

MIGRACIÓN Y SALUD

Perfil de los latinoamericanos en Estados Unidos



MIGRATION AND HEALTH

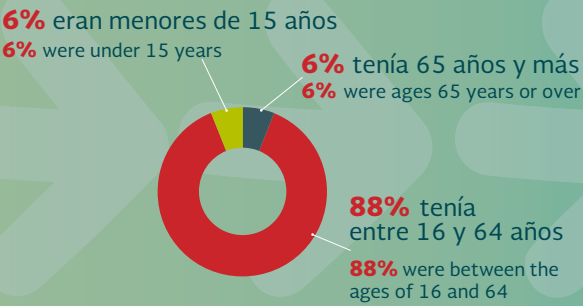
Profile of Latin Americans in the United States

Entre 2010 y 2014, el promedio anual de población que nació en Latinoamérica y radicaba en Estados Unidos era de **17.5 millones de personas**, representando **6%** del total de población en ese país de 309 millones

Between 2010 and 2014, the annual average of population born in Latin America and resident in the United States stood at **17.5 million**, accounting for **6%** of the total U.S. population of 309 million

Del total de la población inmigrante latinoamericana:

Of the total Latin American immigrants population:



Tenían una escolaridad mayor a bachillerato,¹
They had an educational achievement beyond high school,¹

17% del total de mexicanos
of the total number of Mexicans



25% del total de centroamericanos
of the total number of Central Americans



55% del total de sudamericanos
of the total number of South Americans



52% eran hombres



52% were male

48% eran mujeres



48% were female

8.3 millones no contaban con documentos
8.3 million were undocumented migrants

3 de cada 10 se encontraban en condición de pobreza

3 out of 10 were living in poverty



8.4 millones carecían de cobertura médica, de los cuales:

8.4 million lacked medical coverage, of which:

94% tenía entre 16 y 64 años de edad

94% were between the ages of 16 and 64



3.3 millones se encontraban en condición de pobreza

3.3 million were living in poverty



1.9 millones fueron diagnosticados con diabetes mellitus

1.9 million had been diagnosed with diabetes mellitus



1 millón trabajaban en actividades de la construcción

1 million were engaged in construction activities



De 2010 a 2014, se redujo **18%** (1.6 millones) el número de inmigrantes latinoamericanos sin cobertura médica.

Between 2010 and 2014, the number of Latin Americans immigrants without medical coverage fell by **18%** (1.6 million).

Por cada mil inmigrantes latinoamericanos, **127** tenían una percepción negativa de su salud.

127 out of every 1 000 Latin American immigrants had a negative perception of their health.



La población mayor a 60 años creció un **5%** anual desde 2010

The population above the age of 60 increased by **5%** annually from 2010 onwards

14% padecía algún sentimiento desesperanzador o trastorno como estrés, ansiedad o falta de concentración.²

14% have suffered from some feeling of hopelessness or disorder such as stress, anxiety or lack of concentration.²

A partir de 2001, la Semana Binacional de Salud (SBS) ha atendido **340 mil** personas cada año, en promedio

Since 2001, the Binational Health Week (BHW) has served **340 000** people each year, on average

30% de los beneficiarios declararon que la primera vez que recibieron un servicio de salud en los EUA fue a través de la SBS

30% of beneficiaries stated that the first time they received a health service in the US it was through BHW



¹ Población de 25 años y más. ¹ Population over the age of 25.

² Mayores de 18 años, con más de diez años en EUA. ² Over 18 with more than 10 years in the US.

Promedio anual de población inmigrante latinoamericana en EUA
según país de origen (2010-2014)
Average Latin American immigrant population in United States
by country of origin (2010-2014)

Centroamérica / Central America

País Country	Población (miles) Population (thousands)	%
El Salvador (El Salvador)	1 241.0	39.6
Guatemala (Guatemala)	855.2	27.2
Honduras (Honduras)	554.0	17.7
Nicaragua (Nicaragua)	217.7	6.9
Panamá (Panama)	135.3	4.3
Costa Rica (Costa Rica)	93.0	3.0
Belize (Belize)	42.0	1.3
Total	3 138.2	100.0

México / Mexico

País Country	Población (miles) Population (thousands)
México Mexico	11 802.0

Sudamérica / South America

País Country	Población (miles) Population (thousands)	%
Colombia (Colombia)	624.0	24.4
Ecuador (Ecuador)	409.7	16.0
Perú (Peru)	355.7	13.9
Brasil (Brazil)	353.9	13.8
Venezuela (Venezuela)	187.0	7.3
Guyana (Guyana)	186.5	7.3
Argentina (Argentina)	167.2	6.5
Chile (Chile)	84.1	3.3
Bolivia (Bolivia)	79.0	3.1
Uruguay (Uruguay)	60.8	2.4
NE de Sudamérica Other South American	30.1	1.2
Paraguay (Paraguay)*	20.4	0.8
Total	2 558.4	100.0

*Estimación basada en menos de 30 casos muestrales. *Estimate based on under than 30 sample cases.

Fuente: Elaboración del CONAPO con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), suplemento de marzo, 2010-2014. Series de microdatos integrados para uso público (IPUMS, por sus siglas en inglés) EUA, Minneapolis: Universidad de Minnesota.
Source: Produced by CONAPO based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), March supplement 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) US, Minneapolis: University of Minnesota.

MIGRACIÓN Y SALUD

Perfil de los latinoamericanos en Estados Unidos



MIGRATION AND HEALTH

Profile of Latin Americans in the United States

© Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional
de Población (CONAPO)
Dr. Vértiz 852, Colonia Narvarte
C.P. 03020, México, D.F.
www.conapo.gob.mx

Iniciativa de Salud de las Américas, Escuela de Salud
Pública, Universidad de California en Berkeley
1950 Addison Street, Suite 203 Berkeley,
CA 94704-2647.
<http://hia.berkeley.edu/>

Migración y Salud.
Perfil de los latinoamericanos en Estados Unidos
Primera edición: septiembre 2015
ISBN: 978-607-427-266-6

www.omi.gob.mx/es/OMI/Migracion_y_Salud

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

Impreso en México

© Secretariat of Government/National Population
Council (CONAPO)
Dr. Vértiz 852, Colonia Narvarte
C.P. 03020, México, D.F.
www.conapo.gob.mx

Health Initiative of the Americas, School of Public Health,
University of California at Berkeley
1950 Addison Street, Suite 203 Berkeley,
CA 94704-2647.
<http://hia.berkeley.edu/>

Migration & Health.
Profile of Latin Americans in the United States
First Edition: september, 2015
ISBN: 978-607-427-266-6

www.omi.gob.mx/es/OMI/Migracion_y_Salud

The reproduction of this document for non-commercial
purpose or classroom is allowed, provided that the
source is cited.

Printed in Mexico

ÍNDICE INDEX

5 **Introducción / Introduction**

7 **Capítulo I / Chapter 1**

*Perfil sociodemográfico de los inmigrantes latinoamericanos
en Estados Unidos*
*Sociodemographic profile of Latin Americans immigrants
in the United States*

17 **Capítulo II / Chapter II**

Acceso a seguro médico
Access to medical insurance

27 **Capítulo III / Chapter III**

Retos en salud de la población inmigrante latinoamericana
*Health-related challenges faced by the Latin American
immigrants population*

37 **Capítulo IV / Chapter IV**

15 años de la Semana Binacional de Salud
Fifteen years of the Binational Health Week

47 **Conclusiones / Conclusions**

51 **Bibliografía / Bibliography**

Agradecimientos

Este reporte es producto de la colaboración binacional entre la Secretaría de Gobernación de México, a través del Consejo Nacional de Población, la Iniciativa de Salud de las Américas y el sistema de la Universidad de California, Estados Unidos: Escuela de Salud Pública, Berkeley, Escuela de Salud Pública, Los Ángeles y Sistema de Salud, Davis.

Autores

Consejo Nacional de Población (CONAPO)
Juan Bermúdez Lobera, Asistente de Investigación
Alejandra Reyes Miranda, Asesora

Universidad de California, Davis, Sistema de Salud
Marc B. Schenker, Director del Centro para la Salud Ocupacional y Ambiental

Universidad de California, Berkeley, Escuela de Salud Pública
Xóchitl Castañeda, Directora de la Iniciativa de Salud de las Américas (HIA)
Emily Felt, Analista de Políticas de Salud Pública

Universidad de California, Los Ángeles, Escuela de Salud Pública
Steven P. Wallace, Director Asociado del Centro para la Investigación de Políticas de Salud

Diseño y formación

Maricela Márquez Villeda, Myrna Muñoz Del Valle, Virginia Muñoz Pérez y María Teresa Gutiérrez Gutiérrez, CONAPO

Diseño de portada

María Teresa Gutiérrez Gutiérrez, CONAPO

Ilustraciones de portada

Las imágenes mostradas en esta publicación son con fines educativos, de difusión y no lucrativos, los cuales pertenecen a los creadores

Corrección de estilo

Cristina Gil Villegas Montiel

Traducción al inglés

Suzanne Stephens

Acknowledgements

This report is a result of binational collaboration between the Secretary of Government of Mexico, through National Population Council, Health Initiative of the Americas and University of California system, United States: School of Public Health, Berkeley, School of Public Health, Los Angeles and Health System, Davis.

Authors

National Population Council (CONAPO)
Juan Bermúdez Lobera, Assistant of Investigation
Alejandra Reyes Miranda, Consultant

University of California, Davis, Health System
Marc B. Schenker, Director of Center for Occupational and Environmental Health

University of California, School of Public Health, Berkeley
Xóchitl Castañeda, Director of Health Initiative of the Americas (HIA)
Emily Felt, Public Health Policies Analyst

University of California, School of Public Health, Los Angeles
Steven P. Wallace, Associate Director of the Center for Health Policy Research

Design

Maricela Márquez Villeda, Myrna Muñoz Del Valle, Virginia Muñoz Pérez y María Teresa Gutiérrez Gutiérrez, CONAPO

Cover design

María Teresa Gutiérrez Gutiérrez, CONAPO

Cover illustrations

The images shown in this publication are for educational purposes and non-profit broadcasting, which belong to the creators

Copyediting

Cristina Gil Villegas Montiel

English Translation

Suzanne Stephens



INTRODUCCIÓN

El proceso migratorio internacional se ha caracterizado en los últimos años por un aumento en su intensidad y una diversificación en su composición. En 2013 se estimó que la población de migrantes internacionales fue de 231.5 millones, de los cuales 13 por ciento –29 millones de personas– era originario de Latinoamérica (México, Centroamérica y Sudamérica). De dicho porcentaje, siete de cada diez residían en Estados Unidos (EUA), con lo que este país se convirtió en el corredor migratorio más importante de la región y uno de los más dinámicos mundialmente.

La migración procedente de Latinoamérica tiene como principal motivo la inserción laboral, no obstante, existe una parte de la población que se ha dirigido en búsqueda de refugio o bien, tiene como objetivo reunirse con sus familiares. Dicho grupo se inserta en EUA bajo circunstancias sociales, económicas y políticas diferenciadas, que se reflejan en las características y necesidades de los migrantes, como son las condiciones y acceso limitado a los servicios de salud.

Durante el periodo 2010-2014, cinco de cada diez carecían de acceso a servicios médicos, 13 por ciento tenían una percepción negativa sobre su condición de salud, nueve por ciento contaba con un diagnóstico previo de diabetes mellitus, mientras que las personas de 65 años y más han incrementado su presencia o participación en EUA.

Ante los retos y oportunidades que representa el panorama anterior, la academia, el sector privado y las organizaciones comunitarias de los países involucrados han integrado la Iniciativa de Salud de las Américas (ISA). Unión que hace once años ha trabajado en la serie editorial “Migración y Salud”, la cual ha tenido como tarea mostrar los principales resultados de investigación en torno a la salud de los migrantes en Estados

INTRODUCTION

In recent years, international migration has been characterized by increased intensity and greater diversity. In 2013, it was estimated that there were 231.5 million international migrants, of whom 13% –29 million persons– were from Latin America (Mexico, Central and South America). Of these, seven out of ten were living in the United States, making the country the region’s largest migratory corridor and one of the most dynamic in the world.

Although migration from Latin America is principally driven by the pursuit of employment, part of this population has sought shelter or attempted to join their families. These groups are incorporated into the United States in a variety of social, economic and political circumstances, reflected in the migrants’ characteristics and needs, such as their limited access to health services and their health conditions.

During the period from 2010 to 2014, five out of ten Latin Americans lacked access to medical services, 13% of Latin Americans had a negative perception of their health condition, and nine percent had previously been diagnosed with diabetes mellitus, while nine percent of this population was over the age of 65; this group has increased and will rise further as part of an aging population.

This situation involves a series of challenges and opportunities for the countries concerned. Academia, the private sector and community organizations have therefore addressed some of these to create the Health Initiative of the Americas (HIA) and for eleven years have been working on a series of publications called “Migration and Health,”¹ whose goal has been to present the main research results on migrants’ health in the United States.

¹ Created in 2001, one of its objectives was to implement innovative strategies to address the unmet health needs of the Latin American immigrant population in the United States.



Unidos.¹ Este año, a raíz de los 15 años de la Semana Binacional de Salud, se aborda información sobre la población migrante latinoamericana, enfatizando sus características y los desafíos en la materia.

Para ello, el presente documento se ha dividido en cuatro secciones. En la primera, se abordan las características sociodemográficas de la población migrante. En la segunda, se muestra el acceso a la seguridad médica de acuerdo a tres determinantes: la edad, la ocupación y la condición de pobreza. En el tercer apartado se estudian tres temas de salud, como son: la diabetes mellitus, las enfermedades mentales y algunas condiciones de la población en edad avanzada. En la última sección se hace referencia a las acciones conjuntas emprendidas para el cuidado de la salud de los migrantes y sus familias en EUA, a través de la Semana Binacional de Salud. Finalmente, se apuntan algunas reflexiones generales.

Este trabajo es un esfuerzo multi-institucional binacional que brinda información, esperando sea de utilidad en pro de la salud de los migrantes latinoamericanos que radican en EUA.

Metodología

La fuente de información de las dos primeras secciones es el suplemento de marzo de la *Current Population Survey* de los años 2010 a 2014. Asimismo, para ilustrar algunos de los principales problemas de salud se utiliza la *National Health Interview Survey* de 2010 a 2014. La población objetivo son las personas que nacieron en México, Centroamérica² o Sudamérica,³ que al momento de las encuestas residían en Estados Unidos. Dichos grupos son comparados con las personas que nacieron en EUA y que declararon ser no hispanos de raza blanca (186 millones). Con el propósito de lograr una mayor representatividad en las cifras, se elaboró un promedio anual de los periodos de referencia.

¹ Fue creada en 2001. Uno de sus objetivos es poner en práctica estrategias innovadoras para hacer frente a las necesidades de salud insatisfechas de la población inmigrante latina en Estados Unidos.

² Los migrantes centroamericanos tienen su origen en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua o Panamá.

³ Los migrantes sudamericanos nacieron en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Uruguay o Venezuela.

This year, to mark the 15th anniversary of Binational Health Week, general information regarding the Latin American migrant population is shown, emphasizing its features and the obstacles it faces.

To this end, this report is divided into four sections. The first addresses the sociodemographic characteristics of the migrant population. The second discusses access to medical insurance through three determining factors: age, employment and poverty level. The third section explores three of the main health issues: diabetes mellitus, mental illnesses and certain conditions affecting the elderly population. The last section refers to joint actions for the health care of migrants and their families in the US, through the Binational Health Week. Lastly, a number of general reflections are presented.

This work is a binational multi-agency effort that provides information which, it is hoped, will be useful for health in Latin American migrants living in the US, on the understanding that the health of the population includes the health of migrants.

Methodology

The March supplement of the *Current Population Survey* from 2010 to 2014 was the source of information for the first two sections. Likewise, the *National Health Interview Survey* from 2010 to 2014 was used to illustrate some of the main health problems. The target populations were people born in Mexico, Central² or South³ America, resident in the United States at the time of the surveys. These groups are compared with people born in the United States, who stated that they were non-Hispanic whites (186 million). In order to achieve more representative figures, an annual average was compiled of the reference periods.

² The Central Americans were born in Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua and Panama.

³ The South American migrants were born in Argentina, Bolivia, Brazil, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Peru, Uruguay and Venezuela.



CAPÍTULO I PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS INMIGRANTES LATINOAMERICANOS EN ESTADOS UNIDOS

En 2014, el total de población que residía en EUA era de 313 millones de personas, de las cuales 14 por ciento (43 millones) había nacido en un país distinto, es decir, era inmigrante. De cada diez inmigrantes en Estados Unidos, cuatro nacieron en un país de Latinoamérica (17.3 millones); al desagregarlos, 11.5 millones eran mexicanos; 3.3 millones correspondían a centroamericanos, de los cuales ocho de cada diez nacieron en El Salvador, Guatemala u Honduras; y los sudamericanos sumaron un total de 2.5 millones, donde cinco de cada diez eran originarios de Colombia, Ecuador o Perú.

La migración latinoamericana a los Estados Unidos tiene numerosos orígenes y características. En particular, el movimiento migratorio entre México y EUA ha tenido como elementos distintivos la historicidad, masividad y vecindad entre ambas naciones (Durand y Massey, 2003), lo que ha llevado a convertir a esta frontera en el corredor migratorio más importante a nivel mundial (CONAPO *et al.*, 2014). En tanto, la población que se ha desplazado desde la región centroamericana tiene como antecedente una desestructuración social debido a la agresiva implementación de los sistemas económicos, condiciones políticas que suscitaron autoritarismo y violencia a lo que se añaden los desastres naturales (Martínez, 2003; Ariza y Oliveira, 2007; Solimano, 2010). Mientras que la emigración desde Sudamérica muestra la singularidad de contar con un segmento de población con un avance significativo en términos académicos y científicos frente a un escaso nivel de innovación productiva, consecuencia de diversos factores económicos (Texidó y Gurrieri, 2012).

Entre los países o regiones de origen y EUA, se han construido conexiones económicas, políticas

CHAPTER 1 SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF LATIN AMERICANS IMMIGRANTS IN THE UNITED STATES

In 2014, the total US population stood at 313 million. In that year, 14% (43 million) of the population were immigrants, in other words, had been born in another country. Four out of ten immigrants in the United States were born in Latin America (17.3 million). A closer analysis of this figure shows that 11.5 million, about one-quarter of all immigrants, were born in Mexico; 3.3 million were Central American, (of whom eight out of ten were born in El Salvador, Guatemala or Honduras); and 2.5 million were from South America, of whom half were originally from Colombia, Ecuador or Peru.

Latin American migration to the United States has many origins and characteristics. In particular, the migration between Mexico and the United States has had as distinctive history, volume and interconnectedness (Durand and Massey, 2003), making the border the world's most heavily traveled migratory corridor (CONAPO *et al.*, 2014). The population that has emigrated from Central America has been left increased social disorganization due to the aggressive implementation of economic changes, coupled with armed conflicts and natural disasters (Martínez, 2003; Ariza and Oliveira, 2007; Solimano, 2010). Emigrants from South America, on the other hand, have higher education levels and more skills and are more likely to migrate as a result of the limited demand for their skills, which in turn is the outcome of insufficient economic innovation (Texidó and Gurrieri, 2012).

