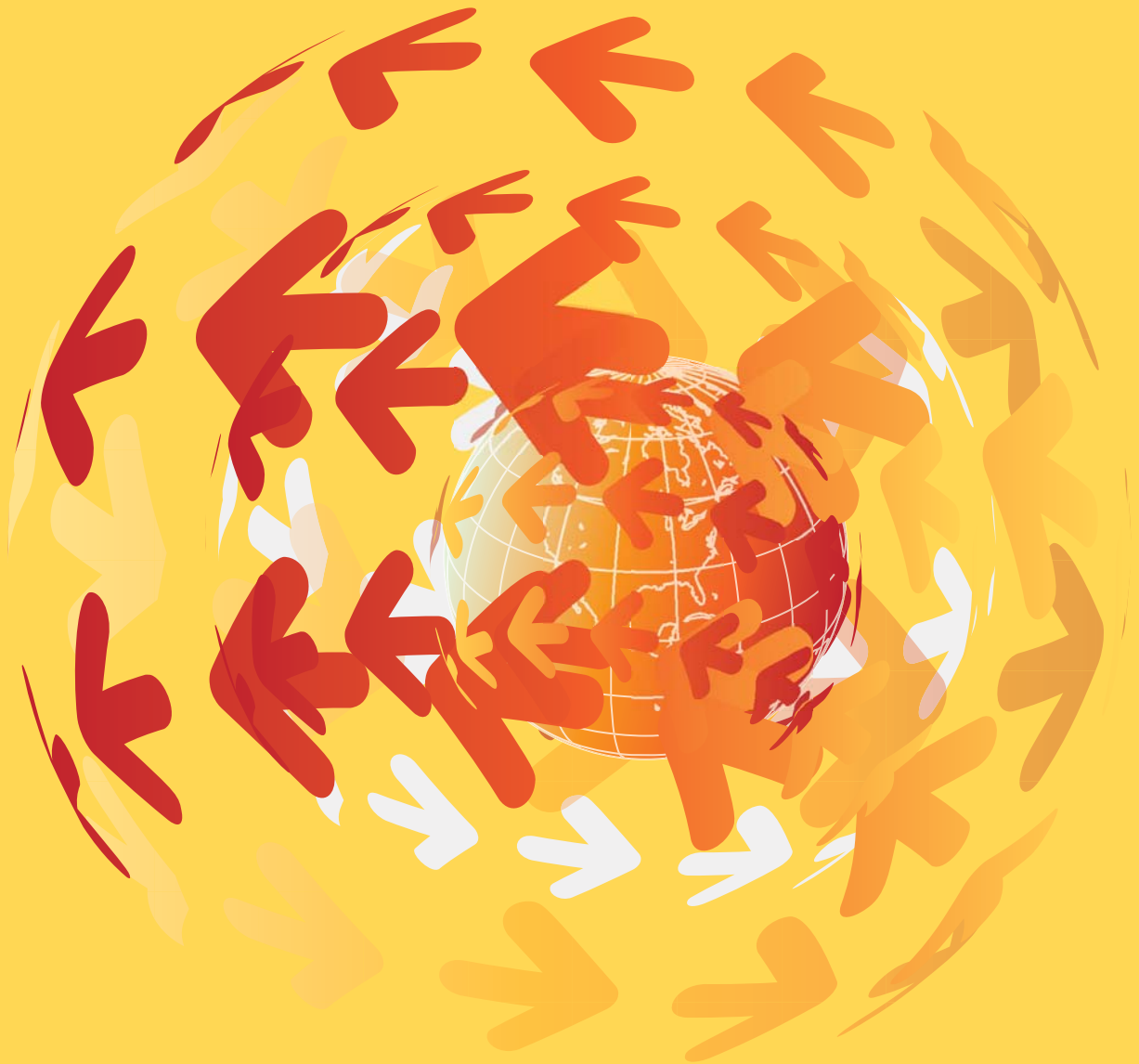


MIGRACIÓN Y SALUD

Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos: 10 años de perspectiva



SEGOB
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



40
CONAPO
1974-2014
CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

UPM
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

School of
Public Health
UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY

MAHRC
MIGRATION AND HEALTH
RESEARCH CENTER
University of California



UCLA CENTER FOR
HEALTH POLICY RESEARCH

UC GLOBAL
HEALTH
INSTITUTE
University of California

MIGRACIÓN Y SALUD



INMIGRANTES MEXICANOS EN ESTADOS UNIDOS: 10 AÑOS DE PERSPECTIVA



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

© Secretaría de Gobernación/Unidad de Política Migratoria (UPM)
Versalles 15, 2° piso, Colonia Juárez
C.P. 06600, México, D.F.
www.upm.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.

Migración y Salud.
Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos: 10 años de perspectiva
Primera edición: diciembre 2014
ISBN: 978-607-427-256-7

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

Impreso en México

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG
Secretario de Gobernación y
Presidente del Consejo Nacional de Población

JOSÉ ANTONIO MEADE KURIBREÑA
Secretario de Relaciones Exteriores

ROSARIO ROBLES BERLANGA
Secretaria de Desarrollo Social

JUAN JOSÉ GUERRA ABUD
Secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales

ENRIQUE MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ
Secretario de Agricultura, Ganadería,
Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

EMILIO CHUAYFFET CHEMOR
Secretario de Educación Pública

MERCEDES JUAN LÓPEZ
Secretaria de Salud

ALFONSO NAVARRETE PRIDA
Secretario del Trabajo y Previsión Social

JORGE CARLOS RAMÍREZ MARÍN
Secretario de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano

ILDEFONSO GUAJARDO VILLARREAL
Secretario de Economía

LUIS VIDEGARAY CASO
Secretario de Hacienda y Crédito Público

LAURA VARGAS CARRILLO
Titular del Sistema Nacional para el
Desarrollo Integral de la Familia DIF

EDUARDO SOJO GARZA-ALDAPE
Presidente del Instituto Nacional
de Estadística y Geografía

LORENA CRUZ SÁNCHEZ
Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
Director General del Instituto Mexicano
del Seguro Social

SEBASTIÁN LERDO DE TEJADA COVARRUBIAS
Director General del Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

NUVIA MAGDALENA MAYORGA DELGADO
Directora General de la Comisión Nacional
para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG
Secretario de Gobernación

LUIS ENRIQUE MIRANDA NAVA
Subsecretario de Gobierno

FELIPE SOLÍS ACERO
Subsecretario de Enlace Legislativo

LÍA LIMÓN GARCÍA
Subsecretaria de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

MERCEDES DEL CARMEN GUILLÉN VICENTE
Subsecretaria de Población, Migración y Asuntos Religiosos

