights perspective. Its content is divided into three sections. The first one addresses the national and international human rights framework, the right to health care and sexual and reproductive rights for women. The second one mentions the demographic characteristics of the target population are mentioned. And finally, the third section describes the access and use of health care services in Mexico, and some summary points are commented.

### Methodology

This work is of an empirical descriptive nature and only addresses general aspects of the female immigrant population in Mexico. It uses basic sociodemographic statistical information from the 2010 and 2020 Censo de Población y Vivienda. The analysis includes a gender perspective aiming to make women's access to medical services visible.

### Regulatory Framework

In 2016, within the framework of the XIII Regional Conference on Women in Latin Ameri-

ca and the Caribbean, the Montevideo Strategy was incorporated, its main objective is a political commitment to achieve gender equality in 2030. Among its axes is the regional normative harmonization regarding the transnational migration of adult women and girls, who require differentiated treatment in order to guarantee their rights in terms of health, work, education and access to justice.

Institutional efforts to regulate and make this growing phenomenon visible are reflected in the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration adopted in 2018, which integrates gender perspective into the global compact, considering the special needs of women, particularly those that have been the object of illicit trafficking. It considers the full exercise of migrants' human rights and their access to basic public services, especially education and healthcare, including sexual and reproductive health, regardless of their immigration status.

Within the framework of international treaties, there is the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (UNCESCR), the international institution in charge of supervising the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR). It is in charge of preparing observations that promote constructive dialogue for the application and fulfillment of the Compact, this includes attention to access to healthcare and sexual and reproductive rights of migrant women. It promotes these concepts as a set of liberties and rights to ensure the human dignity of those who migrate.

Article 12 of the ICESCR grants everyone's right to the highest possible level of physical and mental health, which obliges subscribed countries to ensure these rights for their citizens and migrant population.

Another institution that has generated reports on the monitoring and application of the right to health of migrant women is the UN Special Rapporteur on migrants' human rights, a mechanism created by the Human Rights Coun-

cil and its jurisdiction extends to all UN States, regardless of whether they ratified certain treaties.

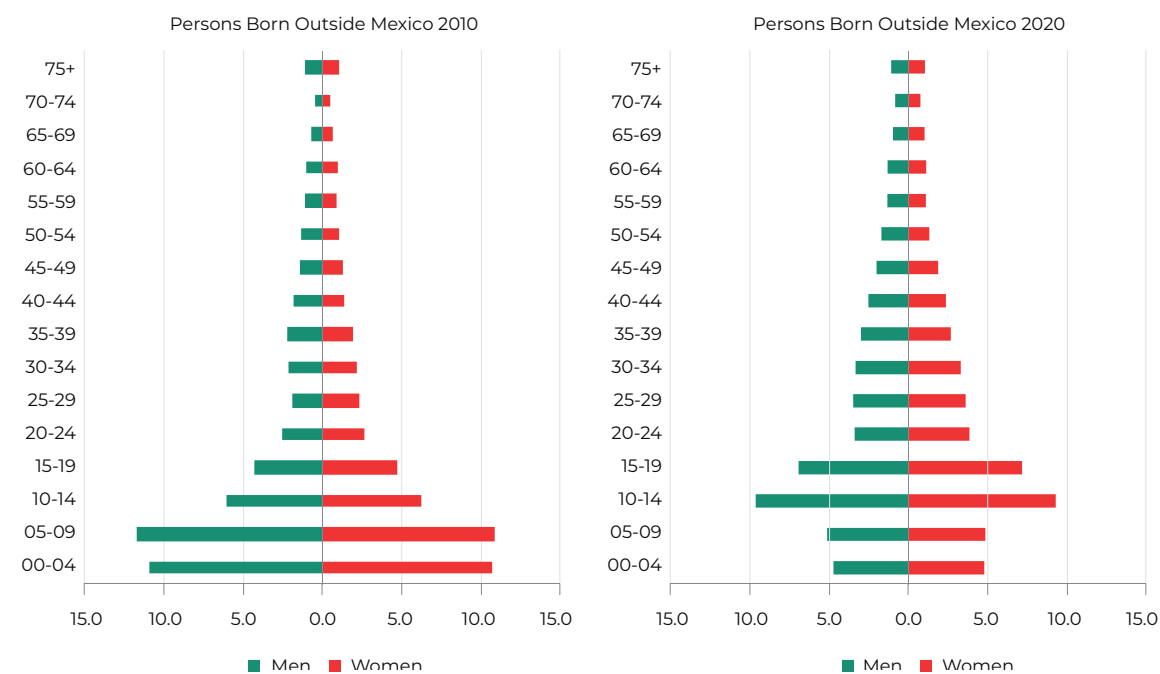
Its special focus on the migration of adult women and girls who require differentiated treatment in order to guarantee their rights effectively stands out, for they are victims of high rates of violence, sexual discrimination, child marriage, early or forced marriage. They often do not have reliable access to healthcare or reproductive health in transit and destination countries due to fear of deportation, particularly women migrants in an irregular situation.

### Sociodemographic Characteristics of Migrant Women in Mexico

The volume of the immigrant population in Mexico in 2010 was 967,803; women represented 49.4 percent. By 2020 the foreign population in the country increased slightly to 1 169 883, with a growth of 1.91, rising the female popula-

tion in the same proportion as a decade ago to 578 485 women. The age structure of the foreign population in the country in 2010 showed a high migration of children under 19 years of age, 6 out of 10 were in this age group, male and female equally, while the working age group, from 20 to 64 years represented 30 percent, male and female equally; finally, the population aged 65 and over, represented between 4 and 5 percent. A decade later, those under 19 years of age represented 52 percent, it is worth noting that this is largely due to the population that arrived 10 years earlier, which in 2020 was between 10 and 19 years old. Four out of ten were old enough to work, two men and two women; and finally, 5.5 percent were 65 and over. This is how, in recent decades, foreign women in the country have represented half of the population and have to a large extent been under 19 years of age, and over the last decade they have presented an increase in working ages (see Graph 1).

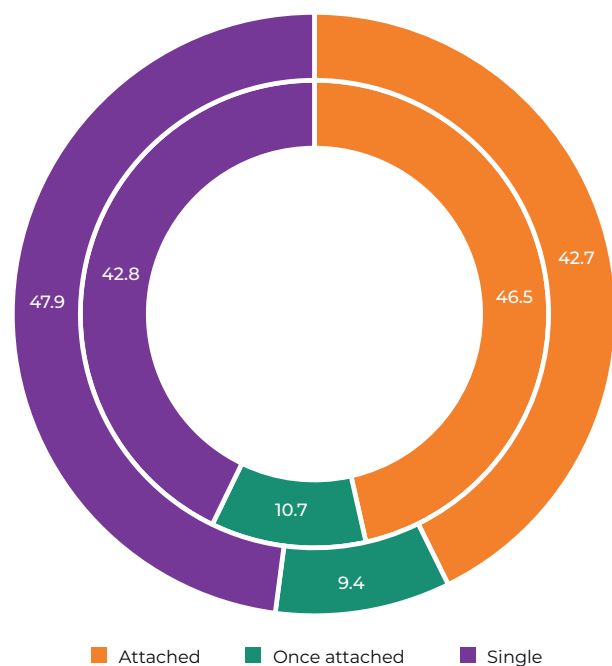
**Graph 1.**  
Structure by age and sex of the population born outside Mexico, 2010 and 2020 (percentage)



Source: Author's elaboration based INEGI, 2010 and 2020 Censo de Población y Vivienda.

**Graph 2.**

Marital situation of women born outside Mexico and residents in the country, 2020 (percentage)



Source: Author's elaboration based INEGI, 2010 and 2020 Censo de Población y Vivienda.

### Country of Origin and Residence in Mexico

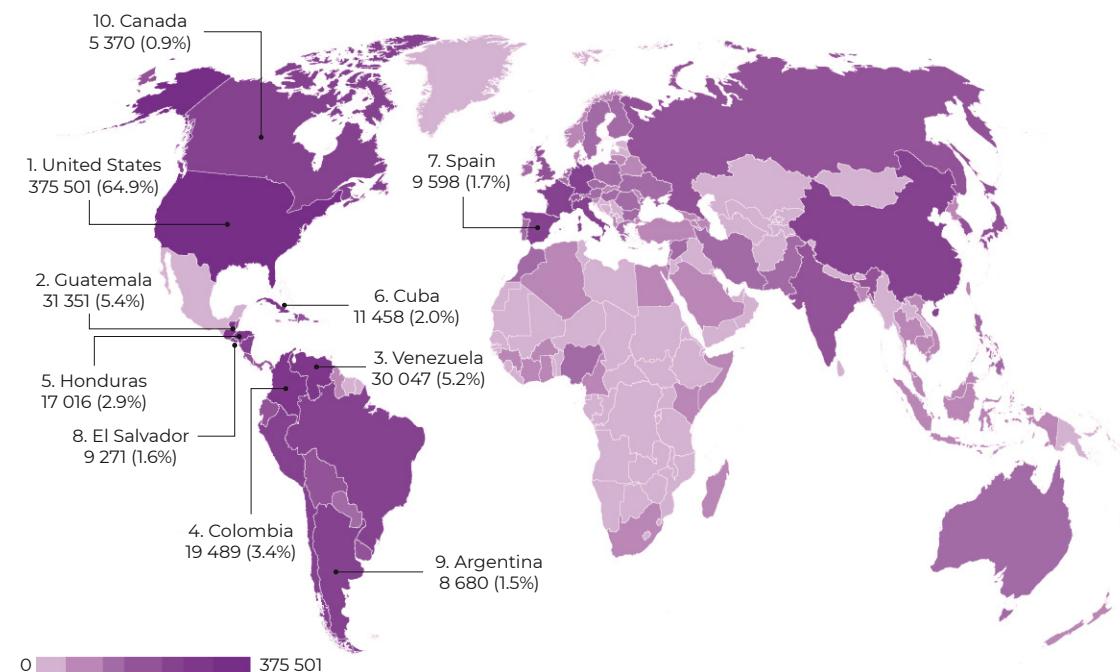
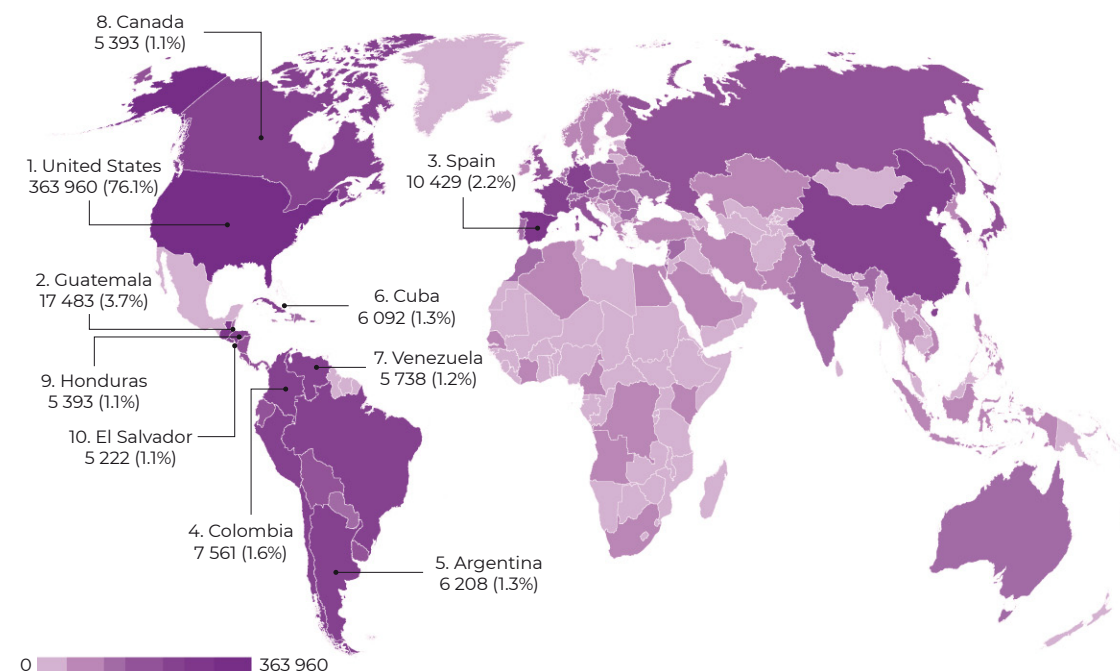
The origin of women born outside Mexico is practically every country in the world, with a predominance of neighboring countries, Latin America and those with which we share a closer history. In 2010, 76.1 percent came from the United States, 3.7 percent from Guatemala, and 2.2 percent from Spain; by 2020, the proportion of those coming from the United States decreased to 64.9 percent, followed in importance by Guatemala (5.4%), Venezuela (5.2%), Colombia (3.4%), Honduras (2.9%), Cuba (2.0%), Spain (1.7%), El Salvador (1.6%), Argentina (1.5%) and Canada (0.9%). In the following maps it is possible to observe the volume and distance from the countries of origin of the women living in Mexico. Without dismissing the volume, there are female populations from a great geographical and cultural distance, whose volume may grow

in the following years. As an example, these five countries: in 2020, 953 women from Switzerland, 241 from the Lebanese Republic, 114 from Syria, 81 from Moldova and 37 from the Republic of Belarus were identified.

Regarding the origin, it is necessary to address some differences among the possible conditions of residence in Mexico. As we know, in 2010 there was a significant flow of people returning to Mexico from the United States, some of them with children born outside Mexico, this trend has continued until now, although to a lesser extent. In this sense, it is possible that young women from the United States are the daughters of a returned population or, if they live on the northern border of Mexico, that they were only born in the United States. According to the Anuario de Migración y Remesas (Migration and Remittances Yearbook), in 2020 of all the people living in Mexico born in the United States, 72 percent were under 20 years of age

**Map 1.**

Country of origin of women living in Mexico and born outside Mexico, 2010 and 2020 (percentage)



Source: Author's elaboration based INEGI, 2010 and 2020 Censo de Población y Vivienda.

(CONAPO, BBVA Research and Fundación BBVA, 2021). This suggests a diversity in the needs for social integration and services in Mexico.

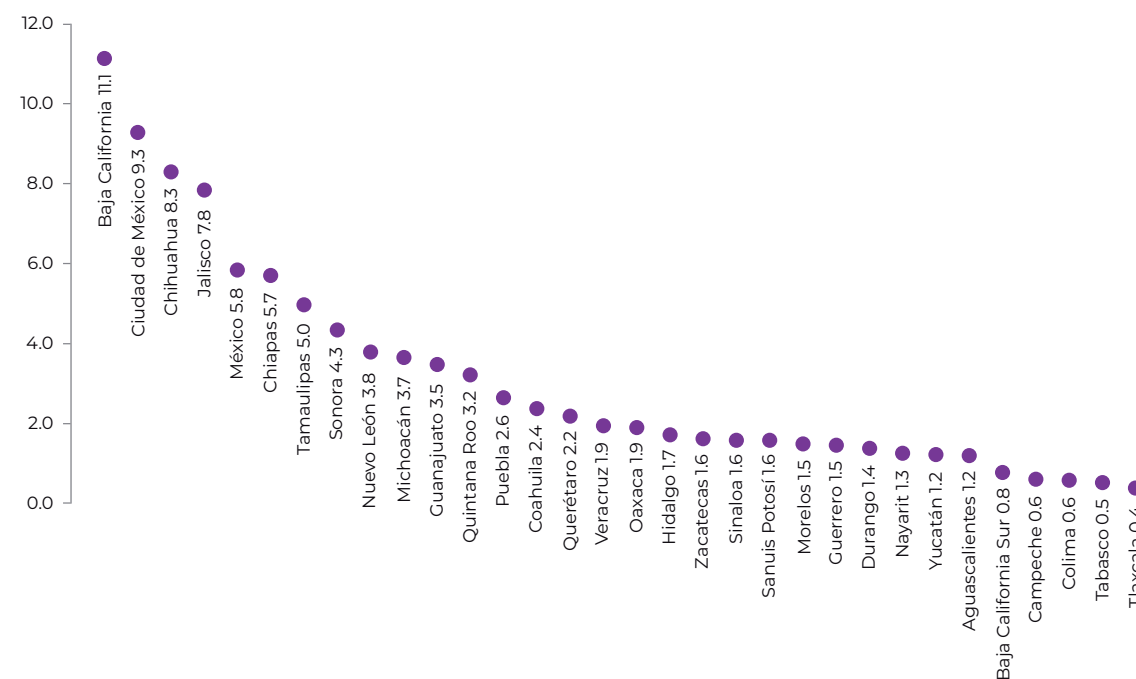
Recently, countries like Venezuela have reported a high migration in search of refuge, we cannot know if the same women counted in the last census are under these conditions; however, these are populations that may have had to leave all their resources in their country of origin. The same thing happens with those who migrated from Colombia, Honduras and Cuba and various distant countries with a language other than Spanish in Asia, Eastern Europe or Africa. According to data from the Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (Mexican Commission for Refugee Assistance), from 2013 to 2023 the refugee population in Mexico from Honduras is 60 370, from Venezuela 24 178, from Salvador 21 958, from Haiti 18 378 and from Cuba 10 705 (Mexican Commission for Refugee Assistance [COMAR], 2023).<sup>3</sup>

Finally, another important event to consider is the Guatemalan population historically residing in Mexico, that maintains family ties with their country of origin. Guatemalan women represented 3.7 percent of this population in 2010 and increased to 5.4 percent in 2020. In terms of volume, they presented a growth from 17 thousand to 30 thousand women in the last decade.

As to the place of residence in Mexico, the states in northern Mexico predominate with a concentration of 40.2 percent in 2010 and 37.3 percent in 2020, followed by the traditional and central region. Each one of these areas holds a quarter of the total amount women, in 2020, 23.6 percent was in the central states and 22.6 percent in the traditional ones. In the states of the southeast region, the population increased from 9.7 percent to 16.6 percent in 2020. However, federal information shows that in 2022, Baja California, Mexico City, Chihuahua, Jalisco, Mexico, Chiapas, and Tamaulipas were the states with the largest population of immigrant women, concentrating 53 percent (see Graph 3).

In Baja California, where one in ten women was born outside Mexico, the main country of origin is the United States (82%), followed by Venezuela (4.3%), Haiti (3.4%) and El Salvador (1.8%). In Mexico City, although the United States is once again the main country of origin (19.8%), there is greater diversity in the representation of countries such as Venezuela (15.2%), Colombia (11.9%), Spain (6.4%) and Argentina (5.5%). Finally, in border states such as Chihuahua, Tamaulipas, and Sonora, over 90 percent of women refer to have been born in the neighboring country (92.9, 92.1, and 92.7%, respectively), while in Jalisco, Nuevo León, and Mexico, the presence of population from Venezuela and Colombia is important, which shows greater diversity in origins.

**Graph 3.**  
Mexico. Population of women in Mexico born outside Mexico according to state of residence, 2020 (percentage)



Source: Author's elaboration based INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2020.