Economic, political and cultural connections have been forged between countries or regions of origin and the United States, which interact and expand to create social networks. These are the result of the demand for immigrant workers, caused

y culturales que interactúan y se amplían formando complejos circuitos sociales. Éstos han sido el resultado de una demanda de trabajadores inmigrantes, ocasionada por las transformaciones económicas, que repercuten en una organización espacial (Sassen, 1993). Actualmente, los sudamericanos radican en su mayoría en los estados de Florida, New York y New Jersey; los centroamericanos, en California, Texas y Florida; y los mexicanos, en California, Texas e Illinois (véase mapa 1).

La migración internacional es un fenómeno social complejo con repercusiones en el bienestar de los migrantes y que se traduce en su estado de salud física, mental y social. Para entender tal relación es necesario abordar algunos de sus determinantes sociales de carácter estructural e intermedio. Entre los primeros se ubican las características sociodemográficas de los inmigrantes, pues éstas revelan los condicionantes y necesidades que enfrentan en el país de destino; mientras que los intermedios evidencian diferencias en la accesibilidad a los servicios médicos.

Estructura poblacional

La pirámide poblacional de los nativos blancos sugiere un historial de baja fecundidad y baja mortalidad, dada su forma rectangular en la base sobresaliendo la generación del baby-boom así como una gran proporción de personas en edad avanzada. Por su parte, la estructura poblacional de los latinoamericanos muestra efectos propios de la inmigración mediante una base estrecha, es decir, un pequeño porcentaje de niños y un gran crecimiento en la sección media, reflejando un alto porcentaje de adultos en edad de trabajar. Por ello, mientras en los nativos blancos un 65 por ciento es parte del grupo en edad laboral, en las poblaciones de inmigrantes es de 87 por ciento, en promedio (véase gráfica 1).

En tanto, la composición por sexo en los mexicanos y centroamericanos evidencia una asimetría, pues hay una mayor cantidad de hombres que de mujeres, registrándose el caso contrario en la población sudamericana y nativa blanca. Durante el periodo 2010-2014, para los primeros grupos, por cada cien mujeres se identificaron 113

by economic transformations, which impact the international distribution of work and workers (Sassen, 1993). South American immigrants in the U.S. currently reside mainly in Florida, New York and New Jersey; Central Americans in California, Texas and Florida; and Mexicans in California, Texas and Illinois (see Map 1).

International migration is thus a complex social phenomenon that impacts migrants' welfare and their state of physical, mental and social health. To understand the relationship between migration and health it is necessary to analyze some of the structural and intermediary social determinants of health. The former include the socio-demographic characteristics of immigrants, which reveal the constraints and needs they face in their country of origin, while intermediary reasons reflect differences in access to medical services currently.

Population structure

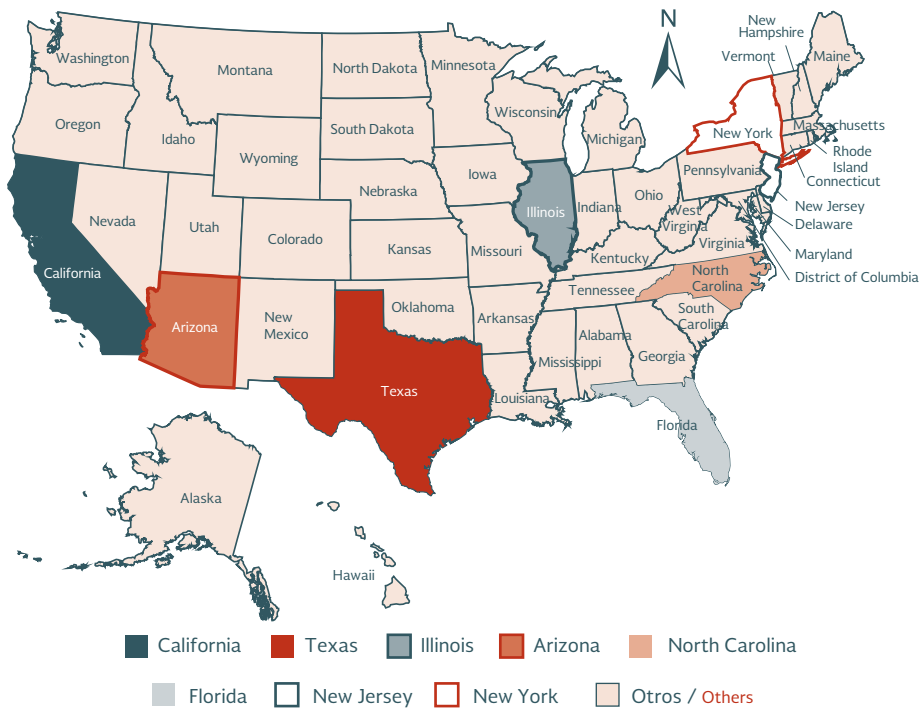
The population pyramid of US-born whites reflects a history of low birth rates and low mortality given its rectangular shape at the base, especially among the baby-boom generation and older groups. Conversely, the population structure of Latin American immigrants in the U.S. shows the effects of immigration, with a small percentage of children and a considerable proportion of young adults ages, reflecting a high percentage of adults of working age. Consequently, only 65% of US-born whites are of working age compared to an average of 87% of all immigrants (see Chart 1).

The gender balance of Mexican and Central American immigrants is different than that of the South American and US-born population. Among the former there are more men than women, while the opposite is true of the latter. During 2010-2014, among the Mexican immigrant population there were 113 men per 100 women among Central American immigrants 108 men per 100 women. In contrast, among US-born whites, there were 97 men per 100 women and among South Americans 91 men per 100 women. This gender distribution is linked to two circumstances. First, among US-born



Mapa 1. Principales estados de residencia en EUA de los inmigrantes latinoamericanos según región o país de nacimiento, 2010-2014

Map 1. Main states of residence of Latin American immigrants in United States, by region or country of birth, 2010-2014

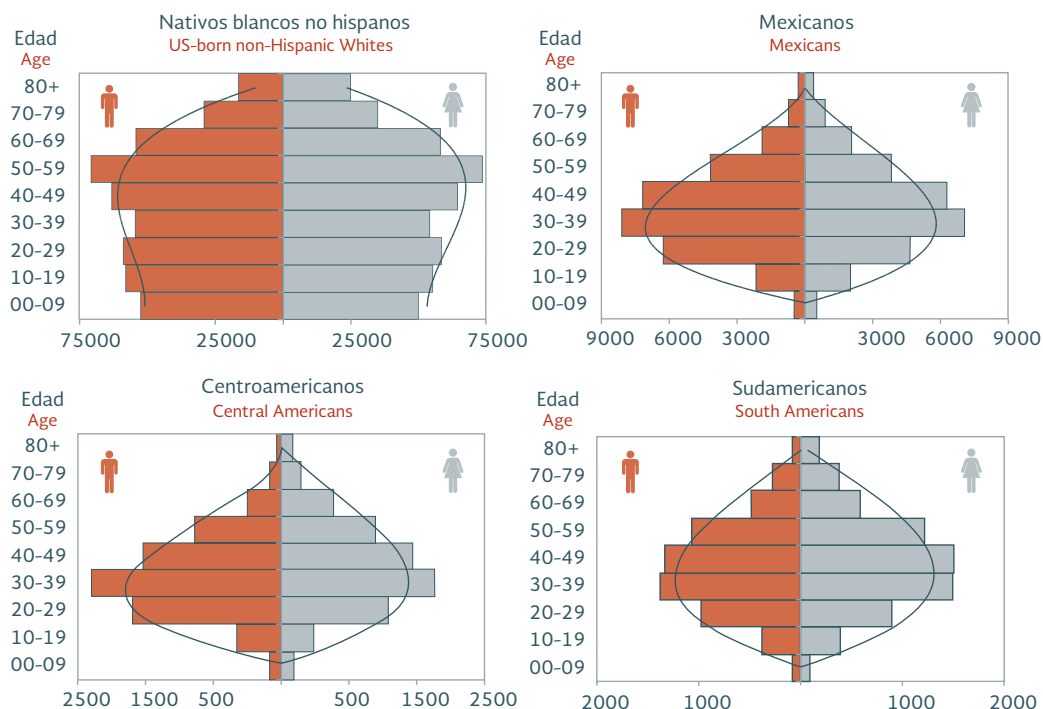


México / Mexico				Centroamérica/ Central America				Sudamérica / South America			
No.	Estado State	Promedio (miles) Average (thousands)	%	No.	Estado State	Promedio (miles) Average (thousands)	%	No.	Estado State	Promedio (miles) Average (thousands)	%
1	California	4 374	37.1	1	California	903	28.8	1	Florida	580	22.7
2	Texas	2 545	21.6	2	Texas	348	11.1	2	New York	528	20.7
3	Illinois	684	5.8	3	Florida	290	9.2	3	New Jersey	329	12.9
4	Arizona	626	5.3	4	New York	245	7.8	4	California	238	9.3
5	North Carolina	276	2.3	5	New Jersey	177	5.6	5	Texas	125	4.9
6	Otros/ Others	3 297	27.9	6	Otros/ Others	1 176	37.5	6	Otros/ Others	759	29.7
Total		11 802	100	Total		3 139	100	Total		2 558	100

Fuente: Elaboración del CONAPO con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), suplemento de marzo, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: Universidad de Minnesota.

Source: Produced by CONAPO based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), March supplement 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: University of Minnesota.

Gráfica 1. Pirámides poblacionales según región o país de nacimiento, 2010-2014 (Miles)
Chart 1. Population pyramids by region or country of birth, 2010-2014 (Thousands)



Fuente: Elaboración del CONAPO con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, suplemento de marzo, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.

Source: Produced by CONAPO based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, March supplement 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.

y 108 hombres, respectivamente, mientras que los nativos blancos y sudamericanos mostraban tasas de masculinidad de 97 y 91, de forma respectiva. Lo anterior guarda relación con dos eventos: el primero, que entre los nativos, la esperanza de vida de mujeres es mayor que la de los varones; el segundo, que la población inmigrante en edad laboral femenina es ligeramente más grande que su contraparte.

De forma general, la estructura poblacional de los nativos blancos presenta una etapa avanzada de la transición demográfica, en tanto que la estructura de los inmigrantes se caracteriza por los desplazamientos laborales, la cual, en cierta medida, aligera los efectos del envejecimiento en Estados Unidos a través de la contribución de la población inmigrante y la correspondiente a la segunda y tercera generación (Siegel y Swanson, 2004).

whites, women have a longer life expectancy than men and second, there are slightly more immigrant women than men of working age among South Americans and the opposite among Mexican and Central American immigrants.

In sum, the population structure of US-born whites is at an advanced stage of the demographic transition, whereas immigrants' demographic structure is characterized by a bulge at the peak working ages, which partly alleviates the economic effects of aging in the United States through the contribution of the immigrant population to the labor force as well as through the contributions of the second and third generation (Siegel and Swanson, 2004).



Nivel educativo

Entre los principales rasgos de la migración entre México y EUA resalta que la mayor parte de los emigrantes cuenta con niveles educativos básicos. Por su parte, la población centroamericana se inserta bajo las mismas condiciones, no obstante, muestra un segmento de personas con nivel profesional o superior mayor que los mexicanos. En tanto, el flujo procedente de Sudamérica tiene otra singularidad, pues las características que envuelven a la migración desde esta región indican un sector social con niveles educativos privilegiados (Texidó y Gurrieri, 2012), donde 50 por ciento de la población tiene escolaridad mayor a bachillerato (véase gráfica 2).

Tal diversidad educativa se relaciona con las actuales peculiaridades del mercado de trabajo de Estados Unidos, de ser un país en donde sus principales sectores económicos se ubicaban en el industrial y agrario, pasó a las actividades de servicios, tendiendo a polarizarlo (Giorguli *et al.*, 2007). En este sentido, dicho mercado laboral ha demandado, por un lado, trabajadores de alta y muy alta calificación, y, por otro, empleados con menor calificación. En este último grupo se insertan la mayoría de los inmigrantes mexicanos y centroamericanos, sin olvidar a aquellos con altos estudios que se han ocupado en actividades que requieren de menores niveles educativos debido al mercado laboral segmentado (Calva, 2014).

Pobreza y estatus migratorio

Los niveles de pobreza existen cuando los individuos, las familias o los grupos de población carecen de los recursos necesarios para obtener los alimentos, bienes, servicios y/o actividades consideradas como mínimas al interior de una sociedad (Townsend, 1979). En este documento, se utiliza la variable pobreza como un indicador de las condiciones de integración de la población inmigrante a la sociedad estadounidense, tomando como base el ingreso monetario necesario para que las familias puedan adquirir comida, ropa, vivienda y servicios (Short, 2011). Las personas que se

Educational attainment

One of the characteristics of Mexican migration to the U.S. is the low education levels among the migrants. On the other hand, even though Central American migrants typically end up with jobs similar to Mexicans, they include a larger proportion of people with a professional or university level education. Immigrants from South America have the highest levels of education (Texidó and Gurrieri, 2012), with 50% having more than a high school education, indicating a more select group of migrants from the sending countries (see Chart 2).

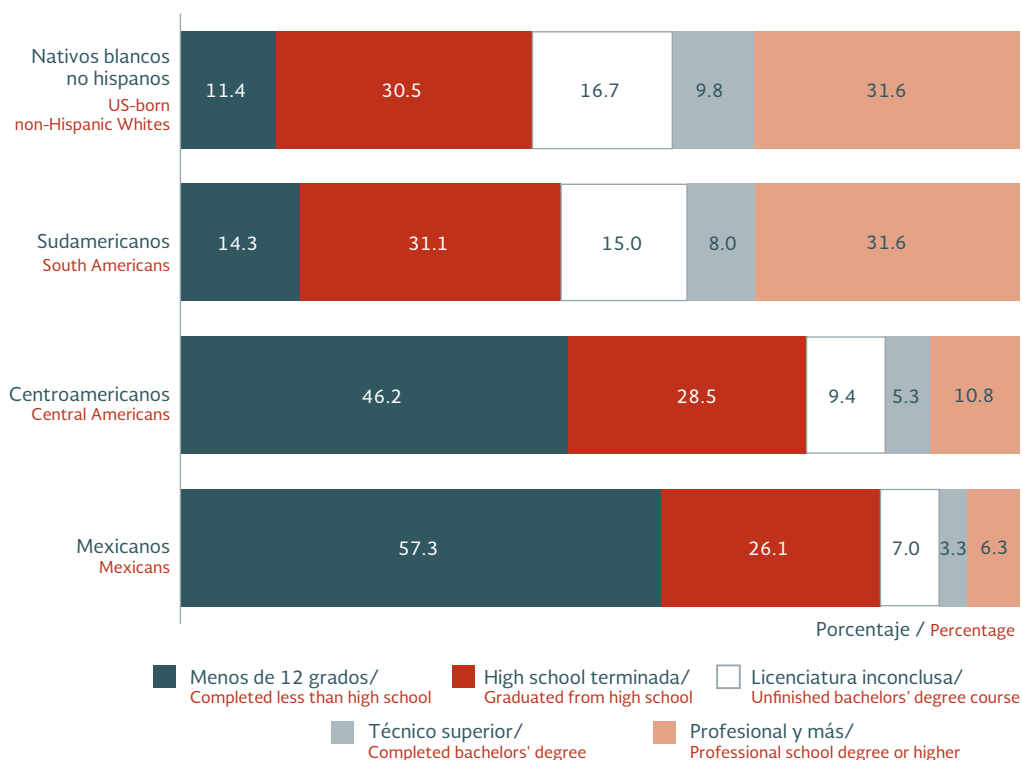
This educational pattern is linked to the labor demands of the United States' which has evolved from being a country whose main economic sectors were industrial and agricultural, to one that is more dependent on the service sector (Giorguli *et al.*, 2007). As a result, the labor market is increasingly bifurcated into two segments, one of which requires highly skilled employees and the other low-skilled workers. The latter group consists disproportionately of immigrants from Mexico and Central America, including those with more education who end up in low-skilled occupations due to the segmented labor market (Calva, 2014).

Poverty and immigration

Poverty exists when individuals, families or population groups lack the necessary resources to obtain the food, goods, services and/or activities considered minimally adequate within a society (Townsend, 1979). This work uses the federal poverty level variable as an indicator of the population's degree of integration into US society, using as a baseline the monetary income necessary for the family to purchase food, clothes, housing and public services (Short, 2011). People living below the poverty line do not have the ability to purchase basic necessities.

Latin American immigrants generally report a higher percentage living in poverty than US-born whites. Although this difference decreases as immigrants' length of residence increases, it remains

Gráfica 2. Porcentaje de la población de 25 años y más residente en EUA, por nivel educativo según región o país de nacimiento, 2010-2014
Chart 2. Percentage of population over 25 living in the United States, by level of educational attainment, based on region or country of birth, 2010-2014



Fuente: Elaboración del CONAPO con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, suplemento de marzo, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: Universidad de Minnesota.
Source: Produced by CONAPO based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, March supplement 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: University of Minnesota.

encuentran por debajo de la línea de pobreza no acceden a los niveles mínimos de bienestar debido a la insuficiencia de los ingresos que perciben.

En general, los inmigrantes latinoamericanos reportan un mayor porcentaje de población en condición de pobreza que los nativos blancos y aunque esta situación disminuye con el tiempo de residencia, por ejemplo, del total de centroamericanos con al menos diez años de residencia en EUA, cerca de cinco de cada diez estaba por debajo del umbral de pobreza (42%), mientras que, entre quienes tenían más de diez años de radicar en esa nación, tres de cada diez eran pobres (31%). No obstante, aún existen diferencias desfavorables respecto a la población nativa blanca (10%). Es importante

at a much higher level. For example, among Central Americans who had lived in the United States for up to ten years, almost half (42%) were living below the poverty line, which falls to about one-third (31%) for those who had lived in the US more than ten years, but remains several times higher than the US-born non-Hispanic white population rate (10%). It is important to note that as with their level of educational attainment, South Americans are in a more favorable situation than other immigrants, and it is likely that they have had better circumstances since their arrival (see Chart 3).

Immigration status determines the immigrant's ability to participate fully in society and affects the resources and mechanisms available for



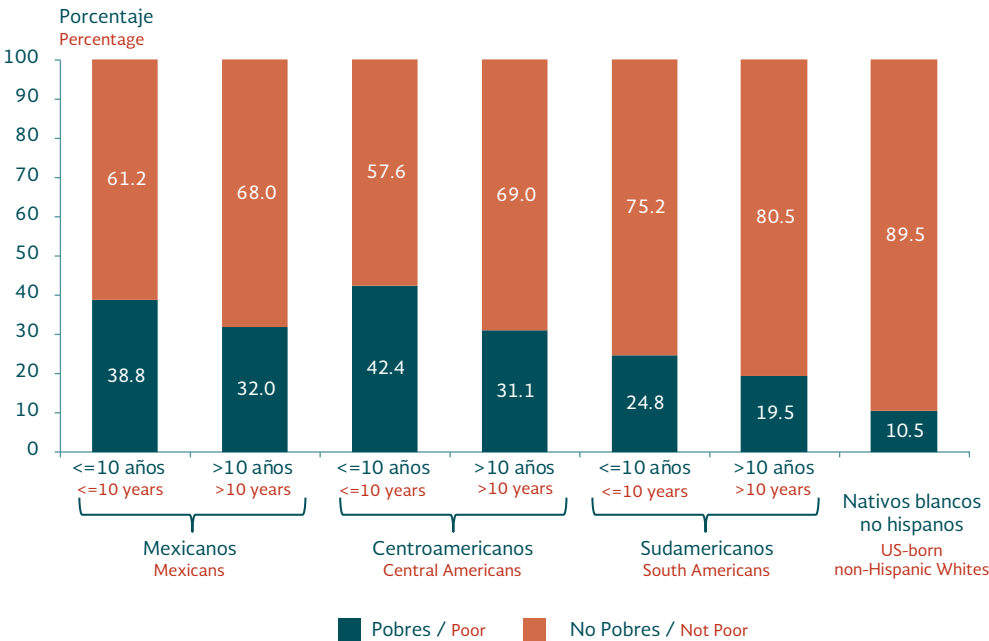
resaltar que los sudamericanos, al igual que en el nivel educativo, presentan un mejor escenario con respecto a los otros inmigrantes, por lo que, se presume, esta población cuenta con mejores niveles de bienestar desde su inserción (véase gráfica 3).