ANDRÉS CHAO EBERGENYI
Subsecretario de Normatividad de Medios

ROBERTO CAMPA CIFRIÁN
Subsecretario de Prevención y Participación Ciudadana

JORGE MÁRQUEZ MONTES
Oficial Mayor

SECRETARÍA GENERAL DEL CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

PATRICIA CHEMOR RUIZ

Secretaria General

JESÚS ZIMBRÓN GUADARRAMA

Director General Adjunto de Análisis Económico y Social

PATRICIA FERNÁNDEZ HAM

Directora General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva

MATÍAS JARAMILLO BENÍTEZ

Director General de Planeación en Población y Desarrollo

ABRAHAM ROJAS JOYNER

Director General de Programas de Población y Asuntos Internacionales

JAVIER GONZÁLEZ ROSAS

Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional

RAÚL ROMO VIRAMONTES

Director de Poblamiento y Desarrollo Regional Sustentable

SERGIO IVÁN VELARDE VILLALOBOS

Director de Estudios Sociodemográficos

MARÍA DE LA CRUZ MURADÁS TROITIÑO

Directora de Análisis Estadístico e Informática

JOEL OMAR VÁZQUEZ HERRERA

Director de Cultura Demográfica

CÉSAR ANDRÉS GARCÍA SÁNCHEZ

Director de Coordinación Interinstitucional e Intergubernamental

JUAN CARLOS ALVA DOSAL

Director de Administración

ÍNDICE

Agradecimientos / 8

Introducción / 9

Capítulo I

Características de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos / 11

Capítulo II

Acceso a seguridad médica y uso de servicios / 25

Capítulo III

Factores de riesgo y condiciones de salud / 51

Capítulo IV

La fecundidad y la mortalidad en la población hispana / 73

Conclusiones / 85

Bibliografía / 89

AGRADECIMIENTOS

Este reporte es producto de la colaboración binacional entre la Secretaría de Gobernación de México, a través del Consejo Nacional de Población y la Unidad de Política Migratoria, y la Iniciativa de Salud de las Américas, Escuela de Salud Pública, Universidad de California en Berkeley, Estados Unidos.

Autores

Consejo Nacional de Población (CONAPO)

Javier González Rosas, Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional

Roberto Ambrocio Hernández, Subdirector de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional

Juan Bermúdez Lobera, Asistente de Investigación

Alejandra Reyes Miranda, Asesora

Unidad de Política Migratoria (UPM)

Paula Cristina Neves Nogueira Leite, Directora General Adjunta del Centro de Estudios Migratorios

Luis Felipe Ramos Martínez, Subdirector de Investigación

Susana Zamora Alarcón, Jefa Técnica de Investigación

Rubén Chávez Cruz, Jefe Técnico de Investigación

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 y Virginia Muñoz Pérez, CONAPO

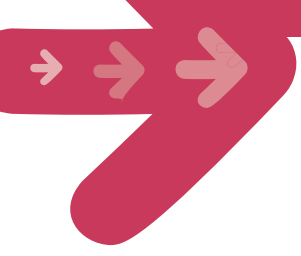
Ilustración

Myrna Muñoz del Valle, CONAPO

Traducción al inglés

Suzanne Stephens

Andrea Santos, UPM



INTRODUCCIÓN

Este año la serie de anuarios de *Migración y Salud* celebra su décima edición. Durante esta década, ha buscado informar a los responsables de la adopción de políticas públicas, a los investigadores, a las organizaciones civiles y al público en general sobre importantes temas de salud de los migrantes en Estados Unidos. Los informes anteriores se han centrado en el acceso a la atención médica, los seguros de salud, las condiciones de salud y seguridad laboral, la salud de las mujeres, niños y adolescentes inmigrantes, el uso de los servicios y la reforma de salud, entre otros.

Durante los últimos diez años, instituciones tanto públicas como privadas, en los niveles federal, estatal y local, han diseñado una serie de políticas nuevas destinadas a proteger la salud de los inmigrantes latinos y de otras comunidades marginadas. En particular, la aprobación y aplicación de la *Ley de Cuidado de la Salud Asequible (ACA)* representa un paso importante hacia la ampliación del acceso a los servicios médicos. Los subsidios para los seguros privados a través de las nuevas bolsas de intercambio de beneficios de salud, la ampliación en la elegibilidad para el seguro público a través de *Medicaid*, y un mayor financiamiento para las clínicas comunitarias de salud, incrementarán significativamente los seguros de salud asequibles y el acceso a los servicios para la mayoría de los inmigrantes regulares que no gozaban de un seguro. A pesar de estos avances, persisten algunos rezagos, tales como la situación de los inmigrantes indocumentados, la mayoría de los cuales son mexicanos, que seguirán careciendo de seguro de salud, al tiempo que emergen nuevos temas, como la migración de menores no acompañados, que implican importantes retos en materia de salud y de derechos humanos.