### Access and Use of Health Care Services in Mexico

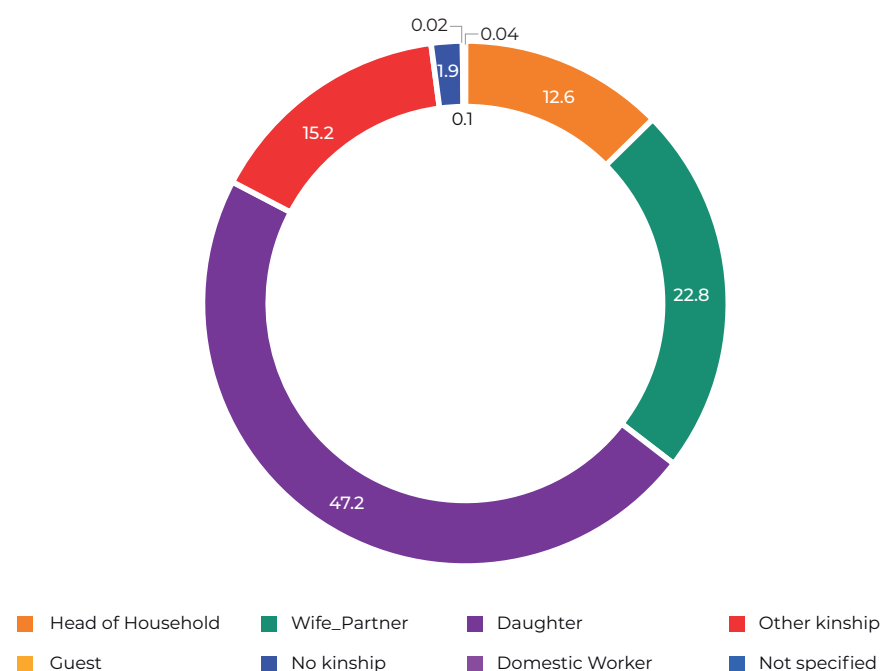
Affiliation to health services is one of the indicators of social insertion of the migrant population in the country. According to data from the Censo de Población y Vivienda, in 2010, 54.7 percent of the population of women born outside Mexico did not have access to medical services, in 2020 this proportion decreased to 44.4 percent. The institutions that presented an increase in the number of insured individuals in this ten-year period were: Seguro Social, from 17% to 21.8%, Seguro Popular or Seguro Médico para una Nueva Generación (xxi Century) or Instituto de Salud para el Bienestar from 9.5% to 14.1% and private insurance from 10.2 to 13%. In this section, access to services will be described according to three variables, the relationship with the head of the

household, whether they have children, among women aged 12 and over, as well as their employment status.

According to the relationship with the head of the household, among those who do not have access to health services, close to half are the daughters of the head of the household (47.2%), followed by wives or partners (22.8%), female head of the household (12.6%), and an important proportion of other relatives in 15.2 percent, among whom the granddaughters stand out. The daughters of the head of the household, followed by the wife or partners predominate among those who have institutional insurance and access to health care services. On the other hand, among those who have private insurance or another institution, 39.2 percent are daughters, 29.7 percent are wives or partner of the head of the household, and 18.4 percent are heads of the household.

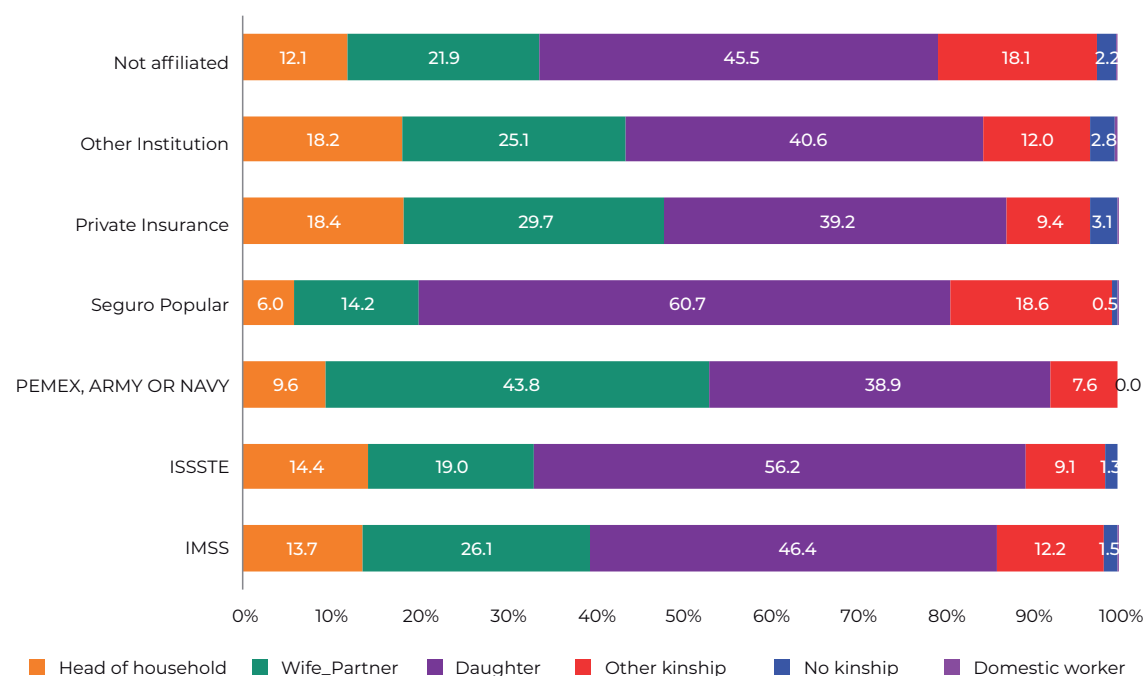
<sup>3</sup> See [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/830378/Cierre\\_Mayo-2023\\_1-Junio\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/830378/Cierre_Mayo-2023_1-Junio_.pdf)

**Graph 4.**  
Women born outside Mexico not affiliated to medical service institutions according to relationship with the head of the household, 2020 (percentage)



Source: Author's elaboration based INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2020.

**Graph 5.**  
Women born outside Mexico according to affiliation to medical service institutions according to relationship with the head of the household, 2020 (percentage)



Source: Author's elaboration based INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2020.

An important assumption is that access to health services depends to a large extent on employment status, that is, there is a negative relationship in access among the unemployed. In the case of immigrant women in Mexico, this percentage rises to 59.2 of the unemployed population. Among those employed, 41 percent do not have access to health care services; in other words, even though they have an employment, four out of ten women do not have affiliation to any medical service of any kind, neither public nor private, which mirrors the informality or precarious conditions of the labor market in the country. Finally, among the economically inactive population, such as students, pensioners or retirees, those who do housework or are unable to work, the proportion rises to 44 percent. Hence, in 2020, regardless of their employment status, at least four out of ten immigrant women in Mexico did not have access to health care services through some affiliation, which shows that the labor market does not make a difference in terms of access to medical services.

A variable that is considered relevant in the study of migrant women in the country and their right to access health care services is whether they pass on their condition of vulnerability to their descendants (migrant-women and possibly without documents). In this sense, the analysis of those who have children becomes

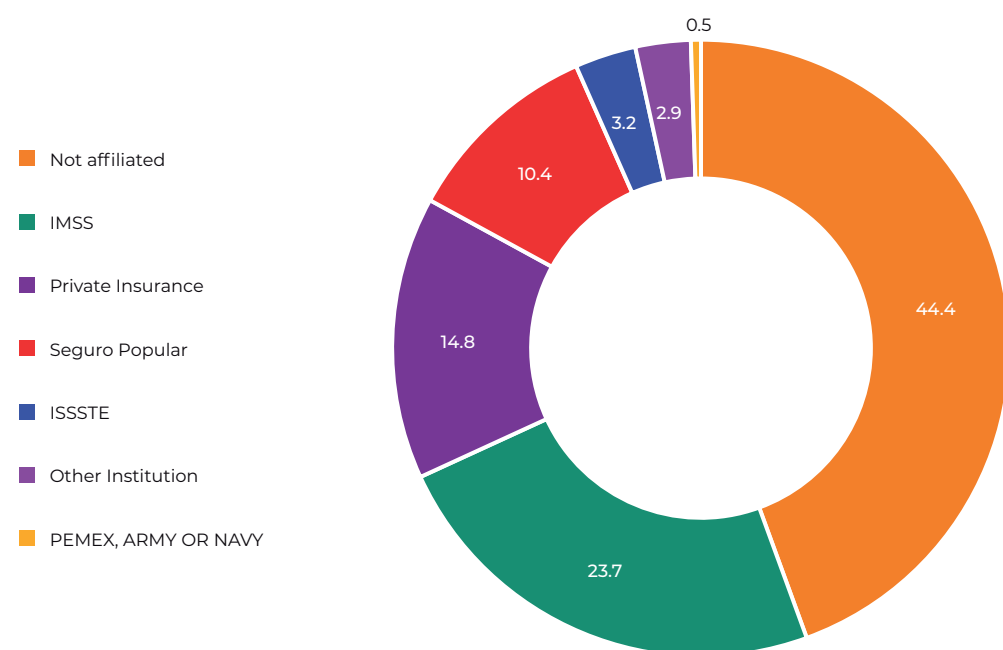
essential. It is necessary to point out that there are limited sources of information, for we can only know if those who declare themselves heads of a household live with them; the rest, daughters, wives, or partners of the head of the household, we lack information as to whether they have children. Therefore, all women are analyzed in relation to whether they have children or not, regardless of their relationship with the head of the household. In this sense, a great assumption is made, the right to health care services is extended to their descendants and these are very likely to live with them.

Among women aged 12 and over, 44 percent have children, with an average of 2.33 children per woman, in relation to the head of household, half of the women who have children are wives or partners (55.5%), followed by those who declare themselves to be heads of the household (11.5%), 7 percent are daughters, are not related, or are domestic workers. Regardless of their relationship with the head of the household, 44 percent do not have medical services, and the main institutions to which they are affiliated are the Instituto Mexicano del Seguro Social, private insurance and the Seguro Popular or Seguro del Bienestar, and ISSSTE or another institution.



**Graph 6.**

Women born outside Mexico with children according to access to medical services by institution, 2020 (percentage)



Source: Author's elaboration based INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2020.

### Final Considerations

As established in the normative instruments of our country, healthcare is one of the main elements the State must provide for all people in its territory. Although the health sector has very important commitments to address the needs of the immigrant population, according to data, in 2020 four out of ten women did not have access to medical services. One explanation for this could be the lack of information, perhaps the lack of documents to prove their legal stay in the country and the caution or fear to approach any government authority or population, including medical service providers, and to a lesser extent, the language. As shown above, there are women from different parts of the world, such as the Haitian case or other more distant places for whom language can represent an obstacle when explaining medical conditions, symptoms or carrying out procedures.

In Mexico, the immigrant population in the country is very limited, close to one percent of the total population was born in another country. Among these, some could be presumed to be the daughters of Mexicans who have returned to the country. Another important element is that there is a female population that was born in the United States by decision of their parents, we are referring to those who cross the northern border with the sole purpose of their children being born in that country. Daughters born in the United States, either by return or because their parents chose to cross to the neighboring country, deserve a particular study. Those who live in the border regions may have access to medical services in the United States, while those who are the daughters of returnees may live mainly in the central regions of the country and have no access to medical services, possibly speaking little Spanish, which complicates attention from the healthcare sector.

Finally, women who have children and do not have access to medical services could extend migration vulnerability to their descendants. We are talking about a highly vulnerable population in terms of immigration status, sex, and possibly those under 18 years of age who do not have regular medical care.

It is worth emphasizing the great challenge that the health sector and the country in general face in terms of respect for human

rights, as well as the capacity for social integration of the immigrant population in Mexico. The population of those born outside the country, who by choice or not live here is currently small, though not unimportant. However, the migratory phenomenon has presented important changes towards a growth of the immigrant population in Mexico in the coming years, which will make the conditions of access to health services more visible.

## Mexican Women in the United States: Demographic and Fertility Aspects in the 21st Century

Rafael Lopez Vega<sup>1</sup>

### Summary

The study is based on an analytical proposal to understand the fertility of immigrant Mexican women in the United States from a perspective of social integration. On this topic, I comment briefly on some of the approaches in vogue, and without trying to verify the hypotheses of its conceptual and empirical content, I address basic demographic aspects of Mexican women in the neighboring country to the north, as well as fertility in their regions of origin. Finally present some indicators of this demographic phenomenon from US data sources.

**Keywords:** *Migrant women, indicators, fertility, Mexico, United States.*

### Introduction

The study of the social, economic and cultural integration of international migrants in destination societies, begins by recognizing the existence of usually long-term, implicit or explicit policies, in which short-term and temporary programs, strategies and actions are identified. Within the framework of these policies, the countries implement strategies to manage international migration, in theory these respond to the country's perspective on immigration and its social, economic and cultural relevance.

The International Organization for Migration (IOM) recognizes that the strategies and actions that favor social integration are part of migration management, whose evaluation tools, conceptual and technical development allows to know and identify the advances that National States have in relation to the processes of integration of international immigrants in destination countries (International Organization for Migration [IOM], 2006a; IOM, 2006b; IOM, 2016).

With these programs, strategies and actions aimed at the social integration of immigrant populations, countries model, in the field of social reproduction, certain areas of intervention (public policies) whose components interact with demographic dynamics, cultural guidelines—assimilation/multiculturalism—, and immigrants' needs, as long as they are not part of the demand for rights from government institutions (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2021).

For the social integration of immigrants, government efforts are conditioned by the links between labor and family migration, its authorized or unauthorized nature, its volume, whether the flows represent economic migration, a forced movement that transforms into exile or refuge when facing family and social violence, a set of situations and causes that are anchored to institutional weakness in the country of origin.

The integration of migrants is not exempt from the logic of diversity and conflict; it goes

<sup>1</sup> Director of Socioeconomic Studies and International Migration. Consejo Nacional de Población (CONAPO) rlopezv@conapo.gob.mx



through multiple stages in which the strategies and actions of inclusion in destination communities involve knowledge of the value system of the destination society around family, education, work, even health care, recreation and civic behaviors.

On the other hand, it is important to recognize that in the two decades of the 21st century, the mere perspective of migration is insufficient in the face of the multiple angles that the labor and educational markets, armed conflicts, natural disasters, political, family and social violence have imposed and impose on human mobility.

Regarding the reproductive patterns of migrant women, it is necessary to know the patterns prior to migration (Choi, 2014), the influence of the value system at the place of origin, including, as indicated in the studies of long ago, the ideology around fertility/maternity (Leñero, 1986) that could be regulating the importance of having offspring, the decisions at the beginning of the migratory process in relation to the delay in fertility, as well as the new composition of the flows with a greater presence of women during their reproductive years (Frank and Heuveline, 2005; Kulu, 2005; Kulu et al., 2019; Tønnensen and Wilson, 2020; Desiderio, 2020; Garafolo, 2022).

Since the middle of the 20th century, the intermediate variables that affect fertility have been identified and the relevance that cultural factors also have for fertility has been pointed out (Davis and Blake, 1956). In this regard, education has important social and demographic consequences. Education is involved in the decision to start a family and have offspring.

In Mexico, it has been proven that women with a higher education level have greater and better use of contraceptive methods (Hill, 1979, 1988; Villagómez et al., 2011; Meneses et al., 2017). We can say, unequivocally that education generates aspirations, changes attitudes and values, and in the case of Mexican women, as shown in the next section, influences fertility.

Keep in mind that in addition to the structural components (a new country, a new economic situation), on the issue of fertility, other types of components —such as schooling— have unique relevance, since they impact the value system in the perceptions and aspirations of people, in this case of women (Juárez and Castro, 1995; Lichter et al., 2012).

Continuing with the type of studies indicated, this article explores some quantitative indicators to understand the fertility dynamics of women born in Mexico residing in the United States. First, a synthetic introduction to the link between fertility and migration is made based on some of the most solid studies on the subject. The second section addresses the methodological aspects that from the field of demography allow the construction of basic indicators on the subject. Subsequently, some remarks are made in relation to the evolution of the volume of Mexican female migrants in the United States. Characteristics that give way to explore fertility-related aspects in the communities of origin in Mexico. Before conclusions and considerations for public policy, the fertility of migrant Mexican women in the United States is reported by calculating basic indicators.

### Methodology

The starting point of the research are some of the studies on the fertility of Mexican migrant populations in the United States. Methodologically, it is an analytical-descriptive study of the results of these. Based on this premise, the work becomes statistical demographic in nature. Using the most robust information sources, estimates are developed, and indicators related to the reproductive behavior of Mexican women residing in the United States are constructed.

Regarding the basic estimates, the demographic burden of migrant Mexican women is evaluated according to their ethnic origin (Hispanics) and the change in their demographic

structure is assessed over a period of two decades. Subsequently, the calculation of some demographic indicators in relation to their fertility is carried out, which allows to put their reproductive behavior into perspective and put forward some hypotheses in this regard, but also about the sources of information and about the suitability of the indicators that account for their fertility, and the indirect methods that could be applied to observe the phenomenon from different angles.

The sources of information used, although different are complementary, these are the cases of the American Community Survey (2000-2021) and the biennial fertility complement of the Current Population Survey (1995-2022). The study alludes to some of the substantive differences between both surveys, which should be considered when carrying out estimates on the composition and demographic structure of the migrant population and to calculate indicators such as the average number of children born alive and the Global Fertility Rate, current fertility. Finally, in methodological terms, the study only presents a preview of the overview of reproductive behavior, for which it is necessary to explore in depth at least the two surveys already mentioned and to evaluate their consistency based on US vital statistics, a task still pending.

### Evolution of the Number of Immigrant Mexican women in the United States

During the first two decades of the 21st century, the volume of Mexican people living in the United States has slightly and gradually declined simulating certain stability. However, when the demographic composition and structure is observed in greater detail, we can see for example that while the total number of women increased from 2010 until before the COVID-19 pandemic, getting closer and closer in volume to that of men, women in reproductive age (15 to 49 years)

have reduced their number in the same period, and reached the same level they had in the year 2000. In the middle of this period, there is a difference in the total group of women, exceeding one million women and expressing the magnitude of the downward change in women of reproductive age (see Graph 1).<sup>2</sup>

These estimates suggest that the demographic structure of the Mexican population in the United States presents changes that may also include men, perhaps at different stages of the life cycle. This reduction could have implications in relation to the reproduction patterns of the population born in Mexico in the United States (calendar, volume in the number of children born alive, fertility rates by age, general fertility rate and global fertility rate), as well as in the demographic structure of the population of Mexican origin in the United States.