El estatus migratorio se torna como una variable que determina las condiciones de inserción a una sociedad y que afecta el conocimiento sobre los recursos y mecanismos para hacer respetar los derechos de los migrantes, en especial si su situación es irregular en cuanto a documentos migratorios (Bilbao *et al.*, 2012). En 2012, se calcula que de los casi 17.6 millones de latinoamericanos en Estados Unidos, poco menos de la mitad no tiene

enforcing the rights of migrants, particularly if they are not authorized (Bilbao *et al.*, 2012). In 2012, it was estimated that of the nearly 17.6 million Latin Americans living in the United States, almost half (48%) were unauthorized including 5.9 million from Mexico, 1.7 million from Central America and 700 thousand from South America; together, they account for 74% of the total unauthorized population in the United States (11.2 million) (Passel and Cohn, 2014).

Immigration status limits the access of this population to public health programs. The 1996 Welfare Reform Law states that the federal government will only fund welfare programs, in most

Gráfica 3. Porcentaje de la población residente en EUA por condición de pobreza según nacionalidad o región de nacimiento y año de llegada, 2010-2014*
Chart 3. Percentage of population living in the United States based on condition of poverty, nationality and region of birth and year of arrival, 2010-2014*



* La "Medida Suplementaria de la Pobreza" (SPM por sus siglas en inglés) es calculado por la Oficina del Censo de Estados Unidos como un indicador alternativo de la condición de pobreza oficial ya que no solo incorpora el valor alimentario, sino incorpora el valor de los beneficios fiscales y de transferencia.
Fuente: Elaboración del CONAPO con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, suplemento de marzo, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.
* The "Supplemental Poverty Measure" (SPM) is calculated by the Census Bureau as an alternative indicator of the official condition of poverty, as it not only incorporates the dietary level, but also the value of tax and transfer benefits.
Source: Produced by CONAPO based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, March supplement 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.

documentos (48%): 5.9 millones son mexicanos, 1.7 millones son centroamericanos y 700 mil son sudamericanos, representando en conjunto 74 por ciento del total (11.2 millones) de la población sin documentos en EUA (Passel y Cohn, 2014).

Dicha característica limita el acceso a los programas de salud pública. La Ley de Seguridad Social de 1996 (Welfare Reform Law) señala que la condición de ciudadanía y la estancia legal en el país precisa de un mínimo de cinco años para tener derecho a la asistencia gubernamental. Dicha situación apremia a los mexicanos y centroamericanos pues concentran un importante número de población sin documentos y, por tanto no son elegibles para afiliarse a los seguros públicos y programas de bienestar. Sin embargo, en algunos estados se destinan fondos para extender las prestaciones sociales a los residentes durante los primeros cinco años en el país aunado a que algunos otros proporcionan determinados beneficios a inmigrantes sin documentos (Rodríguez, Young y Wallace, 2015).

Condición laboral

La condición de actividad laboral se vuelve fundamental no solo para entender la accesibilidad de la población migrante a los servicios de salud, sino para ubicar su integración en la sociedad de destino, ya que el empleo concebido como fuerza de trabajo además de crear valor, también refleja la organización de la sociedad de recepción. En otras palabras, el empleo se relaciona con la salud: por un lado, evidencia las condiciones y las relaciones laborales que caracterizan a la población migrante, y, por otro, determina el acceso a los servicios de salud del migrante y de su familia.

Si bien, la migración latinoamericana tiene una clara intención laboral, no todos los miembros mayores de 16 años se encuentran en el mercado de trabajo. Los mexicanos y centroamericanos tienen los niveles de desocupación más altos (10 y 9%, respectivamente) que los sudamericanos y que los nativos blancos (7%). En tanto, de forma general los hombres tienen mayores niveles de inserción laboral (92%) que las mujeres (90%).

cases, for US citizens and permanent residents who have lived at least five years in the country. Given that Mexicans and Central Americans constitute a significant proportion of the unauthorized population, many are unable to obtain access to public health and welfare programs. However, some individual states provide funds to extend welfare benefits to permanent residents during their first five years in the country, and a few states also provide selected benefits to unauthorized immigrants (Rodríguez, Young and Wallace 2015).

Employment status

Employment status is a crucial factor not only for understanding the migrant populations' access to health insurance, but also for determining their integration into the host society. Labor not only creates value, but also reflects how host societies are organized. Indeed, employment is one of the factors that links migration and health: on the one hand, it shows the working conditions and labor relationships of the migrant population, and on the other hand, it shapes migrants' and their families' access to health services.

Latin American migration is typically driven by the intent to seek work, though not all migrants over 16 years old join the labor force. Mexicans' and Central Americans' unemployment rates are higher (10% and 9%) than South Americans' and above all US-born whites' (7%). Nearly all the men (about 92%) are in the labor force while women's labor force participation is lower (90%).

In short, the Latin American immigrant population has integrated unevenly into US society, in various interrelated spheres such as educational attainment, poverty and employment status. In this context, immigration status poses a significant obstacle to social mobility. Together, these initial characteristics reveal the degree of vulnerability, in which access to medical services is a key variable that not only determines the timely treatment and prevention of illnesses, but also reflects the level of integration into the United States.



A manera de resumen, la población inmigrante latinoamericana se enclava desigualmente en la sociedad estadounidense, en los diferentes niveles, como el educativo, la condición laboral y la pobreza, teniendo como gran limitante para una mejora social el estatus migratorio. En conjunto, estas primeras características exhiben el grado de vulnerabilidad, en donde el acceso a los servicios médicos es una variable esencial que no solo determina la oportuna atención y prevención de los padecimientos, sino que también ilustra el nivel de integración en EUA.



CAPÍTULO II ACCESO A SEGURO MÉDICO

El sistema de salud de Estados Unidos es complejo, multifacético y funciona bajo una lógica de mercado, que condiciona el acceso a los recursos monetarios de las personas o es proporcionado por los empleadores. Si bien, se dispone de programas gubernamentales como Medicaid, SCHIP¹ y subsidios por medio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) para quienes tienen bajos ingresos y que no cuentan con seguro privado, existen restricciones basadas en el estatus migratorio y el tiempo de estancia en EUA. De tal manera que un número significativo de migrantes no puede acceder a los beneficios y subsidios, a pesar de contribuir a la sociedad a través del pago de impuestos.

Existen pocos servicios públicos federales a los que pueden acceder los inmigrantes sin documentos, tal es el caso de Medicaid de Emergencia, que cubre situaciones que ponen en riesgo la vida aunque los criterios varían de un estado a otro; por otra parte, no atiende enfermedades crónicas o servicios de rehabilitación (Rodríguez, Young y Wallace, 2015); y el Medicaid Programa de Asistencia Prenatal, dirigido a mujeres embarazadas de bajos recursos, pero que no cubre las posibles complicaciones derivadas del embarazo.

Algunos estados tienen programas particulares enfocados a la población vulnerable, en especial mujeres y niños. Por ejemplo, en California existe MEDI-CAL el cual recientemente ha expandido su elegibilidad, mediante recursos estatales, para atender a niños sin documentos mientras que en Nueva York existe un programa similar llamado Child Health Plus (Hill y Benatar, 2012). Por su parte, están los Centros Comunitarios de Salud que proporcionan a bajo costo cuidados primarios a

CHAPTER II ACCESS TO MEDICAL INSURANCE

Healthcare in the United States is a complex multi-faced “system” that operates under a market logic, whereby access is contingent on people’s monetary resources or health insurance, which is often provided by employers. Although government programs such as Medicaid, SCHIP¹, and Affordable Care Act exchange (ACA) subsidies were designed for low-income people without private insurance, there are eligibility based on immigration status and years in the US, which excludes many from these programs, even though they contribute through taxes.

There are a few federal health benefits for which unauthorized immigrants qualify, such as Emergency Medicaid, which covers care in life-threatening situations, but not chronic or rehabilitation services and the definition of medical emergency differs states (Rodríguez, Young and Wallace, 2015); and the Medicaid Prenatal Assistance Program, which treats all uninsured low-income pregnant women in a number of states.

Certain states have programs that target vulnerable populations that include unauthorized immigrants, particularly women and children. For example, California has recently expanded Medi-Cal eligibility using state funds to cover unauthorized children and New York has a similar program called Child Health Plus (Hill and Benatar, 2012). Community Health Centers provide primary care services (but not hospital care) to low-income persons at a low cost regardless of immigration status (Pourat and Hadler, 2014). Nevertheless, there are unmet needs for health care, not only among unauthorized immigrants, but among all residents who lack health insurance and are unable to afford need services.

¹ State Children’s Health Insurance Program.

¹ State Children’s Health Insurance Program.

personas de bajos ingresos que no cuentan con seguro médico a bajo costo, independientemente de su estatus migratorio, no obstante, excluyen servicios como los hospitalarios (Pourat y Hadler, 2014).

En síntesis, el sistema de salud estadounidense está dividido entre quienes cuentan con atención médica a través de los seguros públicos o privados y quienes carecen de éstos, enfrentando barreras para la atención integral de la salud, grupo en que se ubican los inmigrantes sin documentos. Estas disparidades se agravan de acuerdo al grupo de población, y a diversas características como son: el grupo de edad, la condición económica y la ocupación en que se desempeñan.

Disparidades por grupo de edad

Las personas mexicanas menores de 16 años y mayores de 65 años son las más desprotegidas en cuanto al acceso a un seguro médico con relación a los otros inmigrantes y a los nativos blancos, 42 y 13 por ciento, respectivamente (véase gráfica 4). Entre las personas mayores de 65 años que están aseguradas predominan los seguros públicos en todos los grupos de inmigrantes como consecuencia del programa Medicare, y en los menores de 16 años, los mexicanos en su mayoría (38%) tienen cobertura pública; en los centroamericanos y sudamericanos destaca la cobertura privada, 42 y 50 por ciento, de manera respectiva.

Finalmente, en el grupo de 16 a 64 años en todas las poblaciones de inmigrantes es evidente una alta desprotección de seguridad médica comparado con la población no migrante, reflejando así las condiciones desiguales en el mercado laboral. Más de la mitad de los mexicanos (55%) y centroamericanos (52%) y una tercera parte de los sudamericanos (34%) no tienen acceso, en comparación con una décima parte de los nativos blancos (14%) (véase gráfica 4).

Disparidades por condición de pobreza

Al considerar la condición de pobreza, la población con menores ingresos es la que enfrenta mayores índices de inseguridad médica, y es en este grupo en donde se concentra la población inmigrante. Existe una re-

In sum, US health coverage is divided into people with adequate access to health insurance, whether private or public, and those without health insurance, who face barriers to comprehensive health care. Immigrants, especially those without documentation, face disparities in access to insurance and health care, which are often exacerbated by age, poverty, and occupation.

Disparities by age group

Mexican-born individuals under age 16 and over age 65 have the lowest medical insurance coverage in comparison with other immigrants and US-born whites 42 and 13%, respectively (see Chart 4). Among insured persons over 65, public insurance is the main option for all immigrant groups as a result of the Medicare program. Among persons under 16, the majority of Mexican immigrants have public health coverage, while most Central and South American immigrants have private coverage 42 and 50%, respectively.

Finally, among all immigrants between 16 and 64, there is a clear lack of medical insurance compared to non-immigrants, reflecting the unequal conditions in the job market. Over half of all Mexicans (55%) and Central Americans (52%) and a third of South Americans (34%) lack medical coverage in comparison with a tenth of US-born whites (14%) (see Chart 4).

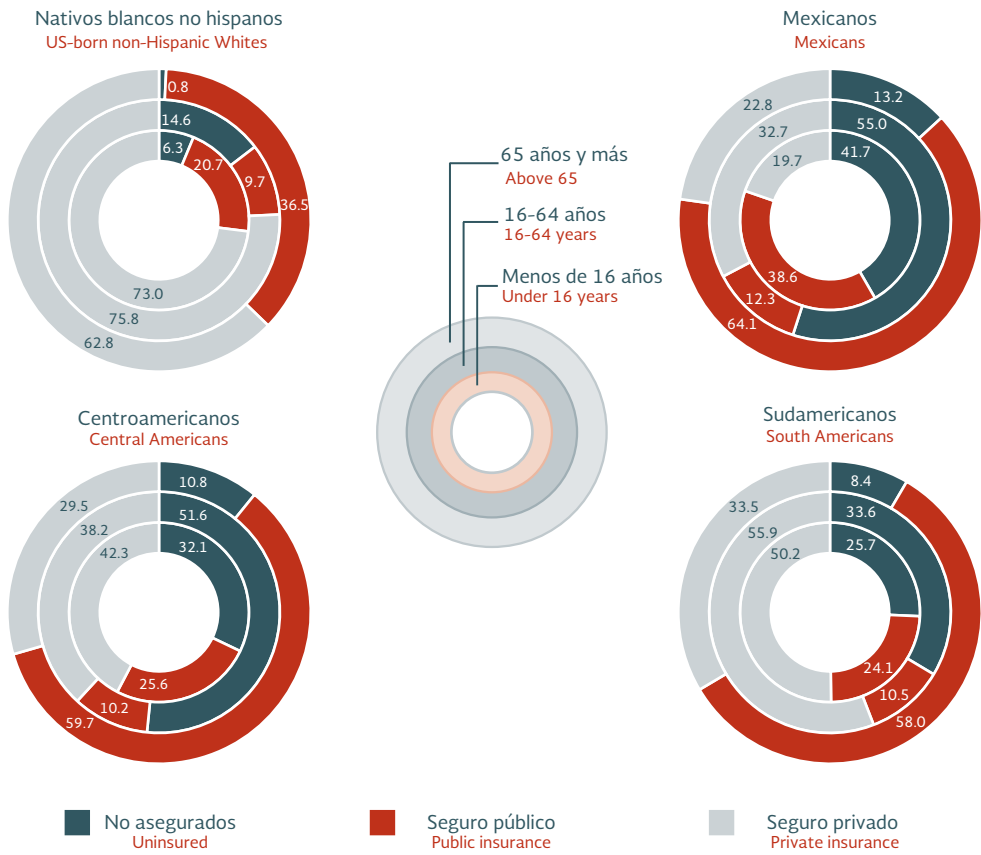
Disparities by the poverty status

The highest rates of uninsurance are among the low-income population, and immigrants are concentrated among the poor. There is a direct link between low income, low rates of private health insurance and public insurance for immigrants, in addition to the fact that there is not always an effective safety net (Carrasquillo, et al., 2000). This relationship is even stronger for immigrants between 2010 and 2014 because an average of six out of ten Central Americans and Mexicans and five out of every ten South Americans living in poverty in the US lacked medical coverage, compared



Gráfica 4. Porcentaje de la población residente en EUA por tipo de seguro médico según grupo de edad y región o país de nacimiento, 2010-2014 *

Chart 4. Percentage of the population residing in the United States by type of medical insurance, based on age group and region or country of birth, 2010-2014 *



* Variable construida por el Centro Estatal de Acceso de Salud de Datos de Asistencia (SHADAC, por sus siglas en ingles) en la Universidad de Minnesota. Indica si los encuestados estaban cubiertos por algún tipo de seguro medico, ya sea privado o público durante el año previo a la entrevista.

* Variable constructed by the State Health Access Data Assistance Center (SHADAC) at the University of Minnesota. It indicates whether respondents had any health insurance coverage either private or public, during the previous year.

Fuente: Elaboración del CONAPO con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, suplemento de marzo, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.

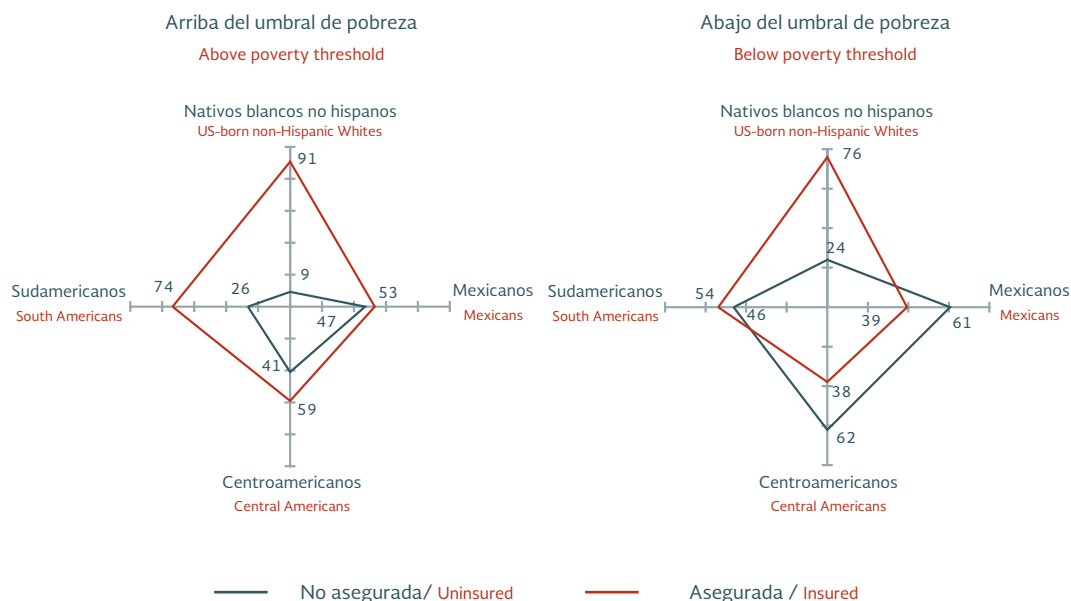
Source: Produced by CONAPO based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, March supplement 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.

lación directa entre los bajos ingresos y el acceso a los seguros de salud privados, y donde los seguros públicos para los inmigrantes no siempre funcionan como una red eficaz (Carrasquillo et al., 2000). De 2010 a 2014, en promedio, seis de cada diez centroamericanos y mexicanos y cinco de cada diez sudamericanos en condición de pobreza no contaban con seguro médico, comparado con dos de cada diez nativos blancos (véase gráfica 5).

with two out of every ten US-born whites living in poverty (see Chart 5).

In 2010, as a result of the high numbers of Americans without medical insurance and rising costs, the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) was passed to encourage the expansion of coverage to poor and other uninsured populations, including second- and third-generation Hispanic immigrants without access to insurance through their parents. This law has extended new

Gráfica 5. Porcentaje de la población residente en EUA con seguro médico según condición de pobreza y región o país de nacimiento, 2010-2014*
Chart 5. Percentage of the population residing in the United States by medical insurance, based on state of poverty and region or country of birth, 2010-2014*



* La "Medida Suplementaria de la Pobreza" (SPM, por sus siglas en inglés) es calculado por la Oficina del Censo como un indicador alternativo de la condición de pobreza oficial, ya que no solo incorpora el valor alimentario, sino también el valor de los beneficios fiscales y de transferencia.

