

Factores de riesgo a la salud durante el proceso migratorio en México

Risk Factors against Health during the Migration Process in Mexico

Flor Mariana Sanchez-Nuñez^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-9035-4675>

Miguel Angel Fernández-Ortega² <http://orcid.org/0000-0001-5923-0255>

Rocío Dávila-Mendoza² <http://orcid.org/0000-0002-7712-3856>

Efrén Raúl Ponce-Rosas² <http://orcid.org/0000-0001-8137-1679>

Yossadara Luna-Téllez³ <http://orcid.org/0000-0001-5622-663X>

Sasha Meléndez-Álvarez³ <http://orcid.org/0000-0003-1524-0456>

¹Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Ciudad de México, México..

²Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ciudad de México, México..

³Universidad Autónoma de Baja California. Baja California, México.

*Autor para la correspondencia: sanchez.flor@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), reportó en 2018 244 millones de migrantes en el mundo, el 3,3 % de la población mundial. De ellos, México es el segundo país expulsor con 13 000 000. El fenómeno migratorio y la salud guardan estrecha relación, debido a diversos factores de riesgo que influyen en lo personal y familiar. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo relacionados con la salud de las personas migrantes durante el proceso migratorio.

Métodos: Estudio de investigación transversal, prospectivo, no comparativo. Se desarrolló de marzo de 2017 a diciembre de 2018, en la ciudad de Tijuana, Baja California, en seis instituciones de apoyo al migrante. El instrumento contó con 62 ítems. La muestra fue de 392 migrantes mexicanos de ambos sexos, mayores de 18 años, que migraron y vivieron en Estados Unidos y regresaron a México.

Resultados: De los 392 migrantes, resultaron 96,3 % hombres y 3,8 % mujeres, el principal factor de migración fue el económico (76,3 %); 92 % salió sano de México; 31,4 % adquirió una nueva adicción, principalmente cristal (9,4 %) y marihuana (6,6 %). El 11,2 % regresó con alguna enfermedad crónica: 4,1 % con hipertensión; 3,1 % con diabetes mellitus tipo 2 y 1,8 % con epilepsia.

Conclusiones: Las etapas del proceso migratorio de tránsito y vivir en los Estados Unidos fueron las que generaron mayores riesgos a la salud, la primera por los accidentes y agresiones de terceras personas y la segunda vinculada a la adquisición de nuevas adicciones a sustancias ilegales.

Palabras clave: emigración e inmigración; migración internacional; movilidad laboral; movilidad social; dinámica poblacional.

ABSTRACT

Introduction: The International Organization for Migration (IOM) reported, in 2018, 244 million migrants worldwide, 3.3% of the world population. Of these, Mexico is the second country of origin, accounting for 13 000 000. The migration

phenomenon and health are closely related, due to various risk factors that influence the personal and familial aspects.

Objective: To identify risk factors related to the health of migrants during the migration process.

Methods: Cross-sectional, prospective and noncomparative research study carried out from March 2017 to December 2018, in the city of Tijuana, Baja California, at six institutions that support migrants. The instrument had 62 items. The sample consisted of 392 Mexican migrants of both sexes, over 18 years of age, who migrated to and lived in the United States, and returned to Mexico.

Results: Of the 392 migrants, 96.3% were men and 3.8% were women. The main migration factor was the economic (76.3%). 92% left Mexico healthy, while 31.4% acquired a new addiction, mainly crystal meth[amphetamine] (9.4%) and marijuana (6.6%). 11.2% returned with any chronic disease: 4.1%, with hypertension; 3.1%, with type 2 diabetes mellitus; and 1.8%, with epilepsy.

Conclusions: The stages of the immigration process of transit and living in the United States were those that generated the greatest health risks; the first, due to accidents and assaults by third parties and the second in association with the uptake of new addictions to illegal substances.

Keywords: migration and immigration; international migration; occupational mobility; social mobility; population dynamics.

