

3 | La migración internacional de retorno y el acceso a servicios de salud en el Estado de México, 2015

Javier González Rosas¹

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

Introducción

Después de la Segunda Guerra Mundial, la comunidad internacional se comprometió a no permitir nunca más los genocidios y atrocidades ocurridas durante ese conflicto. Para ello, los líderes de 51 países del mundo decidieron presentar en 1946, ante la Organización de las Naciones Unidas, un manifiesto que garantizara los derechos de todas las personas en cualquier lugar y en todo momento. Dicho documento se convirtió más tarde, en 1948, en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) (ONU, s/a).

La DUDH es el manifiesto de más alto nivel que hace recomendaciones a todas las naciones del mundo para alcanzar la libertad, justicia y paz entre las personas y sus familias. La DUDH reconoce 30 derechos humanos inalienables e indivisibles, y en su artículo 25 establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud, bienestar, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios (UNESCO, s/a).

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

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

En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud de 1984, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el Programa Especial de Migración 2014-2018 y el Programa Nacional de Población 2014-2018 son instrumentos normativos de muy alto nivel que reconocen entre otros derechos humanos el derecho y acceso a los servicios de salud de toda persona que se encuentre en el territorio nacional. De forma explícita, el Programa Especial de Migración (PEM) hace énfasis en el tema de acceso a servicios de salud. En su objetivo 4, que se refiere a favorecer los procesos de integración y reintegración de las personas migrantes y sus familiares, define el indicador “personas migrantes de retorno ocupadas que cuentan con acceso a servicios de salud”, con el cual pretende medir el avance en la materia (DOF, 2014: 69).

Con este antecedente normativo, es necesario determinar qué tanto garantiza el acceso a los servicios de salud del migrante de retorno en el Estado de México y saber si ser migrante de retorno es una condición desfavorable para acceder a dichos servicios. En respuesta a ello, se comparó el acceso de los migrantes de retorno y los no migrantes del Estado de México, información que se captó en la Encuesta Intercensal 2015.

El presente artículo se desarrolla en cuatro secciones. En la primera se define la población objeto de estudio, se describen las características de la muestra y el tipo de estudio utilizado, así como las herramientas estadísticas para analizar la información. En la segunda se discuten los conceptos de migración de retorno y el acceso a los servicios de salud que son fundamentales en esta investigación. En la tercera se hace un análisis descriptivo de algunas características de los migrantes de retorno y de los no migrantes mexicanos. En la última sección se aborda el problema del acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno del Estado de México.

Datos y metodología de estudio

En este trabajo se usa la información captada en la Encuesta Intercensal (EIC) 2015, la cual es una encuesta de cobertura temática amplia que actualizó la información sobre el volumen, composición y distribución de la población residente en el Estado de México, así como de diversos indicadores sobre migración internacional. La información que registra la encuesta es comparable con la información de los últimos censos (INEGI, 2016).

La población objetivo de este estudio se define como las personas mayores de 5 años que en 2015 vivían en el Estado de México. Para analizar el acceso a los servicios de salud de los migrantes de retorno, se definieron dos estratos: 1) la población migrante de retorno y 2) la población no migrante. El tamaño de muestra (datos no ponderados) para la población migrante de retorno fue de 4 mil 832 personas, mientras que para la población no migrante fue de 1 millón 917 mil 193 personas. Estos tamaños muestrales y la selección aleatoria de las viviendas realizada en la EIC 2015 garantizan muestras representativas de cada uno de los estratos (véase cuadro 1).

Cuadro 1. Estado de México. Población mayor de 5 años y tamaño de muestra, según estrato de estudio, 2015

Estrato	Población	Muestra
No migrante	16,154,048	1,917 193
Migrante de retorno	33,560	4,832
Total	16,187,608	1,922,025

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

La investigación es una combinación de estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo y observacional. Es descriptivo porque los datos se utilizaron solo para describir a la población migrante de retorno y no migrante, y no se enfoca en encontrar una relación de causa-efecto. Es retrospectivo porque su diseño se hizo en 2017, es decir, cuando se decidió efectuar la investigación los datos ya existían. Es comparativo porque se comparan dos poblaciones, los migrantes de retorno y los no migrantes. Es observacional porque el factor de estudio (condición de migración) y las variables de interés no fueron definidas en esta investigación, sino que solo se limitó a medir y analizar la información que ya existía, sin tener ningún control directo en ella (Donis, 2013).

Para el análisis se calcularon porcentajes de variables nominales y ordinales. Para el cálculo de las estimaciones de los porcentajes se usó el ponderador de la encuesta de la EIC 2015, con el fin de extrapolar los resultados de la muestra a la población total. También se calcularon los p-valores para las pruebas de significancia estadística.

Además, se calcularon razones de prevalencia (RP) y cocientes de momios (CM), con el fin de determinar el grado de asociación entre el factor de riesgo (condición de migración) y el acceso a los servicios de salud. Algunos autores llaman a las razones de prevalencia riesgos relativos (Anderson *et al.*, 1980: 20; Sócrates *et al.*, 2010: 53-54).

Definición de migración de retorno y acceso a servicios de salud

Aunque aparentemente es sencillo y casi obvio el término migración internacional de retorno, las definiciones que pueden rastrearse en la bibliografía especializada resultan un tanto difusas y ambiguas (CONAPO, 2015: 25). Pascual de Sans (1983), autora de notables aportaciones empíricas y teóricas, define la migración de retorno como “desplazamientos de población en el espacio que implican un regreso al punto de origen”, sin embargo, según la misma autora esta definición encierra algunas ambigüedades de carácter geográfico y temporal: ¿Qué debe considerarse como punto de origen en los desplazamientos múltiples que engloban más de dos desplazamientos migratorios? y ¿Cuándo se debe distinguir entre un retorno temporal o definitivo?