Fuente: Elaboración del CONAPO con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, suplemento de marzo, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.

* The "Supplemental Poverty Measure" (SPM) is calculated by the Census Bureau as an alternative indicator of the official condition of poverty, as it not only incorporates the dietary level, but also the value of tax and transfer benefits.

Source: Produced by CONAPO based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, March supplement 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.

En 2010, como consecuencia de una gran parte de la población sin acceso a seguros médicos, así como a sus altos costos, se promulgó la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) mediante la cual se expande la elegibilidad para Medicaid favoreciendo la inclusión de millones de personas que viven en EUA. Entre los que se encuentran los latinoamericanos e hijos de inmigrantes nacidos en territorio norteamericano que no tienen seguro por parte de sus padres. Tal instrumento jurídico ha abonado a un ambiente de igualdad en términos de acceso médico.²

coverage to millions of persons living in the US and contributed to establishing greater equality of access to care in the country.²

Although it is too early to measure the effect of expanded insurance coverage on health status, the ACA has been shown to increase coverage among the low-income immigrant populations. The annual data indicate that the proportion of Central Americans living below the poverty line and without medical insurance fell from 66 to 54% in 2014, whereas among Mexicans it dropped from 65 to 50% (see Chart 6).³

² Para más información sobre las características de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés), consúltese *Migración y Salud. Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos: 10 años de perspectiva*, pp. 49-50.

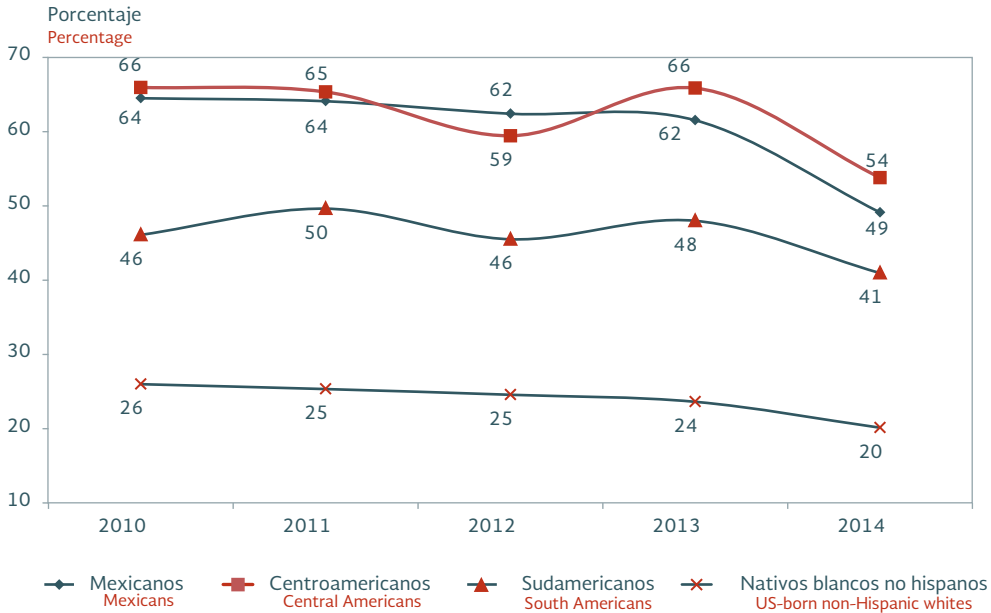
² For more information on the characteristics of the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA), please consult *Migration and Health. Mexican Immigrants in the United States: 10 years' perspective*, pp. 49-50.

³ For further information about effects of ACA see: <http://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2015/2015-aca-tracking-survey>



Gráfica 6. Porcentaje de la población residente en EUA en condición de pobreza sin seguridad médica por región o país de nacimiento, 2010-2014

Chart 6. Percentage of the population residing in the United States in poverty, without medical insurance, by region or country of birth, 2010-2014



Fuente: Elaboración del CONAPO con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, suplemento de marzo, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.

Source: Produced by CONAPO based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, March supplement 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.

Si bien, es prematuro hablar de efectos en las condiciones de salud, los datos anuales indican que el ACA ha incrementado la cobertura entre la población inmigrante de bajos recursos. La proporción de centroamericanos que se encontraban debajo de la línea de pobreza y sin seguridad médica disminuyó de 66 a 54 por ciento en 2014 mientras que en los mexicanos la reducción fue de 64 a 49 por ciento (véase gráfica 6).³

Una variable relacionada con la pobreza y con el acceso a la seguridad médica es la condición de ciudadanía y el estatus legal de los inmigrantes. La población sin documentos se sitúa en una situación doblemente vulnerable en términos de salud, debido

One variable relating to poverty and access to medical insurance is immigrants' citizenship and legal status. The unauthorized population is in a doubly vulnerable situation in terms of health insurance, as they are excluded from government programs and are usually engaged in occupations that fail to provide medical insurance (Messias et al., 2015). In this regard, the link between immigrants' employment and their level of coverage is crucial to identifying social needs and the lack of a political response.

Disparities by main occupation

Seven out of ten Latin American immigrants between the ages of 16 and 64 participate in the labor market, accounting for 8% of the US work force.

³ Para mayor información sobre los efectos del ACA, véase: <http://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2015/2015-aca-tracking-survey>

a que está excluida de los programas gubernamentales y por lo regular trabaja en ocupaciones que no le brindan seguridad médica (Messias *et al.*, 2015). En ese sentido, las actividades que desempeñan los inmigrantes relacionadas con los niveles de cobertura son fundamentales para identificar las necesidades sociales y una posible correspondencia política.

Disparidades por tipo de ocupación

Siete de cada diez inmigrantes latinoamericanos de 16 a 64 años se ubican en el mercado laboral, representando ocho por ciento de la fuerza laboral de EUA. En general este grupo tiene altos porcentajes en la carencia de seguro médico, también existen diferencias de acuerdo a la ocupación que desempeñan.

La inserción de los inmigrantes en el mercado laboral, así como las condiciones en las cuales se lleva a cabo es resultado de la estratificación que ocurre en EUA, de acuerdo a diversos factores, entre ellos, el origen y la condición migratoria (Piore, 1979; Caicedo, 2011). De forma general, la población inmigrante labora predominantemente en actividades de baja remuneración (en servicios y en la construcción), sobre todo los mexicanos y centroamericanos; en tanto que un segmento importante de sudamericanos se desempeña como profesionista (véase cuadro 1).

Las principales ocupaciones donde se encuentran los inmigrantes muestran importantes segmentos sin cobertura médica (véase gráfica 7). Aunque esto es un reflejo de las diversas condicionantes para acceder al mercado de seguros en EUA, como el nivel de ingreso o la no elegibilidad de los programas gubernamentales, también señala disparidades en la cobertura según la ocupación, marcando diferencias en la inserción de los inmigrantes respecto a la población nativa blanca (Zuvekas y Talaferro, 2003).

Cabe señalar que la población sudamericana cuenta con niveles de cobertura más altos que los otros inmigrantes latinoamericanos, no obstante, aún reflejan una inserción diferenciada. Por ejemplo, tres de cada diez sudamericanos ejercen como profesionistas, 12 puntos porcentuales abajo que

In general, this group has high percentages of not having health insurance in addition to the fact that coverage levels vary by occupation. Immigrants' participation in the labor market, and the limited occupations that use low-skilled immigrant labor, reflect the occupational stratification in the United States that is based on factors such as country of origin and migratory status (Piore, 1978; Caicedo, 2011). In general, the immigrant population, particularly Mexicans and Central Americans, work mainly in low-waged and low-skilled occupations (services and construction), while South Americans are substantially more likely to work as professionals than their immigrant peers (see Table 1).

The main occupations of immigrants have the lowest rates of providing medical coverage (see Chart 7). Although this is a reflection of the various factors determining access to the US insurance market, such as income level or non-eligibility for government programs, it also indicates disparities in the coverage provided by sector of activity. Disparities in coverage exist even within the same occupation, with immigrant workers almost always having lower rates of coverage than US-born whites (Zuvekas and Talaferro, 2003).

It should be noted that the South American population has higher levels of coverage than other Latin American immigrants, reflecting their different occupations and skills. For example, three out of ten South American immigrants work as professionals, which is 12 percentage points below US-born whites but three times higher than Mexican and Central American immigrants. In that occupation, 84% of South American immigrants have health insurance compared to 93% among US-born whites.

Central American and Mexican immigrants are primarily employed in the service industry (34 and 32%, respectively), as truck drivers and specialized construction workers (23 and 26%) and construction workers (16 and 15%). In general, 60% of the Mexican and Central American population working in these sectors lack medical insurance, which highlights the vulnerability of the Latin American workforce in terms of care and preven-



Cuadro 1. Porcentaje de la población de 16 a 64 años residente en EUA por condición laboral, sexo y actividad principal según región o país de nacimiento, 2010-2014
Table 1. Percentage of population between 16 and 64 years of age residing in the United States, by employment status, gender and principal activity, by region or country of birth, 2010-2014

	Nativos blancos no hispanos/ US-born non-Hispanic whites			Mexicanos/ Mexicans			Centroamericanos/ Central Americans			Sudamericanos/ South Americans		
	H M	M W	Total	H M	M W	Total	H M	M W	Total	H M	M W	Total
Condición de actividad/Labor force	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Inactivos/Not in the labor force	20.2	29.6	25.0	11.3	46.5	27.6	10.9	34.2	21.9	12.9	31.3	22.4
Población económicamente activa (PEA)/ Economically Active Population (EAP)	79.8	70.4	75.0	88.7	53.5	72.4	89.1	65.8	78.1	87.1	68.7	77.6
Desocupados/Unemployed	8.1	6.2	7.2	9.0	12.1	10.1	8.5	9.6	8.9	7.7	7.1	7.4
Ocupados/Employed	91.9	93.8	92.8	91.0	87.9	89.9	91.5	90.4	91.1	92.3	92.9	92.6
Población ocupada promedio anual (N en miles)/ Employed population, annual average (N in thousands)	43 830	40 281	84 110	4 510	2 265	6 775	1 209	783	1 992	841	715	1 555
Ocupación Principal/Main employment												
Ejecutivos, profesionistas y técnicos/ Executives, professionals and technicians	39.0	45.9	42.3	7.2	13.4	9.2	9.7	15.1	11.8	28.6	33.8	31.0
Trabajadores de servicios/ Service workers	11.6	17.6	14.5	25.3	44.2	31.6	25.9	47.7	34.5	17.7	33.9	25.1
Ventas y ocupaciones de oficina/ Sales and office jobs	17.3	31.7	24.2	8.0	20.9	12.3	9.4	21.7	14.2	15.7	24.2	19.6
Agricultores y trabajadores agrícolas/ Agriculture	0.7	0.2	0.5	5.0	2.9	4.3	1.8	0.9	1.5	0.6	0.3	0.4
Trabajadores de la construcción/ Construction workers	8.2	0.2	4.4	24.2	0.6	16.3	24.4	0.7	15.1	15.8	0.5	8.7
Transportistas y trabajadores especializados en la construcción/ Truck drivers and specialized construction workers	23.1	4.4	14.1	30.4	18.1	26.3	28.9	13.9	23.0	21.8	7.4	15.2

* Incluye las ocupaciones señaladas con los código 6200 a 6765 (CPS, 2014) por ejemplo, carpinteros, electricistas, inspectores de la construcción y edificios, obreros y auxiliares en la construcción, plomeros, instaladores y ajustadores de tuberías de agua y vapor, ensambladores de maquinaria, fabricantes y ajustadores de estructuras metálicas, etc. La mayoría de estas ocupaciones están relacionadas directamente a un sector en que existen mayores niveles de informalidad por lo que es una fuente importante de trabajo para aquellos que no tienen documentos para trabajar en EUA. No se incluyen los datos no especificados.

Fuente: Elaboración del CONAPO con base en U.S. Census Bureau, Current Population Survey (CPS), suplemento de marzo, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: Universidad de Minnesota.

* Includes the occupations identified with codes 6200-6765 (CPS, 2014) for instance, carpenters, electricians, building inspectors and buildings and auxiliary workers in construction, plumbers, pipe fitters and fitters of water and steam, assemblers machinery, manufacturers and fitters of steel structures, etc. Most of these jobs are directly related to a sector where there are higher levels of informality so it is a very important area of work for those without documents to work in the US. Data not included unspecified.

Source: Produced by CONAPO based on U.S. Census Bureau, Current Population Survey (CPS), March supplement 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: University of Minnesota.

la población nativa blanca, con cobertura de servicios médicos de 84 por ciento comparada con 93 por ciento del segundo grupo.

Por su parte, los centroamericanos y mexicanos laboran principalmente en actividades ligadas a los servicios (34 y 32%, de manera respectiva), transportistas y trabajadores especializados en la construcción (23 y 26%) y trabajadores de la construcción (16 y 15%). De forma general, 60 por ciento de la población mexicana y centroamericana que desempeña estas ocupaciones no cuenta con cobertura médica, evidenciando la alta vulnerabilidad de la fuerza laboral latinoamericana en términos de cuidado, prevención de enfermedades y accidentes laborales, con énfasis en la población sin documentos.⁴

A manera de resumen, cinco de cada diez inmigrantes latinoamericanos que se ubican entre la población con menores ingresos, no cuentan con seguridad médica. Si bien, durante el periodo de 2010 a 2014 se redujo en 29 por ciento el porcentaje de población con dichas características, aún más de dos millones de latinoamericanos en condición de pobreza no cuentan con acceso a servicios médicos. En términos de ocupación, algunos de los inmigrantes que laboran en actividades de baja remuneración no tienen acceso a servicios de salud; por ejemplo, siete de cada diez latinoamericanos que se desempeñan en actividades de la construcción no están asegurados.

De acuerdo con el análisis por grupo de edad, son evidentes los requerimientos de la población inmigrante que vive en Estados Unidos. En este sentido, el análisis de los padecimientos de la población inmigrante puede apoyar líneas de política pública para incrementar el acceso a servicios médicos en Estados Unidos al igual que prevenir los sistemas de salud en Latinoamérica ante un posible retorno.

tion of illnesses and work accidents.⁴ This situation is most severe among the unauthorized population.

In short, five out ten Latin American migrants, who are among the lowest-income population, lack medical insurance. Although the proportion of persons in this category dropped by 29% between 2010 and 2014, over 2 million Latin Americans living in poverty still lack access to medical care. In terms of employment, some migrants working in low-paid jobs do not benefit from health services; for example, seven out of ten Latin Americans working in the construction sector are not insured.

An analysis by age group reveals the needs of the immigrant population living in the United States. Thus, an analysis of the illnesses suffered by the migrant population can help to create public policies to increase access to medical services in the United States and prepare Latin American health systems for the possible return of these migrants.

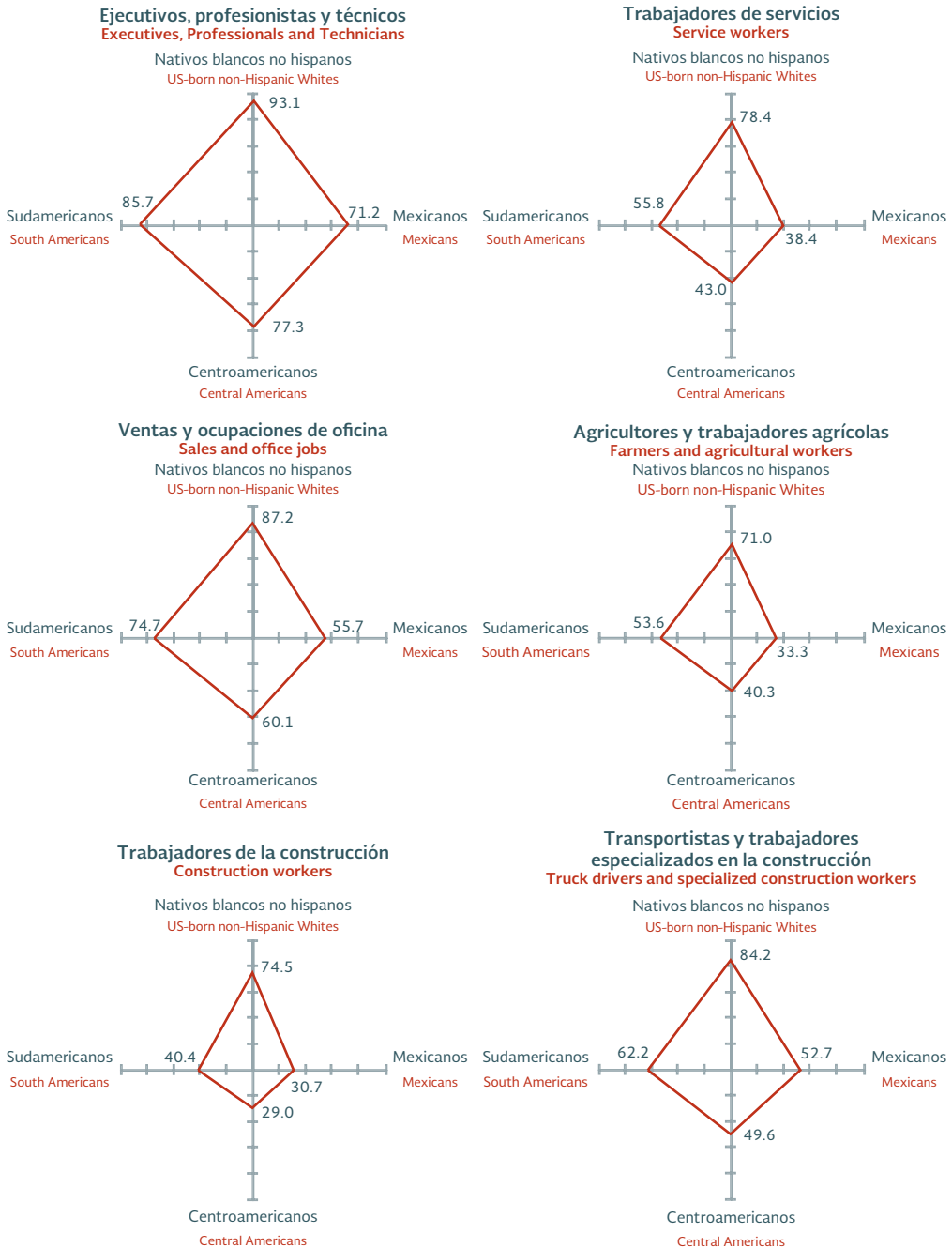
⁴ Datos del Buró de Estadísticas Laborales de EUA de 2013 señalan que 62 por ciento de las muertes por accidentes laborales se concentraba en trabajadores latinoamericanos. Véase: Migración y Salud. Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, 2013.

⁴ Data from the United States' Bureau of Labor Statistics indicates that 62% of deaths caused by work accidents affected Latin American workers. See: *Migration and Health. Mexican Immigrants in the United States, 2013.*



Gráfica 7. Porcentaje de la población ocupada residente en EUA con seguro médico según tipo de ocupación y región o país de nacimiento, 2010-2014

Chart 7. Percentage of employed population residing in the US by health insurance by type of occupation and region or country of birth, 2010-2014



Fuente: Elaboración del CONAPO con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), suplemento de marzo, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.

Source: Produced by CONAPO based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), March supplement 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.