Given this work's interest in observing aspects related to the reproduction of the Mexican population residing in the United States, particularly the indicators that allow us to learn about the fertility of women, it is noteworthy how the percentage of women of reproductive age within the total number of women is reduced by 20 percentage points within the framework of the two decades between 2000 to 2021, and the difference due to the reduction of women of reproductive age compared to the total number of women is becoming increasingly greater. An exponential growth is observed in the percentage that represents this difference in the volume of women of reproductive age. In this period, there are also some complementary processes (see Graph 2):

- such as the increase in the median age of Mexican women of reproductive age from

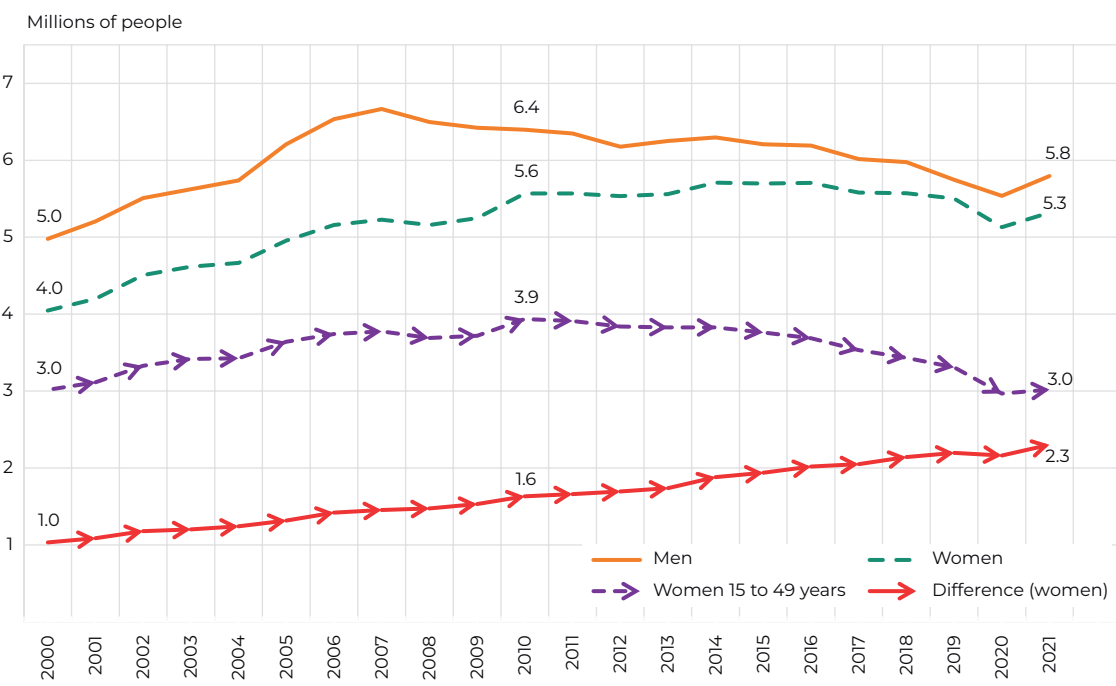
<sup>2</sup> This presentation of the estimates is based on the American Community Survey (ACS), which in a more comprehensive manner covers the population residing in the United States. However, a similar exercise could be done based on the Annual Social and Economic Supplement of the Current Population Survey (CPS-ASEC). See US Census Bureau (s/f).

30 to 38 years (although less than that of the total number of Mexican women in the United States: 31 to 46 years),

- a greater participation of women of reproductive age starting at 35 years (its

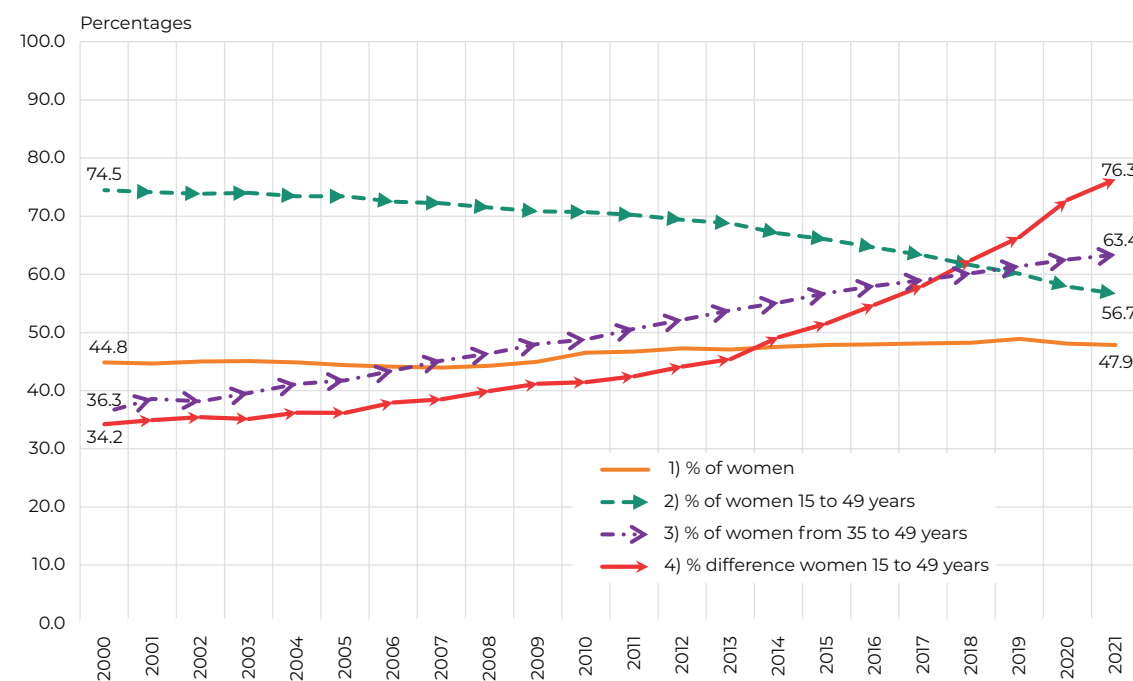
percentage among women of reproductive age changed from 36.3 to 63.4% in two decades), that is, their participation almost doubled when they approached the conclusion of their fertile life.

**Graph 1.**  
United States. Resident population born in Mexico by sex, women 15 to 49 years and difference between women,<sup>1</sup> 2020-2021



<sup>1</sup> The difference is the total amount of women minus women from 15 to 49 years. Source: Author's estimations based on U.S. Census Bureau. American Community Survey, 2000-2021 (ACS).

**Graph 2.**  
United States. Percentages of resident women born in Mexico<sup>1</sup> for select age groups, 2000-2021



<sup>1</sup> The difference is the total amount of women minus women from 15 to 49 years. Source: Author's estimations based on U.S. Census Bureau. American Community Survey, 2000-2021 (ACS).

### Some Features of Fertility in the Origin<sup>1</sup> Regions of Mexican Migrant Women in the United States

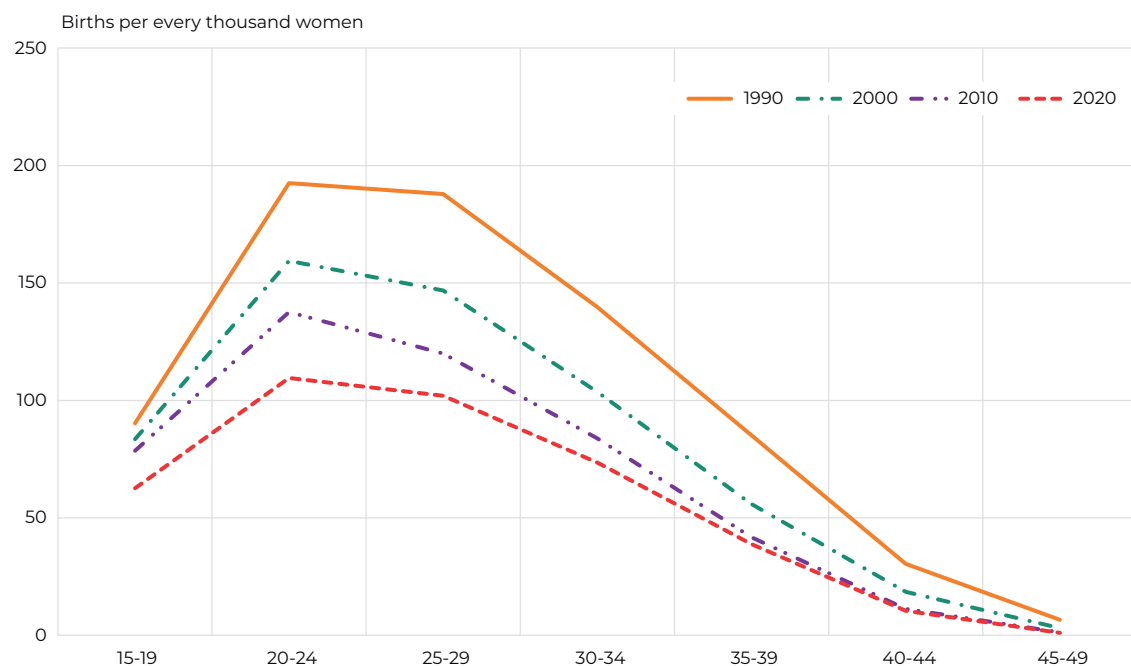
Some hypotheses can be anticipated regarding the fertility of Mexican women in the United States. To establish them, the premise is based on the findings on the reproductive context in Mexico, which indicate that since the seventies, fertility has shown “an accelerated decline”, with a current projection of less than two children per woman (1.91), and marked changes in the calendar that, as indicated by Villagómez et al. (2011), has maintained an early peak since the eighties, this is also evidenced by the estimates following the Demographic Conciliation 1950-2015 (Meneses et al., 2017).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> The Global Fertility Rate in Mexico in 1990 was 3.45, a decade later it was 2.67. See also Zavala de Cosío (2001); Partida and Mier (2001).

Meanwhile, the demographic perspective shows that this early (extended) peak remains in force, although its level has fallen (CONAPO, 2017, 2023) (see Graph 3). Subsequently, the demographic perspective by migratory region is shown, in which the pre-eminence of the type of peak indicated in all regions can be verified (Graph 4).

In this framework, a first hypothesis considers whether Mexican women residing in the United States present of this reproductive pattern, so that the decrease in their number and their lower proportion in the accumulated volume of Mexican women in the United States in the age groups 15 to 34 affects the volume or number of daughters and sons born alive to Mexican mothers downwards, which also implies that during 2008-2021, the information collected on fertility in surveys such as the Current Population Survey (CPS) increasingly reflects the fertility of women in advanced reproductive ages.

**Graph 3.**  
United States. Specific fertility rates: 1990, 2000, 2010 and 2020



Source: CONAPO (2023). Conciliación Demográfica de México 1950-2019 y Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020-2070.

A second hypothesis proposes that, if this reproductive pattern is consistent, upon entering the United States, Mexican women had already had reproductive experience. In simple terms, this involves, investigating two aspects in relation to fertility: 1) how the accumulated volume of migrant Mexican women is built over time, and 2) how their offspring is formed — identifying the percentage of women who, before migrating already had at least one child, that is, they already had reproductive experience.

It would seem reasonable to assume various hypotheses about the reproductive behavior of migrant women. Minnis (2010) indicates that the reproductive pattern of migrant women could remain steady; Carter (2000) suggests that the pattern could be interfered by migration through prolonged exposure to other cultural patterns, one could say other life expectancies. Choi (2011) proposes analyzing fertility within the framework of the migratory process

(before and after migrating), for which he considers the four sociodemographic models in vogue that seek to explain the behavior of fertility: assimilation; racial stratification; segmented assimilation; and disturbance and recovery.

Although the present work does not seek to test any of these hypotheses, it does consider that the analytical options around fertility imply exploring the type of information available, the indicators that could be generated and whether they can be compared. With this precaution, it seems appropriate to continue looking at fertility in Mexico, which serves as a background for the analytical interpretations that could result.

A territorial element could intervene, regarding the fact that, in the two decades of the 21st century, the estimates of migrant women with information sources from Mexico —despite the influence that the migratory dynamics has had in practically the entire national territory—

show that the entities of origin (and regions) identified in the 1990s maintain their relevance.

Territorial origin in Mexico implies considering the figures that report reproductive behavior in the country, in their communities and in their international migration regions.<sup>4</sup> These two types of data are shown below: 1) the demographic importance of women between 15 and 49 years of age by region of international migration according to the most important surveys on the subject in the country, and 2) the Global Fertility Rate (GFR) at a national level and its median, considering the different values by states, in the regions under observation (see Table 1).

Four aspects stand out on Table 1 in relation to the flows of migrant women by region of origin: 1) the traditional region is sustained over time as the main migratory origin, followed by the center and the north, the south is the region with the lowest participation, but the estimated increase in 2010 stands out; 2) there is stability in the contributions of the central and south-southeastern regions, with a slight decrease in the central region between 2010 and 2020; 3) an increase in the participation of the northern region, and 4) a significant decrease in the traditional region, close to ten percentage points between 2000 and 2020.

**Table 1.**  
Mexico. Mexican migrant women by migratory region (1992-2020) and Global Fertility Rate, select years

Source of Information	% of women in total amount of migrants	% of women from 15 to 49 years <sup>1</sup>	Total	Mexican Origin Region <sup>2</sup>				
				Center	North	South Southeast	Traditional	Other <sup>3</sup>
Percentage distribution								
ENADID 1992	26.6	80.2	100.0	17.4	26.9	8.6	47.1	
CONTEO 1995	30.6	76.7	100.0	21.7	21.0	12.4	44.7	0.2
ENDADID 1997	24.5	84.9	100.0	20.4	23.8	12.4	42.7	0.7
CENSO 2000	25.4	82.3	100.0	27.1	17.6	14.4	39.8	1.1
ENADID 1999	23.3	79.7	100.0	21.7	20.3	20.7	32.3	5.0
CENSO 2010	25.2	78.1	100.0	27.5	18.3	18.5	33.3	2.4
EDADID 2014	25.9	74.9	100.0	26.4	31.0	13.6	28.9	0.1
ENADID 2018	29.5	73.3	100.0	19.3	33.2	14.5	33.0	
CENSO 2020	33.1	77.8	100.0	25.6	23.9	15.9	29.9	4.7
Median of GFR in Mexico <sup>4</sup>								
1990		3.66		3.65	3.20	3.95	4.27	
2000		2.85		2.92	2.73	2.84	3.14	
2010		2.37		2.33	2.27	2.29	2.52	
2020		1.99		1.80	1.92	1.98	2.09	

<sup>1</sup> Percentage out of total amount of women.

<sup>2</sup> International migration regions Mexico-USA.

<sup>3</sup> May include a non-specified state, non-specified and answers relative to another country.

<sup>4</sup> The median was calculated only for regions considering the values of population projections in Mexico and the states in origin migratory regions (2016-2050). The national data is the published one.

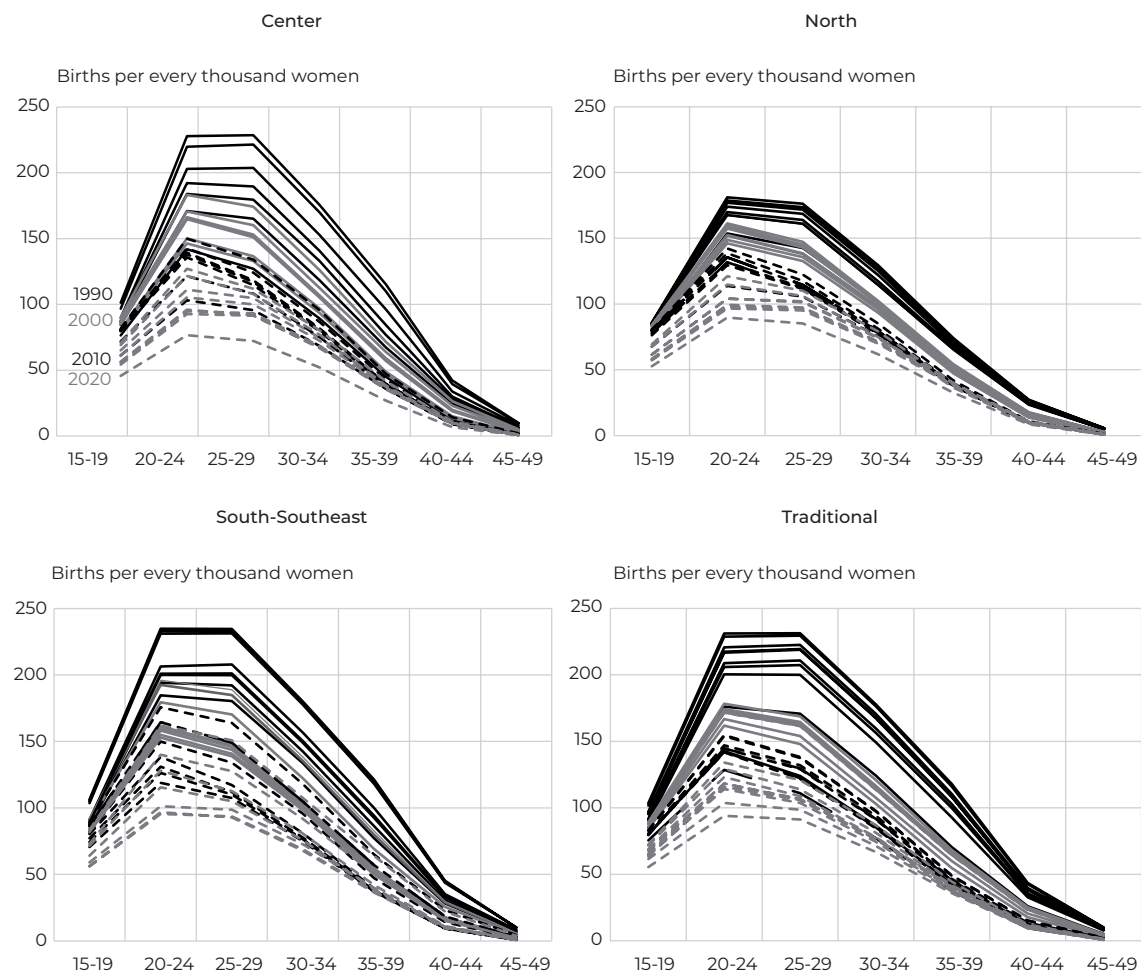
Source: Author's elaboration based on INEGI, several years; CONAPO (2023). Conciliación Demográfica de México 1950-2019 y Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020-2070.

<sup>4</sup> For a definition of migratory regions see Gómez de León, J. and Tuirán, R. (1998).

In addition, when examining the level and calendar of fertility in each of the migratory regions of origin in Mexico in the period 1990-2020 (see Graph 4), it is notorious that by 2020, the

behavior of the global fertility rate in migratory regions will be lower, and in three of the regions its median indicates that it would be below the current replacement level (see Table 1 above).

**Graph 3.**  
**United States. Specific Fertility Rates : 1990, 2000, 2010 and 2020**



Source: CONAPO (2023). Conciliación Demográfica de México 1950-2019 y Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020-2070.