Dumont y Spielvogel (2008) definen la migración de retorno como un concepto que engloba cuatro dimensiones: país de origen, lugar de residencia en el extranjero, duración de la estancia en el país de destino y duración de la estancia en el país de origen cuando se retorna. El problema con esta definición es qué se entiende por residencia y el tiempo de la duración ¿un mes, un año, dos años, etc.?

Los ejemplos anteriores evidencian las limitaciones y las implicaciones que surgen cuando se intenta definir la migración de retorno. “De ellas se desprende que, como suele suceder con muchas cuestiones relacionadas con la migración, aparentemente está claro de qué se habla cuando se hace referencia al retorno migratorio, pero lo cierto es que no lo está tanto” (CONAPO, 2015: 31).

Por su parte, Welti (1997: 125) menciona que la migración de retorno tiene asociados algunos aspectos ambiguos no solo en lo conceptual, sino también en su medición y que es necesario tener en cuenta para evitar sesgos en las estimaciones. Entre los principales: 1) qué se entiende por residencia habitual y 2) cómo se operacionaliza este concepto en una medición real. La noción de residencia habitual se puede entender como el lugar donde el individuo tiene su hogar. Sin embargo, lo anterior no impide que surjan contradicciones ya que una persona puede tener más de un hogar, por lo que

es posible que no sea capaz de identificar cuál es su hogar o bien puede vivir la mayor parte del tiempo fuera del mismo. Además, en la práctica no necesariamente coincide el contenido que el demógrafo asigna al concepto de residencia, con lo que la gente entrevistada considera como tal. Por otro lado, dentro de los mismos encuestados lo que se entiende por residencia puede variar de manera sustancial de una persona a otra.

En este artículo se considera migrante internacional de retorno a aquella persona de 5 años de edad o más nacida en el país y que en el momento del levantamiento de la encuesta se encontraba viviendo en México y que además cinco años antes vivía en otro país. La estimación de esta población se obtiene al comparar el lugar de residencia al momento de la entrevista con respecto a su residencia cinco años antes.

Cuadro 2. Pregunta de la Encuesta Intercensal 2015 para operacionalizar la migración con base en el lugar de nacimiento

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

Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Además, al tener en cuenta la variable lugar de nacimiento es posible identificar a los mexicanos que retornaron al país y que vivían en el extranjero cinco años antes del levantamiento del cuestionario. La operacionalización para medir la migración internacional en la EIC 2015, usando el lugar de nacimiento, se presenta en el cuadro 2.

Con respecto al acceso a los servicios de salud, según Fajardo-Dolci *et al.* (2015), en el ámbito de los servicios médicos, el acceso se define como la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios. Es decir, esta definición no contempla a los proveedores de los servicios, en el sentido de si los servicios están disponibles o si existe algún impedimento para prestarlos, si son oportunos o si son de calidad.

Para Andersen (1995), el concepto de acceso efectivo a los servicios de salud tiene que ver con mejorar el estado de salud y con la satisfacción de los usuarios. El autor resalta, por un lado, la importancia de las características de la población que pueden facilitar el uso y, por el otro, la relevancia de la percepción del estado de salud, lo que quiere decir que el uso de servicios va más allá del sistema de salud.

En el caso de Goddard (2001), el acceso a los servicios de salud depende de la accesibilidad física y aceptabilidad de los servicios y no simplemente de lo adecuado de su prestación. Algunos otros elementos como la información plena sobre los derechos a la atención médica y la disponibilidad de recursos también inciden en el uso real. Además, señala que los servicios disponibles deben ser pertinentes y efectivos para que la población logre obtener resultados satisfactorios.

Fajardo-Dolci *et al.* (2015) también afirma que entre los elementos que pueden incidir en el acceso efectivo se encuentra la afiliación a los servicios, ya que una primera barrera al acceso efectivo de los servicios es, sin duda, la financiera, pues puede inhibir a un individuo a expresar una necesidad de salud debido a la ausencia de medios económicos para hacerle frente.

Para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), una persona se encuentra en situación de carencia de acceso a los servicios de salud cuando no está adscrita a los servicios médicos de alguna institución del Sistema Nacional de Salud que los presta, incluyendo el Seguro Popular (CONEVAL, 2016). En este trabajo se adopta la definición de acceso a servicios de salud del CONEVAL. En el cuadro 3 se puede apreciar la operacionalización del concepto que se formuló a partir de la EIC 2015.

Algunas características de los migrantes mexicanos de retorno

En el Estado de México, la distribución porcentual de las personas mayores de 5 años según su condición migratoria y sexo muestra diferencias estadísticamente significativas. En la gráfica 1 se puede observar que, en 2015, la mayoría (61.4%) de los migrantes que regresaron estaba constituida por hombres. Conforme a las estimaciones de la EIC, retornó 22.8 por ciento más de hombres que de mujeres. También se puede ver que hay más hombres en la población migrante de retorno que en la población no migrante.

Cuadro 3. Pregunta de la Encuesta Intercensal 2015 para operacionalizar el acceso a los servicios de salud

9. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

¿(NOMBRE) está afiliada (o) o tiene derecho a los servicios médicos en?