CAPÍTULO III RETOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE LATINOAMERICANA

Existen diferencias en la salud al interior de los grupos de inmigrantes y respecto a la población nativa blanca, que están enmarcadas en diferentes niveles de pobreza, acceso a la cobertura médica, así como en las condiciones de inserción laboral y social en EUA. Si bien, los inmigrantes cuentan por lo general con un buen estado de salud a su llegada a territorio estadounidense, se ha identificado que al pasar el tiempo los padecimientos se hacen presentes de diversa manera entre las poblaciones (CONAPO *et al.*, 2014). Esto origina un aumento en los problemas y retos para Estados Unidos, así como para los países de origen.

En ese sentido, y para entender la relación que existe entre la migración y la salud, se abordan tres aspectos de las poblaciones estudiadas. El primero de ellos es el importante incremento de los casos de obesidad y diabetes entre los inmigrantes, particularmente en aquellos de origen mexicano y centroamericano. El segundo se inscribe dentro de la salud mental de las poblaciones, con énfasis en el asentamiento en EUA, debido a que se tiene certeza de que el proceso migratorio tiene repercusiones psicológicas en los individuos. Finalmente, se plantea la importancia del envejecimiento entre los inmigrantes, concebido como la etapa en donde se manifiestan los padecimientos característicos de las trayectorias de vida.

Obesidad y diabetes entre los Latinoamericanos

En las últimas décadas, diversos estudios han corroborado la relación entre el origen o etnia y un mayor riesgo de presentar obesidad y diabetes que la población nativa blanca no hispana (Martorell,

CHAPTER III HEALTH-RELATED CHALLENGES FACED BY THE LATIN AMERICAN IMMIGRANTS POPULATION

Health conditions vary among groups of immigrants and with US-born whites, reflecting differences in poverty levels, access to medical insurance and conditions of employment and social integration in the United States. Though immigrants usually have good health when they arrive in the US, their health status declines with their length of stay at a rate that is faster than would be expected from normal aging (CONAPO *et al.*, 2014). This gives rise to numerous problems and challenges for the United States, as well as the countries of origin when some migrants return.

In this regard, and in order to understand the relationship between migration and health, three aspects of these populations are addressed. The first of these is the significant increase in cases of obesity and diabetes among immigrants, particularly those from Mexico and Central America. The second concerns the mental health of the populations, with an emphasis on settlement in the United States, since the migratory process has clear psychological repercussions on individuals. Finally, aging among immigrants is important because it is regarded as the stage in life in which the illnesses characteristic of life trajectories are reflected, is examined.

Obesity and diabetes among the Latin American population

In recent decades, many studies have shown the relationship between national origin or ethnicity and a higher risk of obesity and diabetes than non-Hispanic US-born whites (Martorell, 2005; Fisher-Hoch *et al.*, 2010 and Wolstein *et al.*, 2015). In addition,

2005; Fisher-Hoch *et al.*, 2010 y Wolstein *et al.*, 2015). Por su parte, la diversidad de alimentos de Estados Unidos, al igual que en otros países, ha facilitado la transición nutricional que se caracteriza por un cambio de dieta que incluye un mayor consumo de alimentos altamente procesados y calóricos aunado a realizar menos actividad física (Rivera *et al.*, 2014).

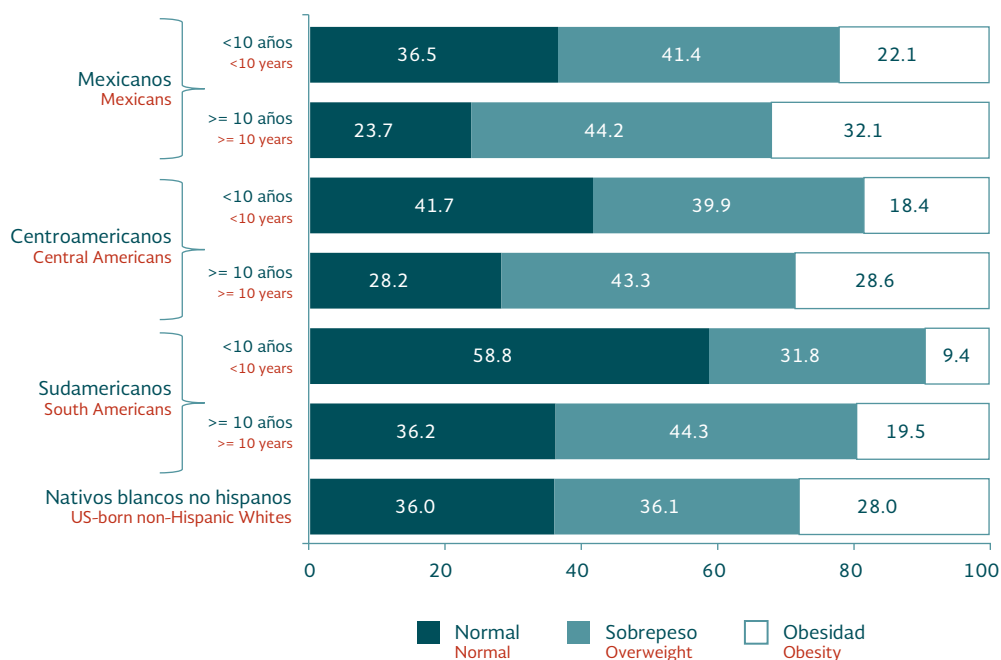
La relación entre el tiempo de residencia en EUA y los niveles de obesidad se refleja claramente en las cifras. En los mexicanos mayores de 18 años, con menos de diez años de residencia, seis de cada diez tenían sobrepeso u obesidad, mientras que en aquellos con más de diez años en ese país, la tasa

the wealth of the US, as in other countries, has facilitated a nutritional transition marked by a change in diet that includes higher consumption of highly processed and calorically dense foods and less physical activity (Rivera *et al.*, 2014).

The relationship between years in the US and obesity is clear in the data. Among Mexicans over 18 with fewer than ten years' of US residence, six out of ten suffer from overweight or obesity, while among those resident in the country for over ten years, the rate increases to eight out of ten. This pattern is reproduced among Central and South Americans, and the latter display an even greater increase between the two periods of residence in

Gráfica 8. Porcentaje de la población de 18 años y más por tiempo de residencia en EUA según región o país de nacimiento y categoría del Índice de Masa Corporal (IMC), 2010-2014*

Chart 8. Percentage of population over 18, by length of residence in the United States, based on country or region of birth and category of Body Mass Index (BMI), 2010-2014*



*Normal ≥ 18.5 y < 25.0 IMC; Sobrepeso ≥ 25.0 y < 30.0 IMC; Obesidad (incluye Obesidad extrema) ≥ 30 . Se excluyó desnutrición ya que representaba menos de uno por ciento por cada grupo.

Fuente: Elaboración del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.

*Normal BMI ≥ 18.5 and < 25.0 ; Overweight BMI ≥ 25.0 and < 30.0 ; Obese BMI (includes extreme obesity) ≥ 30 . Cases of malnutrition were excluded, as they represented under 1% of each group.

Source: Produced by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.



se eleva a ocho de cada diez. Este patrón se mantiene entre los centroamericanos y sudamericanos; este último grupo registra un incremento aún mayor entre estos dos periodos de residencia, pues de 9.4 pasa a 19.5 por ciento de población en esa condición (véase gráfica 8).

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo directamente ligados a la diabetes mellitus. La diabetes sin tratamiento es una enfermedad progresiva que afecta de manera gradual los nervios, la visión, los músculos y los órganos vitales del cuerpo, como el hígado y el páncreas, lo que puede conducir a la amputación de extremidades, ceguera, enfermedad del hígado graso, enfermedad renal y una variedad de trastornos cardiovasculares, así como muerte prematura (UCLA, 2014).

La atención y el diagnóstico oportuno pueden retrasar y prevenir en alguna medida la aparición de enfermedades relacionadas con la diabetes, sin embargo, no todas las personas en las que se identifica este padecimiento cuentan con seguro médico. Los mexicanos constituyen el grupo más desprotegido y también el que observa las mayores tasas de prevalencia: 92 de cada mil personas fueron diagnosticadas con diabetes, de las cuales 36 por ciento no tiene algún tipo de seguro médico. Le siguen los centroamericanos, con una prevalencia de 88 de cada mil personas diagnosticadas con esta enfermedad, donde 20 por ciento carece de este tipo de seguro. Finalmente, los sudamericanos exhiben las tasas de prevalencia más bajas, inclusive menores, comparadas con las de los nativos blancos (véase gráfica 9).¹

the more severe obesity category, which doubles from 9.4 to 19.5% of the population (see Chart 8).

Overweight and obesity are risk factors directly associated with diabetes mellitus. Untreated diabetes is a progressive illness that gradually affects the nerves, vision, muscles and vital organs, such as the liver and the pancreas, which may lead to the amputation of the limbs, and causes blindness, fatty liver disease, kidney disease, numerous cardiovascular disorders and premature death (UCLA, 2014).

Timely diagnosis and treatment can partly delay and prevent the appearance of illnesses related to diabetes; however, not all those diagnosed with this disease have medical insurance. Mexican immigrants are the group with the least insurance coverage and the highest diabetes prevalence rates: 92 out of every 1 000 persons were diagnosed with diabetes, of which 36% are uninsured. They are followed by Central Americans, with a prevalence of 88/1 000 persons diagnosed with the illness, of which 20% are uninsured. Lastly, South Americans have the lowest rates of diabetes, which are even lower than those of US-born whites (see Chart 9).¹

Mental health

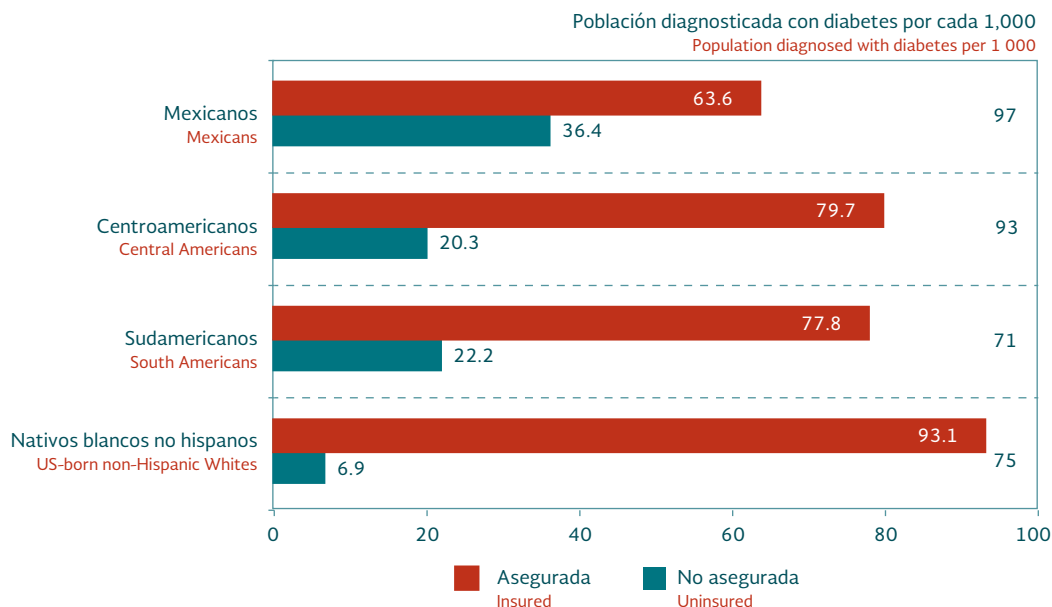
The migration process may have consequences for migrants in terms of mental health, given the difficult circumstances many face before and during migration, as well as while settling into the host country (Kirmayer *et al.*, 2010). Preparation for departure may cause anxiety and stress due to the fact that migrants are leaving their homes, while the causes of some migration, such as violence, can cause additional stress (Torres and Wallace, 2013). Migration may trigger feelings of uncertainty, particularly among migrants without social support for obtaining employment and the minimum

¹ Si bien existe un panorama desolador en cuanto al tema, vale la pena mencionar que instituciones como el Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes (NDEP, por sus siglas en inglés); la Iniciativa de Salud de las Américas de la Universidad de California en Berkeley; y el Centro de Investigación de Políticas de Salud de la Universidad de California han realizado recomendaciones asertivas para evitar la propagación de esta pandemia, en especial en la población latinoamericana. Entre ellas, se encuentran: ampliar la incorporación al seguro médico, aumentar la educación pública en la escuela y el trabajo sobre el riesgo de la obesidad y la diabetes, asegurar una adecuada cobertura de medicamentos recetados, propiciar un cuidado de la salud multilingüe, así como difundir programas que promuevan estilos de vida saludables (Diamant, 2003; Wolstein *et al.*, 2015; UCLA, 2014).

¹ Although the outlook is discouraging, institutions such as the Nacional Diabetes Educational Program (NDEP), the Health Initiative of the Americas, University of California's Berkeley and the University of California's Health Policy Research Center have made assertive recommendations to prevent the spread of the pandemic, particularly among the Latin American population. These include expanding access to medical insurance, increasing public education at school and work on the risk of obesity and diabetes, ensuring adequate coverage of prescribed medicine, encouraging multilingual health care and disseminating programs that promote healthy lifestyles (Diamant, 2003; Wolstein *et al.*, 2015; UCLA, 2014).

Gráfica 9. Porcentaje de la población residente en EUA alguna vez diagnosticada con diabetes y acceso a seguridad médica, por región o país de nacimiento, 2010-2014

Chart 9. Percentage of population resident in the United States having been diagnosed with diabetes and with access to medical insurance, by region and country of birth, 2010-2014



Fuente: Elaboración del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.

Source: Produced by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.

Salud mental

El proceso de migración puede traer consigo consecuencias para los migrantes en términos de salud mental, dadas las circunstancias que rodean al fenómeno: antes de emigrar, durante la migración y en el asentamiento en el lugar de destino (Kirmayer *et al.*, 2010). Los preparativos para emigrar pueden estar asociados a síntomas de angustia y estrés, debido a que se deja el hogar, así como a las causas de la emigración, por ejemplo, la violencia (Torres y Wallace, 2013). Por su parte, durante la migración también es posible que se desencadene una sensación de incertidumbre, sobre todo entre el segmento de migrantes que no cuenta con apoyo social; para la inserción laboral, así como para obtener los elementos mínimos para sobrevivir a la llegada a

elements needed to survive on their arrival in the United States. Moreover, the characteristics and degree of violence and threat during their journey may impact their mental health.

Lastly, settlement in a host country may involve communication and adaptation problems due to linguistic and cultural differences, in addition to exposure to racism and discrimination from the majority population, which limits job options and social integration. In this respect, the change in residence entails considerable transitions in personal relationships and in the reconstruction of social networks as well as changes in the cultural and socioeconomic systems of the migrant population (Bhugra, 2004; Rogler, 1994).

The stresses faced by migrants may cause psychological disorders such as depression, ex-



EUA. Asimismo, las características y el grado de seguridad en el que se haya llevado a cabo el traslado pueden jugar un papel fundamental.

Finalmente, el asentamiento en el país receptor puede implicar problemas de comunicación y adaptación debido a diferencias lingüísticas y culturales, además de la exposición al racismo y discriminación por parte de la población mayoritaria, elementos que obstaculizan la inserción laboral y social. En este sentido, el cambio de residencia conlleva grandes transiciones en las relaciones personales y en la reconstrucción de las redes sociales, a la par que los cambios en los sistemas culturales y socioeconómicos de la población migrante (Bhugra, 2004; Rogler, 1994).

Así, el proceso que enfrentan los inmigrantes puede provocar trastornos psicológicos como depresión, entre otros, que se identifican a través de sentimientos de tristeza y desesperanza, así como síntomas de estrés, ansiedad, falta de concentración e ideas negativas sobre sí mismos (Jablensky *et al.*, 1981). Un primer acercamiento a la salud mental de los inmigrantes latinoamericanos es conocer si han padecido al menos uno de estos sentimientos o trastornos y si éstos han afectado su vida cotidiana, en alguna medida, en los años de residencia en Estados Unidos. Esto requiere identificar las diferencias en el proceso migratorio, con énfasis en la etapa de asentamiento.

En este sentido, al menos diez por ciento de las poblaciones estudiadas de 18 años o más, ha manifestado sentirse afectada en su vida diaria, producto de algún sentimiento desesperanzador o trastorno como estrés, ansiedad o falta de concentración. Los inmigrantes con más tiempo en EUA reportan porcentajes más altos que quienes tienen menos de diez años residiendo en el país. Por ejemplo, ocho por ciento de los mexicanos de recién arribo manifestó tener algún sentimiento o trastorno descrito incrementa a 15.5 por ciento después de residir diez años o más en la Unión Americana, comportamiento que se observa entre la población sudamericana y centroamericana (véase gráfica 10).

En promedio, 14 por ciento de los latinoamericanos mayores de 18 años con más de diez años en EUA padece algún sentimiento desesperan-

pressed through feelings of sadness, despair, stress and anxiety, lack of concentration and a negative perception of themselves (Jablensky *et al.*, 1981). The first step towards addressing the mental health of Latin American immigrants is determining whether they have suffered at least one of these feelings or disorders, and whether it has affected their everyday lives during their stay in the United States. This requires identifying differences in the migration process, with an emphasis on the settlement stage.

With reference to the above, at least ten percent of those aged 18 years or over declared that they had been affected in their everyday lives as a result of a hopeless feeling or a disorder such as stress, anxiety or lack of concentration. Immigrants with more time in the US showed higher percentages than those with fewer than ten years living in the country. For example, 8% of newly arrived Mexicans reported having some of the feelings or disorders described, increasing to 15.5% after living 10 years or more in the US. The same behavior is observed among the South and Central American population (see Chart 10).

On average, 14% of Latin Americans over 18 with more than 10 years in the US have suffered from some feeling of hopelessness or anxiety, compared with 11.6% of US-born whites.

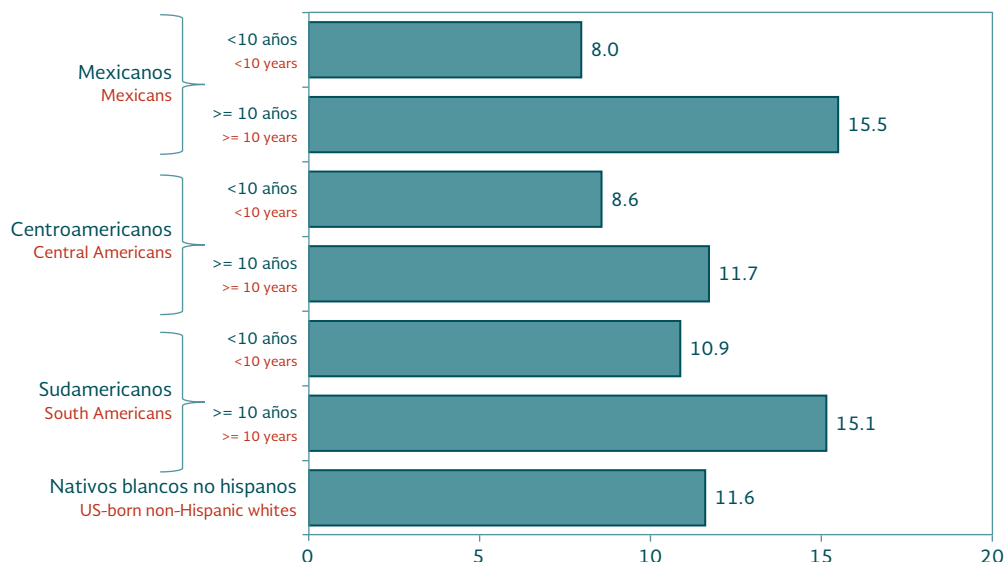
Although the issue of migrants' mental health requires further research (Bhugra, 2004; Guarniccia *et al.*, 2005), it has been documented that job and economic instability, as well as racism and discrimination, have significant negative effects on the mental health of this population group (Kirmayer, 2010; Lindert *et al.*, 2009; Beiser, 2009).