La población de inmigrantes mexicanos es tan importante hoy como lo era hace una década. Su proporción se ha mantenido relativamente estable durante los últimos diez años en cuatro por ciento de la población general (11.8 millones de personas). La población de ascendencia mexicana nacida en los Estados Unidos, sin embargo, ha pasado de 16.6 millones en 2004 a 22.6 millones en 2013, para un total combinado de 34.3 millones de personas de origen mexicano. El crecimiento de este grupo ha contribuido, sin duda alguna, a suavizar la tendencia de envejecimiento demográfico en los Estados Unidos. La población de origen mexicano tiene una estructura de edad joven, lo que ayuda a contrarrestar la disminución de la población en edad de trabajar en el país. También, en la última década, los lugares de asentamiento de los migrantes mexicanos se han ido extendiendo poco a poco a lo largo de todo el territorio americano, aunque todavía están muy concentrados en California y Texas.

El capítulo 1 presenta las tendencias generales de la inmigración a los Estados Unidos en la última década, con un énfasis en los mexicanos y centroamericanos. Proporciona información sobre su perfil demográfico, así como su participación laboral, nivel de ingresos y estatus de naturalización como indicadores de integración social. Uno de ellos, la tasa de naturalización es baja y no ha cambiado significativamente en los últimos diez años. Aunque todos los grupos estudiados eran más propensos a vivir en la pobreza en 2013 de lo que eran en 2004, los inmigrantes mexicanos son más proclives a vivir con ingresos bajos, un hecho que se explica en parte por la concentración de los trabajadores inmigrantes mexicanos en los servicios e industrias de salarios bajos como la agricultura y la construcción.



Aunque la población total de indocumentados en los Estados Unidos ha disminuido ligeramente en los últimos diez años, los inmigrantes mexicanos siguen representando más de 50 por ciento de los inmigrantes indocumentados. Todos estos factores están interrelacionados y son determinantes de la salud y el acceso a los servicios médicos, revelando que los inmigrantes mexicanos están en una situación de mayor vulnerabilidad en comparación con otros grupos.

El capítulo 2 analiza los cambios a lo largo del tiempo en el uso de la cobertura de los seguros de salud y servicios médicos de los mexicanos, centroamericanos y de otras poblaciones de inmigrantes en los Estados Unidos en comparación con los grupos de población nacidos en el país. La segunda mitad del capítulo analiza el acceso a los servicios médicos que estos grupos han experimentado. Los resultados muestran que, de todos los grupos, los inmigrantes mexicanos tienen las tasas más bajas de cobertura de seguro de salud y el peor acceso a los servicios médicos. Preveamos que en los próximos años haya mejoras importantes en estas dos áreas como consecuencia de los avances de la ACA como se describe en este capítulo.

El capítulo 3 discute los factores de riesgo a la salud específicos de los inmigrantes mexicanos, así como de América Central y de otros grupos de inmigrantes en los Estados Unidos, incluyendo los diagnósticos principales y las condiciones de salud por grupo: los niños menores de 18 años, jóvenes de 12 a 29 años, mujeres y hombres adultos de 18 a 64 años, y las personas mayores de 65 años y más. Los datos muestran que los inmigrantes mexicanos tienen las tasas más altas de obesidad y diabetes de todos los gru-

pos, mientras que experimentan las tasas más bajas de varios otros riesgos de salud y condiciones médicas.

El capítulo 4 presenta los datos de fecundidad de los inmigrantes mexicanos e inmigrantes de América Central y del Sur, así como los grupos nacidos en los Estados Unidos, en los últimos diez años. También proporciona datos de mortalidad y esperanza de vida para toda la población de origen mexicano (tanto nacidos en Estados Unidos como inmigrantes). Es de resaltar que la fertilidad de los inmigrantes mexicanos ha disminuido considerablemente en la última década y que la esperanza de vida de la población de origen mexicano es la más alta de todos los grupos.

Este informe ha sido posible gracias a un esfuerzo binacional liderado por la Secretaría de Gobernación a través de la Unidad de Política Migratoria (UPM) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California en Berkeley, a través de la participación de la Iniciativa de Salud de las Américas, y el Centro para la Investigación de Políticas de Salud de la Universidad de California en Los Ángeles.