Recibido: 15/10/2019

Aceptado: 24/01/2020

Introducción

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), reportó en 2018 244 millones de migrantes en el mundo, que representaba el 3,3 % de la población. México es el segundo país expulsor de emigrantes a nivel mundial, siendo el principal país de destino los Estados Unidos (EUA), con más de 13 000 000. Las cifras cambian cada año, pero siempre, con tendencia a incrementarse.^(1,2)

La migración ha mejorado la vida de millones de personas, ofreciendo oportunidades económicas, de seguridad, trabajo, educación, etc. Sin embargo, no toda la migración ocurre en circunstancias favorables. EUA, el principal país receptor de migrantes de todo el orbe, reportó en 2018, que aproximadamente 5,6 millones de mexicanos se encuentran con estatus irregular.^(3,4)

El fenómeno migratorio y la salud guardan estrecha relación. La exposición a riesgos orgánicos, psicológicos y sociales que confluyen en estas personas, los convierten en una población altamente vulnerable. Se estima que la mayoría de los migrantes a su salida, tránsito o llegada al país receptor buscan la ayuda de un médico de primer contacto.⁽⁵⁾

En el Informe de Salud y Migración, Perspectivas sobre la Población Inmigrante 2016, publicado por la Secretaría de Gobernación y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se informó que los mexicanos son el grupo más numeroso de inmigrantes en EUA; en 2014, 6,4 millones no contaban con cobertura médica (5 de cada 10 trabajadores), lo que generó un incremento en el número de enfermos

con padecimientos crónico degenerativos no tratados, así como mayor tendencia a la obesidad y sobrepeso.⁽⁶⁾

A pesar de los numerosos estudios en el tema de migración internacional, existen grandes lagunas de información al respecto de los riesgos y características epidemiológicas en la salud de los migrantes, tales como el momento de iniciación de las adicciones, enfermedades crónicas degenerativas, infecciosas o derivadas de riesgos de trabajo.⁽⁶⁾ Es por ello que para identificar los principales riesgos a la salud durante el proceso migratorio, se dividió en cinco etapas: a) Toma de decisión y salida del hogar; b) Tránsito hacia el país receptor; c) Llegada y estancia en la frontera; d) Inserción social en el país receptor y e) Regreso a México.

El objetivo de esta investigación fue identificar los factores de riesgo relacionados con la salud de las personas migrantes durante el proceso migratorio

Métodos

Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, no comparativo. Se desarrolló de marzo de 2017 a diciembre del 2018, en la Ciudad de Tijuana, Baja California, con una muestra 392 personas, utilizando la fórmula para población infinita. Se estructuró un cuestionario con 62 preguntas distribuidas en seis dimensiones; las variables de las dimensiones se relacionaron con la etapa del proceso migratorio pertinente. La escala de medición de las variables fue nominal (dicotómicas y politómicas) y algunas cuantitativas: Las Dimensiones y su conceptualización operativa fueron:

1. Datos generales (7 preguntas) Operacionalización: variables generales de índole social.
2. Etapa 1: Toma de decisión y salida del hogar (15 preguntas). Operacionalización: preguntas relacionadas con las ideas, pensamientos y planeación de la salida del hogar de residencia habitual en el país de origen (México).
3. Etapa 2: Tránsito hacia el país receptor (14 preguntas). Operacionalización: preguntas relacionadas con el tránsito o movilidad, por cualquier medio de transporte desde la ciudad de origen hasta la frontera de cruce a los EUA.
4. Etapa 3: Llegada y estancia en la frontera (3 preguntas): Operacionalización: preguntas relacionadas con la estancia en la frontera mexicana, incluyendo actividades básicas de su vida.
5. Etapa 4: Inserción social en el país receptor (16 preguntas). Operacionalización: preguntas relacionadas con la estancia, vida, tipo de actividades laborales, adicciones y estado de salud durante el tiempo de estancia en los EUA.
6. Etapa 5: Regreso a México (7 preguntas). Operacionalización: preguntas relacionadas con la salida de los EUA y características del regreso al país de origen (México), expectativas y motivos.