Aging

The number of Latin American immigrants aged 65 and over in the United States has increased in recent years. In 1994, for every 100 Latin Americans of working age, there were 6 older adults, increasing to 9% twenty years later. Mexican and South American experienced a major increase in the number of people over 64, with dependency ratios of 5 and 7%

Gráfica 10. Porcentaje de la población de 18 años y más por tiempo de residencia en EUA que ha padecido algún sentimiento desesperanzador,* según región o país de nacimiento, 2010-2014

Chart 10. Percentage of population over 18, by length of residence in the United States, having experienced feelings of despair,* based on country or region of birth, 2010-2014



* Algún sentimiento desesperanzador refiere a tristeza, falta de esperanza, ideas negativas sobre la propia persona o sobre la vida, a los que se agregan estrés, ansiedad y falta de concentración, todo el tiempo en los últimos 30 días anteriores a la entrevista, que han afectado la vida cotidiana del migrante.

Fuente: Elaboración del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.

* Feelings of despair refer to sadness, hopelessness, negative perception of themselves or life, stress, anxiety and lack of concentration, all along during the 30 days prior to the interview, which have affected the migrant's everyday life.

Source: Produced by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.

zador o transtorno, comparado con 11.6 por ciento de los nativos blancos.

Si bien el tema de la salud mental de los inmigrantes amerita más investigaciones (Bhugra, 2004; Guarniccia et al., 2005), hasta el momento se ha documentado que la inestabilidad laboral y económica, al igual que las expresiones de racismo y discriminación tienen efectos negativos significativos sobre este grupo de población (Kirmayer, 2010; Lindert et al., 2009; Beiser, 2009).

Envejecimiento

Los inmigrantes latinoamericanos de 65 años y más en Estados Unidos han aumentado su presencia en

in 1994 increasing to 9 and 14% in 2014, respectively. On the other hand, rates among Central American immigrants remained stable, at 6%. The Latin American population ages 65 and over rose from 433 000 to 1 379 000, increasing by two hundred percent within this period and representing 6% of this population group.

Part of the reason for the increase in the number of older immigrants is the decrease in the number of seasonal migrants who repeatedly cross the border depending on the availability of work and eventually retire in their homeland. Immigrants now remain longer in the United States because of the difficulty of crossing the border without documentation and stiffer border secu-



los últimos años. En 1994, por cada cien personas latinoamericanas en edad productiva había seis en edad avanzada, incrementándose a nueve, veinte años más tarde. Los mexicanos y sudamericanos han mostrado un mayor incremento de personas mayores de 64 años, ya que, de cinco y siete de cada 100 personas en edad productiva en 1994, aumentaron a nueve y 14 en 2014, respectivamente. En tanto que la población centroamericana pareciera tener un comportamiento estable con una tasa de seis por cada cien. En términos de volumen la población latinoamericana en este grupo de edad pasó de 433 mil a un millón 379 mil personas, reflejando un incremento mayor al 200 por ciento en el periodo señalado y representando seis por ciento de la población su grupo.

Una de las razones del aumento de personas en edad avanzada se debe a la disminución de la circularidad, es decir, a la contracción en el número de migrantes estacionales que en repetidas ocasiones cruzaban la frontera de acuerdo a la disponibilidad de empleo y finalmente se retiraban a sus países de origen. En los últimos años, los migrantes permanecen más tiempo en Estados Unidos, debido a que es más difícil entrar sin documentos a raíz del reforzamiento de la seguridad fronteriza, determinando así, que el flujo ya no regrese a su país de origen para vivir o retirarse.

El incremento en la presencia de personas en edad avanzada cobra relevancia debido a las posibles condiciones de salud en que se llega a esta etapa de vida. Un primer indicador de ello es la auto-percepción de salud, donde se distinguen importantes diferencias entre la población latinoamericana que radica en EUA. Por ejemplo, los mexicanos y los centroamericanos tienen una alta percepción de mala salud respecto a la población nativa blanca, disparidades que van creciendo conforme pasan los años. En tanto, la población sudamericana posee una mejor autopercepción, tendencia muy similar a la de los nativos (véase gráfica 11).

El patrón descrito guarda relación con las tasas de discapacidad de las poblaciones. Mientras que los mexicanos registran una incidencia más alta de personas con limitaciones a partir de los 60

erity, meaning that more immigrants no longer return to their countries of origin to live or retire.

The rise in the number of older immigrants is significant because of the health conditions of those in that age group. One key health indicator is self-assessed health, in which there are visible differences between the Latin American populations in the United States. For example, Mexicans and Central Americans have a high self-report of poor health in comparison with US-born whites, a disparity that increases over time. Conversely, the South American population has better self-reported health, similar to that of US-born whites (see Chart 11).

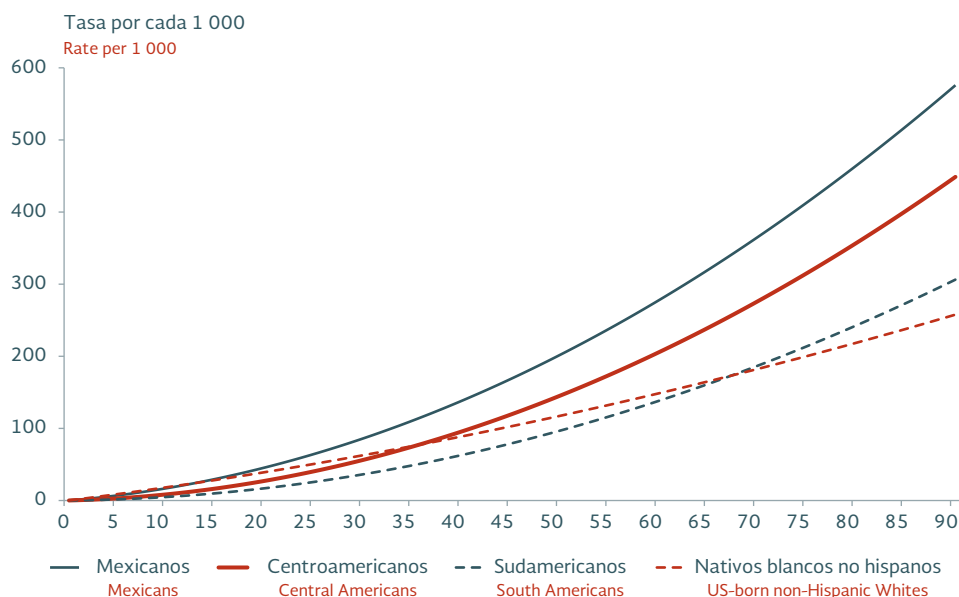
This pattern is closely linked to the populations' disability rates. Mexican immigrants report a higher incidence of persons with functional limitations from the age of 60 onwards, whereas the South American immigrant population has a greater capacity to perform everyday activities without help from others (see Chart 12). One hypothesis regarding the differences between population groups is the differences between groups in delaying needed treatment, the late detection of certain illnesses, and the conditions and characteristics of the jobs performed during young adult life, which involve various lifestyles.

For example, approximately 300 of every 1,000 Mexicans over age 64 report a diagnosis of with diabetes. This illness is clearly linked to high rates of functional limitation, which can be prevented through timely detection and management (CONAPO *et al.*, 2014).

It is estimated that by 2030, over 20% of the US population will be over 65, of which Latin Americans groups will constitute a significant proportion (Ortman *et al.*, 2014). In this regard, the aging population is a challenge for policy-making in both the sending and host societies. Achieving greater prevention of chronic conditions and disability will contribute to giving this population a better quality of life, decrease the healthcare costs of this age group and improve Latin American immigrants' degree of social integration (WHO, 2010).

Gráfica 11. Tasa de autopercepción de salud negativa,* por edad desplegada según país o región de nacimiento, 2010-2014

Chart 11. Rate of self-perception of negative* health, by age, based on country or region of birth, 2010-2014



* Se entiende como la valoración personal que un individuo o un miembro de su familia hace sobre su salud general. Para este trabajo, se considera como salud negativa la clasificación "Fair" y "Poor" de la escala Likert.

Fuente: Elaboración del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.

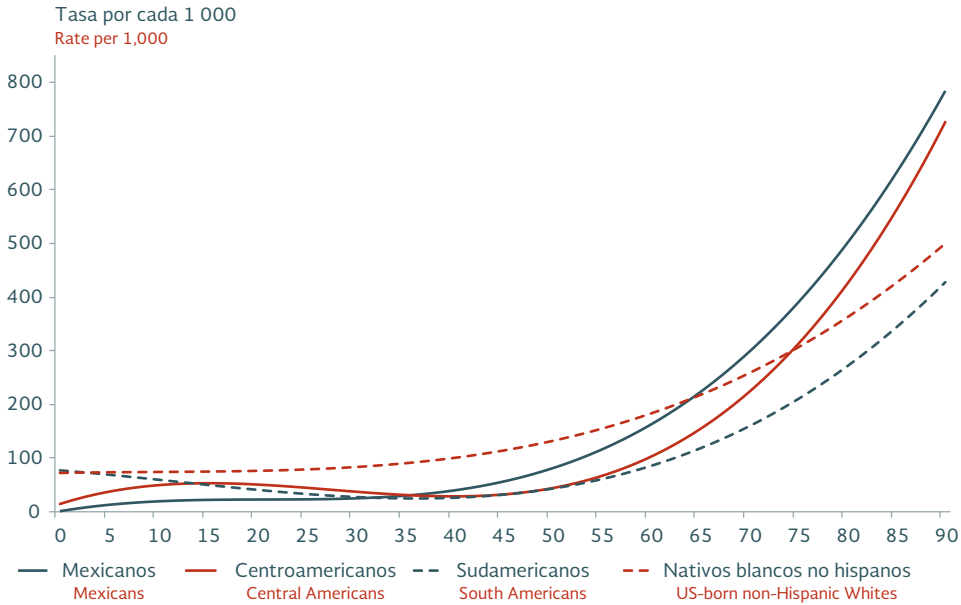
* This is understood as the personal assessment of a person or a member of their family on their general health. To this end, the ranking "FAIR" and "POOR" of the Likert scale are considered negative health.

Source: Produced by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.

años, la población sudamericana muestra una mayor capacidad para realizar actividades cotidianas sin ayuda de otra persona (véase gráfica 12). Una hipótesis sobre las diferencias entre los grupos es la postergación de cuidados, la tardía identificación de ciertos padecimientos, al igual que las condiciones y características de las actividades laborales desempeñadas durante la vida adulta joven, derivando en diversos estilos de vida.

Por ejemplo, en el caso de los mexicanos alrededor de 300 de cada mil personas mayores de 64 años son diagnosticadas con diabetes. Sin duda, esta enfermedad está relacionada con altas tasas de limitaciones funcionales que pudieran ser prevenibles mediante una atención oportuna (CONAPO et al., 2014).

Gráfica 12. Tasa de limitación funcional* por edad desplegada según región o país de nacimiento, 2010-2014
Chart 12. Rate of functional* limitation by age, based on country or region of birth, 2010-2014



*Limitación funcional refiere a un problema de salud físico, mental, emocional, que condiciona las actividades cotidianas de la persona.
 Fuente: Elaboración del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS) 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) EUA, Minneapolis: *Universidad de Minnesota*.

*Functional limitation refers to a physical, mental or emotional health problem that limits the person's daily activities.

Source: Produced by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey* (NHIS), 2010-2014. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) U.S., Minneapolis: *University of Minnesota*.

Se proyecta que en 2030 más de 20 por ciento de la población en EUA tendrá 65 años o más, en donde los grupos de latinoamericanos tendrán una presencia importante (Ortman et al., 2014). En este sentido, el envejecimiento de la población constituye un reto para la elaboración de políticas en las sociedades de origen y destino. Lograr una mayor prevención y atención a las enfermedades crónicas y la discapacidad contribuirá a que los adultos en edad avanzada tengan una mejor calidad de vida, disminuyendo costos en la atención de este grupo de edad y logrando un mayor grado de integración social para los inmigrantes latinoamericanos (OMS, 2010).



CAPÍTULO IV 15 AÑOS DE LA SEMANA BINACIONAL DE SALUD

La Semana Binacional de Salud (SBS) consiste en una serie de actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud dirigida a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población de origen latinoamericano más desfavorecida que vive en los Estados Unidos y Canadá. La SBS es un evento anual que ha sido inspirado por el modelo de la “Semana Nacional de Salud” de México y otros países latinoamericanos.

La SBS promueve la educación sobre la salud, el bienestar y la prevención de enfermedades por medio de la participación de actores clave desde los niveles comunitarios hasta los tomadores de decisiones de una manera concreta y empoderada para lograr el cambio. Este evento apoya la salud comunitaria por medio de la construcción de coaliciones entre los miembros de la comunidad, los proveedores y las agencias de salud con el propósito de incrementar el acceso a los servicios de salud de una manera cultural y lingüísticamente apropiada, integrando la educación popular para lograr sus objetivos.

La SBS es posible gracias a los esfuerzos de coordinación de las Secretarías de Salud y de Relaciones Exteriores de México, los Ministerios de Relaciones Exteriores de Guatemala, Honduras, Colombia, Ecuador y Perú, así como la Iniciativa de Salud de las Américas y de la Escuela de Salud Pública de La Universidad de California.

Estas actividades comenzaron en California (2001) como una colaboración conjunta entre la Universidad de California, el gobierno mexicano, las agencias locales, estatales y las organizaciones comunitarias de siete condados de dicho estado con una proporción alta de población inmigrante mexicana. Desde entonces, el programa ha sido coordinado conjuntamente por comités de dirigentes locales bajo el liderazgo de representantes consulares de los países participantes y la Iniciati-

CHAPTER IV 15 YEARS OF THE BINATIONAL HEALTH WEEK

Binational Health Week (BHW) includes a series of activities for disease prevention and health promotion aimed at improving the quality of life and welfare of the neediest people of Latin American origin living in the United States and Canada. The BHW is an annual event that has been inspired by the model of the “National Health Week” in Mexico and other Latin American countries.

BHW promotes health and wellness education and disease prevention through the participation of key stakeholders from grassroots to policy levels in a concrete and empowering way for change. The event supports community health through building coalitions among community members, health providers and health agencies with the purpose of increasing access to health services in a culturally and linguistically appropriate manner and integrating popular education to accomplish its objectives.

The BHW is made possible by the coordinated efforts of the Secretaries of Health and Foreign Affairs of Mexico, the Ministries of Foreign Affairs of Guatemala, Honduras, Colombia, Ecuador and Peru as well as the Health Initiative of the Americas and School of Public Health at the University of California.

These activities began in California (2001), as a joint collaboration among the University of California, the Mexican government, local and state agencies, and community organizations in seven California counties with high proportion of Mexican immigrants. Since then, the program has been coordinated jointly by local steering committees formed by a wide variety of stakeholders under the leadership of consular representatives of the participating countries and Health Initiative of the Americas (HIA), a program of the University of California, Berkeley, School of Public Health. Since

va de Salud de las Américas (ISA), programa de la Escuela de salud pública de la Universidad de California, Berkeley. Desde su inauguración, la SBS ha extendido de siete condados de California a 43 estados de la Unión Americana y tres provincias canadienses, además, el programa se ha expandido para incluir el apoyo de agencias gubernamentales y ministerios de salud de Guatemala, Honduras, Colombia, Ecuador, Perú y Brasil.

Durante los últimos 15 años, la SBS ha brindado educación sobre la salud y servicios preventivos a cinco millones de personas; la mayoría de los beneficiarios son latinoamericanos de bajos ingresos con acceso limitado a los servicios de salud y sin contar con un seguro médico. Así otorgar servicios de salud gratuitos es uno de los componentes principales de las actividades de la SBS, donde gestionar asociaciones con los médicos locales, las clínicas comunitarias, hospitales, facultades de medicina y con el Programa Ventanillas de Salud ha sido esencial para promover estos servicios de forma efectiva a la comunidad. Por ejemplo, en 2014 se brindaron aproximadamente 224 mil servicios de salud durante los eventos de la SBS. Hoy es posible gracias al trabajo conjunto de la red consular de seis países latinoamericanos y la participación de miles de agencias de salud y voluntarios, atendiendo en promedio a 340 mil personas cada año (véase cuadro 2).

Uno de los objetivos principales de la semana binacional es ayudar a promover el conocimiento y desarrollar sus habilidades entre la población migrante latinoamericana, ofreciéndoles asesorías para acceder a los programas y servicios de salud disponibles, incluyendo los gratuitos.

Actualmente, se cuenta con la participación y el interés de 43 estados estadounidenses y tres provincias canadienses, 120 consulados de países latinoamericanos, más de 5,000 agencias de salud y 15,000 voluntarios, la SBS se considera una de las redes relacionadas con la salud pública más grandes del continente americano. A través de esta red, se han desarrollado relaciones personales y lazos, con nuevas ideas y oportunidades que han surgido del trabajo colaborativo, mismas que han provocado cambios en la organización y en el programa.

its inception, BHW has grown from seven California counties to 43 U.S. states and three provinces in Canada. Furthermore, the program has expanded to include the support of government agencies and health ministries from Guatemala, Honduras, Colombia, Ecuador, Peru, and Brazil.

During the last 15 years, BHW has provided health education and preventive services to an estimated five million people. The majority of them are low-income Latin Americans who have limited access to health services and lack health insurance. The provision of free health services is one of the main components of BHW activities, which is made possible through partnerships with local physicians, community clinics, hospitals, medical schools and program “Ventanillas de Salud”. In 2014, an estimated 224,000 health services were provided during BHW events. Today, it is made possible by the collaborative work of the consular network of six Latin-American countries, and the participation of thousands of health agencies and volunteers, reaching and serving an average of 340,000 people each year (see Table 2).

A primary objective of BHW is to help promote knowledge and awareness of health issues among Latin American immigrants and build their skills in navigating the health system, providing them guidance in accessing available health programs and services and free health services.

BHW currently has the participation of 43 U.S. states and 3 Canadian Provinces, 120 consulates from Latin American countries, over 5,000 health agencies and 15,000 volunteers, making BHW one of the largest public health-related networks in the Americas. Though this network, personal relationships and ties have been developed, and new ideas and opportunities have arisen from working together, leading to organizational and program changes.