Por último, en este informe se presentan conclusiones y recomendaciones para mejorar la salud y la inclusión social de la población inmigrante mexicana. La salud y el bienestar de esta población son fundamentales para el progreso tanto de los Estados Unidos como de México, y es responsabilidad de ambos países. Al ser los inmigrantes mexicanos y sus descendientes una parte fundamental del cambio demográfico que está transformando el paisaje social y político de los Estados Unidos, su salud es crucial para el progreso social y económico de ambos países.

Patricia Chemor Ruiz
Secretaria General del
Consejo Nacional de Población

Xóchitl Castañeda Camey
Directora de la Iniciativa de Salud de las
Américas, Escuela de Salud Pública
de la Universidad de California en Berkeley

Omar de la Torre de la Mora
Titular de la Unidad de Política
Migratoria de la Secretaría
de Gobernación



CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS DE LOS INMIGRANTES MEXICANOS EN ESTADOS UNIDOS

INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta un panorama general y los datos recientes sobre el volumen, tendencias y características de la población mexicana que reside en Estados Unidos. Se presentan datos que describen su perfil sociodemográfico, tiempo de residencia en el país, tasas de naturalización, participación en el mercado laboral e ingresos, con el fin de describir algunos de los determinantes sociales de la salud.

En Estados Unidos, muchas de las inequidades sociales tienen una determinante étnico-racial y migratoria, por lo que en este reporte se adopta una perspectiva comparativa de la población mexicana con respecto a los nativos (tanto blancos como afroamericanos) y a otros grupos de inmigrantes (centroamericanos e inmigrantes de otras regiones del mundo). El análisis descansa, fundamentalmente en las tendencias de la última década, y está basado en datos de la *Current Population Survey* y la *American Community Survey* del Buro de Censo de Estados Unidos (CPS y ACS, por sus siglas en inglés, respectivamente).

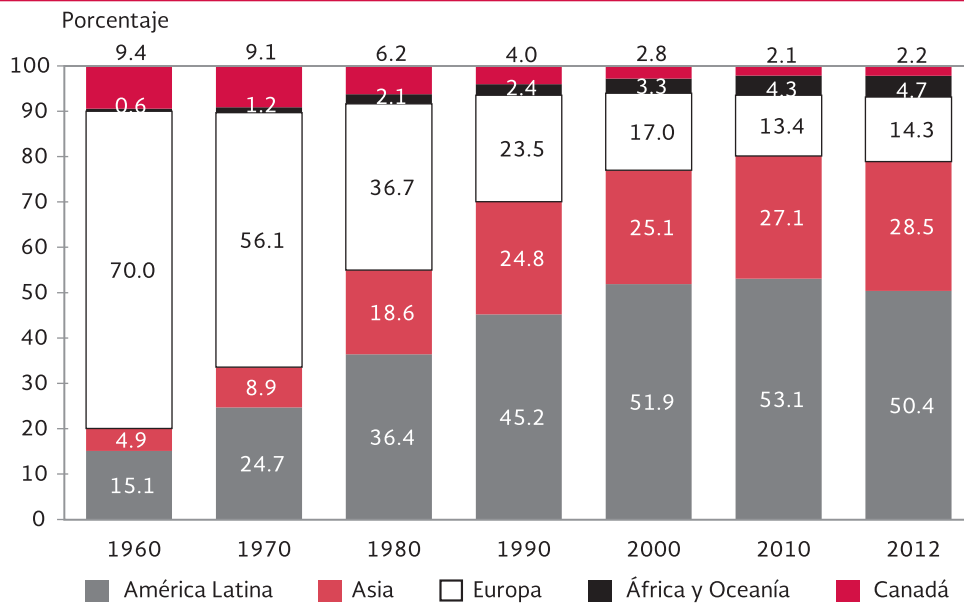
TENDENCIAS Y MAGNITUDES

Los mexicanos son el grupo nacional inmigrante más numeroso en Estados Unidos

Desde sus inicios como nación, Estados Unidos ha sido un país marcado por la inmigración. A través de los años, múltiples y diversos flujos de inmigrantes han contribuido a la formación de la identidad del país.