Para la validez de apariencia, el cuestionario se aplicó a 10 migrantes adultos, ambos sexos, con antecedentes de haber emigrado en algún momento de su vida a otro país. Se les interrogó sobre si consideraban adecuadas y claras las preguntas

del instrumento (1^a. Versión) y si era necesario incluir nuevas preguntas o complementarlas de acuerdo a su experiencia.

Con base en las respuestas de los entrevistados se realizaron ajustes en la redacción y se incluyeron algunas preguntas nuevas. De esta forma se integró la 2^a. Versión del cuestionario que se utilizó para la validez de contenido.

El cuestionario se presentó a diez profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con experiencia docente y/o investigación mínima de 10 años en el área sociomédica.

El instrumento fue validado en una sesión de trabajo de tres horas, se revisó y decidió si cada una de las preguntas realmente pertenecía a la etapa en la que se había ubicado y sobre la mejor redacción de cada pregunta. Se realizaron adecuaciones mínimas en la redacción, así como en el orden de algunas preguntas. De esta forma se integró la 3^a. Versión y definitiva del instrumento. Fue aplicado con el consentimiento informado de los participantes y con el apoyo de un entrevistador. Se incluyeron mexicanos de ambos sexos, mayores de 18 años, que emigraron y regresaron a México después de haber vivido en EUA por lo menos cuatro meses.

El instrumento fue aplicado en seis instituciones receptoras de migrantes: Garita “El Chaparral” del Instituto Nacional de Migraciones; Ejército de Salvación A.C.; Proyecto Salesiano Tijuana A.C.; Desayunador Salesiano “Padre Chava”; Casa de los Pobres A.C. y el Instituto Madre Asunta A.C. El análisis estadístico fue descriptivo, utilizando el programa SPSS V25.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación y Coordinación de Enseñanza e Investigación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Resultados

Se obtuvo información de 400 migrantes, 392 cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio. El 96,4 % fueron hombres y 3,6 % mujeres; el promedio de edad fue $38,65 \pm 10,32$ años, con rango entre 19 y 67 y moda de 34 años. Respecto al estado civil, 50 % fueron casados o en unión libre antes de emigrar; 40,1 % solteros; el 3,8 % viudos o divorciados y tan solo 2,3 % tenían otro tipo de relación. Los cinco principales estados de residencia, previa a la migración: Guerrero 13,5 %; Jalisco 12,8 %; Estado de México 11,2 %; Michoacán 9,9 % y Baja California 9,2 %.

Etapa 1- Toma de decisión y salida del hogar

De los migrantes estudiados, 78 % declaró tener familia en EUA antes de emigrar (red de apoyo). El principal motivo de la salida fue económico (76,3 %). El 92 % de los migrantes inició el proceso migratorio estando sano. De los 392 migrantes, 296 (75,5 %), respondieron que su familia se quedó en México en el momento de emigrar; de ellos, 47 % tenían una relación de pareja estable. El migrante fue apoyado por su familia en un 70 %, principalmente padres y/o esposa(o). El 61,5 % de los entrevistados manifestó no tener adicciones antes de emigrar; el resto tenía adicción al alcohol (15 %), tabaquismo (14,3 %) y marihuana (5,3 %); 15,5 % se drogaba diariamente y 20,3 %, semanalmente.

Etapas 2 y 3 - Tránsito hacia el país receptor, llegada y estancia en la frontera

Los principales lugares para intentar el cruce a EUA fueron Tijuana con (58,8 %), Sonora (13,3 %) y Tecate (11,8 %), el principal medio de transporte para llegar a la frontera fue el autobús (50,3 %), seguido del avión (31,8 %). La duración del viaje se completó en cuatro días (80,5 %), con variación de 0 a 90 días. La duración promedio para cruzar la frontera fue de dos días (72,2 %), con DS de $9,02 \pm 44,58$ días. El 63 % contrató un guía (“pollero”), para cruzar la frontera de forma irregular; el 30 % viajó acompañado de algún desconocido; 25 %, de un amigo y 20 %, de algún familiar. Durante su estancia en la frontera, 44,4 % no requirió vivienda; 13,3 % rentó alguna habitación; 11 % vivió con el “pollero” y 10,3 % se hospedó en la casa del migrante. Trabajó en la frontera para subsistir mientras cruzaba a los EUA el 10,5 % de los emigrantes, principalmente en las áreas de construcción 5,3 % y comercio 3 %.