Community Mobilization

The decentralized structure of BHW is composed of local task forces (community advocates and volunteers), which locally implement their events



Cuadro 2. Total de participantes y personas beneficiadas con las acciones de la Semana Binacional de Salud, y ubicación anual del Foro de Política Migración y Salud Global 2001-2014
Table 2. Total participants and beneficiaries of the actions of the Binational Health Week, and location of the Annual Policy Forum on Migration and Global Health 2001-2014

Años/ Year	Países participantes/ Participating Countries	Estados de la Unión Americana y provincias de Canadá/ States of the U.S. and Canadian provinces	Número de eventos/ Number of events	Agencias participantes/ Participating Agencies	Consulados participantes/ Participants consulates	Personas beneficiadas/ Beneficiaries	Ubicación anual del Foro de Política de Migración y Salud Global/ Location of the Annual Policy Forum on Migration and Global Health	
							Ciudad y Estado/ City and State	País/ Country
2001	2	1/0	98	115	4	18 720	Los Angeles, California	US
2002	2	1/0	197	280	12	21 710	Morelia, Michoacán	MX
2003	2	1/0	212	334	22	70 440	Los Angeles, California	US
2004	2	15/0	315	390	34	116 648	León, Guanajuato	MX
2005	3	27/3	792	470	45	238 617	Chicago, Illinois	US
2006	5	31/3	1 014	3 000	37	300 000	Guadalajara, Jalisco	MX
2007	6	33/3	1 510	6 586	88	301 661	Los Angeles, California	US
2008	6	35/3	2 562	10 377	114	549 361	Zacatecas, Zacatecas	MX
2009	8	33/3	1 441	10 895	141	765 901	Santa Fe, New Mexico	US
2010	9	40/3	1 312	10 133	150	734 657	Guanajuato, Guanajuato	MX
2011	9	40/3	1 748	7 500	150	499 184	San Antonio, Texas	US
2012	9	40/3	1 376	9 079	133	461 770	Oaxaca, Oaxaca	MX
2013	9	43/3	3 373	8 684	133	381 175	Washington, D.C.	US
2014	9	43/3	1 634	3 507	111	300 681	San Luis Potosí, San Luis Potosí	MX

Fuente: Iniciativa de Salud de las Américas (ISA)./Source: Health Initiative of the Americas (HIA).

Mobilización Comunitaria

La estructura descentralizada de la SBS se compone de la fuerza de trabajo local (líderes comunitarios y voluntarios) que efectúa sus eventos conforme a sus propios recursos. Los miembros de las fuerzas de trabajo a menudo incluyen a representantes de los consulados de México y de otros países latinoamericanos, representantes del gobierno de la ciudad, agencias federales o estatales, organizaciones de salud, clínicas comunitarias, instituciones educativas, asociaciones de la ciudad de origen, grupos religiosos y líderes locales. Estas fuerzas de trabajo identifican diversas fuentes de fondos y recursos, desarrollan planes de alcance de la SBS, materiales publicitarios y organizan la logística para realizar los eventos que se ofrecen a la comunidad; también ayudan a guiar los esfuerzos actuales de planificación y evaluación.

La SBS ha ganado un amplio reconocimiento y apoyo en la comunidad, debido en parte a la dimensión cultural que usa para promover la salud, en una población que puede ser difícil de alcanzar por medio de esfuerzos convencionales o típicos. A través del modelo de la SBS, las comunidades inmigrantes se reúnen en torno a asuntos de salud en una manera que les es familiar, y aunque los eventos se enfocan a la salud incluyen aspectos de la cultura latinoamericana como la música, el baile y el arte.

Cada año la Semana Binacional de Salud encarga un mural conmemorativo, éste se presenta durante la inauguración como el inicio oficial. El mural se reproduce en carteles y se distribuye a nivel nacional. También se adopta un lema cada año en inglés y en español que resume los objetivos e ideales de la SBS (véase cuadro 3.).

Capacitar al personal de salud y a los grupos de trabajo

Los proveedores de salud, los trabajadores comunitarios “promotores” y los empleados de salud son participantes clave en las actividades de la SBS. Por ejemplo, muchos proveedores de salud no están conscientes de la manera en la que ciertos asun-

based on their own resources. Task force membership often includes representatives from the consulates of Mexico and other Latin American countries, city government representatives, federal or state agencies, health organizations, community clinics, educational institutions, hometown associations, religious groups, and local leaders. These task forces identify funding and resources, develop BHW outreach plans and promotional materials and organize the logistics to conduct the events offered to the community. They also help guide ongoing planning and evaluation efforts.

BHW has gained widespread recognition and support at the community and grassroots level, in part due to the cultural dimension it uses to promote health among a population that can be difficult to reach by conventional or mainstream efforts. Through the BHW model, immigrant communities come together around health issues in a way that is familiar to them and even though events are focused on health they include aspects of Latin American culture such as music, dance, and art.

Each year BHW commissions a commemorative “mural”, which is unveiled during the BHW Inauguration as the official kick-off. The mural is replicated on posters and distributed nationally. Each year a campaign slogan is chosen that, which summarizes the objectives and ideals of BHW (see Table 3).

Train Health Personnel and Task Forces

Health providers, community health workers known as “promotores” and health employees are key participants in BHW activities. For instance, many health providers are not aware of the way certain health issues, particularly those related to migration, affect Latin American ancestry and immigrant communities.

Since 2013, four training webinars have been offered to BHW coordinators and their local health provider partners, as a way to improve their ability to promote health among the communities they serve. With the support of the US Cen-



tos de salud, particularmente aquellos relacionados con la migración, afectan a las comunidades latinoamericanas e inmigrantes.

Desde el 2013, se ofrecen cuatro seminarios de capacitación en línea a los coordinadores de la SBS y a sus socios proveedores de salud en lo local, como una manera de mejorar su capacidad de promover la salud entre las comunidades a las que sirven. Con el apoyo de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la Iniciativa de Salud de las Américas (ISA), la Secretaría de Salud (estatal y nacional) y la Secretaría de Relaciones Exteriores de México, y los Ministerios de asuntos exteriores del resto de países de Latinoamérica, se imparten seminarios en línea que abordan diversos temas para la comunidad. Además, estas agencias proporcionan recursos educativos valiosos impresos y electrónicos en español que se distribuyen durante los eventos de la SBS. Estos materiales y los seminarios en línea se almacenan para su consulta durante todo el año en el sitio web de SBS (www.semanabinacionaldesalud.org). Además de los seminarios en línea, ISA organiza conferencias telefónicas periódicas con cada red consular para ofrecer asesoría en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de los eventos de salud.

Proporcionar acceso a servicios de salud

Un objetivo clave de la SBS es promover el aumento del acceso a la atención médica de calidad para las personas desatendidas, de ascendencia latinoamericana y los inmigrantes, muchos de los cuales viven fuera de la zona de cobertura de los sistemas médicos y de salud. Para algunos, la SBS representa la única oportunidad para acceder a los servicios de salud gratuitos. En las encuestas realizadas en los eventos de la SBS, aproximadamente el 30 por ciento de los encuestados declaró que la primera vez que recibió un servicio de salud en los Estados Unidos fue a través de la SBS. Los servicios de salud y las evaluaciones que se ofrecen en los eventos de la organización

ters for Disease Control and Prevention (CDC) and the US Centers for Medicare and Medicaid Services, the HIA and the Secretariat of Health (State and National) and Foreign Affairs of Mexico, and the Ministries of Foreign Affairs of the other Latin American countries, each webinar has covered a different topic relevant to the Latin American community. These agencies also provide valuable print and electronic educational resources in Spanish to be disseminated during BHW events. The materials and the webinars are housed for year-round use at the BHW website (www.binationalhealthweek.org). In addition to the webinars, HIA organizes periodic conference calls with each consulate network to offer guidance on the process of planning, executing, and evaluating the health events.

Providing Access to Health Services

A key objective of BHW is to promote increased access to quality health care for underserved and Latin American immigrants, many of whom lack access to medical and other health care. For some, BHW serves as the only opportunity for accessing free health services. In surveys carried out at BHW events, approximately 30% of respondents stated that BHW was the first time they had received a health service in the United States. Health services and screenings offered at BHW vary according to year and region, but at the majority of events, the following are offered: glucose screenings, cholesterol assessments, BMI determinations, blood pressure tests, dental and vision check-ups, mammograms, breast exams, PAP smears, and vaccinations, among others.

In 2010, the Affordable Care Act (ACA) was passed, creating the opportunity to extend access to health insurance for millions of Americans and immigrants resident in the United States. After the passage of the ACA, BHW served as an important vehicle to outreach to underinsured Latin Americans, who, as we have seen, represent a large proportion of the uninsured population in the U.S. Since the time the law took effect, numerous BHW events

varían conforme al año y la región, pero en la mayoría de los eventos se ofrecen los siguientes: mediciones de glucosa y colesterol, índice de masa corporal, presión sanguínea, revisiones dentales y de la vista, mamografías, exámenes de los senos, pruebas de papanicolaou y vacunas, entre otros.

En 2010, se aprobó la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), lo cual significó la oportunidad de extender el acceso al seguro médico para millones de estadounidenses e inmigrantes residentes en los Estados Unidos. Después de la aprobación de dicha ley, la SBS sirvió como un vehículo importante para enlazar a la población latinoamericana que no había podido acceder a un seguro con estos beneficios, que como vimos representan una gran proporción de la población no asegurada en Estados Unidos. Desde la entrada en vigor de la ley, la SBS ha organizado muchos eventos que proporcionan información sobre la elegibilidad del programa y la forma de asegurarse.

Además de proporcionar servicios y evaluaciones de salud, la SBS promueve el acceso a la atención médica de calidad a través del trabajo del ISA en la producción y disseminación de materiales de promoción de la salud cultural y lingüísticamente apropiados. Campañas y paquetes de herramientas y otros recursos técnicos personalizados localmente para apoyar a los grupos de trabajo de la SBS.

Impacto en la política y la legislación

El desarrollo de las políticas está fuertemente relacionado con la mejora de los comportamientos y los resultados de la salud de la población. Las comunidades se fortalecen al desarrollar la capacidad de influenciar y apoyar los esfuerzos de políticas que respondan a sus necesidades comunitarias; en ese sentido todo el trabajo relacionado con la SBS en el nivel local, se complementa y apoya con la interacción política de más alto nivel, con los responsables de desarrollar la política y aprobar las legislaciones, logrando con ello que más de 400 resoluciones y proclamas respalden a la SBS a nivel nacional.

have been organized to provide information on program eligibility and how to become insured.

In addition to providing health services and screenings, BHW promotes access to quality health care through HIA's work in the production and dissemination of culturally and linguistically appropriate health promotion. Also, media campaigns and kits, national health campaign tool kits, and other technical resources that are locally customized to support BHW task forces were created.

Informing Policy and Legislation

Policy development is strongly related to improved population health behaviors and outcomes. Communities can be empowered by developing the capacity to influence and support policy efforts that respond to community needs. In this regard, all the work that takes place related to BHW at the local level is complemented and supported by higher-level, political engagement of stakeholders with those responsible for developing policy and passing legislation. Over 400 resolutions and proclamations have endorsed BHW nationally.

BHW connects communities with state, national and binational policy efforts through the participation of key health stakeholders at an annual event dedicated to putting migration and health issues on the public agenda, the **Policy Forum on Migration and Global Health**. Held alternately in the U.S. and Mexico, this forum brings together policy makers from participating countries to review relevant research related to immigrant health, and to discuss strategies for improving the inclusion of immigrants and underserved Latin Americans in the U.S. health system (see Table 2).

The Forum gives immigrant health issues an international spotlight with significant media coverage; it also serves as an inauguration of Binational Health Week, providing policy makers, researchers and community organizations with the opportunity to work together, exchange information, and explore possibilities for future collaborative work. The



La SBS conecta a las comunidades con los esfuerzos de políticas estatales, nacionales y binacionales por medio de la participación de actores clave de la salud en un evento anual dedicado a colocar los asuntos de migración y salud en la agenda política, el **Foro de Política sobre la Migración y la Salud Global**. Este foro que se lleva a cabo de manera alternada en Estados Unidos y México, reúne a los diseñadores de políticas de los países participantes para que revisen la investigación relevante relacionada con la salud de los inmigrantes y discutan estrategias para mejorar la inclusión de los inmigrantes y de las personas de ascendencia latinoamericana desatendidas en el sistema de salud estadounidense (véase cuadro 2).

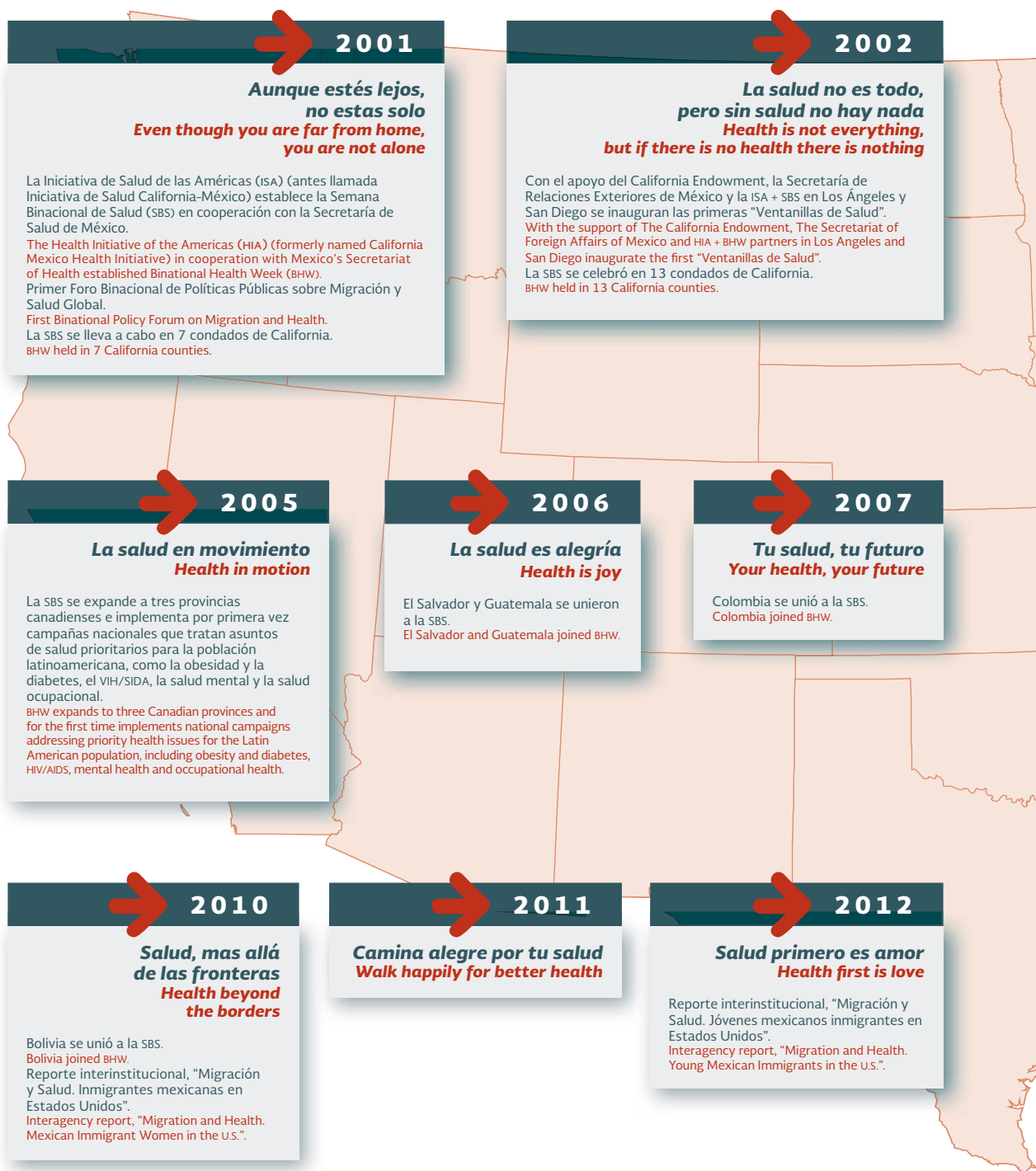
El foro destaca los asuntos de salud de los inmigrantes a nivel internacional gracias a su amplia cobertura en medios, también sirve como inauguración a la Semana Binacional de Salud (SBS). A los diseñadores de políticas, investigadores y organizaciones comunitarias les da oportunidad de trabajar juntos, intercambiar información y explorar posibilidades para el trabajo colaborativo futuro, comenzando con un evento festivo en torno a las culturas y tradiciones latinoamericanas.

A nivel binacional, La SBS también sirve como una plataforma para que las redes consulares latinoamericanas lleguen efectivamente a las comunidades a las que sirven. El impacto de la SBS en las políticas se pone en evidencia gracias a la participación activa de estas redes. Los miembros abogan por sus poblaciones inmigrantes en Estados Unidos, proporcionan recursos y movilizan redes más grandes para apoyar e implementar las actividades de la SBS. El liderazgo de estas redes consulares es visible en el trabajo de la SBS y en la comunidad durante la planificación e implementación de ésta.

forum also serves as a festive kick-off event that showcases Latin cultures and traditions.

At the binational level, BHW serves as a platform for the Latin American consular networks to effectively reach the communities they serve. The policy impact of BHW is evidenced by the active participation of these networks. Members advocate for their immigrant populations in the U.S. and provide resources and mobilize broader networks to support and implement BHW activities. The leadership of these consular networks is visible in the work of BHW task forces, and in the community during BHW planning and implementation.

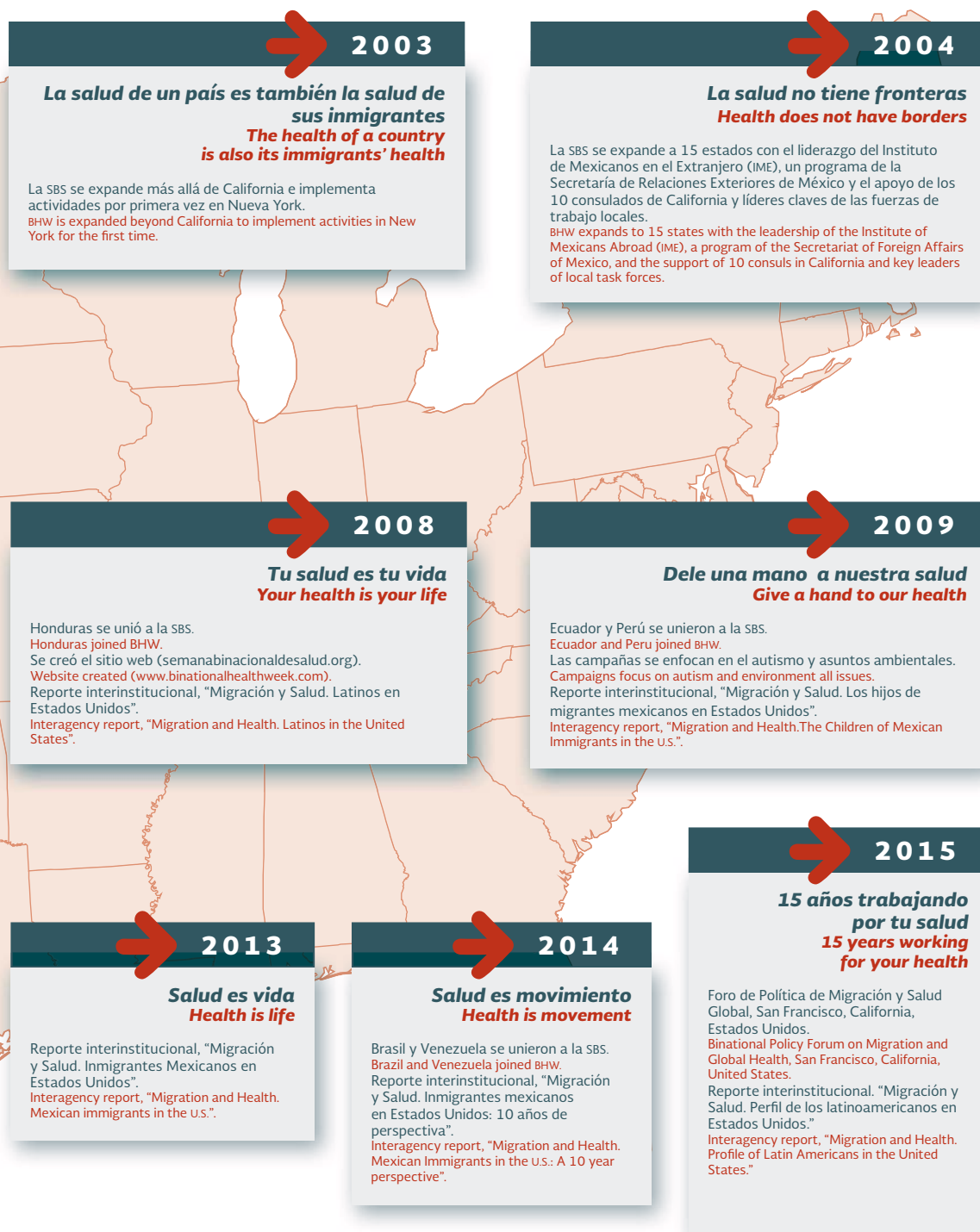
Cuadro 3. Planificación para una misión común: la salud y el bienestar de los inmigrantes latinoamericanos y sus familias, línea del tiempo



Fuente. Iniciativa de Salud de las Américas (ISA)./Source: Health Initiative of the Americas (HIA).