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE HASTA 2 CÓDIGOS

El seguro popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI).....1

El IMSS (seguro social)?.....2

El ISSSTE?.....3

El ISSSTE estatal?.....4

Pemex, Defensa o Marina.....5

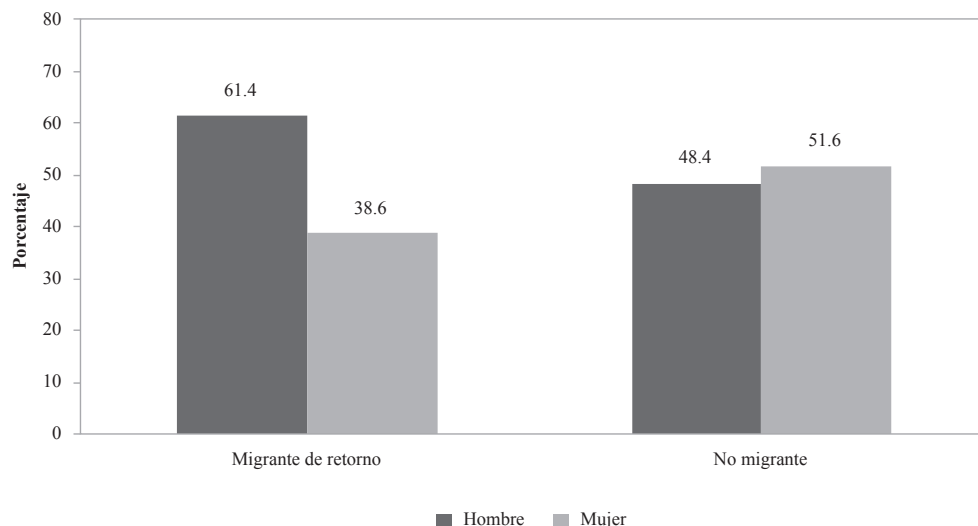
De un seguro privado.....6

De otra institución.....7

Entonces ¿no está afiliada (o) a servicios médicos?.....8

Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

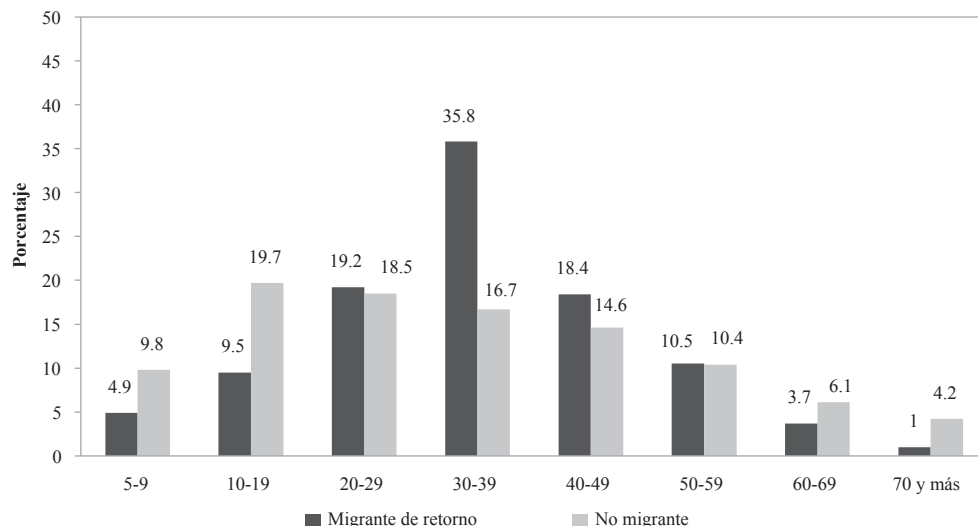
Gráfica 1. Estado de México. Distribución porcentual de la población mayor de 5 años, según condición de migración y sexo, 2015



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015; $p=0.05$.

En cuanto a la distribución porcentual por edad, las estimaciones de la EIC 2015 muestran que existen marcadas diferencias estadísticamente significativas entre la población migrante de retorno y la no migrante. Entre los migrantes de retorno el mayor porcentaje corresponde al grupo de edad 30-39 años, con 35.8 por ciento. Entre la población no migrante las mayores proporciones corresponden a los grupos de edad 10-19, 20-29 y 30-39, con porcentajes de 19.7, 18.5 y 16.7, de forma respectiva. Con respecto al menor porcentaje, en ambas distribuciones corresponde al grupo de edad de 70 y más años, aunque la participación es diferente: entre los retornados es de uno por ciento mientras que entre los no migrantes es de 4.2 por ciento (véase gráfica 2).

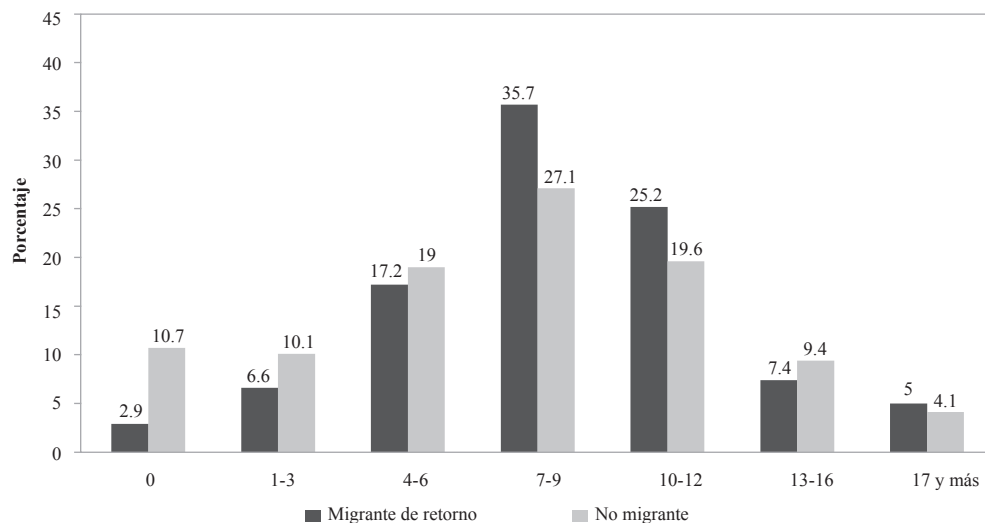
Gráfica 2. Estado de México. Distribución porcentual de la población mayor de 5 años, según condición de migración y edad, 2015



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015; $p=0.05$.

Con respecto a los años de escolaridad, en la gráfica 3 se distingue que en ambas poblaciones los mayores porcentajes se ubican en los grupos de 7-9 y de 10-12 años de escolaridad, que corresponden al nivel de secundaria y bachillerato, respectivamente. También se observa que la población migrante de retorno tiene un mayor nivel de escolaridad que los no migrantes. En contraparte, el porcentaje de los que tienen 0 años de escolaridad es mayor en la población no migrante que en los migrantes de retorno, 10.7 contra 2.9, de manera respectiva (véase gráfica 3). Esto sugiere que la población que emigra tiene una mayor escolaridad que la que se queda.