En tránsito a la frontera, 6,5 % tuvo algún accidente; 10,5 % sufrió alguna agresión: psicológica 4 %, física 2,5 %, robo o extorsión 2 % y secuestro 2 %. De ellos, solo 2,5 % tuvo acceso a los servicios de salud.

Etapa 4 -Estancia en EUA (Inserción social en el país receptor)

El principal destino en territorio norteamericano fue California con 83,8 %. Solo el 37,5 % logró obtener algún documento que acreditara su estancia legal en los EUA. El 68,9 % de los migrantes vivió con algún familiar; 15,3 % con algún amigo y 9,2 % solos. En cada habitación dormían hasta 15 personas, con una media de $2,4 \pm 2,03$. El 77,8 % trabajó en alguna de las siguientes áreas: en la construcción, 32,9 %; agrícola, 25,5 % y servicios, 19,4 %. El porcentaje del salario obtenido que los migrantes enviaron a su familia en México fue: 0 % el 38,5 %, es decir, no enviaron dinero a sus familiares; el 15,8 % envió el 20 % de su sueldo; 13,3 % el 30 % y 14 %, envió el 50 % de sus ingresos. El tiempo promedio de estancia en EUA fue de $10,33 \text{ años} \pm 9,84$, oscilando desde cuatro meses hasta 48 años. Más de la mitad, 54,8 %, formó una nueva familia, 53,1 % mantuvo su relación con esposa(o) e hijos en México.

En cuanto al acceso a los servicios de salud en EUA, manifestaron haber contado con algún tipo de seguro de salud (aseguranza) o servicio médico 42,3 %. Además, se encontró que 31,4 % adquirió una nueva adicción durante su estancia en EUA, las más frecuentes fueron al cristal 9,4 % y marihuana 6,6 % (Fig.).