Regarding this set of specific rates in the states of the four migratory regions of origin for the years 1990, 2000, 2010 and 2020, of all the various aspects that can be described, it is only interesting to highlight three:

1. The early peak in the regions that have a greater contribution to migratory flows (traditional, center and north).

2. The dilated early peak that the curve presents in the south-southeast region, the contribution of women aged 20-24 and 25-29 maintains high levels, however, with the Mexico-United States migratory intensity index, it is not determined to be a region of crucial importance for the international migration of women.

3. In terms of public policy, and far from the central approach of this work, there are the values of the CFR for the South-Southeast and Traditional regions (see Table 2 above), forming a gap in 2020 in relation to the Central and North regions, which could be explained in terms of the sociodemographic profile of women, but also in terms of the impact of public policy on sexual and reproductive health. For example, in Durango, Guanajuato, and San Luis Potosí (3 out of 9 states in the traditional migratory region), the percentage of sexually active women of childbearing age who used contraceptive methods increased in 2018 compared to 2014, but even with this positive change, at a national scale there were no changes.<sup>5</sup>

**Basic Fertility Indicators of Mexican Women Residing in the United States through the cps**

On the other hand, the US Bureau of the Census (2023), as well as research in this field, seek consensus among different sources of information related to fertility in the United States, and in particular of the immigrant population (Bean, 2000; Jonsson and Rendall, 2004; Parrado and Morgan, 2008; Parrado, 2011).

From the cps, in its biennial survey for the month of June, information on marital history, fertility history and birth expectations is partially collected, which makes it possible to estimate some basic fertility measures. With the American Community Survey (ACS) it is possible to obtain some minimum indicators on current

fertility (children born during the last 12 months). The vital statistics collected by the National Center for Health Statistics (NCHS) offer a series of indicators that can be developed to account for fertility, in this regard it should be considered that birth registration is practically complete in the United States (Sitie et al., 2009).

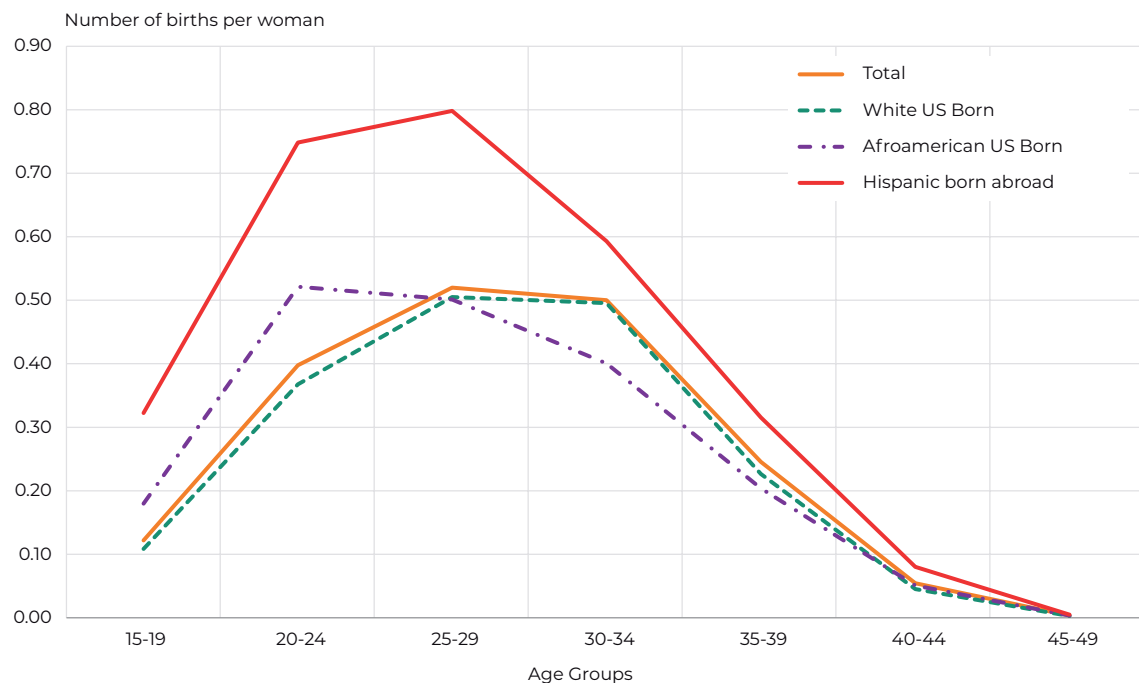
Also, these three sources of information (CPS, ACS and NCHS), in the case of fertility, allow the identification of the mother's ethnic group (Hispanic). The results of these sources inform in their own conceptual and empirical environment about fertility in the United States, their comparison and complementarity are possible under strong assumptions that allow exploring the robustness of the results of each source. The US Census Bureau carries out the demographic analysis (estimate reconciliation) and population projections, projections distinguish some indicators for Hispanics born outside Mexico, among these, specific fertility rates and global fertility rates, but only in some prospective exercises.

As in the case of the Mexican sources, it is worth bearing in mind the figures of US population projections for 2017-2060, which present values for the specific rates and for the Global Fertility Rate, distinguishing ethnic origin. Thus, for the Hispanic population born outside Mexico, the CFR was projected to be 2.86 children per woman for the year 2020, a value higher than that projected at national level (1.84) or for the white (1.75) and Afro-American population born in the United States (1.86). In relation to the calendar, the coincidence between the national behavior and that of the white population stands out, the early peak for the Afro-American population and the late peak for the foreign-born Hispanic population (see Graph 5).

<sup>5</sup> The " Specific Action Program for Family Planning and Contraception 2013-2018 " points out that "...the advances achieved during almost four decades of public policies are important, but insufficient, particularly because during the first decade of this century the coverage of the Program practically stagnated "(SS, 2013, pp. 11). This approach could, with some exceptions, also be extended to the second decade. See also Meneses et al. (2020, p. 161-164).

**Graph 5.**

**United States. Specific Fertility Rates per age, ethnic origin, and place of birth groups, 2020**



Source: Author's elaboration based on U.S Census Bureau (2019). National Population Projections 2017-2060.

Based on the June fertility supplement of the CPS, some estimates can be derived on the indicators of this component of the demographic dynamics of the population of migrant women from Mexico, among them the average number of children born alive, the approximation to the Global Fertility Rate, and to the respective calendar.

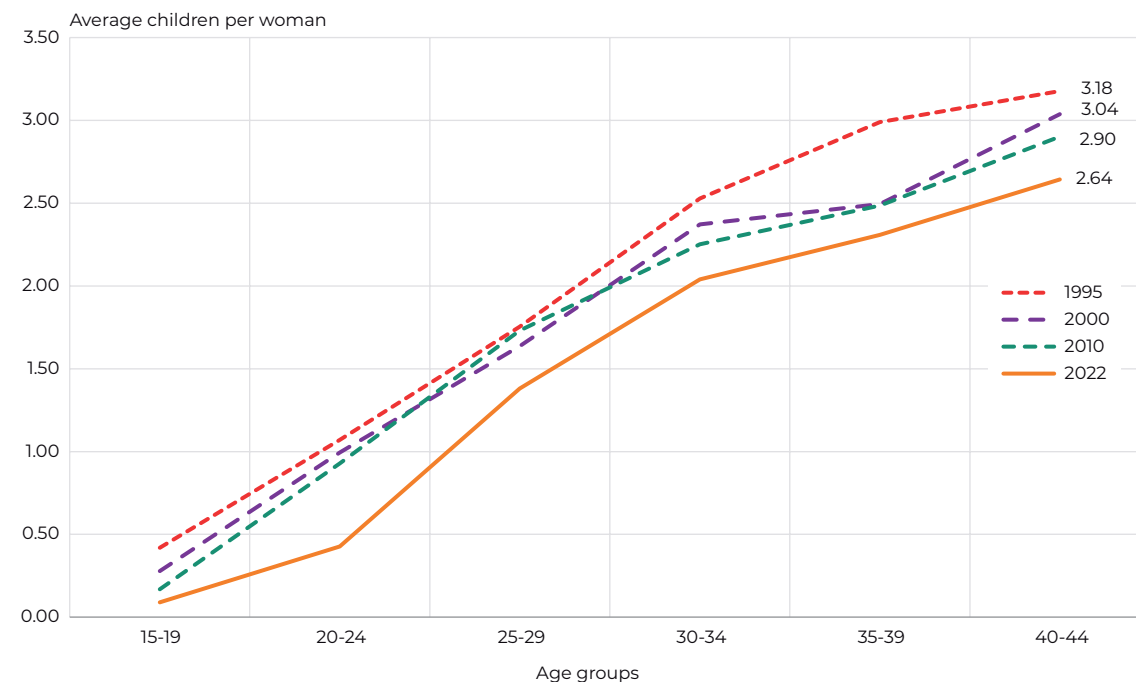
Estimates on the average number of children born alive to Mexican women in the United States show, with some regularity, an average of less than 3.5 children per woman during the 1990s, and a decrease of up to one unit within the first two decades of the 21st century (see Graph 6). This estimation is consistent with the median GFR in Mexico for the beginning of the 1990s and for the beginning of the 21st century. However, in the following decades, there seems to be some distancing from the GFR for the country, and from those observed in the migratory regions of origin, which in Mexico are below

the replacement level (see Table 1 above). A possible explanation in this regard is that the fertility of migrant populations needs to be observed considering this characteristic and that their reproductive patterns are disturbed in multiple ways, including the possibility that the condition of migratory irregularity under which they reside affects their complete accounting.

Based on this indicator, if we take the average number of children only of women aged 35 to 39 as an approximation to the Global Fertility Rate, a downward trend is observed throughout the 1995-2022 series; the point estimations show that this is 2.99 children per woman in 1995, a value that decreased to 2.49 in 2000 and was maintained in 2010; by 2022 it was already at 2.31 children per woman (see Graph 7). Specialized literature recognizes that this type of data could adequately collect the level, but not the calendar (Brass, 1974; Camisa, 1975; UN, 1983). Although for the latter there are some techniques to derive it from

**Graph 6.**

**United States. Average children born alive from resident women born in Mexico, 1995, 2000, 2010 y 2022**



Source: Author's estimations based on BLS, CPS-June Fertility Supplement, several years.

the accumulated descending values of the average number of children, considering all age groups of women of reproductive age, the assumptions may not be suitable for migrant populations.

The estimations presented invite us to continue with the investigation of other fertility measures based on the June supplement of the CPS itself, in regard to current fertility (which would register a different measure temporarily from the average number of children born alive used) and its calendar. Thus, this would allow another approximation to the measurement of the fertility of the migrant population and the comparison with Mexico's statistics on the subject. In addition, this would make it possible to add to the periodicity in the formation, continuity and changes of the different generations of people of Mexican origin in the United States.

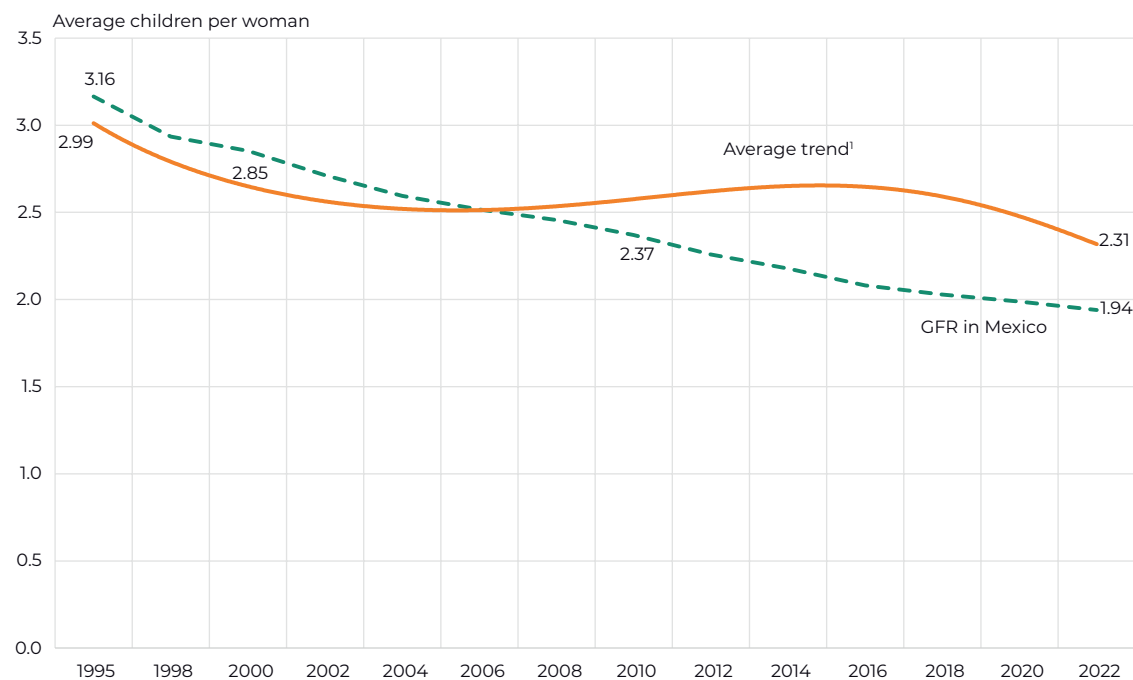
In this regard, we can say that in the 1990s, three out of every ten Mexican immigrant

women had reproductive experience before entering the United States, a relation that, intermittently, during the second decade of the 21st century (until 1 out of 5) recently became (2022) one of every four women, aged at that time around 21 years. Based on Mexican sources, it can be established that the median age of women of reproductive age migrating from Mexico was 22 years between 1987 and 1992, between 1995 and 2000 it was 23 years, a decade later, in the period 2005 to 2010, it rose to 25 years, and between 2015 and 2020 it was almost the same as the previous decade, 26 years. As has been pointed out in some investigations, it is important to consider the life course approach for the analysis of the fertility of the migrant population (Lindstrom and Giourguli, 2007).

In relation to this topic, two characteristics can be highlighted, one of them implies that the estimations of the average number of

**Graph 7.**

Average and trend of children born alive from women born in Mexico from 35 to 39 years residents in the US and Global Fertility Rate in Mexico, 1995-2022



<sup>1</sup> The trend was obtained from point estimates for each year from CPS Fertility Supplement with a sixth degree polynomial with a R<sup>2</sup> of 0.6. Source: Author's estimations based on BLS, CPS-June Fertility Supplement, several years; and, CONAPO (2023). Conciliación demográfica de México, 1950-2019 y Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020-2070.

children born alive and of the GFR should consider the reproductive experience prior to migration, which in the case of Mexican women, implies, in the period 1995-2022, that from one third to one fifth of them had reproductive experience, so only their fertility at destination should be evaluated. On the other hand, we can establish that on average the percentages of women of reproductive age with one child (16.6%), two children (25.3%), more than two children (36.0%) born alive, or none (22.1%) show a stable behavior throughout the years in the 21st century, a trait that could mean that reproductive behavior remains unchanged.

On the other hand, as a prelude to the necessary continuity of this research, based on ACS estimates, it is possible to have an idea of the demographic capacity in relation to the fertility of Mexican immigrant women in the United

States. In this regard, some volume figures and percentages of women of reproductive age are presented (see Table 2):

- the total volume of women from 15 to 49 years old has had a gradual increase of 1.2 million in the period 2006 to 2021 (73.86 to 75.05 million),
- the number of foreign-born women increased by nearly three-quarters of a million (12.14 to 12.86 million),
- the volume of Hispanic women decreased by 144.5 thousand (5.71 to 5.57 million),
- and the number of Hispanic women born in Mexico decreased by approximately 700 thousand (from 3.7 to 3.0 million), which represents a loss of women of reproductive age close to 20 percent in this period (18.7%).

The relative importance of women born outside Mexico averages, in the period 2006 to 2021, 17.4 percent in the total number of women, in turn the average of Hispanic women in the total number of women born outside Mexico is 46 percent, while that of Hispanic women born in Mexico averages 60.6 percent; however, unlike the previous groups and considering the loss in volume as a framework, the relative participation of this group lost ten percentage points in the indicated period

compared to the reference year (64.7% in 2006 and 53.9% in 2021), a situation that does not occur in the group of women or among Hispanics born outside Mexico (see Table 2).

The estimated numbers of Hispanic women born outside the United States and of Hispanic women born in Mexico provide objective elements to deduce the importance of women of reproductive age in the US demographic structure and particularly among migrant populations.

**Table 2.** United States. Resident female population from 15 to 49 years of age according to Hispanic origin and place of birth, 2000-2021

Year	Total number of women	Women born abroad	Hispanic women born abroad	Hispanic women born in Mexico	Women born in Mexico	Non-Hispanic women born in Mexico	% Women born abroad	% Hispanic women born abroad	% Hispanic women born in Mexico	% Non-Hispanic women born in Mexico
	A	B	C	D	E	F	B/A	C/B	D/C	F/E
2000	70 224 056	9 517 034	4 622 871	2 994 802	3 014 270	19 468	13.6	48.6	64.8	0.6
2001	70 745 116	9 785 922	4 791 217	3 093 408	3 112 548	19 140	13.8	49.0	64.6	0.6
2002	71 327 465	10 274 623	5 116 406	3 313 221	3 328 676	15 455	14.4	49.8	64.8	0.5
2003	71 379 895	11 358 584	5 273 505	3 391 531	3 417 611	26 080	15.9	46.4	64.3	0.8
2004	71 620 223	11 400 587	5 281 251	3 392 613	3 426 240	33 627	15.9	46.3	64.2	1.0
2005	71 759 950	11 808 462	5 572 200	3 603 326	3 639 697	36 371	16.5	47.2	64.7	1.0
2006	73 855 381	12 138 731	5 710 644	3 695 099	3 739 949	44 850	16.4	47.0	64.7	1.2
2007	73 678 309	12 181 881	5 767 355	3 741 770	3 774 792	33 022	16.5	47.3	64.9	0.9
2008	73 613 055	12 109 073	5 685 001	3 644 049	3 687 903	43 854	16.4	46.9	64.1	1.2
2009	73 625 361	12 222 734	5 738 604	3 680 654	3 716 685	36 031	16.6	47.0	64.1	1.0
2010	73 933 243	12 901 861	6 185 950	3 901 567	3 936 761	35 194	17.5	47.9	63.1	0.9
2011	73 806 048	12 924 147	6 143 223	3 873 125	3 908 602	35 477	17.5	47.5	63.0	0.9
2012	73 824 133	13 056 417	6 113 319	3 798 852	3 839 011	40 159	17.7	46.8	62.1	1.0
2013	73 776 665	13 013 162	6 082 194	3 780 551	3 824 983	44 432	17.6	46.7	62.2	1.2
2014	74 033 712	13 143 490	6 126 572	3 777 291	3 826 646	49 355	17.8	46.6	61.7	1.3
2015	74 253 692	13 367 124	6 111 155	3 716 352	3 760 329	43 977	18.0	45.7	60.8	1.2
2016	74 338 857	13 354 849	6 045 780	3 648 522	3 686 446	37 924	18.0	45.3	60.3	1.0
2017	74 676 470	13 480 815	5 993 484	3 497 143	3 531 365	34 222	18.1	44.5	58.3	1.0
2018	74 782 790	13 388 248	5 932 275	3 394 990	3 430 817	35 827	17.9	44.3	57.2	1.0
2019	74 751 685	13 186 561	5 845 529	3 271 264	3 306 782	35 518	17.6	44.3	56.0	1.1
2020	74 754 393	12 602 197	5 550 862	2 947 130	2 969 312	22 182	16.9	44.0	53.1	0.7
2021	75 053 388	12 863 451	5 566 082	3 002 767	3 016 987	14 220	17.1	43.3	53.9	0.5

Source: Author's estimations based on U.S. Bureau of the Census, American Community Survey, several years.