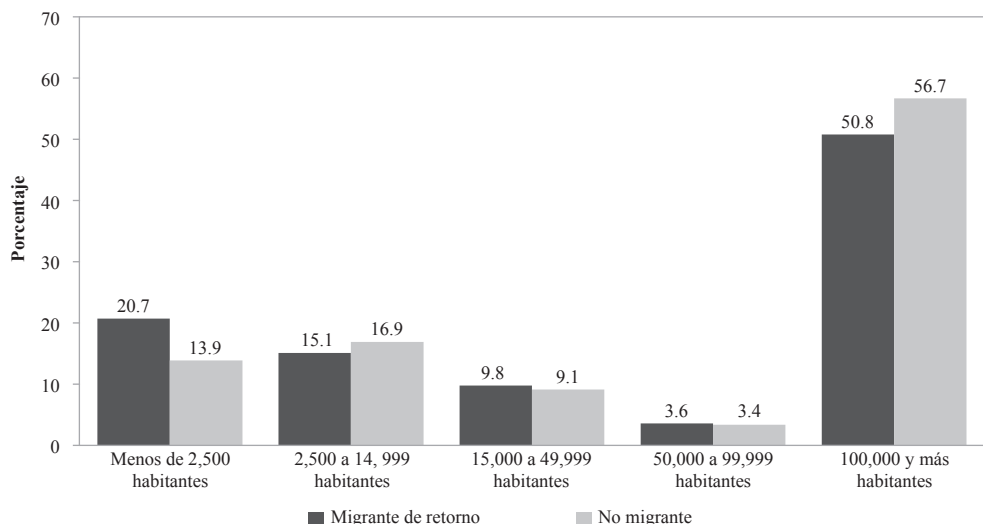
Gráfica 3. Estado de México. Distribución porcentual de la población mayor de 5 años, según condición de migración y años de escolaridad, 2015



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015; $p=0.05$.

Los datos de la distribución por tamaño de localidad indican que también las diferencias son estadísticamente significativas entre la población migrante de retorno y los no migrantes. Las diferencias más importantes ocurren en las localidades rurales y en las de 100 mil y más habitantes. Según la EIC 2015, el porcentaje de retornados del Estado de México que vive en áreas rurales es de 20.7 por ciento, mientras que en los no migrantes es de 13.9 por ciento, una diferencia muy importante que da cuenta de la dinámica migratoria de las localidades rurales de la entidad. En cuanto a las localidades de 100 mil y más habitantes sucede lo contrario, es mayor el porcentaje de la población no migrante que el de la población migrante de retorno. En la primera es 56.7, mientras que en la segunda es de 50.8 (véase gráfica 4).

Gráfica 4. Estado de México. Distribución porcentual de la población mayor de 5 años, según condición de migración y tamaño de la localidad, 2015

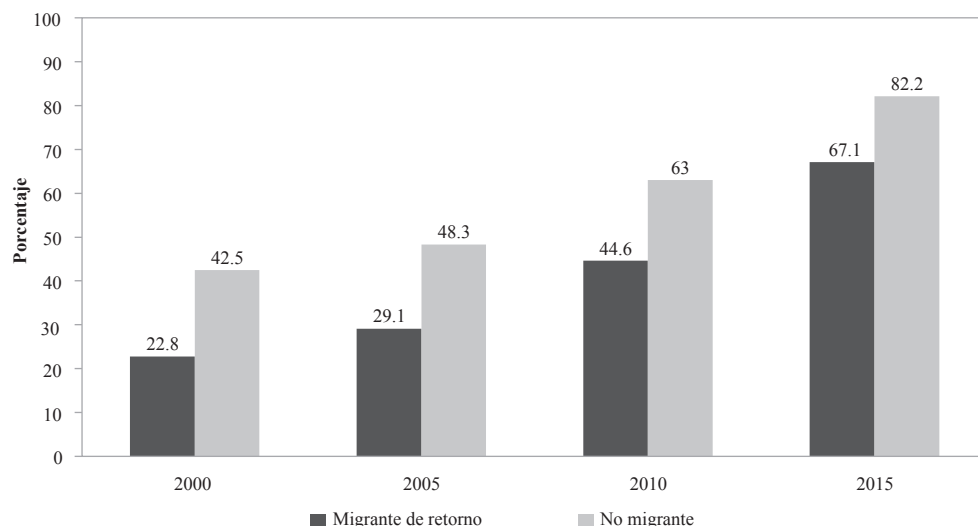


Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015; $p=0.05$.

El acceso a servicios de salud y la migración de retorno de los mexiquenses

La EIC 2015 es la fuente de información en México más reciente que captó datos sobre migración de retorno y acceso a los servicios de salud a través de la afiliación a una institución de salud en la población mexicana mayor de 5 años. En la gráfica 5 es posible notar la evolución a nivel nacional de la cobertura en salud según la condición de migración en el periodo 2000-2015. Como se puede advertir, en el país, en todos los años el acceso a los servicios de salud es mayor en la población no migrante que en la población migrante de retorno, sin embargo, la brecha es cada vez menor. De acuerdo con estimaciones de Banegas-González *et al.* (2016), en 2000 la diferencia fue de 19.7 puntos porcentuales, en 2005 fue de 19.2 puntos, para 2010 se estimó en 18.4, y para 2015, según la EIC, la brecha bajó significativamente ($p=0.05$) a 15.1 puntos porcentuales (véase gráfica 5).