La composición y origen de la inmigración a Estados Unidos ha variado drásticamente en las últimas décadas. Mientras en 1960, más de dos de cada tres inmigrantes en Estados Unidos eran europeos (70%), en las siguientes décadas los inmigrantes originarios de América Latina y el Caribe incrementaron significativamente su volumen, y a partir del año 2000 ya conformaban más de la mitad de la población inmigrante residente en el país (véase figura 1).

Figura 1. Distribución de la población inmigrante en Estados Unidos por región o país de nacimiento, 1960-2012



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, 1-percent sample 1960; 1-percent sample 1970; 5-percent sample 1980; 5-percent sample 1990; 5-percent sample 2000; 1-percent sample 2010; American Community Survey (ACS), 2012. Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS), Minneapolis: University of Minnesota.

En las últimas tres décadas del siglo pasado, se registró un ostensible incremento de la población mexicana residente en Estados Unidos, que pasó de 879 mil en 1970 a 8.1 millones en 2000. Esta duplicación del número de inmigrantes mexicanos cada diez años entre 1970 y 2000 coincidió con los cambios en la demanda del mercado de trabajo estadounidense y la implementación de la *Ley de Reforma y Control de la Inmigración* (IRCA, por sus siglas en inglés), puesta en marcha en 1987, así como la consolidación de las redes sociales que facilitaron la migración. Asimismo, la clausura de la frontera forzó un abandono progresivo del patrón de circularidad laboral migratoria en favor de una migración cada vez más familiar y permanente en Estados Unidos (Massey, Durand y Malone, 2009).

En 2004, residían 10.7 millones de mexicanos en la Unión Americana. En el transcurso de tres años, la cifra alcanzó los 11.8 millones (siendo casi la mitad, mujeres) nivel que prácticamente se ha mantenido desde entonces. Este crecimiento se explica fundamentalmente, por los niveles que alcanzó el flujo migratorio a mediados de la década (alrededor de 200

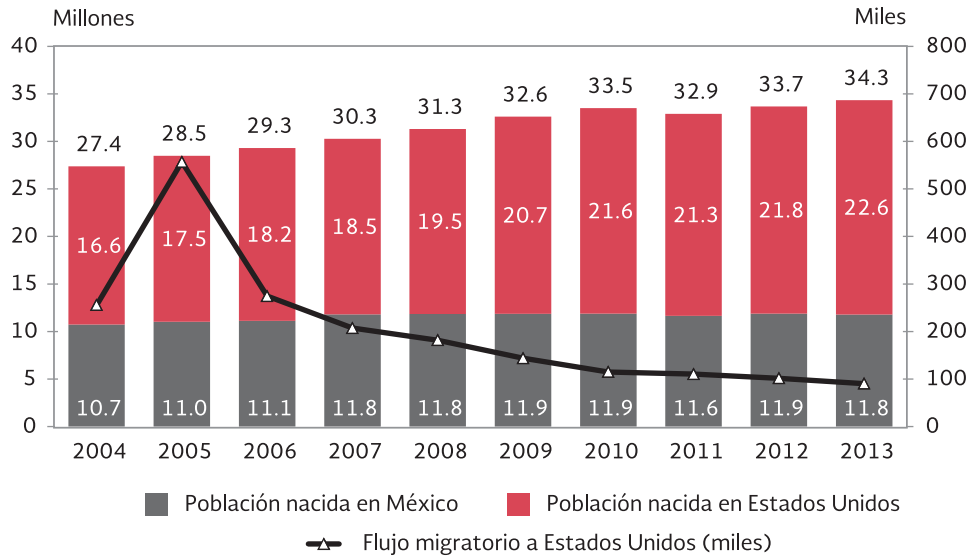
mil anuales, con un pico histórico de 560 mil en 2005), que comenzó a descender en 2006 y en 2013 no superó los 100 mil migrantes (véase figura 2).

Por su parte, la población descendiente de mexicanos pasó de 16.6 millones en 2004 a 22.6 millones en 2013; de manera que en la actualidad, se estima que un total de 34.3 millones de personas de origen mexicano residen en Estados Unidos. Con la recesión internacional iniciada en 2007 se alcanzó la estabilización del monto de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, si bien se mantuvo un paulatino crecimiento de la población estadounidense de ascendencia mexicana.