When beginning the analysis of the CPS, it was indicated that it would be convenient to carry out a specific study of the formation, continuity, and changes of women between 15 and 49 years of age throughout all the surveys, considering the year or period of entry to the United States. This would be a way to establish, with a certain level of objectivity, the contribution of the fertility of Mexican migration to demographic change in that country.

### Conclusions and Public Policy Recommendations

Considering an analytical proposal to understand the fertility of Mexican immigrant women in the United States from a perspective of social integration, there is a conceptual approach to the focuses in vogue. However, this also requires the conceptual frameworks themselves and empirical advances in relation to basic demographic aspects and estimates of the fertility of Mexican women in their country of origin and in the particularities known in the migratory regions.

Also, the study of the social integration of immigrants in destination societies must recognize the existence of implicit or explicit migration policies that condition this integration in various fields of life. For example, in terms of health coverage, and beyond critical situations that could have favored its expansion (COVID-19), around a third of Mexican immigrant women do not have health coverage in the United States.

Although the research only shows some basic indicators of the fertility of Mexican immigrant women in the United States, the need is acknowledged, as is the case of the information from specialized sources in Mexico, to analyze components related to migratory dynamics—year of entry, incorporation into the labor market, schooling, access to health care and reproductive health services. Elements that would allow to structure strategies and public policies for migrant populations on women health issues and their offspring.

However, quantitative indicators presented in two of the three sections of this study allow a background of the characteristics that migrant women take with them when they enter the United States, an unavoidable characteristic to explore and understand their reproductive behavior in the destination society, as well as their health care needs. For example, throughout their reproductive lives, women need specialized care, but as highlighted from the beginning of this research, the change in the proportions of women according to age groups should lead to programs, strategies and actions that address the health issues of migrant women with intersectionality criteria based on age.

The Mexican Government is already undertaking health care actions for migrant women through its consulates (*Ventanillas de salud*). The statistics presented here in relation to the demographic change that the Mexican migrant populations are experiencing in the United States, implies that the prevention and control of cancer in women (ss, 2021), whose strategy is clinical examination from the age of 20 and 25 years of age respectively and screening mammography between the ages of 40 to 69 years, is a central element to consider when offering services. In the United States, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2023) have been implementing the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP) for just over three decades, which registers criteria for free or low-cost tests, even with access through Medicaid, close to two out of every ten resident Mexican women already have this type of coverage.

Lastly, bear in mind that in addition to the objective elements that can support the analysis of the social integration of migrant populations, there is theoretically a subjective burden in relation to the knowledge and adoption of the destination society's value system and even with the community to which they arrive. This is an issue that, in relation to fertility, implies

exploring the life expectancy and formation of offspring at the destination, but also requires an evaluation of the implementation of rights, such as the identity of children born in Mexico who migrated with their mothers, of dual nationality and their relationship with part of the value systems in the United States, the personal and family well-being found through work in the place of destination, but also, with the support of the Mexican government through its special programs for the migrant population.

## Obstetric Violence: One of the Challenges that Pregnant Migrant Women Face on the Northern Border of Mexico

Lizeth Jimenez Paredes<sup>1</sup> / Espacio Migrante<sup>2</sup>

### Summary

Migration has been a constant phenomenon, but in recent years it has increased significantly. When pregnant migrant women on the northern border of Mexico, in Tijuana, resort to the Mexican public health services for prenatal consultations, when in labor or after delivery, they face several difficulties due to their nationality, immigration status, language and skin color. Among these difficulties is the denial of medical service or that this service is not granted effectively, with the justification of the woman's immigration status. This causes a systematic concatenation of rights, both for the mother and for the infants, who can last months without birth certificates, until an association intervenes through complaints to the National Human Rights Commission (CNDH), and various legal procedures. Midwifery and ancestral medicine are a way in which people in a context of mobility can access decent health care services, however, they are not legally authorized to issue birth certificates. The difficulties that are evident are only a fraction of those that women and pregnant women face along their journey, lack of interpreters, racist comments, isolation in the health care center at the time of labor, denial of medical service during labor or during prenatal consultations, among other others.

**Keywords:** *Obstetric violence, mobility, migration, medical care, Tijuana.*

### Introduction

Pregnant women in mobility situations constantly have less access to prenatal care and attend appointments later in pregnancy compared to women who are not in a mobility context (Munro et al., 2013). In the case of northern Mexico, every month, tens of thousands of migrants travel as returnees, internal and international migrants arrive at border cities. Although there is no data on how many pregnant migrant women pass through northern Mexico every year, a survey conducted in Ciudad Juárez in 2020 noted that 3.4 percent of all women in the city were pregnant at the time of the survey (International Organization for Migration [IOM], 2020). Reports and complaints in Mexico have found that pregnant migrant women are denied medical attention, have difficulties to pay the cost of care or do not receive other services required to care for themselves or their children.

While there are isolated reports of the challenges that pregnant migrant women face to receive medical attention in Mexico, there are only limited studies of the actual experiences of the migrants themselves. Therefore, this study focuses on the experiences of pregnant migrant

<sup>1</sup> Attorney and Coordinator of the Research and Advocacy Area at Espacio Migrante. [lizeth.jimenez.paredes@uabc.edu.mx](mailto:lizeth.jimenez.paredes@uabc.edu.mx).

<sup>2</sup> Binational non-profit organization founded by Paulina Olvera Ocañez and Sarahí Soto Valencia. Currently Directors of the Association.



women when searching any type of medical care even from the public health care system, in private hospitals and with midwives. We specifically focus on identifying the difficulties they face to access prenatal medical appointments, during labor, and in the process of obtaining the infant's birth certificate from the perspective of migrants themselves. We highlight their experiences with the question: What are the challenges and human rights violations that pregnant migrant women have faced on the northern border of Mexico?

At Espacio Migrante and Justicia en Salud several situations have happened in which we witnessed constant obstetric violence towards women in a context of mobility and therefore, complaints have been filed before the Comisión Estatal de Derechos Humanos (State Human Rights Commission [CEDHBC]). Obstetric violence prevails even after the infant is born, they are often denied the Mexican nationality, causing a systematic violation of rights. Due to the above, we carry out the following investigation aimed at stopping this violence.

### Research questions:

1. What are the preferences of pregnant migrant women regarding the types of medical care they receive during their pregnancy (i.e., with midwives, in public health care centers or within private clinics) and why?
2. What kind of medical care did the pregnant migrant woman finally receive? Why did she receive it there and what was the experience like?
3. What were the challenges faced by the pregnant migrant woman to access this medical care and/or in her attempt to register the birth of her baby (language, racism or immigration status)?

### Study Methods

We used a mixed methods methodology in two phases. First, for transparency requests from the Mexican government we use descriptive statistics to assess how many pregnant migrant women have received medical attention in government health care centers in Mexico, and what kind of medical care they received. Secondly, we adapt a qualitative approach, through interviews with 15 pregnant migrant women in the northern border area of Mexico, in Tijuana Baja California.

These interviews were carried out in Espacio Migrante AC with the population living in the shelter, with outside communities, and with patients from Justicia en Salud AC during the months of March and May 2023. In these interviews we focus on the experiences of the migrants pregnant women and all the difficulties they faced in order to access decent medical care during and after pregnancy.

### Regulatory Framework

Obstetric violence is directed against women, by an act or omission by a professional of the public or private health care system, that causes physical or psychological damage during pregnancy, labor or postpartum, manifested in the lack of access to medical service, a cruel or inhuman treatment, and abuse of medicalization, thus harming the ability to decide freely their reproductive processes. This does not distinguish between female citizens and non-citizens, however, it happens mainly among women and pregnant migrant women who, given their vulnerability, are more likely to receive these human rights violations (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], sf).

Obstetric violence occurs in physical practices such as caesarean sections that are performed without justified cause, disrespect at

the moment of delivery, delay in medical emergency care or the unjustified prescription of medicines, also in psychological actions such as misinformation about the reproductive process, discrimination, the use of offensive language and cruel treatment so that it not only encompasses the denial of a medical service, but also the way in which it is provided when you belong to a vulnerable group (GIRE, sf).

According to federal legislation, obstetric violence in Mexico's legal framework is constitutionally punishable, in accordance with article 1 of the Mexican Political Constitution (Cámara de Diputados -H. Congreso de la Unión [CDD-HCU], 2023a, p. 1-2) all human rights legislation established in international treaties have a constitutional rank, thus is enforceable in the Mexican system legal. The Inter-American Court of Human Rights (IACHR) understands that nationality is the legal expression of a social fact of connection of an individual with a State. Nationality is the fundamental right of a person embodied in the American Convention on Human Rights, as well as in other international agreements, and cannot be derogated (IDH Court, 2005). Recommendations have been issued by the Economic,

Social and Cultural Rights Committee, (CESCR), regarding the structural insufficiency of health care services and the problems related to the access to such services, as well as by the Committee for the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW), expressing the forced sterilization of women and girls and the limited access to reproductive health care for women and girls with mental disabilities.

As a legal and public policy framework, there is the General Law of Women's Access to a Life Free of Violence, although it does not specifically define obstetric violence as a form of gender-based violence, other types of violence already established such as psychological or physical violence complement the framework for these behaviors. In this regard, several initiatives to include it have been presented and their ruling is pending in the Mexican Congress.

Currently, 28 of the 32 federal states have incorporated obstetric violence into their legislation (see Table 1). In 2019, the federal administration reformed the General Healthcare Law to eliminate the Seguro Popular and replace it with the Instituto de Salud para el Bienestar that provides medical care services (GIRE, sf).

**Table 1.**  
States in Mexico that criminalize obstetric violence

States	States	States
Aguascalientes	Guanajuato	Quintana Roo
Baja California	Hidalgo	San Luis Potosí
Baja California Sur	Estado de México	Sinaloa
Campeche	Morelos	Sonora
Coahuila	Nayarit	Tamaulipas
Colima	Nuevo León	Tlaxcala
Chiapas	Oaxaca	Veracruz
Chihuahua	Puebla	Yucatán
Ciudad de México	Querétaro	Zacatecas
Durango		

Source. Author's elaboration.

According to the experiences of migrant women in the Mexican health care system, the great majority express that the violence they suffer is in the form of violent and psychological actions, such as being denied assistance because of their illegal status, that is, lack of documentation, or an offensive or discriminatory language for their cultural practices, including xenophobia and racism while receiving medical attention or during the reproductive process. Some of them turn to midwives because the Mexican health care system refuses to take care of them, which gives them the opportunity to have decent medical care at no economic cost.

### Theoretical Framework

Pregnant women in a situation of mobility constantly have less access to prenatal care and attend appointments later in pregnancy, compared to other women who are not in this situation (Munro, 2013). In general terms, studies focused on the issue of access to medical care for pregnant migrant women indicate that illegal aliens and pregnant migrant women are a particularly vulnerable subgroup that under-use health care services. In general, these studies present three main difficulties: in the first place, linguistic barriers, the lack of access to an interpreter hinders access to medical care for migrants (Kvamme and Ytrehus, 2015); second, it is unlikely that pregnant migrant women know their rights and the types of medical services available in the host country (Henderson et al., 2018); Lastly, it is more likely that pregnant migrant women, particularly those without an immigration status, avoid access to medical care altogether out of fear of being identified as migrants and being deported (Henderson et al., 2018).

The difficulties already mentioned are only some of the challenges in trying to access medical care. Pregnant migrant women also face challenges once they actively seek pre-

natal care or deliver their children. If pregnant migrant women, manage to request medical attention, they also receive less information, have fewer scheduled consultations to continue their prenatal care and are denied care even if they are entitled to it (Thomassen, 2021; Tasa et al., 2021). Another problem is that migrant women often have different medical care expectations based on their own traditions, and health systems do not provide cultural training skills in order to better help women migrants (Thomassen, 2021; Tasa et al., 2021). The result of these structural barriers for pregnant migrant women is that babies frequently present low birth weight or medical complications, and the moms' maternal mortality rates are significantly higher those of non-migrant women (Van den Akker and Van Roosmalen, 2016).

In the context of northern Mexico, every month, tens of thousands of migrants such as returnees, internal migrants, and international migrants arrive at border cities. That said, there is still limited information on access to health-care for pregnant migrant women in Mexico, even though it is vital and essential. Although there is no data on how many pregnant migrant women pass through northern Mexico each year, according to the IOM (2020), in Ciudad Juárez, 3.4 percent of women were pregnant at the time of the survey. A report from the Colegio de la Frontera Norte (Vázquez-Quesada et al., 2021) recorded that the pregnant migrants they interviewed had difficulties accessing medical care and medication.

According to the study carried out by UNICEF (2017) "Mexican midwives save lives", it was found that the inability of pregnant migrant women to access medical care in the Mexican health care system has meant that more and more pregnant migrant women seek medical care with midwives. Although midwives make a significant contribution to the well-being of pregnant migrant women, this does not excuse Mexico for not providing

medical care to migrants. Additionally, midwife services remain largely unrecognized by the Mexican state, causing other problems for these pregnant women after giving birth for Mexico does not give the Mexican nationality to babies born to midwives. Although there is information on the challenges faced by pregnant migrant women worldwide, there is little information on the existence of pregnant migrant women in Mexico. This study addresses the types of violence faced by pregnant migrant women and their children in Mexico.

### Main Findings Profile of Respondents

The fifteen people surveyed in this report presented a diverse demographic profile. Although respondents don't necessarily constitute a representative sample, they provide a snapshot of some of the challenges pregnant migrant women face in Mexico. It also demonstrates the diversity of countries of origin, languages spoken and types of immigration status, among others. The following table shows some of the demographic details of the respondents.

Most spoke Spanish, although only 53 percent were native speakers. In terms of country of origin, most had Haitian or Guatemalan nationality. That said, there were also surveyed pregnant women from El Salvador, Honduras and Venezuela. Twenty-six percent of the surveys were conducted in the pregnant woman's mother tongue, as it was the only language they spoke. Most of the respondents were between 21 and 30 years old. Half of the respondents had a temporary visa or a humanitarian visa, while a quarter of them had obtained a permanent residence in Mexico. Fourteen percent had no no immigration status and most of them had been in Mexico for over a year at the time of the survey.

#### Access to Prenatal Consultations:

During pregnancy, 46.6 percent of the women surveyed was denied access to the popular health clinic, because they did not have the documents requested by the social security system requested in order to receive treatment in the health care system (Instituto Nacional de Salud y Bienestar, formerly known as Seguro Popular).

**Table 2.**  
Demographic profile of surveyed individuals (percentages)

Characteristics of migratory dynamic	Percentages and specificity of characteristics		
Preferred Language	53% Spanish	26% Kreyol	20% Spanish and Kreyol
Nationality	40% Haitian	26% Guatemalan	34% other
Age	47% between 21 and 30 years	33% between 31 and 40	20% 15-20 years
Immigration Status	50% with temporary or humanitarian visa	26% permanent residence	14% no documents
Time in Mexico	57% over a year	29% between 0-3 months	14% 4-11 months

Fuente. Elaboración propia con base en entrevistas no probabilísticas en la Ciudad de Tijuana, B.C., 2023.

According to the reform to the General Health Law of 2019:

*Article 2.- The right to health protection has the following purposes:*

*V. The benefit of health care services and social assistance that effectively and timely satisfy the needs of the population.*

*In the case of people that lack social security, the free provision of health care services, medicines and other inputs associates; (CDD-HCU, 2023b, p 2).*

According to a work session from the Ministry of Health on May 25, 2023, *"a simple identity document is enough to receive care and the employees of the health care system can generate the provisional CURP (population registration code) automatically"* however, the employees of the Mexican health care system do not comply with the established internal standards. The only way to access the health care system is to contact Justicia en Salud (26.6% did so), an association based in Tijuana that provides free medical attention to migrants. On the other hand, 13.3 percent were unable to access a health service during pregnancy, 6.6 percent had to pay to receive medical care for this was the only way to have access to it, and the other 6.6 percent only gained access once the Public Ministry intervened. On the other hand, the women who stated to have had access to health care services, declared these services were, *"during my consultations, the doctor touched me in a very ugly way and was very rude when speaking to me, I did not understand what she was saying very well, so I asked to have my partner join me as my interpreter, but she refused and snapped at us, my husband explained that I was from Guatemala and she replied that as far as she knew in Guatemala people spoke Spanish, however, I speak Mam (Maya)"*.

### Care during Childbirth

During childbirth, 53.3 percent of the women surveyed were denied medical attention, the reason given by the health personnel was that *"they did not have the right due to their immigration status and lack of documents"* it should be noted that article 6 of the General Health Law establishes one of its objectives is to contribute to the development and well-being of indigenous cultures (Frac. IV Bis, p. 5), leaving the migrant community aside, thus excluding a vulnerable group from the objectives of current legislation. Forty percent declared that one way in which they were able to access medical services was by paying for them. While 73.3 percent declared to have suffered obstetric violence during childbirth, each woman experienced violence differently depending on her nationality, violence is considerably higher if she is not a Spanish native speaker. The violence goes from not receiving medical attention to receiving it with insults and verbal abuse, cutting them more than necessary and without their consent, isolation and not receiving attention because they do not master the Spanish language. A surveyed woman reported *"the doctor told me that Haitian women have to be tied up during childbirth because they are very difficult and that we don't need to migrate as the Ukrainians"*. The treatment health care providers are giving pregnant migrant women is extremely worrying. Thirty three percent stated that they felt the treatment they received from health care personnel was different compared to that of non-migrant women attended in the hospital, for they *"did not want to give me my baby's documents for the birth certificate so he could have Mexican nationality"*. 13.3 percent decided to have to their baby with midwives, when they learned about the free and humanitarian service they provide, they say to have received a better treatment than with the government's health care institutions.

### Interpreters

Most of the respondents who required interpretation did not have access to an interpreter. During prenatal visits, 38 percent (3 out of 8 who required interpretation) had access to an interpreter. During labor it was even more difficult and none of the respondents who required interpretation had access to an interpreter. The same thing happened in paperwork processes such as registering the birth of their baby, none of the women had access to an interpreter. Languages spoken other than Spanish included: Haitian Kreyol and Mam (Maya).