Gráfica 5. México. Porcentaje de población mayor de 5 años con acceso a servicios de salud, según condición de migración, 2000-2015

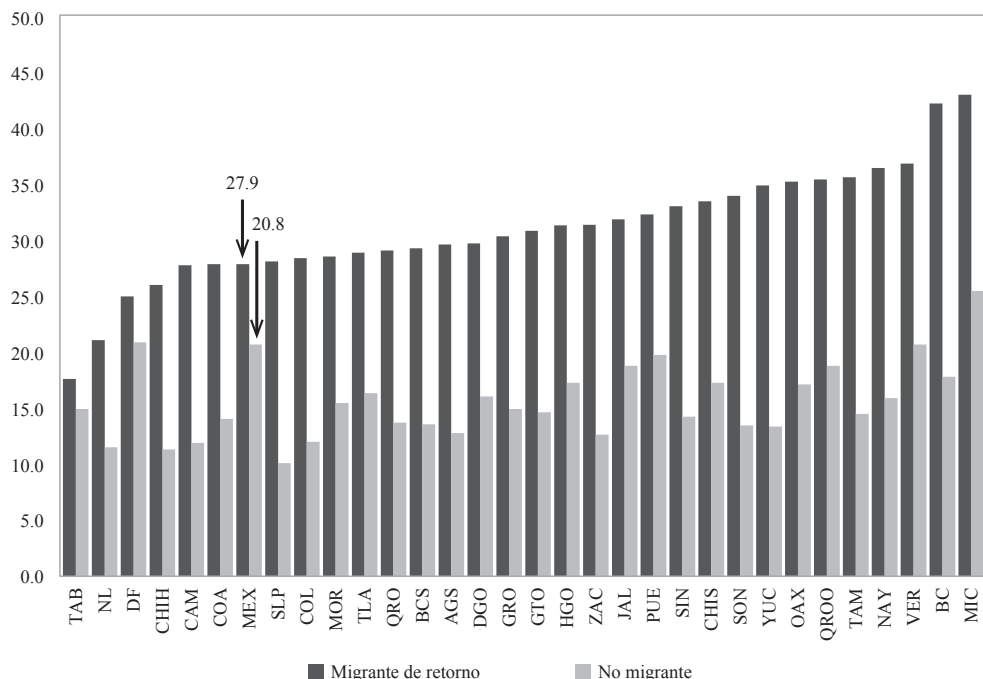


Fuente: 2000-2010, Banegas-González *et al.* (2016): 36; 2015, estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Las diferencias del acceso a los servicios de salud por entidad federativa se presentan en la gráfica 6. A partir de estimaciones de la EIC, en 2015 las cinco entidades federativas en donde la población tiene un menor porcentaje significativo de no acceso a los servicios de salud son: Tabasco con 17.7, Nuevo León 21.1, Distrito Federal 25, Chihuahua 26.1 y Campeche con 27.8. En el otro extremo de la clasificación están las cinco entidades federativas con los mayores porcentajes: Michoacán (43.1), Baja California (42.3), Veracruz (36.9), Nayarit (36.6) y Tamaulipas (35.7). Obsérvese que el Estado de México reporta 27.9 por ciento, cifra que lo ubica entre las siete entidades del país con el menor porcentaje de no acceso a dichos servicios. También se puede apreciar que 20.8 por ciento de la población no migrante del estado está sin acceso a los servicios de salud, es decir, una diferencia estadísticamente significativa de 7.1 puntos porcentuales.

En el cuadro 4 se exponen las estimaciones del grado de asociación entre la condición de migración y el acceso a los servicios de salud en diez entidades

Gráfica 6. México. Porcentaje de la población mayor de 5 años sin acceso a servicios de salud, según entidad federativa, 2015



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015; $p=0.001$.

federativas seleccionadas del país. De acuerdo con los datos, en todas estas entidades las variables mencionadas antes están asociadas. Cabe resaltar que Chihuahua se encuentra entre los cuatro estados con menor porcentaje de no acceso a servicios de salud, en donde, según el CM, el riesgo de no tener acceso a este tipo de servicios en los migrantes de retorno es casi tres veces mayor que en los no migrantes. También es importante destacar que entre los de mayor porcentaje se ubica Baja California, donde el riesgo de no contar con acceso a los servicios de salud en los retornados es 3.4 veces mayor que en su contraparte. En el Estado de México este riesgo en la población migrante de retorno es 1.6 veces más grande que en la no migrante.

Cuadro 4. México. Riesgos de no tener acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años en 10 entidades federativas seleccionadas, 2015

	Entidad federativa	Riesgo relativo	Cociente de momios
Con menor porcentaje sin acceso a servicios de salud	Tabasco	1.6	1.7
	Nuevo León	1.9	2.1
	Distrito Federal	1.2	1.3
	Chihuahua	2.3	2.8
	Estado de México	1.4	1.6
Con mayor porcentaje sin acceso a servicios de salud	Michoacán	1.8	2.4
	Baja California	2.4	3.4
	Veracruz	1.9	2.5
	Nayarit	2.1	2.7
	Durango	2	2.5

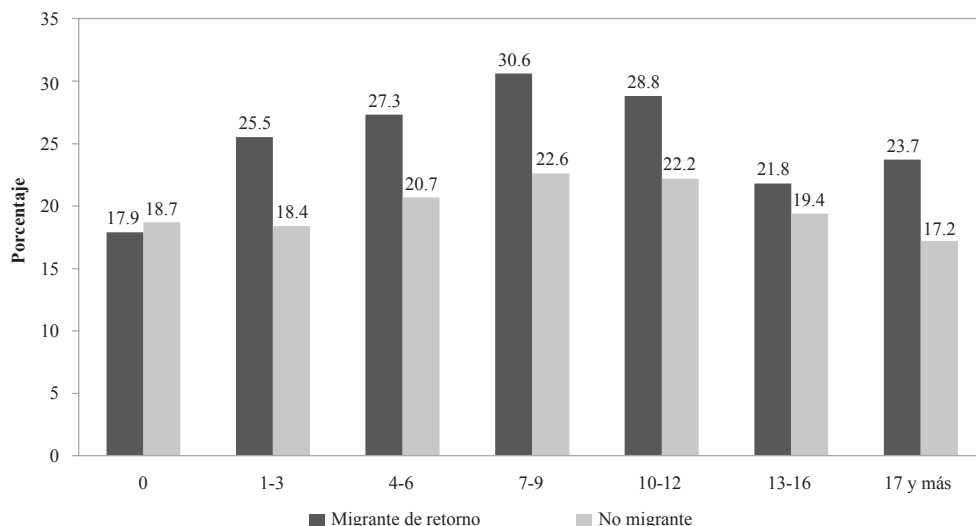
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Los datos del acceso a los servicios de salud según los años de escolaridad muestran que en el Estado de México, en todos los niveles de escolaridad (excepto en los 0 años) es significativamente mayor el porcentaje de la población que no tiene acceso a los servicios de salud en la población migrante de retorno que en la no migrante. La mayor diferencia es de ocho puntos porcentuales y ocurre entre los 7 y 9 años (secundaria) de escolaridad, en tanto que la menor de ellas sucede entre los 13 y 16 (profesional), con 2.4 puntos de diferencia (véase gráfica 7).