Los 11.8 millones de mexicanos residentes en Estados Unidos en 2013 representaron cuatro por ciento de la población total de ese país, proporción que no ha variado desde 2004. Los nativos mexicanos constituyen, por mucho, el primer grupo nacional inmigrante en la Unión Americana, con un número similar al conjunto conformado por nacionales de países asiáticos, y por encima del conjunto de otros latinoamericanos y europeos. No obstante, la proporción que

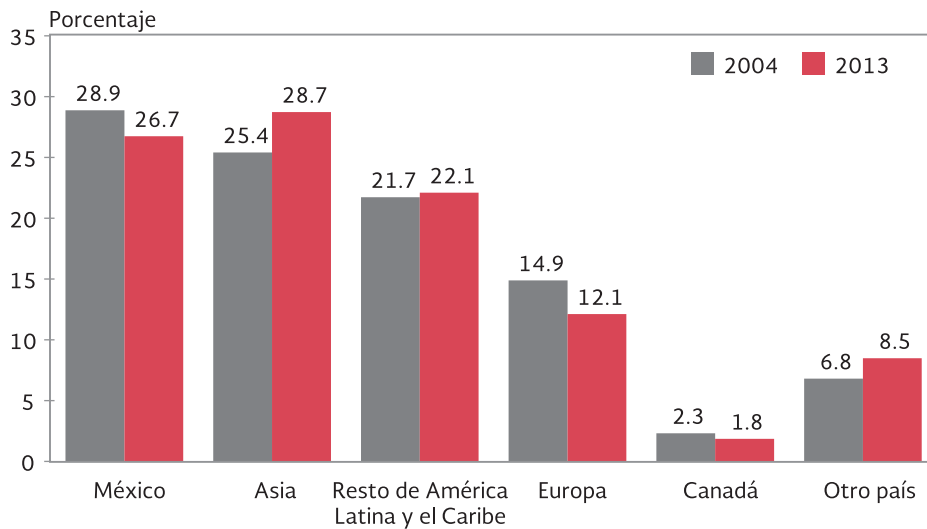


Figura 2. Población de origen mexicano residente en Estados Unidos y flujo migratorio a este país, 2004-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004-2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Figura 3. Distribución de la población inmigrante en Estados Unidos, según país o región de nacimiento, 2004 y 2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

representa la población inmigrante mexicana en la población de otro país mostró una ligera disminución en este periodo, al pasar de 29 a 27 por ciento, mientras que los asiáticos aumentaron su proporción al pasar de 25 a 29 por ciento (véase figura 3). Por su parte, la proporción de población europea disminuyó tres puntos porcentuales, mientras los inmigrantes originarios del resto de América Latina y el Caribe se mantuvieron en alrededor de 24 por ciento.

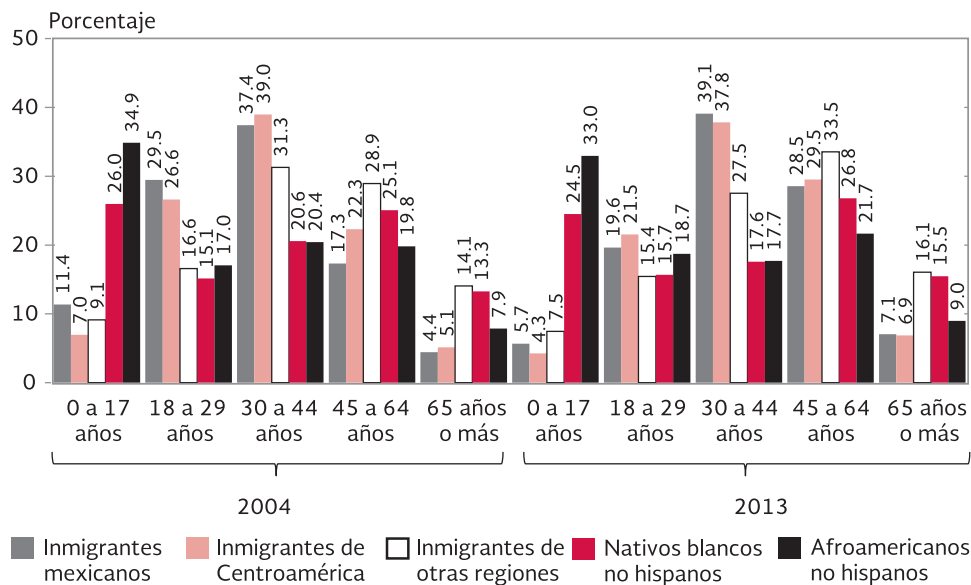
La población migrante mexicana residente en Estados Unidos se concentra en edades laborales