Not having an official interpreter, the respondents found a way to communicate through two strategies. Most chose to have another person interpret for them, if allowed by the clinic or health care center. Most of the respondents that took an interpreter with them, took their partners. In other cases, a midwife, a shelter employee, a friend, or (in one case during the registration of the baby) an unknown person interpreted. That said, this strategy was not always available because there was not a person who spoke Spanish to translate or because they did not have someone who accompany them or because the other person was denied entry. So, the respondents' strategy was to use a digital translator to communicate during prenatal consultations or even during childbirth.

### Discrimination

Forty percent of the mothers declared that their child was treated differently at birth by the health care personnel compared to the children born to Mexican parents. On the other hand, 20 percent indicated that their children documents took over a year (Mexican birth certificate) because the hospital denied it to them. One of the respondents stated, *"I was in the Seguro Popular, but they decided to take me to another clinic, where I had my twins, but they don't want*

*to give me the document because I don't have money to pay for the birth certificates and currently live in a shelter"*, today the twins are over a year old and have no nationality. Another interviewee said: *"Since they knew I was from Guatemala, my child didn't receive formula and clothes like the other children so I asked them and they said that I had to pay for it"* giving people a different treatment.

### Conclusions and Public Policy Recommendations

Pregnant migrant women passing through Mexico experience multiple levels of uncertainty due to their immigration status, as pregnant women, and migrant mothers, their nationality, their racial profiling and/or language of preference. People in a mobility context are doubly marginalized, not only because of their lack of access to medical care they, but also because of there are no studies about their experiences and challenges.

This study focuses on the experiences of pregnant migrant women in northern Mexico, aiming to provide information about them and to generate a change in the country's public and legislative policies that guarantee compliance with human rights for all. We anticipate that the findings of this study will contribute to further advance our understanding of how to support pregnant migrant women. For example, there is a need for interpreters, culturally inclusive medical practices, universal access to health care and the right to register babies born in Mexico.

The data presented here is extremely alarming, only 38 percent of the women who required an interpreter had access to it, even though there is a growing migrant population in Tijuana, there is not a single interpreter in health care centers to assist them. The knowledge of medical personnel regarding the documentation required to care for a vulnerable group such as migrant women is extremely deficient.

Eighty percent of respondents mentioned the health personnel wanted to impose a contraceptive device on them after childbirth because they did not want them to get pregnant again soon, which is a violation on the body of women that entails serious violations of their human rights, it comes from a position of power when said by a member of the health care personnel to a migrant woman who does not have the financial means to be treated in a private clinic.

Regarding Mexican legislation, only in the General Health Law is the word “migrant” is only mentioned once, and only to refer to men-

tal health and the consumption of psychoactive substances<sup>3</sup>, which shows that better public policies are needed so the health care personnel will treat all patients with dignity, regardless of their nationality, legal status, language and physical characteristics.

Although midwifery and ancestral medicine were in Mexico before the conquest, this practice is not normalized or accepted in Baja California by the health care system, however, it provides pregnant migrant women with the opportunity to access a quality health service, a human and dignified birth.

<sup>3</sup> Article 73 Bis.- The public institutions of the National Health System must give access to mental health services and for consumption of psychoactive substances, and addictions in compliance with the following principles: v. Priority attention to the population in vulnerability conditions such as girls, children, teenagers, women, elders, people with disabilities, indigenous people, Afro-Mexicans, people living on the streets and in poverty, migrants, victims of violence and people discriminated against for their sexual orientation or gender identity Ley General de Salud. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf> \_

## A Minimum Statistic on Coverage and Health Issues of Migrant Populations

### Introduction

Health is a human right that must be protected by States regardless of immigration status. Health, according to the World Health Organization (WHO), is understood as the state of physical, mental and social well-being, and it is stipulated within the economic, social and cultural rights of the migrant population.

Within the 2030 Agenda for sustainable development, as well as the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration (GCM), access to medical services is one of the most important aspects countries must comply with. In Mexico's case, there are legal instruments aimed at guaranteeing people's right to health care, Article 4 of the constitution establishes the bases and modalities for access to medical services. Also recently, the Health Care Plan for the Migrant Population in 2020, psychological, emergency, rehabilitation and palliative care is provided to the migrant population transiting through Mexico.

There are sources of information for migrant populations established in the United States (USA), on health care issues, the American Community Survey (ACS) and the National Health Interview Survey show the state of health care for the Mexican population living in that country compared to other populations. Meanwhile, migrants returning to Mexico, upon being returned by US immigration authorities can be approached by the Encuesta Sobre Migración en la Frontera Norte de México (Survey on Migration on the Northern Border of Mexico [EMIF Norte]).

In the case of the population coming from countries south of Mexico, Guatemala, Honduras and El Salvador, the Survey on Migración en la Frontera Sur de México (Migration on the Southern Border of Mexico [EMIF Sur]) is used: those returned by Mexican authorities, those returned by authorities in the United States, and the flow of those coming from Mexico. This source allows approaching the population crossing through Mexico captured by immigration authorities in Mexico or in of the United States, which is considered transit migration. The Guatemalan population traveling to Mexico for work reasons or that has remained in our country for a period of more than one month is also addressed. Finally, those residing in Mexico born in a different country are addressed through the Censo de Población y Vivienda (Population and Housing Census).

We must point out that there are methodological, technical, and conceptual challenges to fully collect and present information on the health of migrant populations, specifically those that are on the move, such as returnees and transiting through Mexico, especially if it is irregular or unauthorized migration. First, because they are not present in information sources, and second, because there are few variables that can capture any health condition, and these usually have little statistical representation.

This is a series of infographics that, depending on each flow, address three main variables. First, self-perception of health in migrant populations, that is, how individuals perceive their medical condition measured through a scale, which

can be associated with variables such as inequality in income distribution (Hildebrant and Van Kerm, 2009) and with mortality (Idler and Benyamini, 1997). Second, due to the health care services coverage by type, private or public, according to poverty conditions - in this case, in the United States - in 2021, 16.7 percent of the population born in Mexico, aged 18 years or older, and living in the United States, lived in poverty, a percent-

age higher than the national level of 11.5 percent. The above is considered for the flow of people from Mexico to the United States, but the information available for other flows is also presented. With the third set of variables, health conditions with most incidence in the three large populations are described. In the case of the Mexican population in the United States, information is presented for boys and girls, as well as adults.

### Mexican International Migrant Population and some Health Variables

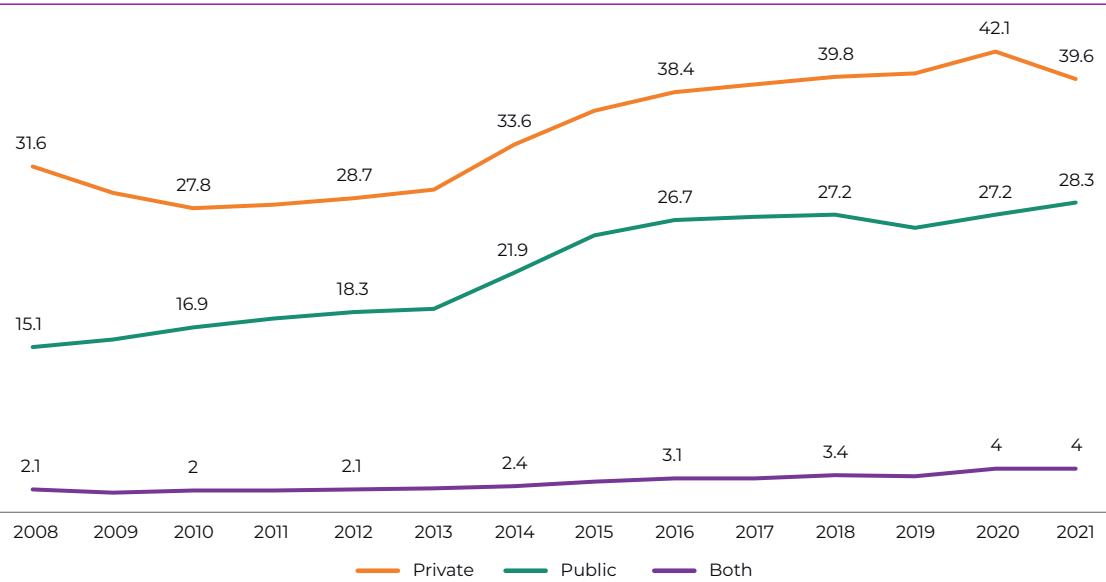
- Between 2008 and 2021, coverage of medical services grew among the population born in Mexico living in the US. The population with access to private medical service increased from 31.6 percent to 39.6 percent, while public medical service rose from 15.1 percent to 28.3 percent, and the population that has access to both private and public medical service coverage increased from 2.1 percent to 4 percent (see Graph 1).
- As of 2013, the percentage of the population with private or public medical service coverage increased to 29.5 percent for private medical service, and 18.6 percent for access to public medical services. Since 2016, some stability has been achieved in medical coverage among the Mexican population, by 2020 it has reached a level of 42.1 percent in the private service, and 27.2 percent for the public service (see Graph 1).

- According to economic region of residence, the Mexican population that has access to any type of medical service showed the same behavior as the evolution of public and private medical services, that is, an increase since 2013. The economic region with the highest percentage of access to medical services was the Far West, followed by New England and the Great Lakes (see Map 1).<sup>1</sup>
- The Mexican population residing in the US with private medical service coverage obtains it mainly through employers, and secondly through individual contracts. During the period from 2008 to 2021, on average, 83.4 percent through the employer and 15.2 percent bought it directly (see Graph 2).
- The Mexican population residing in the United States, with public medical services coverage, has it through Medicaid, and secondly through Medicare. Between 2008 and 2021, on average, 64.9

- percent were insured in Medicaid and 33.6 percent in Medicare.
- After the Affordable Care Act (ACA, 2010), the number of people without social security decreased for all populations in the United States. The migrant population from Mexico in the United States with medical services coverage grew from 42.7 percent in 2010 to 59.1 percent in 2015.
- Among the Mexican population aged 18 or older living in poverty, 7.5 percent had private medical services coverage in 2008, decreasing to 6 percent in 2021; same trend in coverage through public medical services, going from 31.9 percent in 2008 to 23.7 percent in 2021 (see Graph 2).
- The Mexican population living in the US, aged 18 and over, reported having worse health conditions than the non-Hispanic population. The population from Mexico that declared having fair or poor health was 16.8 percent in 2019, 16.4 percent in 2020, and 15.7 percent in 2021. (see Graph 3).

Graph 1.

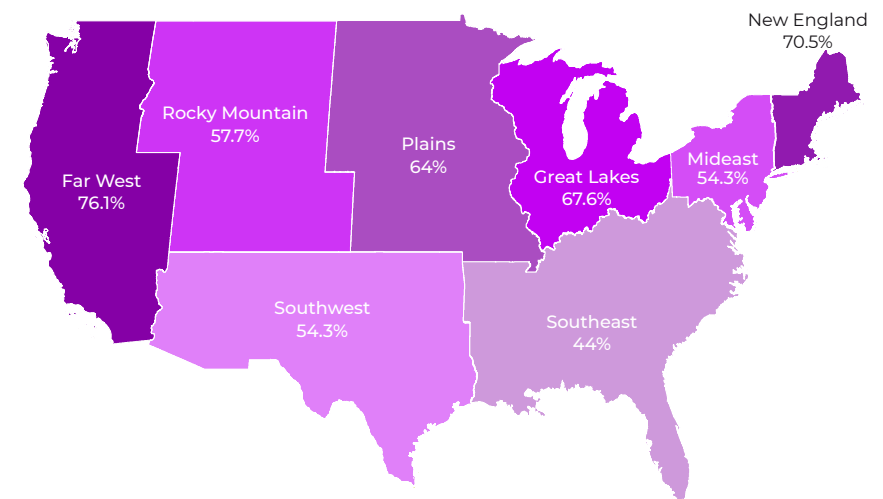
Percentage of the population born in Mexico Residing in the US according to healthcare coverage, 2008-2021



Source: Author's elaboration based on US Census Bureau, American Community Survey (ACS), several years.

Map 1.

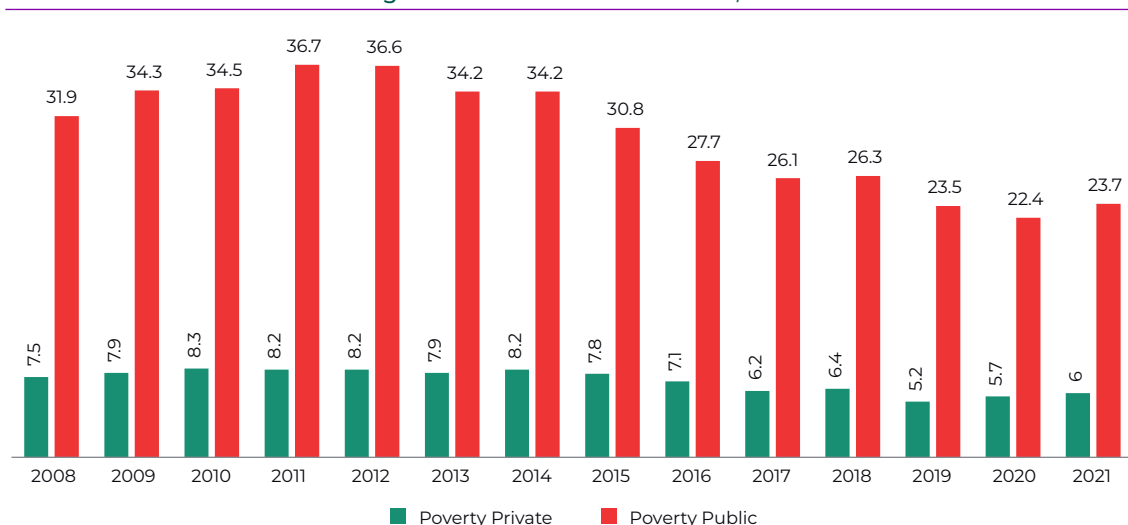
Population born in Mexico according to access to health services by economic region of residence in the United States, 2021



Source: Author's elaboration based on US Census Bureau (2021). American Community Survey (ACS).

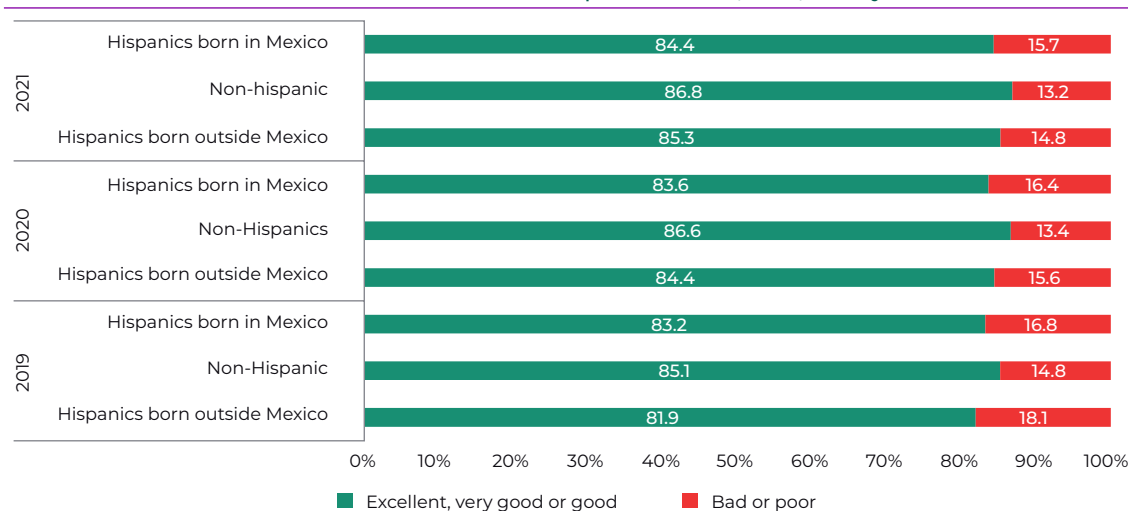
<sup>1</sup> Far West includes Alaska, California, Hawaii, Nevada, Oregon and Washington, New England: Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island, Vermont and Great Lakes: Illinois, Indiana, Michigan, Ohio, Wisconsin.

**Graph 2.**  
Population born in Mexico 18 years and older residing in the US in poverty conditions according to access to medical services, 2008-2021



Source: Author's elaboration based on US Census Bureau, American Community Survey (ACS), several years.

**Graph 3.**  
Percentage distribution of hispanic population residing in the United States according to declared health condition and place of birth, 2019, 2020 y 2021



Source: Author's elaboration based on CDC (2019-2021). National Health Interview Survey.

- The Mexican population living in the US, under the age of 18, reported having worse health conditions than non-Hispanics born in the US. The population from Mexico who reported having fair or poor health was 4.4 percent in 2019 and 2.8 percent in 2021.
- Among the Mexican population, aged 18 or over, there is a higher incidence of diabetes from 2019 to 2021, increasing from 10.7 percent in 2019 to 11.7 percent in 2021. On the other hand, the incidence of cancer decreased from 3.5 percent in 2019 to 2.7 percent in 2021 among the population.

- Among the Mexican population under 18 years of age, the incidence of attention deficit or hyperactivity disorder increased, from 5.1 percent in 2019 to 6 percent in 2021.
- According to sex, the incidence of attention deficit or hyperactivity between

2019 and 2021 registered a notable change among girls, going from 2.2 percent in 2019 to 3.9 percent in 2021, while in boys the variation was of 0.2 percentage points in 2021 compared to 2019 (see Graph 4).

**Graph 4.**  
Percentage of population born in Mexico aged up to 17 years residing in the United States with ADHD according to sex, 2019 y 2021



Source: Author's elaboration based on CDC (2019 and 2021). National Health Interview Survey.