Las medidas de asociación también indican que en todos los años de escolaridad (excepto en los 0 años) existe una asociación positiva entre la condición de migración y el acceso a los servicios de salud, lo que implica que hay un mayor porcentaje de personas que no tienen acceso a este tipo de servicios entre los migrantes de retorno. De acuerdo con el CM, en estos años de escolaridad es mayor el riesgo de no tener acceso a los servicios de salud entre la población migrante de retorno que entre la no migrante. El riesgo promedio es 1.4 veces mayor (véase cuadro 5).

El tamaño de la localidad entre los habitantes del Estado de México también tiene un efecto diferencial significativo en el acceso a los servicios de salud. A partir de las estimaciones, se puede decir en general que en todos los tipos de localidad es mayor el porcentaje de la población migrante de retorno que no tiene acceso a

Gráfica 7. Estado de México. Porcentaje de la población mayor de 5 años sin acceso a servicios de salud, según condición de migración y años de escolaridad, 2015



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015; $p=0.05$.

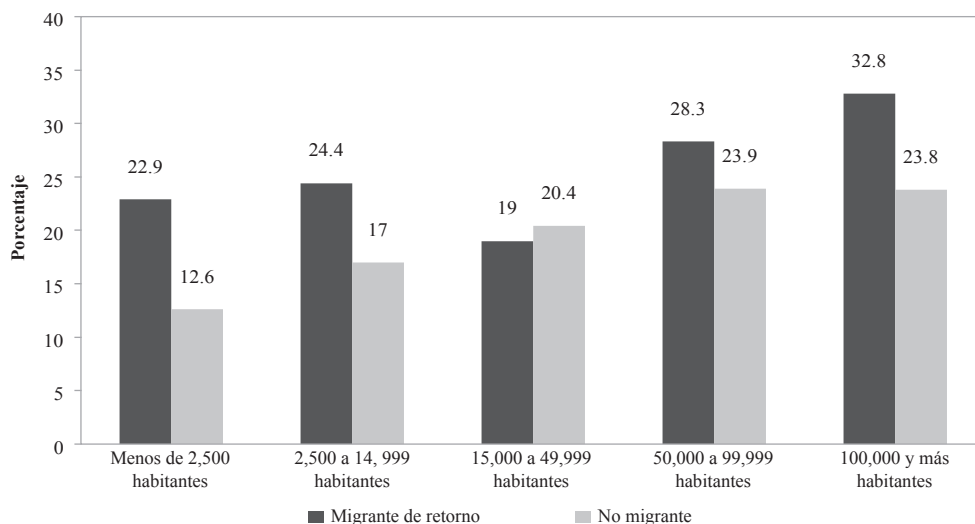
Cuadro 5. Estado de México. Riesgos de no tener acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años, según años de escolaridad, 2015

Años de escolaridad	Riesgo relativo	Cociente de momios
0	1.0	1.0
1-3	1.4	1.5
4-6	1.3	1.4
7-9	1.4	1.5
10-12	1.3	1.4
13-16	1.1	1.2
17 y más	1.4	1.5

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

servicios sanitarios, aunque es importante resaltar que en las áreas rurales y en las de 100 mil y más habitantes se reportan las mayores diferencias. En el ámbito rural la diferencia es de 10.3 puntos porcentuales, mientras que entre las áreas de 100 mil y más habitantes es de nueve puntos (véase gráfica 8).

Gráfica 8. Estado de México. Porcentaje de la población mayor de 5 años sin acceso a servicios de salud, según condición de migración y tamaño de la localidad, 2015



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015; $p=0.05$.

Como consecuencia de la mayor brecha en el porcentaje de acceso a los servicios de salud en las áreas rurales del Estado de México, el riesgo de no contar con acceso a éstos también es mayor. De acuerdo con la EIC, se estima que en 2015 el riesgo de que la población migrante de retorno no tenga acceso a los servicios de salud es poco más del doble (2.1) que entre la población no migrante del estado. Entre la población de las áreas de 2,500 a 14,999 habitantes y de 100 mil y más habitantes, dicho riesgo es 1.6 veces mayor entre la población migrante de retorno (véase cuadro 6).

Cuadro 6. México. Riesgos de no tener acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años, según tamaño de la localidad, 2015

Tamaño de la localidad	Riesgo relativo	Cociente de momios
Menos de 2,500 habitantes	1.8	2.1
2,500 a 14, 999 habitantes	1.4	1.6
15,000 a 49,999 habitantes	0.9	1.3
50,000 a 99,999 habitantes	1.2	1.3
100,000 y más habitantes	1.4	1.6

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, EIC 2015.