Table 3. Planning for a Common Mission: Health and Wellbeing for Latin American Immigrants and their families, timeline





CONCLUSIONES

La población latinoamericana que vive en Estados Unidos está constituida principalmente por personas en edad de trabajar y en un menor porcentaje por niños, adolescentes y adultos mayores. El primer grupo, en su mayoría, se ubica en un nivel educativo básico, pues siete millones de inmigrantes mayores de 25 años tenían menos de 12 grados de estudios. Se estima que 8.5 millones de migrantes no tenían documentos. Las personas con pocos años de escolaridad y con estado migratorio como no autorizado, tienen pocas opciones de empleo, en este sentido, las actividades ligadas a los sectores de servicios y construcción absorben a siete de cada diez inmigrantes latinoamericanos, tareas que se distinguen por otorgar menores o nulas prestaciones respecto a otros sectores de ocupación. A lo anterior se suma que una tercera parte, 5.5 millones, se encuentra en condición de pobreza.

El acceso a servicios médicos depende fundamentalmente del seguro de salud que proporciona principalmente el empleador. En este sentido, la segregación ocupacional, los bajos ingresos así como la condición de residencia no legal conduce a que 8.4 millones de latinoamericanos, 48 por ciento en promedio anual entre 2010 a 2014, carezcan de seguro de salud. Si bien en el periodo señalado, se ha reducido en 18 por ciento el número de personas que no cuentan con un acceso regular a atención médica durante el primer año de implementación del ACA, cabe destacar que cuatro de cada diez menores de hasta 16 años, cinco de cada diez personas en edad laboral y uno de cada diez personas de edad avanzada, no cuentan con acceso a cuidados de salud.

Lo anterior implica varios retos en materia de salud para la población latinoamericana en Estados Unidos. En el presente documento se abordaron tres de ellos: diabetes y obesidad, salud mental,

CONCLUSIONS

The Latin American immigrant population that lives in the United States consists mainly of working age people and a smaller percentage of children, adolescents and senior citizens. The majority of the first group has only a very basic education level, since 7 million immigrants over the age of 25 have fewer than 12 years of schooling. In addition, it is estimated that there are 8.5 million unauthorized migrants. Those with low educations and unauthorized immigration status face limited employment options, leading to seven out of ten Latin American immigrants being engaged in activities in the service and construction sectors, which provide little or no health or other benefits in contrast to professional occupations. This is compounded by the fact that a third of these immigrants, 5.5 million, live in poverty.

Access to medical services depends on health insurance, which is most commonly provided by employers. The occupational segregation, low incomes, and often lack of legal resident status, leads to 8.4 million Latin Americans, an annual average of 48%, lacking regular access to health services between 2010 and 2014. Although the number of persons in this category has dropped by 18% in the first year that the ACA was implemented, four out of ten children under 16, five out of ten people of working age and one out of ten senior citizens lack regular access to healthcare.

This raises several health challenges for the health of Latin American immigrants. This document addresses three of them: diabetes and obesity, mental health and aging. Among those without health insurance, it was found that Latin Americans have a greater prevalence of diabetes, with 87 out of 1 000 Latin American immigrants diagnosed with the illness, compared to 75 out of 1 000 US-born whites.

y envejecimiento. Entre quienes no cuentan con seguro médico, se encontró que hay una mayor prevalencia de diabetes entre los latinoamericanos, ya que 87 de cada mil personas han sido diagnosticadas con la enfermedad en comparación con 75 de cada mil personas nativas blancas no hispanas.

Respecto a la salud mental, se identificó que en promedio trece por ciento de los latinoamericanos se ha sentido afectado en su vida diaria debido a algún sentimiento desesperanzador o trastorno como el estrés, ansiedad, falta de concentración e ideas negativas sobre sí mismos, proporción mayor entre quienes tienen diez años o más residiendo en EUA.

En términos de envejecimiento, el grupo de población de 64 años y más, representa siete por ciento de los latinoamericanos, incrementándose la tasa de dependencia en edades avanzadas de seis a nueve por ciento de 1994 a 2014. Si consideramos que dicha tendencia no se revertirá, por el contrario, se incrementará, se podría perfilar un escenario complejo para los próximos años, debido a las característica de salud así como los niveles de no acceso a seguro médico, sobre todo para los mexicanos.

Las características sociodemográficas de la población latinoamericana, así como los indicadores en materia de acceso y condiciones de salud, deben de integrarse en esquemas que prevengan, detecten y aminoren los padecimientos y diferencias entre los grupos poblacionales. Acciones como la aprobación y la puesta en marcha de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) resultan un importante avance, ya que, según indicios mostrados en este trabajo, el total de personas latinoamericanas en condición de pobreza sin acceso a servicios de salud disminuyó de 3.5 a 2.5 millones de 2010 a 2014. No obstante, deja fuera a una de las poblaciones más vulnerables, aquella que no cuenta con documentos.

Durante los últimos 15 años, uno de los esfuerzos para mejorar la salud de los migrantes y sus familias sin importar su estatus migratorio se ha materializado en la Semana Binacional de Salud (SBS). La cual, se ha formado y mantenido de la colaboración a nivel local, estatal, nacional

For mental health, on average, thirteen percent reported that they were affected in their everyday lives by feelings of despair or disorders such as stress, anxiety, lack of concentration or a negative perception of themselves, with a higher proportion being found among those with ten or more years living in US.

Lastly, on the subject of aging, 7% of Latin Americans were over 64, increasing the age dependency rate from 6 to 9% from 1994 to 2014. Since this trend will most likely continue to increase, the coming years will likely see a complex situation due to health and characteristic levels no access to health insurance, particularly for Mexicans.

The socio-demographic characteristics of the Hispanic population, and the indicators regarding healthcare access and health conditions, should be incorporated into programs to prevent, detect and decrease illnesses and the differences in access to medical services among population groups. Actions such as the passage and implementation of the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) are a significant advance, since the indicators discussed in this work show that the number of Hispanics living in poverty without access to health services decreased from 3.5 to 2.5 million between 2010 and 2014. But nevertheless, it left behind one of the most vulnerable populations, those without immigration documents.

For the past 15 years, one of the efforts to improve health of migrants and their families regardless of their migration status has materialized in the Binational Health Week (BHW). It has been formed and supported by local, state and national and international collaborations, becoming the greatest mobilization effort in the Americas. All with the goal of achieving effective actions to promote access to care to the populations that are not represented in the actual health system.

Thus, the main remaining tasks include researching the effects of actions such as ACA on the health of migrants in various age groups; monitoring those with a previous diagnoses of diabetes; keeping a more precise record of mental health and its relationship with physical illnesses; and more



e internacional, convirtiéndose en el esfuerzo más grande de movilización en el continente americano. Todo ello con el objetivo de lograr acciones efectivas en favor del acceso al cuidado a una población que no está representada por el sistema de salud existente.

Aún quedan como tareas pendientes, investigar a mayor profundidad los efectos de acciones como el ACA en la salud de los inmigrantes entre los diferentes grupos de edad; dar seguimiento a los diagnósticos previos de diabetes; contar con un registro más preciso sobre la salud mental y su relación con los padecimientos físicos; y documentar en mayor medida las condiciones y tendencias de la población en edades avanzadas, que en su conjunto constituyen aristas que no deben perderse de vista para la elaboración y seguimiento de los programas y acciones sociales, en aras de mejorar la calidad de vida de los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos.

En este sentido, se tiene la esperanza que el presente informe contribuya a mejorar las oportunidades en materia de salud, para los latinoamericanos que viven, trabajan y construyen el sueño americano. SALUD CON DIGNIDAD PARA TODOS.

accurately documenting the conditions and trends of the population of advanced age. All these aspects should be considered in the design and monitoring of social programs and actions seeking to improve the quality of life of Latin American immigrants in the United States.

In this respect, it is hoped that this report will contribute to improving the opportunities for all Latin American immigrants who live, work and contribute to building the American dream. HEALTH WITH DIGNITY FOR ALL.



BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY

- Ariza, Marina y Orlandina De Oliveira (2007), "Familias, pobreza y desigualdad en Latinoamérica, una mirada comparativa", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, El Colegio de México, vol. 22, núm.1, México, pp. 9-42.
- Beiser, Morton (2009), "Resettling refugees and safeguarding their mental health: lessons learned from the Canadian Refugee Resettlement Project", en *Transcultural Psychiatric Research Review*, McGill University, Division of Social & Transcultural Psychiatry, vol. 46, núm. 4, Inglaterra, diciembre, pp. 539-583.
- Bhugra, Dinesh (2004), "Migration, distress and cultural identity", en *British Medical Bulletin*, vol. 69, pp. 129-141.
- Bilbao, Elena, Jennifer Burrell y James Collins (2012), "La migración mexicana y su acceso a los servicios de salud. Una perspectiva binacional desde Puebla y la región de la capital del estado de Nueva York", en *Iberofórum, Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, vol. VII, núm. 13, México, enero-junio, pp. 61-97.
- Caicedo, Maritza (2011), "La inserción ocupacional de latinoamericanos en Nueva York y Los Ángeles", en *Norteamérica*, CISAN-UNAM, núm. 6, México, julio-diciembre, pp. 177-215.
- Calva, Luis (2014), *La migración calificada de mexicanos a Estados Unidos y su inserción al mercado laboral*, Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios Regionales, El Colegio de la Frontera Norte, México, pp. 189.
- Carrasquillo, A.I., O. Carrasquillo y S. Shea (2000), "Health insurance coverage of immigrants living in the United States: differences by citizenship status and country of origin", en *American Journal of Public Health*, American Public Health Association, vol. 9, núm. 6, pp. 917-923.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), Fundación BBVA Bancomer y BBVA Research (2014), *Anuario de Migración y Remesas*, CONAPO, Fundación BBVA Bancomer y BBVA Research, México, pp. 180.
- , Iniciativa de Salud de las Américas (ISA) y Unidad de Política Migratoria (UPM) (2014), *Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos: 10 años de perspectiva*, CONAPO, ISA y UPM, México, pp. 91.
- (2013), *Migración y Salud. Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos*, CONAPO, ISA y UPM, México, pp. 77.
- Cossrow, Nicole y Bonita Falkner (2004), "Race/ethnic issues in obesity and obesity-related comorbidities", en *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Estados Unidos, vol. 89, núm.6, pp. 2590-2594.
- Diamant, Allison, Susan Babey, Richard Brown y Neetu Chawla (2003), *Diabetes in California: nearly 1.5 million diagnosed and 2 million more at risk*, UCLA Center for Health Policy Research, Los Ángeles, California, pp. 8.
- Durand, Jorge y Douglas S. Massey (2003), *Clandestinos, migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI*, Universidad Autónoma de Zacatecas-Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 210.
- Fisher-Hoch, S.P., Rentfro A.R., Salinas J.J., Pérez A., Marrón H.S., Reininger B.M., Restrepo B.I., Wilson J.G., Hossain M.M., Rahbar M.H., Hanis C.M., McCormick J.B.(2010), "Socioeconomic status and prevalence of obesity and diabetes in a Mexican American community, Cameron County, Texas, 2004-2007", en *Preventing Chronic Disease*, Centers for Disease Control and Prevention, vol. 7, núm. 3, Estados Unidos, pp.10.
- Giorguli, Silvia, Selene Gaspar y Paula Leite (2007), *La migración mexicana y el mercado de trabajo estadounidense: tendencias, perspectivas y ¿oportunidades?*, CONAPO, México, pp. 159.
- Guarnaccia, Pedro y Henry Acosta (2005), "Mental health in the Hispanic immigrant community: an

- p>overview”, en
- Journal of Immigrant & Refugee Services*
- , The Haworth Social Work Practice Press, vol. 3, (1/2), pp. 21-46.
- Hill, Ian y Sarah Benatar (2012), “Congressionally mandated evaluation of the Children’s Health Insurance Program: a case study of New York’s Child Health Plus Program”, en *Mathematical Policy Research*, Washington, D.C., Estados Unidos, septiembre, pp. 50.
- Integrated Public Use Microdata Series (2010-2013), *Integrated Health Interview Series* (IHIS), Minnesota Population Center y State Health Access Data Assistance Center, Minneapolis, Estados Unidos, en: <http://www.ihis.us/>
- (2010-2014), *Current Population Survey* (CPS), Universidad de Minnesota, Minneapolis, Estados Unidos, en: <https://cps.ipums.org/cps/>
- Jablensky, A.N., Sartorius W., Gulbinat y G. Ernberg (1981) “Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. A report from the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders”, en *Acta psychiatrica Scandinavica*, vol. 63(4), Estados Unidos, abril, pp. 367-383.
- Kirmayer, Laurence, Hanna Kienzler, Abdel Hamid Afana y Duncan Pedersen (2010), “Trauma and disasters in social and cultural context”, en *Principles of Social Psychiatry*, Wiley-Blackwell, New York, pp. 155-177.
- Lindert, Jutta, Ondine S. von Ehrenstein, Stefan Priebe, Andreas Mielck y Elmar Brähler (2009), “Depression and anxiety in labor migrants and refugees. A systematic review and meta-analysis”, en *Social Science and Medicine*, Elsevier, vol. 69, núm. 2, pp. 246-257.
- Lovejoy, Jennifer, Jacques A. de la Bretonne, Marcos Klemperer y Richard tulley (1996), “Abdominal fat distribution and metabolic risk factors: effects of race”, en *Metabolism*, vol. 45, núm. 9, pp. 1119-1124.
- Martínez, Jorge (2003), “El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género”, en *Serie Población y Desarrollo*, CELADE y Fondo de Población de las Naciones Unidas, vol. 44, Chile, pp. 95.
- Martorell, Reynaldo (2005), “Diabetes and Mexicans: why the two are linked”, en *Preventing Chronic Disease*; Centers for Disease Control and Prevention, vol. 2, núm. 1, Estados Unidos, pp. 5.
- Messias, DeAnne, Marylyn Morris, Lauren Clark (2015), “The impact and implications of undocumented immigration on individual and collective health in the United States”, en *Nursing Outlook*, vol. 63, núm.1, Estados Unidos, pp. 77-85.
- Okosun, IS, SH Tedders, S Choi y GEA Dever (2000), “Abdominal adiposity values associated with established body mass indexes in white, black and Hispanic Americans. A study from the Third National Health and Nutrition Examination Survey”, en *International Journal of Obesity*, vol. 24, núm.10, octubre, pp. 1279-1285.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015), “Envejecimiento”, en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/> consultado el 01/julio/ 2015.
- Ortman, Jennifer, Victoria A. Velkoff y Howard Hogan (2014), “An aging nation: the older population in the United States”, en *Population Estimates and Projections, Current Population Reports*, U.S. Census Bureau, Estados Unidos, mayo, pp. 28.
- Passel, Jeffrey y D’Vera Cohn (2014), *Unauthorized immigrant totals rise in 7 states, fall in 14. Decline in those from Mexico fuels most state decreases*, Pew Research Center’s Hispanic Trends Project, Washington, D.C., Estados Unidos, noviembre, pp. 53.
- Piore, Michael J (1979), *Birds of Passage: Migrant Labor in Industrial Societies*, Cambridge University Press, Estados Unidos, pp. 229.
- Pourat, N. y M.W. Hadler (2014), *Ready for ACA? How community health centers are preparing for Health Care Reform*, UCLA Center for Health Policy Research, Los Ángeles, California, Estados Unidos, pp. 6.
- Rivera, Juan Ángel, Teresita González, Lilia Pedraza, Tania Aburto, Tania Sánchez y Reynaldo Martonell, (2014) “Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review” en *The Lancet Diabetes y Endocrinología*, vol. 2, núm. 4, pp. 321-332.
- Rodríguez, Michael A., Maria-Elena Young y Steven P. Wallace (2015). *Creating Conditions to Support Healthy People: State Policies that Affect the Health of Undocumented Immigrants and Their Families*. San Francisco, CA: UC Global Health Institute.



- Rogler, Lloyd H. (1994), "International migrations: A framework for directing research", en *The American Psychologist*, American Psychological Association Washington, vol. 49, núm. 8, Estados Unidos, agosto, pp. 701-708.
- Sassen, Saskia (1993), *La movilidad del trabajo y del capital. Un estudio sobre la corriente internacional de la inversión internacional y del trabajo*, Centro de Publicaciones del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, Madrid, España, pp. 302.
- Short, Kathleen (2011), "The research supplemental poverty measure: 2010", en *Current Population Reports*, U.S. Census Bureau, vol. P60-241, Estados Unidos, noviembre, pp. 24.
- Siegel, Jacob S. y Henry S. Shryock (2004), *The methods and materials of demography*, Elsevier Academic Press, Estados Unidos, pp. 471.
- Solimano, Andrés (2010), *International Migration in the Age of Crisis and Globalization*, Cambridge University Press, Estados Unidos, pp. 240.
- Texidó, Ezequiel y Jorge Gurrieri (2012), *Panorama Migratorio de América del Sur*, Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Oficina Regional para América del Sur, Argentina, pp. 145.
- Townsend, Peter (1979), "Concepts of Poverty and Deprivation", en *Poverty in the United Kingdom*, Allen Lane and Penguin Books, Londres, Inglaterra, pp. 31-60.
- UCLA Center for Health Policy Research (UCLA-CHPR) (2014), *1 in 3 diabetes tied to a third of California hospital stays*, UCLA Center for Health Policy Research, California Center for Public Health Advocacy, Estados Unidos, pp. 3.
- Wolstein, Joelle, Susan H. Babey y Allison L. Diamant (2015), *Obesity in California*, UCLA Center for Health Policy Research, Los Ángeles, California, pp. 32.
- Zuvekas, S.H. y G.S. Talafierro (2003), "Pathways to access: health insurance, the health care delivery system, and racial/ethnic disparities, 1996-1999", en *Health Aff (Millwood)*, vol. 22, núm. 2, marzo-abril, pp. 139-153.
- Torres, Jacqueline y Steven P. Wallace (2013), Migration Circumstances, Psychological Distress, and Self-Rated Physical Health for Latino Immigrants in the United States. *American Journal of Public Health*: September, Vol. 103, No. 9, pp. 1619-1627.