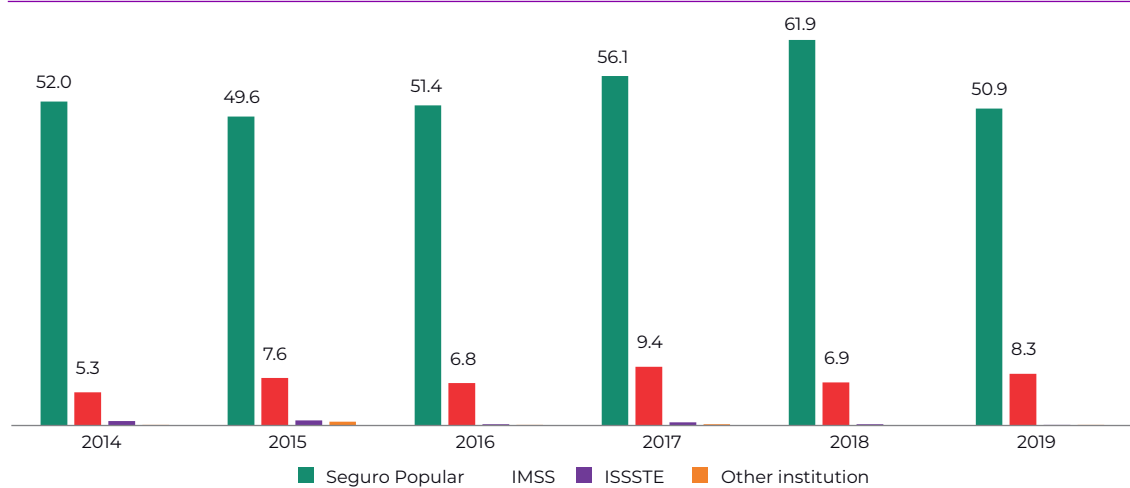
- The Mexican population returned by US authorities, residing in Mexico, has a better self-perception of their health; in addition, self-perception with a scale of poor and very bad decreased from 15.4 percent in 2014 to 8 percent in 2019.
- In 2014, 52 percent of the Mexican population returned by US authorities residing in Mexico was affiliated to the Seguro Popular and in 2019, 50.9 percent. The second most important affiliation was the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), increasing from 5.3 percent in 2013 to 8.3 percent in 2019. (see Graph 5)
- The returned Mexican population living in the US and presenting health difficulties has been increasing from 2008 to

2021. In this last year, the population with difficulties to care for themselves was 2.3 percent, to carry out activities outside the home 3.9 percent, motor, cognitive and vision, and hearing difficulties, 5.7 percent, 3.1 and 5, respectively.

- On the other hand, the population from Mexico that declared having fair or poor health was 16.8 percent in 2019, 16.4 percent in 2020, and 15.7 percent in 2021. By sex, it is estimated that, in women, the perception of fair or poor health remained practically unchanged, 18 percent in 2019 and 2020, and 17 percent in 2021; among men, a similar behavior is seen, 16 percent in 2019, 14 percent in 2020, and 15 percent in 2021.



**Graph 5.**  
Percentage of population born in Mexico returned by United States immigration authorities according to affiliation to Mexican health care services, 2014-2019

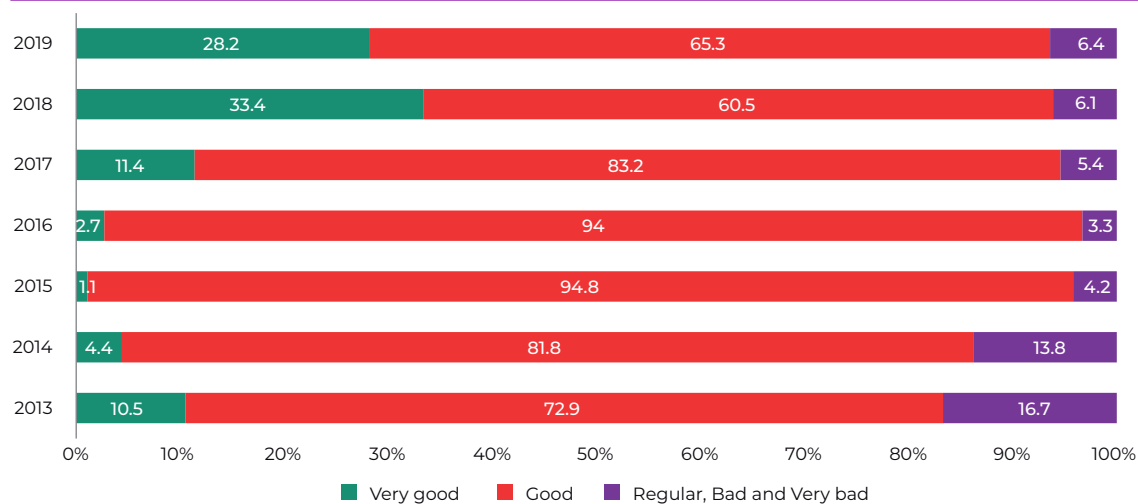


Source: Author's elaboration based on the Encuesta de Migración en la Frontera Norte de México (EMIF Norte), various years.

**Migrant population in transit through Mexico some health variables**

- The population from Central America in transit from Mexico has a good and very good self-perception of their health condition. The percentages of those who perceive it as fair, bad or very bad decreased from 17 percent in 2013 to 6 percent in 2019 (see Graph 6).
- The Honduran population returned by Mexican immigration authorities has a less positive assessment of their health conditions than the population of Guatemala and El Salvador. In 2019, 18.5 percent of the Honduran population reported having fair, poor, and very poor health (see Graph 7).

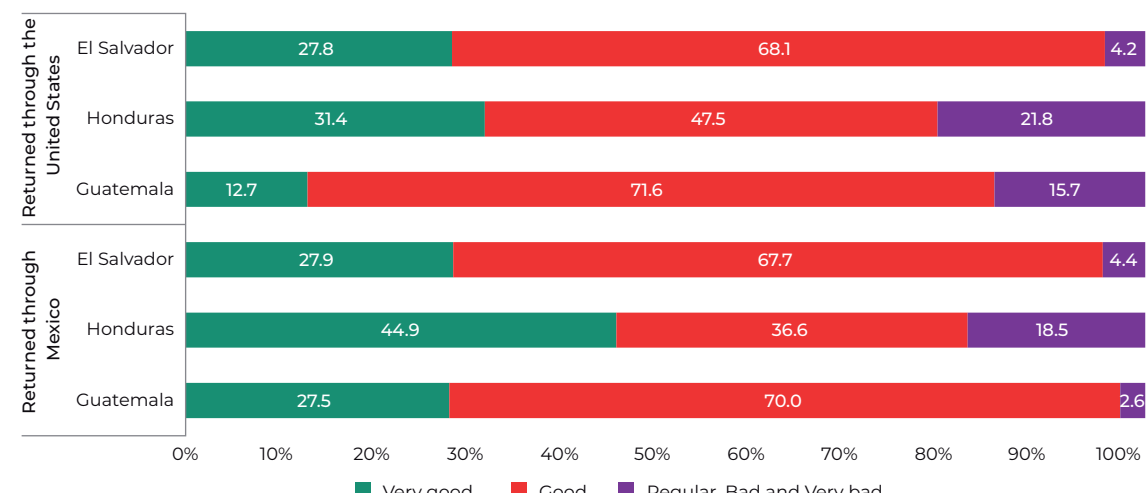
**Graph 6.**  
Percentage distribution of the population in northern Central America in the flow from Mexico by self-perceived health, 2013-2019



Source: Author's elaboration based on the Survey on Migration on the Southern Border of Mexico (EMIF Sur), 2013-2019.

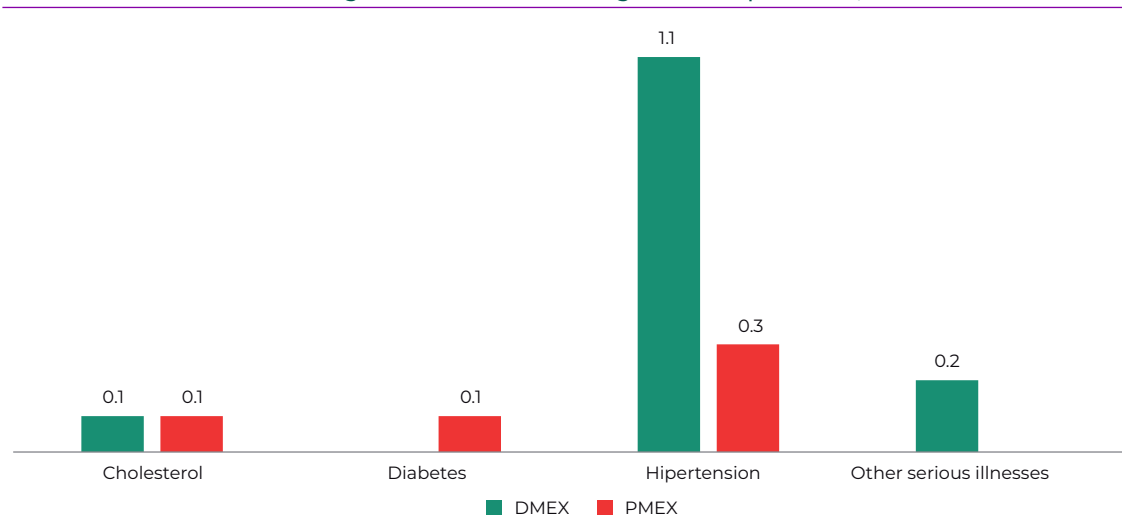
- The population returned by Mexico to El Salvador has a positive assessment of their health. In 2019, 95.6 percent stated they were in very good or good health (see Graph 7).
- The Honduran population returned by the United States has a less positive assessment of their health than the population of Guatemala and El Salvador. In 2019, 21.8 percent declared they were in fair, poor, and very poor health (see Graph 7).
- The population returned by Mexico to El Salvador and Guatemala has a positive assessment of their health. In 2019, in El Salvador only 4.4 percent declared having regular, poor, and very poor health, and in Guatemala 2.6 percent (see Graph 7).
- The population returned by Mexican authorities has hypertension as the most serious health problem in 2019 with 1.1 percent and another serious illness with 0.2 percent (see Graph 8).
- The population from southern Mexico has the most serious health incidence of hypertension, in 2019 with 0.3 percent, and diabetes and cholesterol with 0.1 percent (see Graph 8).
- The population from Mexico has observed that access to health in their country of residence has grown from 0.7 percent in 2013 to 8.2 percent in 2019 (see Graph 9).

**Graph 7.**  
Percentage distribution of the population in northern Central America in the flow of returnees through Mexico and the United States according to self-perceived health condition, 2019



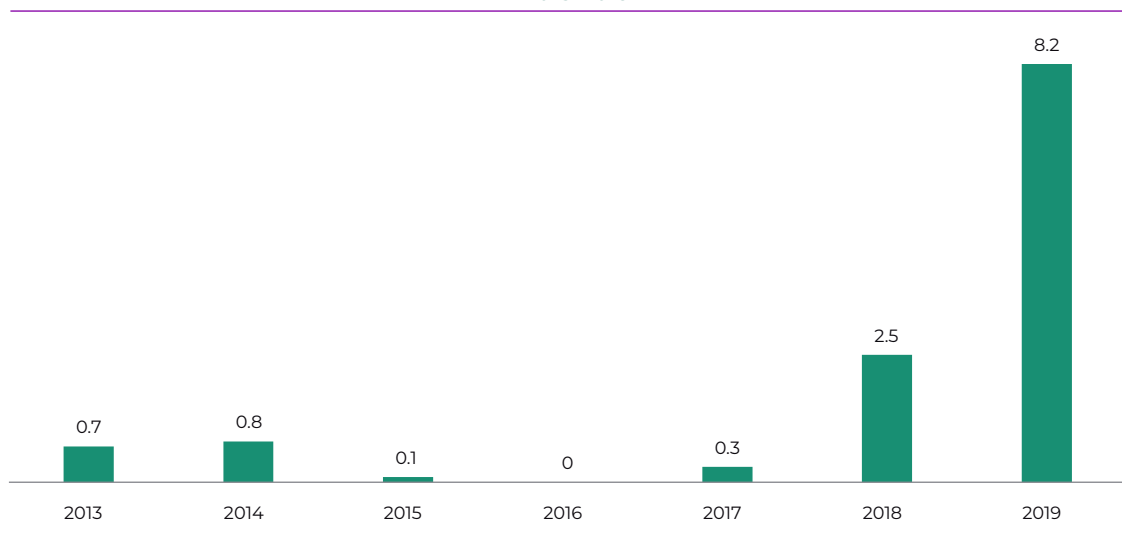
Source: Author's elaboration based on the Encuesta de Migración en la Frontera Sur de México (EMIF Sur), 2019.

**Graph 8.**  
Percentage of the population in northern Central America returned by Mexican authorities and coming from Mexico according to health problems, 2019



Source: Author's elaboration based on the Encuesta de Migración en la Frontera Sur de México (EMIF Sur), 2019.

**Gráfica 9.**  
Porcentaje de población de procedentes de México y acceso a salud en su país de residencia, 2013-2019



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta de Migración en la Frontera Sur de México (EMIF Sur), 2013-2019

### Immigrant population

- The percentage of the population that was born outside Mexico and resides in Mexico that has health services coverage has increased over time, in 2000 more than a quarter (26.3%) had access to health care services, in 2010 this ratio was 44.2 percent and in 2020 just over half of the international immigrant population had coverage (54.4%).
- In 2000, people from of Europe (50.1%), Africa (44.5%), South America (42.7%), and Oceania (41.6%) showed greater coverage of health services.
- In 2020, the migrant populations with the highest coverage of health services were those from Europe (69.5%), South America (63.9%) and Africa (50.6%), among which half or more of their population had access.
- In addition, between 2010 and 2020 coverage increased among people from the Asian and North American regions. Going from one in three in 2010 to three in five in 2020, among migrants from Asia. For those from North America this number rose to 1 in 2, respectively.

Capítulo I / Chapter I

- Arzaluz, S. M.D.S., y Zamora, C. G. (2021). Migración de retorno y reinserción en la zona metropolitana de Monterrey. *Región y Sociedad*, 33, 1-27.
- Banegas-González, I., Tereuel-Belismelis, G., y Escobar-Latapí, A. (2016). Migration, return migration and access to social programs. En E.A., L.L., y M.S. (Eds.), *Binational Dialogue on Mexican Migrants in the US and in Mexico* (pp. 42-46).
- Besserer, F. (2008, 10 de octubre). La migración de retorno [Conferencia]. *Semana de la Sociología Rural*, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco,.
- Calva, L. E. (2022). Perfiles y tendencias en la migración de retorno a México durante la administración de Trump. *Estudios Fronterizos*, 23, 1-22. DOI: 10.21670/ref.2217101
- Canales, A., y Meza, S. (2018). Tendencias y patrones de la migración de retorno en México. *Migración y Desarrollo*, 16(30), 123-155.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos y El Colegio de la Frontera Norte (2019). *Informe especial: Políticas Multinivel para el Retorno y la (Re)inserción de Migrantes Mexicanos y sus Familiares*. Observatorio de Legislación y Política Migratoria.
- Castañeda, X. Castañeda-Camey, N., Díaz, V., Ruiz C., y Alonzo, O. (2018). Salud y Derechos de los Migrantes Mexicanos Retornados. Seguridad o Desconsuelo. *Notas para la Integración de los Retornados*, (4) 1-7.
- Corona, R. (1997). Monto y uso de las remesas en México. En R. Tuirán (Ed.), *Migración México-Estados Unidos. Opciones de Política* (pp.169-190). Consejo Nacional de Población.
- Colegio de la Frontera Norte, Consejo Nacional de Población, y Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2023). *La Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF)*. Gobierno de México.
- De la Sierra, L., González, M., y Rosales, Y. (2016). La salud como motivo de retorno de migrantes a México. En L. E., N. S., y V. M., (Eds.), *Nuevas experiencias de la migración de retorno* (pp. 119-134). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Díaz., M. A. D., Valdivia, R. M., y López, A. L. (2023). Los impactos emocionales de la deportación: el caso de Ana Laura, una mirada desde el trabajo social. *INTER DISCIPLINA*, 11(29), 127-150.
- Durand, J. (2004). Ensayo teórico sobre la migración de retorno. El principio del rendimiento decreciente. *Cuadernos geográficos*, 35(2), 103-116.
- El Financiero (16 de agosto de 2022). Consultorios de farmacias 'son un gran engaño' y ponen en riesgo la vida, alerta López-Gatell. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/08/16/consultorios-de-farmacias-son-un-gran-engano-ponen-en-riesgo-la-salud-y-la-vida-alerta-lopez-gatell/>

- Fernández-Sánchez, H., Vásquez-Ventura, I. S., Rivera-Ramírez, P. I., y Zahoui, Z. (2022). Migración de retorno en Latinoamérica y el Caribe: Una revisión sistemática exploratoria. *Migraciones Internacionales*, 13, 1-23. <https://doi.org/10.33679/rmi.vi11.2431>
- Gandini, L., Lozano, A. F., y Gaspar, O. S. (2014). Migración de retorno y hogares. Un análisis de las transformaciones sociodemográficas y regionales entre 2000 y 2010. En Consejo Nacional de Población (Ed), *La situación demográfica de México 2014* (pp. 221-243). Secretaría de Gobernación.
- Gobierno de la República Mexicana. (2021). *Acuerdo por el que se establece la Estrategia Interinstitucional de Atención Integral a Familias Mexicanas Repatriadas y en Retorno*. Diario Oficial de la Federación [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5622105&fecha=24/06/2021#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5622105&fecha=24/06/2021#gsc.tab=0)
- González, J. (2017). *Los migrantes de retorno y el acceso a los servicios de salud en México*. [Tesis de maestría no publicada]. El Colegio de la Frontera Norte A. C.
- Hall, S. (2023). *La realidad de los migrantes retornados y sus necesidades de salud según su género*. [Blog]. IOM. <https://weblog.iom.int/es/la-realidad-de-los-migrantes-retornados-y-sus-necesidades-de-salud-segun-su-genero>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía]. (2023, 1 junio). *Microdatos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda 2020*. [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023, 1 junio). Censo de Población y Vivienda 2020. Marco conceptual. [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2011). *Retorno y hospitalización de migrantes enfermos: La respuesta del sistema de salud mexicano ante los retos de la atención médica en Estados Unidos*. [https://www.insp.mx/images/stories/Centros/ciss/Docs/Retorno\\_y\\_hospitalizacion\\_de\\_migrantes\\_Final\\_15Jun11.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/Centros/ciss/Docs/Retorno_y_hospitalizacion_de_migrantes_Final_15Jun11.pdf)
- Jacobo, S. M. L., y Cárdenas, A. N. (2020). Back on your own: migración de retorno y la respuesta del gobierno federal en México. *Migraciones internacionales*, 11, 11, <https://doi.org/10.33679/rmi.vi11.1731>
- Jáuregui, J. A., y Recaño, V. J. (2014). Una aproximación a las definiciones, tipologías y marcos teóricos de la migración de retorno. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, 19(1084), 1-32 <https://ddd.uab.cat/record/157802>
- Jáuregui, J. A y Ávila, M. J. (2021, 22 de octubre). Migración mexicana hacia y desde Estados Unidos en el año de la pandemia [Conferencia]. *VIII Congreso Nacional de Ciencias Sociales*. Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM.
- Martín, C. (2007). Nuevas direcciones para estudios sobre familia y migraciones internacionales. *Aldea Mundo*, 11(22), 55-66.
- Mestries, F. (2013). Los migrantes de retorno ante un futuro incierto. *Sociológica*, 28(78), 171-212.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2015). *Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica*. Organización Internacional para las Migraciones.
- Perella, S. (2004). Los vínculos afectivos y de cuidado en las familias transnacionales. Migrantes ecuatorianos y peruanos en España. *Migraciones Internacionales*, 4(2), 151-188.
- Rendón, C. E., y Wertman, Z.L. (2017). *REINTEGRACIÓN MIGRANTE: Un modelo social, económico y empático para el retorno*. Organización Internacional para las Migraciones.
- Salles, V., y Tuirán, R. (1998). Cambios demográficos y socioculturales: familias contemporáneas en México. En S. B. (Coord.), *Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe*. Population Council/Edamex.
- Sosa M, M. V.; Román, R. P., y Baca, T. N. (2020). La dinámica familiar en hogares con presencia migrante de retorno en el Estado de México. *Ciencias Sociales Revista Multidisciplinaria*, 2(2), 1-21.
- Toro, J. A., y Bautista, A. (2019). Vulnerabilidad social en los hogares con personas retornadas en México y sus implicaciones en el acceso a los servicios de salud. En R. Jiménez, y R. López, *Migración y Salud / Migration and Health* (pp.91-111). Secretaría de Gobernación. Secretaría General del Consejo Nacional de Población.
- Woo, O., y Flores, A. L. (2015). La migración de retorno de migrantes mexicanos en el siglo XXI. *Población y Desarrollo - Argonautas y Caminantes*, 11, 23-36. <https://doi.org/10.5377/pdac.v11i0.2264>
- Consejo Nacional de Población, BBVA Research y Fundación BBVA. (2023). *Anuario de Migración y Remesas México 2023*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Censo de Población y Vivienda 2010*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020*.
- López A. y Blanca, M. (2014). *Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud de las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas en México*. Sin Fronteras I.A.P. <https://sinfronteras.org.mx/agendamigracioncdmx>
- Bean, F. D., Swicegood, C. G. y Berg, R. (2000). Mexican-origin fertility: new patterns and interpretations. *Social Science Quarterly*, 81(1), 404-420. <https://www.jstor.org/stable/42864390>
- Brass, W. (1974). *Métodos para estimar la fecundidad y la mortalidad en poblaciones con datos limitados*. Selección de trabajos de William Brass. CELADE.
- Camisa, Z. (1975). *Introducción al estudio de la fecundidad*. CELADE.
- Carter, M. (2000). Fertility of Mexican immigrant women in the U.S.: A closer look. *Social Science Quarterly*, 81(4), 1073-1086. <https://www.jstor.org/stable/42864041>
- Hill, C. S. (1979). Fertility and education: what do we really know? *Occasional papers*. World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/550621468765918708/Fertility-and-education-what-do-we-really-know>
- \_\_\_\_\_ (1988). The Policy Implications of the Effects of Education, Health and Social Security on Fertility in Developing Countries. En G. Steinmann, K.F. Zimmermann, y G. Heilig (Eds.), *Probleme und Chancen demographischer Entwicklung in der dritten Welt. Studies in Contemporary Economics* (pp.1-2). Springer. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-74103-6\\_9](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-74103-6_9)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program* (NBCCEDP). <https://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about.htm>