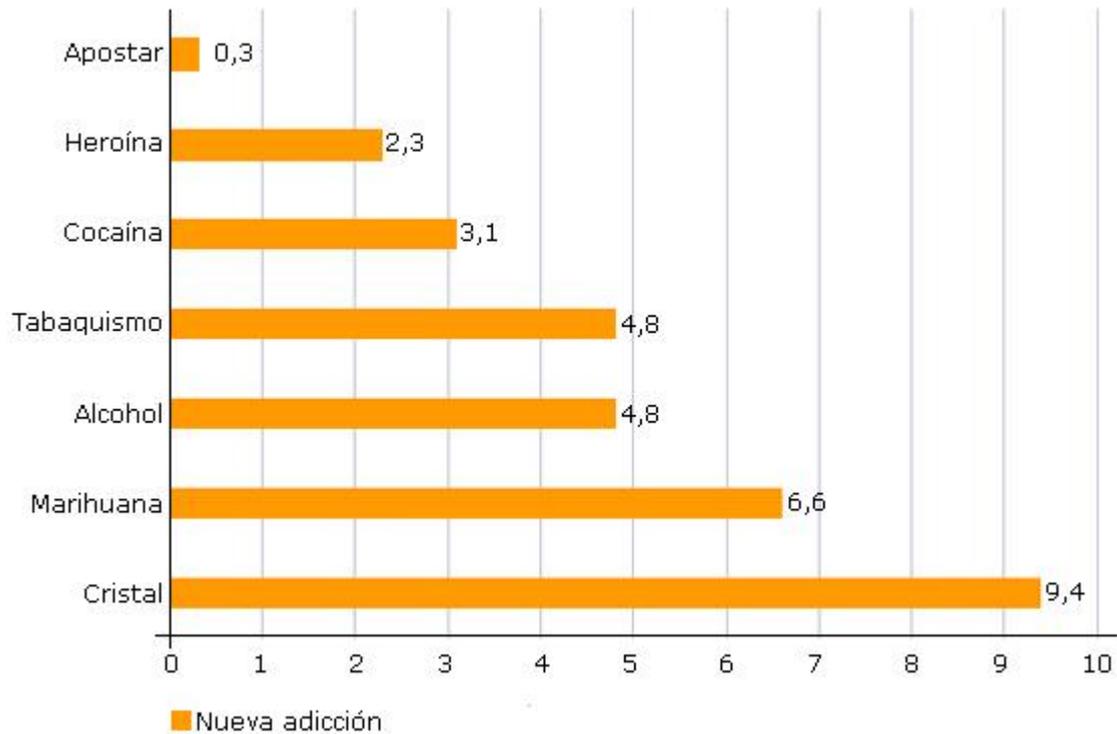


Fig.- Las principales adicciones adquiridas en EUA

Con respecto a las enfermedades adquiridas en EUA, 11,2 % fue diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, 4,1 %; diabetes mellitus tipo 2, 3,1 % y epilepsia, 1,8 %.

Etapa 5 - Regreso a México

Los principales motivos de retorno a México fueron: problemas legales, 45,9 %; falta de documentos migratorios, 28,6 % y deseo voluntario, 10,7 %. El 56,6 % de los migrantes no cumplió sus expectativas en los EUA, solo 36,5 % alcanzó su mejora económica y 13,8 % se arrepintió de haber emigrado. Sin embargo, 50 % manifestó su deseo de regresar a ese país, y sus principales motivos: la familia que dejaron, 20,2 %; el deseo de mayor estabilidad económica, 17,9 % y por tener un trabajo, 8,9 %.

Discusión

El proceso migratorio debe entenderse como una sucesión de etapas que se acompañan de diversos factores de estrés en la vida de las personas. En este estudio se consideraron cinco etapas, a diferencia de otros autores que reconocen menos. *González Barea*, identifica tres etapas: pre-migración, migración y post-migración, las cuáles también se han referido como emigración, inmigración y retorno.^(7,8) *Cabieses* y otros, reportan cuatro etapas: a) antes de la partida o abandono, b) tránsito o desplazamiento, c) inmigración o asentamiento en la comunidad de destino y d) retorno o reasentamiento.⁽⁹⁾ *Kolitha Wickramage* y otros, también refiere cuatro etapas: 1) una fase previa a la emigración; 2) fase de movimiento; 3) fase de llegada e integración y 4) fase de retorno.⁽¹⁰⁾ La etapa que no consideran estos autores es la estancia en la frontera, la cual, como se

muestra en este estudio, puede llegar a ser mucho mayor que el tiempo en tránsito, e incluso que la estancia en los EUA.

En esta investigación, en la primera etapa (la toma de decisión y salida del hogar), el migrante fue apoyado por su familia en un 70 % de los casos, lo que es consistente con la nueva teoría económica de la migración de Stark, que reconoce que el fenómeno migratorio es resultado de la toma de decisión familiar, generada por diversas necesidades económicas que deberán ser cubiertas por el emigrante y su trabajo en el país de destino, dejando atrás la teoría neoclásica de *Sjaastad*; *Todoro y Maruzko*, que expone que el migrante toma la decisión de forma individual.^(11,12)

Otro aspecto relevante de los resultados es que 70 % de los que emigran hacia los EUA tienen familia en ese país, lo que facilita su viaje e inserción laboral, que de igual forma confirma la premisa de la teoría de las redes de *Thomas, Znaniecki, Taylor y Massey*, entre otros.^(12,13)

Una de las principales fuentes de ingresos de México son las remesas, las cuáles, llegan predominantemente de los EUA, y de este, el mayor porcentaje es del Estado de California. Según la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en 2017, las remesas provenientes de ese Estado alcanzaron los 8 338,7 millones de dólares.⁽¹³⁾ En este sentido, se tiene la creencia de que una prioridad para los emigrantes es el envío de dinero para sus familias, no obstante, el estudio muestra que 38,5 % de ellos (casi cuatro de cada diez) nunca enviaron dinero a su familia. Más aún, el factor económico que motivó la emigración en muchas de las familias, según *Stark*, no se concretó en muchos de los casos.⁽¹¹⁾