Las variables demográficas sexo y edad también tienen efectos importantes en el acceso a los servicios de salud de la entidad. Según la EIC 2015, se estima tanto en los hombres como en las mujeres que el porcentaje de la población que no tiene acceso a tales servicios es mayor entre los migrantes de retorno, aunque las diferencias son mayores en la población masculina, ya que la brecha entre estos segmentos de la población mexiquense es de 9.3 puntos porcentuales, mientras que en las mujeres es de 3.3 puntos porcentuales (véase gráfica 9).

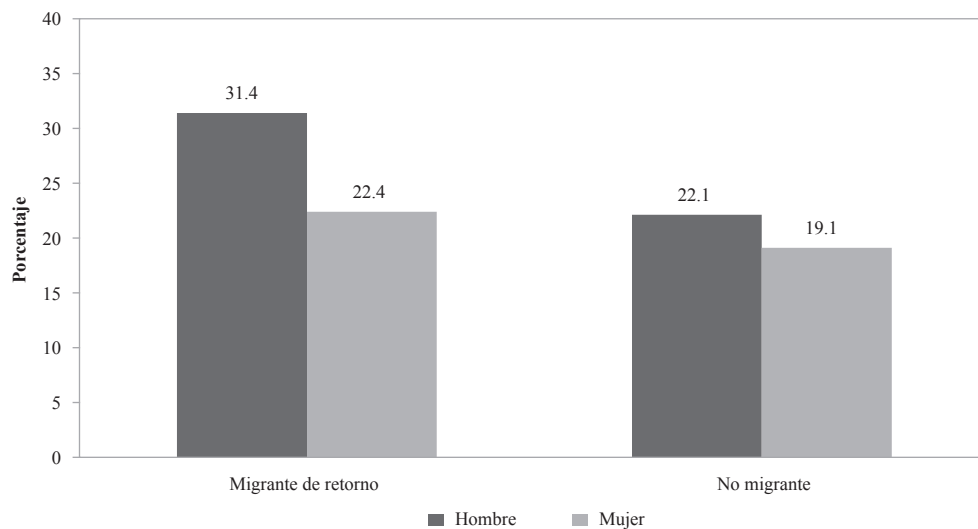
Por su parte, a partir de las estimaciones del RR y CM existe una asociación positiva entre la condición de migración y el acceso a los servicios de salud entre los hombres y mujeres de la entidad. Datos de la EIC indican que en 2015 los hombres migrantes de retorno de la entidad tienen un riesgo 1.6 veces mayor que los no migrantes de no tener acceso a los servicios de salud. Entre las mujeres migrantes de retorno, el riesgo es menor que en los hombres, se estima que es 1.2 veces mayor (véase cuadro 7).

En cuanto a la edad de los mexiquenses y el acceso a los servicios de salud también existen diferencias estadísticamente significativas. Ello significa que, en general (excepto 70 y más años), el porcentaje de la población migrante de retorno que no tiene acceso a servicios sanitarios es mayor que el de los no migrantes del estado. Entre las edades de 60 y 69 años de edad la diferencia es de 16.1 puntos porcentuales, entre las de 40 y 49 es de 11.7 puntos y entre las edades de 30 y 39 es de 6.4 puntos (véase gráfica 10).

Finalmente, de acuerdo con los datos del cuadro 8, se estima que en el Estado de México, en todos los grupos de edad (excepto en el de 70 y más) hay un mayor riesgo de que la población migrante de retorno no tenga acceso a los servicios de

salud. Resaltan los grupos de 60 y 69 y de 40 y 49 años. En el primero de ellos, el riesgo de la población migrante de retorno es 2.5 veces mayor que el de la población no migrante. En el segundo, el riesgo entre los migrantes de retorno es casi el doble (1.8) que entre los no migrantes.

Gráfica 9. Estado de México. Porcentaje de la población mayor de 5 años sin acceso a servicios de salud, según condición de migración y sexo, 2015



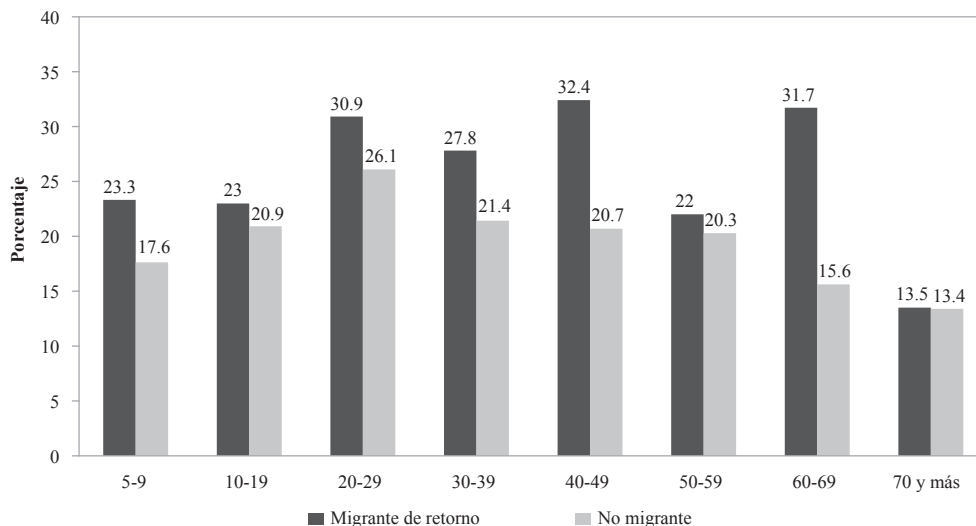
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015; $p=0.05$.

Cuadro 7. Estado de México. Riesgos de no tener acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años, según sexo, 2015

Sexo	Riesgo relativo	Cociente de momios
Hombre	1.4	1.6
Mujer	1.1	1.2

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Gráfica 10. Estado de México. Porcentaje de la población mayor de 5 años sin acceso a servicios de salud, según condición de migración y edad, 2015



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015; $p=0.05$.