- Consejo Nacional de Población. (2017). *Conciliación Demográfica de México 1950-2015*.
- Consejo Nacional de Población. (2021). Elementos conceptuales en torno a la integración social de la población inmigrante internacional. *MigraBoletín*, 2(5), 1-8. [www.omi.gob.mx](http://www.omi.gob.mx)
- Consejo Nacional de Población. (2023). *Conciliación Demográfica de 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020 a 2070*. <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-1950-a-2019-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-a-2070>
- Choi, K. H. (2011). Fertility Patterns in the Context of Mexican Migration to the United States: Childbearing Before and After Migration. *On-Line Working Paper Series*. California Center for Population Research. <http://papers.ccpr.ucla.edu/index.php/pwp>
- Choi, K. H. (2014). Fertility in the context of Mexican migration to the United States: A case for incorporating the pre-migration fertility of immigrants. *Demographic Research*, 30, 24, 703-738. <https://www.demographic-research.org/articles/volume/30/>
- Davis, K. y Blake, J. (1956). Social Structure and fertility: an analytical framework. *Economic Development and Cultural Change*, 4(3), 211-235. <https://www.jstor.org/stable/1151774>
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales y Academia de Ciencia de los Estados Unidos. (1983). Estimación de la fecundidad en base a información sobre hijos nacidos vivos. En Organización de las Naciones Unidas, *Manual X. Técnicas indirectas de estimación demográfica*. ST/ESA/SER.A/81.
- Desiderio, R. (2020). *The Impact of International Migration on Fertility: An Empirical Study*. World Bank-KNOMAD. [https://www.knomad.org/sites/default/files/2020-01/Migration%20Fertility%20Paper%20%282019%20Update%20World%20Bank%29\\_final\\_-converted.pdf](https://www.knomad.org/sites/default/files/2020-01/Migration%20Fertility%20Paper%20%282019%20Update%20World%20Bank%29_final_-converted.pdf)
- Frank, R. y Heuveline, P. (2005). A crossover in Mexican and Mexican-American fertility rates: Evidence and explanations for an emerging paradox. *Demographic Research*, 12, 77-104. <https://www.demographic-research.org/volumes/vol12/4/12-4.pdf>
- Garafolo, A. (2022). Fertility and Migration. *UBEConomiscs Working Papers E22/421*, SSRN. [https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN\\_ID4115570\\_code2198227.pdf?abstractid=4115570&mirid=1](https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN_ID4115570_code2198227.pdf?abstractid=4115570&mirid=1)
- Gómez de León, J. y Tuirán, R. (1998). Migración internacional. *Situación Demográfica, 1997*, (29-42). Consejo Nacional de Población.
- Jonsson, H. S. y Rendall, M. S. (2004). The fertility contribution of Mexican immigration to the United States. *Demography*, 41(1), 129-150. <https://www.jstor.org/stable/pdf/1515216.pdf>
- Juárez, F. y Castro, T. (1995). The Impact of Women's Education on Fertility In Latin America: Searching for Explanations. *International Family Planning Perspectives*, 21(2), 52-57. <https://www.jstor.org/stable/2133523>
- Kulu, H. (2004). Migration and Fertility: Competing Hypothesis Re-Examined. *European Journal of Population*, 21, 51-87. <https://www.jstor.org/stable/20164290>
- Kulu et al., 2019. A Decade of Life-course Research on Fertility of Immigrants and Their Descendants in Europe. *Demographic Research*, 40, 46, 1345-1374. <https://www.demographic-research.org/volumes/vol40/46/40-46.pdf>
- Leñero, O. L. (1979). *Valores ideológicos y las políticas de población en México*. Edicol.
- Lichter et al., (2012). Hispanic Assimilation and Fertility in New Destinations. *Int Migr Rev*, 46(4), 767-791. doi:10.1111/imre.12000
- Lindstrom, P. D. y Giourguli, S. S. (2007). The interrelationship between fertility, family maintenance, and Mexico-U.S. Migration. *Demographic Research*, 17, 28, 821-858. <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol17/28/>
- Meneses, M. E., Hernández, L. M. F., Gayet, S. C. C. I., Juárez, C. F., Lozano, A. F., y Serván, M. E. (2017). Panorama demográfico y principales características de las mujeres en edad reproductiva. En María de la Cruz Muradás Troitiño y Eloina Meneses Mendoza (Coords.), *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva* (pp. 45-57). Consejo Nacional de Población.
- Meneses, M. E., Muradás, T. M. de la C., Hernández L. M. F., y Ramírez, F. M. (2020). Derecho al acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos. En María de la Cruz Muradás Troitiño y Eloina Meneses Mendoza (Coords.), *Situación de los derechos sexuales y reproductivos* (pp. 161-206). CONAPO.
- Minnis, M. A. (2010). U.S. Migration and Reproductive Health among Mexican Women: Assessing the Evidence for Health Selectivity *The journal of field actions*. Special Issue 2. Institut Veolia. <http://journals.openedition.org/factsreports/523>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2006a). *La OIM y la integración de los migrantes*. [https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/Migrants\\_and\\_Host\\_Society\\_12130706/seminar%20docs/infosheet\\_integracion\\_es.pdf](https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/Migrants_and_Host_Society_12130706/seminar%20docs/infosheet_integracion_es.pdf)
- Organización Internacional para las Migraciones (2006b). *Proyectos de integración de la OIM*. [https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/Migrants\\_and\\_Host\\_Society\\_12130706/seminar%20docs/integration\\_projects\\_0706\\_es.pdf](https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/Migrants_and_Host_Society_12130706/seminar%20docs/integration_projects_0706_es.pdf)
- Organización Internacional para las Migraciones. (2016). *Integración y Cohesión Social: Elementos clave para beneficiarse plenamente de la migración*. Documento temático para el Pacto Mundial. *Integración y Cohesión Social*. <http://128.199.179.223/iom/sites/default/files/2018-07/IOM-Thematic-Paper-Integration-and-Social-Cohesion-ES.pdf>
- Parrado, E. y Morgan, P. (2008). Intergenerational Fertility among Hispanic Women: New Evidence of Immigrant Assimilation. *Demography*, 45(3), 651-671. <https://read.dukeupress.edu/demography/issue/45/3>
- Parrado, E. (2011). How High is Hispanic/Mexican Fertility in the United States? Immigration and Tempo Considerations. *Demography*, 48(3), 1059-1080. <http://www.jstor.org/stable/41237824>
- Partida, V. B. y Mier y Terán, M. (2001). Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad en México, 1930-1997. En José Gómez y Cecilia Rabell (Coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas socio-demográficas hacia el siglo XXI* (pp. 168-203). Fondo de Cultura Económica.
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10047/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>
- Secretaría de Salud (2021). *Programa de Acción Específico de Prevención y Control de Cáncer 2021-2024*. [https://drive.google.com/file/d/1d1ljc8bF\\_tmjtpvFr\\_Rx9wUr8dAGMd1Z/view](https://drive.google.com/file/d/1d1ljc8bF_tmjtpvFr_Rx9wUr8dAGMd1Z/view)
- Tønnessen, M. y Wilson, B. (2020). Visualising Immigrant Fertility – Profiles of Childbearing and their Implications for Migration Research. *Journal of International Migration and Integration*, 24(1), S23-S46. <https://doi.org/10.1007/s12134-020-00762-5>
- U.S. Census Bureau (s/f). *Fact Sheet: Differences Between the American Community Survey (ACS) and the Annual Social and Economic Supplement to the Current Population Survey (CPS ASEC)*. <https://www.census.gov/>

Villagómez, O. P., Mendoza, V. D. y Valencia, R. J. A. (2011). Exposición al riesgo de embarazo. En Paloma Villagómez Ornelas y Jorge Armando Valencia Rodríguez (Coords.), *Perfiles de Salud Reproductiva* (pp. 12-21). Consejo Nacional de Población.

Zavala de Cosío, M. E. (2001). La transición de la fecundidad en México. En José Gómez y Cecilia Rabell (Coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas socio-demográficas hacia el siglo XXI* (pp. 147-167). Fondo de Cultura Económica.

Van den Akker, T. & van Roosmalen, J. (2016). Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective, *Obstetrics and Gynaecology*, (32): 26-38.

Vázquez-Quesada, Lucía M., Peña, Jesús y Vieitez, Isabel (2021). *Necesidades y Atención*

*en Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres Migrantes en México. Un estudio desde Ciudad Juárez, Chihuahua*. Population Council y El Colegio de la Frontera Norte. [https://knowledgecommons.populationcouncil.org/departments\\_sbsr-pgy/1534/](https://knowledgecommons.populationcouncil.org/departments_sbsr-pgy/1534/)

## Capítulo IV / Chapter IV

Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión. (2023a). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión (2023b). *Ley General de Salud*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Corte IDH (Sentencia de 8 de septiembre de 2005). *Caso de las Niñas Yean y Bosico vs. República Dominicana. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Serie C No. 130, párr. 133. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/se-riec\\_130\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/se-riec_130_esp.pdf)

Eslier, M., Deneux-Tharoux, C., Sauvegrain, P., Schmitz, T., Luton, D., Mandelbrot, L., Estellat, C. y Azria, E. (2022). Severe maternal morbidity among undocumented migrant women in the PreCARE prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(10),1762-1771.

Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE] (s.f.). *El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes*. <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/Violencia-obste%CC%81trica.pdf>

Henderson, J., Carson, C., Jayaweera, H., Alderdice, F., & Redshaw, M. (2018). Recency of migration, region of origin and women's experience of maternity care in England: evidence from a large cross-sectional survey. *Midwifery*, (67) 87-94.

Kvamme, E., y Ytrehus, S. (2015). Barriers to health care access among undocumented migrant women in Norway. *Society. Health & Vulnerability*, 6(1), 28668.

Munro, K., Jarvis, C., Munoz, M., D'Souza, V., Graves, L. (2013). Undocumented Pregnant Women: What Does the Literature Tell Us? *Journal of Immigrant Minority Health* (15) 281-291.

Organización de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017). *From Fronteras to Frontlines, Mexican Midwives Saving Lives*. <https://gdc.unicef.org/resource/fronteras-frontlines-mexican-midwives-saving-lives>

Organización Internacional para las Migraciones. (2020). *Población bajo los Protocolos de Protección a Migrantes en Ciudad Juárez 2020*. <https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/reports/DTM%20Ciudad%20Juarez%202020.pdf>

Tasa, J., Holmberg, V., Sainio, S., Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2021). Maternal health care utilization and the obstetric outcomes of undocumented women in Finland—a retrospective register-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-9.

Thomassen, K. (2021). *Perilous Pregnancies: Barriers in Access to Affordable Maternal Health Care for Undocumented Migrant Women in the European Union*. Center for Reproductive Rights. <https://reproductive-rights.org/wp-content/uploads/2021/03/Updated-GLP-EUROPE-PerilousPregnancies-2020-Web.pdf>

## Capítulo V / Chapter V

Hildebrandt, V., y Van Kerm, P. (2009). Income Inequality and Self-Rate Health Status: Evidence from the European Community Household Panel. *Demography*, 46(4), 805-825. <https://www.jstor.org/stable/20616496>

Idler, E.L., y Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37. <https://doi.org/10.2307/2955359>

## Final Comments on the 2023 edition

While the United Nations Organization and its global and regional specialized agencies have launched far-reaching initiatives for the protection of all people on international mobility, among which are the Montevideo Consensus, the New York Declaration for Refugees and the Migrants, the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration, and countries like Mexico follow and adopt these global instruments, the 21st century still seems to pass abruptly for people in mobility and international migration, regarding the protection and guarantee for the exercise of their human, economic, social and cultural rights

As a broad social fact, or perhaps as a set of complex social facts, the different forms of human mobility, including international migration, impact the daily lives of people, communities and international relations, as well as the economy of countries of origin and destination. Among the many impacts addressed in the 2023 edition of *Migración y Salud / Migration and Health* is the social reintegration and protection of people returning to Mexico, for whom health service coverage extends to their families - frequently their return also means a family reunification and formation of new families.

One of the most important conclusions reached in the *first chapter* by Jáuregui, Ávila and Méndez is related to the methodological cut of their analytical proposal, it is the change in the unit of analysis towards “households”, thus, we can affirm that “The complexity of each home with returned migrants must be con-

sidered in order to understand medical care, for it is a heterogeneous group with very different realities.” An aspect that in terms of public policy, could be oriented in a more comprehensive way towards the home and the family.

In the *second chapter*, Miranda, focusing on the perspective of social integration and gender to make migrant women visible and facilitate their access to health care services, points out that the fact of having a very small migrant population does not lessen its importance, which is evident in the challenge it presents for the health-care sector and for the country in general, to guarantee the respect of human rights, and the social integration of the migrant population in Mexico.

In the *third chapter*, López proposes that it is unavoidable to address the reproductive health issues of Mexican women in the United States. The demographic change over more than a decade in the number of people born in Mexico living in that country could have an impact on public health issues for women who are concluding or are in the process of concluding their reproductive life. At the same time, it warns of the need to further the analysis of migratory dynamics and fertility, which would make it possible to structure public policy strategies and actions for migrant populations on issues of women’s health and their offspring.

In the *fourth chapter*, Jiménez concludes that “pregnant migrants passing through Mexico experience multiple levels of precariousness due to their immigration status, as pregnant



migrant women, and as migrant mothers, their nationality, racial profiling and/or language of preference. People in a context of mobility are doubly marginalized, not only because of the lack of access to medical care they face, but also because of the scarcity of studies dedicated to their experiences and challenges.”

The Directorate of Socioeconomic Studies and International Migration, in the *fifth chapter*, putting into perspective the advances, delays and vulnerabilities that in terms of health coverage and the health/disease process itself, evidence the need for migrant populations to see the conditions they experience better reflected, such as their residence as a population that lives and transits through Mexico, or during their stay in the United States as a migrant population. At

the same time, it makes it clear that specialized information sources on health or migration do not always allow a comprehensive approach of the health/disease process.

The balance that emerges from the chapters that make up this edition allow us to observe that, in terms of public policies, it is necessary to act with a short, medium and long-term vision to facilitate access to medical services as well as the observance of human rights for all migrants.—on the issue of health and certainly in other areas—both in favor of the Mexican diaspora in the United States and of Mexican people returning to the country, and of those who as “foreigners” transit or settle in the country searching for their family, or due to economic, social, and political needs, family violence, or natural disasters.

## Acerca de los autores / About the authors

### CAPÍTULO I

**José Alfredo Jáuregui-Díaz** es sociólogo por la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Maestro en Demografía por el Colegio de la Frontera Norte y Doctor en Demografía por la Universidad Autónoma de Barcelona, España. Se desempeña como Profesor-Investigador en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

**María de Jesús Ávila-Sánchez** es socióloga por la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Maestra en Demografía por el Colegio de la Frontera Norte y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Leiden, Países Bajos. Se desempeña como Profesora-Investigadora en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

**Jimena Méndez-Navarro** es economista por la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestra en Demografía por el Colegio de la Frontera Norte y Doctora en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Se desempeña como Posdoctorante del Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías.

### CAPÍTULO II

**Alejandra Reyes Miranda** es economista por la Universidad Autónoma Metropolitana, Maestra en Estudios de Población por el Colegio de la Frontera Norte. Se desempeña como Subdirectora de Estudios Socioeconómicos y de Migración Internacional en el Consejo Nacional de Población.

### CAPÍTULO III

**Rafael López Vega** es economista por la Universidad Nacional Autónoma de México y Maestro en Estudios de Población por el Colegio de la Frontera Norte. Actualmente es Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional en el Consejo Nacional de Población.

### CAPÍTULO IV

**Lizeth Jiménez Paredes** Licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma de Baja California. Fue Presidenta de la Comisión de Asuntos Fronterizos y Migratorios en el V Parlamento de la Juventud de Baja California, actualmente es coordinadora del Área de Investigación e Incidencia en Espacio Migrante A.C.

**Espacio Migrante.** Es una asociación civil binacional fundada por Paulina Olvera Ocañez y Sarahí Soto Valencia (Directoras).





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

GOBERNACIÓN  
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



CONAPO  
CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

# MIGRACIÓN Y SALUD

Temas de salud en México y de fecundidad en Estados Unidos

# MIGRATION AND HEALTH

Health issues in Mexico and fertility in the United States