Además, se encontró que 58 % de los migrantes retornados no tenía seguro de atención médica en los EUA, resultados que son consistentes con el 59 % reportado por la Secretaría de Salud en 2012, al respecto de la salud del migrante, incluso se acentuó entre los migrantes con menos de diez años de residencia con estatus irregular, alcanzando el 70 %.⁽¹⁴⁾ Otra aproximación a este problema fue la del Senado de la República Mexicana en 2017, que estimó en 47 % la falta de acceso a estos servicios. Ese estudio también destacó que los inmigrantes mexicanos son menos propensos a tener seguro de salud, en comparación con otras poblaciones de inmigrantes, siendo el estatus irregular la principal causa.⁽¹⁵⁾

También se observó que a su partida del país, 92 % de los emigrantes eran sanos y durante su estancia en los EUA, 11,2 % adquirieron enfermedades crónicas como hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2, lo cual no resulta extraño, ya que, según reportes de la Secretaría de Salud, los mexicanos que emigran a los EUA tienen mayor prevalencia de diabetes e hipertensión arterial que los mexicanos que viven en México, debido a la adopción de hábitos higiénico dietéticos propios de la población estadounidense, incrementando la prevalencia de la diabetes en más del doble y también la de hipertensión arterial, aunque, con menor prevalencia que en la población norteamericana.⁽⁶⁾

Una importante contribución de este trabajo, que no se ha reportado en otras investigaciones, es la evidencia de un problema frecuente producto de la migración hacia los EUA, las adicciones a sustancias ilegales, de alto impacto social. En el grupo estudiado, se reportó que a la salida de México 38,5 % de los emigrantes tenían alguna adicción, principalmente al alcohol y tabaco (29,3 %) y a la marihuana el 5,3 % de ellos. Sin embargo, al retornar a México, 31,4 % del grupo habían adquirido nuevas adicciones, principalmente a expensas del cristal, alcohol, tabaco, cocaína y heroína, que en su mayoría son ilegales, más adictivas y con efectos más severos para la salud y la sociedad.

Resulta importante reconocer que otro resultado de esta investigación fue que del 100 % de los encuestados, el 56,6 % (más de la mitad) no pudo cumplir sus expectativas al emigrar a los EUA. No obstante, el proceso de aculturación hizo que solo el 13,8 % se arrepintiera de haberlo hecho y que 50 % hayan referido su deseo de regresar por diferentes causas, una de las más importantes es que el 54,8 % formó una nueva familia la cual se quedó en ese país.

En conclusión, el estudio permitió identificar que de las cinco etapas del proceso migratorio, la de tránsito puede ser de mayores riesgos para sufrir accidentes o agresiones de terceras personas u organizaciones criminales. Asimismo, la cuarta etapa (vivir en EUA) es la que genera mayor riesgo para adquirir nuevas adicciones, en muchos de los casos corresponde a drogas ilegales, altamente adictivas, que representan un problema de salud pública y social para México, que podría incrementar la delincuencia en los sitios de frontera y de reinserción familiar.