Cuadro 8. Estado de México. Riesgos de no tener acceso a servicios de salud en la población migrante de retorno mayor de 5 años, según edad, 2015

Grupo de edad	Riesgo relativo	Cociente de momios
5-9	1.3	1.4
10-19	1.1	1.1
20-29	1.4	1.6
30-39	1.3	1.4
40-49	1.6	1.8
50-59	1.1	1.1
60-69	2.0	2.5
70 y más	1.0	1.0

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

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

Consideraciones finales

Aunque el marco normativo que garantiza el acceso a servicios de salud es muy abundante tanto a nivel internacional como nacional, en el Estado de México existe un porcentaje importante de la población migrante de retorno que no tiene acceso a servicios sanitarios, por tanto, se puede concluir que, además del marco normativo en salud, es necesario llevar a cabo otras acciones que coadyuven a reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud en la entidad, por ejemplo, involucrar a otros actores clave en la prestación de los servicios, implementar una administración de los servicios de salud más horizontal, y buscar alianzas con otros proyectos que cuenten con presupuesto y que tengan como objetivo mejorar el acceso a este tipo de servicios.

En 2015, la brecha en el acceso a los servicios de salud entre los mexiquenses migrantes de retorno y los mexiquenses no migrantes fue de 7.1 puntos porcentuales, sin embargo, la diferencia se hace más grande al analizar algunas características como el sexo, el tamaño de la localidad, la edad y la escolaridad, por lo que será necesario llevar a cabo y/o fortalecer acciones de política pública para acortar las brechas.

De acuerdo con la EIC 2015, en este año el riesgo de no tener acceso a los servicios de salud por parte de los mexiquenses migrantes de retorno es mayor que en sus pares no migrantes. Uno de los factores que puede explicar este rezago es que por lo general el migrante de retorno se inserta en el sector informal de la economía, donde no hay ninguna prestación social, en particular la afiliación a una institución de salud. Sin embargo, dado que la EIC 2015 no fue diseñada para encontrar una relación de causa-efecto entre la migración de retorno y el acceso a los servicios de salud, no se puede afirmar contundentemente que la población migrante de retorno del estado tenga un menor acceso a los servicios sanitarios que otros mexiquenses.

Para poder concluir que la migración de retorno es una condición desfavorable para acceder a los servicios de salud, es necesario diseñar un estudio prospectivo, con adecuados tamaños muestrales en ambos estratos, donde se controlen todas las variables que afectan el acceso a los servicios de salud y se mida de manera conjunta el efecto de cada una de esas variables, así como el efecto de ser migrante de retorno. Solo un estudio con estas características podría considerarse totalmente concluyente.

Fuentes consultadas

- Andersen R. (1995), “Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?”, en *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), American Sociological Association.
- Anderson, S., A. Auquier, W.W. Hauck, D. Oakes, H.I. Vandale y H.I. Weisberg (1980), *Statistical Methods for Comparative Studies*, New York: John Wiley & Sons.
- Banegas-González, I., G. Tereuel-Belismelis y A. Escobar-Latapí (2016), “Migration, return migration and access to social programs”, en *Binational Dialogue on Mexican Migrants in the US and in Mexico. Final report*. Disponible en línea: <http://www.cisan.unam.mx/migracionRetorno/April%2026-%20BINATIONAL%20DIALOGUE%20FINAL%20REPORT%20ENG2.pdf> (consultado el 14 de febrero de 2017).
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2015), *El retorno en el nuevo escenario de la migración entre México y Estados Unidos*, Ciudad de México: CONAPO. Disponible en línea: http://omi.gob.mx/work/models/OMI/Seccion_Publicaciones/TemasDeMigracion/Migra_Retorno/index.html#4/z (consultado el 14 de septiembre de 2017).
- CONEVAL [Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social] (2016), *Medición de la pobreza*. Disponible en línea: www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/mapa_interactivo.Medicionpobreza2014.aspx (consultado el 20 de mayo de 2017).
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (2014), Programa Especial de Migración 2014-2018. Disponible en línea: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343074&fecha=30/04/2014 (consultado el 13 de septiembre de 2017).

- Donis, J.H. (2013), “Tipos de diseños de los estudios clínicos y epidemiológicos”, en *Avances en Biomedicina*, Mérida, Venezuela: Instituto de Inmunología Clínica. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331327989005> (consultado el 14 de febrero de 2017).
- Dumont, J. y P. Spielvogel (2008), “La migración de retorno una nueva perspectiva”, en OCDE, Ministerio de Trabajo e Inmigración (ed.), *Perspectivas de las migraciones internacionales*, Madrid: OCDE.
- Fajardo-Dolci, G., J.P. Gutiérrez y S. García-Salsó (2015), “Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud”, en *Salud Pública de México*, vol. 57, núm. 2, mar/abr, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014 (consultado el 24 de enero de 2017).
- Goddard M., y P. Smith (2001), “Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK”, en *Social Science and Medicine*, 53(9). Disponible en línea: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00415-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00415-9)
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2016), *Resultados de la Encuesta Intercensal 2015*. Disponible en línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/> (consultado el 2 de enero de 2017).
- ONU [Organización de las Naciones Unidas] (s/a), *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Disponible en línea: <http://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml> (consultado el 24 de enero de 2017).
- Pascual de Sans, A. (1983), “Connotaciones ideológicas en el concepto de retorno de migrantes”, en *Revista de Sociología*, 20, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Sócrates, A., S.D. Pavlov y A. Clavero (2010), “Riesgo Relativo y Odds ratio ¿Qué son y cómo se interpretan?”, en *Revista Ginecología y Obstetricia*, Santiago de Chile: Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné Brousse, vol. 5 (1). Disponible en línea: https://www.researchgate.net/publication/251573463_Riesgo_relativo_y_Odds_ratio_Que_son_y_como_se_interpretan (consultado el 6 de febrero de 2017).

- UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] (s/a). Disponible en línea: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf> (consultado el 24 de enero de 2017).
- Welti, C. (ed.) (1997), *Demografía I*, Ciudad de México: Programa Latinoamericano de Actividades en Población, CELADE, The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, IISUNAM.