Agradecimientos

Instituto Nacional de migraciones "Garita "El Chaparral"; Ejército de Salvación A. C.; Proyecto Salesiano Tijuana A.C.; Desayunador Salesiano Padre Chava; Casa de los Pobres A.C. e Instituto Madre Asunta A.C., por abrirnos las puertas para la realización de entrevistas a migrantes. A todos los migrantes que participaron anónimamente en las entrevistas.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Internacional para las Migraciones. World migration report. OIM; 2018 [acceso: 05/02/2018]. Disponible en: https://www.iom.int/sites/default/files/country/docs/china/r5_world_migration_report_2018_en.pdf
2. Organización Internacional para las Migraciones. Fortalecimiento de la cooperación internacional y la gobernanza de la migración con miras a la adopción de un pacto mundial para una migración segura, ordenada y regular en 2018. OIM; 2017 [acceso: 08/01/2018]. Disponible en: https://refugeesmigrants.un.org/sites/default/files/iom_idm_2017_spanish_14nov17.pdf
3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La salud de los migrantes. Washington, D.C., EUA; 2016 [acceso: 07/07/2017]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf>
4. Consejo Nacional de Población, Fundación BBVA Bancomer y BBVA Research. Anuario de Migración y Remesas. México 2018. México; 1ra ed. 2018 [acceso: 24/07/2019]. Disponible en: https://www.bbva.com/wp-content/uploads/2018/09/1809_AnuarioMigracionRemesas_2018.pdf
5. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las Migraciones en el Mundo—Panorama general 2018. Hoja informativa No 1. 2018 [acceso: 23/05/2018]. Disponible en: <https://www.iom.int/world-migration-report-2018>
6. Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población. Migración y Salud Perspectivas sobre la población inmigrante. 1ra ed. 2016 [acceso: 25/02/2018]. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/166446/migracion_y_salud_2016.pdf

7. González E. Un proceso migratorio (pre-migración, migración y post-migración) estudiantil: jóvenes marroquíes en la Universidad de Granada; REDIE. 2008 [acceso: 29/07/2019];10(2):1-13. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412008000200002

8. HASA grupo asistencial. Manual de movimientos migratorios y multiculturalidad. 2006 [acceso: 29/07/2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/material_didactico/comun/multiculturalidad/html/modulo1.html

9. Cabieses B, Gálvez P, Ajraz N. Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2018;35(2):285-91. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>

10. Wickramage K. Migración y salud: una prioridad global de investigación en salud pública. BMC Public Health. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>

11. Douglas S. Teorías de migración internacional: una revisión y aproximación. ReDCE; no. 10. 2008 [acceso: 20/09/2019]. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/teorias-de-migracion-internacional-una-revision-y-aproximacion.pdf>

12. Arango J. Enfoques conceptuales y teóricos para explicar la migración. Revista Internacional de Ciencias Sociales. 2000 [acceso: 20/09/2019]. Disponible en: http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/37%20%20C4ARANGO_Enfoques_migracion%2815%20COPIAS%29.pdf

13. Consejo Nacional de Población. Prontuario de migración y movilidad interna 2015. 2017 [acceso: 25/04/2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/prontuario-de-migracion-y-movilidad-interna-2015>

14. Anguiano M, Villafuerte D. Cruces de fronteras: movilidad humana y políticas migratorias. Tijuana; El Colegio de la Frontera Norte, Tuxtla Gutiérrez; Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas; 2015 [acceso: 24/07/2019]. Disponible en: https://colef.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1014/544/1/Cruces%20de%20fronteras_Int.pdf

15. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud del Migrante. México; 2011 [acceso: 24/07/2019]. Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=449-programa-de-accion-especifico-2007-2012-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-1&category_slug=programas-y-proyectos&Itemid=493

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Flor Mariana Sanchez-Nuñez: Responsable del proyecto, elaboración del protocolo, diseño de la investigación, ejecución, redacción del manuscrito y aprobación de su versión final.

Miguel Ángel Fernández-Ortega: Corresponsable del proyecto, elaboración del protocolo, diseño de la investigación, ejecución, análisis, redacción del manuscrito y aprobación de su versión final.

Efrén Raúl Ponce-Rosas: Análisis estadístico, redacción del manuscrito y aprobación de su versión final.

Rocío Dávila-Mendoza: Desarrollo de base de datos y análisis de datos. Aprobación de la versión final del manuscrito.

Yossadara Luna-Téllez: Ejecución, levantamiento de entrevistas y prueba piloto. Aprobación de la versión final del manuscrito.

Sasha Meléndez-Álvarez: Ejecución, levantamiento de entrevistas y prueba piloto. Aprobación de la versión final del manuscrito.