Entre 2004 y 2013, ha disminuido el número de los menores de 18 años en todas las poblaciones estudiadas,

al tiempo que se ha incrementado significativamente el de los adultos de 45 a 64 años y de más de 65.

Las poblaciones nativas, tanto la blanca no hispana como la afroamericana, tuvieron en 2013 estructuras etarias predominantemente jóvenes, con proporciones de menores de 18 años (25 y 33%, respectivamente) apenas inferiores que las de jóvenes y adultos jóvenes (33 y 36%). En cambio, entre las poblaciones inmigrantes, tanto mexicana como centroamericana, y de otros orígenes, predominan los adultos entre 30-44 y 45-64 años. En el periodo 2004-2013 ha disminuido la proporción de menores de 18 años y ha aumentado la de adultos mayores en todas las poblaciones. Entre los inmigrantes mexicanos, había más menores de 18 años que adultos mayores en 2004, mientras que en 2013 se invierte esta situación (véase figura 4).

Figura 4. Distribución de la población en Estados Unidos por región de origen y etnia o raza, según grupos de edad, 2004 y 2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



El envejecimiento demográfico en Estados Unidos

El proceso de envejecimiento demográfico en Estados Unidos tiene ya varios años y corresponde a una desaceleración en el crecimiento de su población, asociada con la caída en la tasa de fecundidad y un incremento de la esperanza de vida. Resulta innegable la contribución de la migración a la desaceleración de este fenómeno demográfico. Entre 2004 y 2013, la edad media de la población de la Unión Americana pasó de 36 a 37.6 años. Los inmigrantes nacidos en México, junto con los de la segunda y tercera generación de origen mexicano han ayudado a contrarrestar la disminución de la población en edad laboral en Estados Unidos, aunque en menor cuantía que en las dos décadas previas (véase cuadro 1).

Entre 2004 y 2013, el total de la población en edad laboral (18 a 64 años) registró un incremento de 13.6 millones de personas, de las cuales, 36 por ciento corresponde a mexicanos y personas de origen mexicano, un porcentaje similar al que representa la contribución de todos los inmigrantes. Cabe resaltar que, conforme envejece la generación del *baby boom*, el mayor incremento en los grupos de población se presentó en las edades de 45 a 64 años (12.5 millones), de los cuales 18 por ciento corresponden al grupo de origen mexicano. En cambio, en el caso de los adultos mayores (65 años y más), los residentes nativos blancos no hispanos y provenientes de otras regiones de inmigrantes contribuyeron con cerca de 80 por ciento del incremento registrado en ese grupo poblacional (véase cuadro 1).

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA INMIGRACIÓN MEXICANA

La intensidad de la emigración mexicana hacia Estados Unidos en los últimos cuarenta años ha contribuido a hacer más visible su presencia en casi todo el territorio estadounidense. En relación directa con el elevado número de migrantes mexicanos de las últimas décadas, la migración mexicana se ha dispersado por todo el territorio estadounidense. Si bien California y Texas aún son los estados que concentran el mayor número de mexicanos (37 y 22%, respectivamente), la ubicación de los inmigrantes mexicanos revela una paulatina expansión a lo largo del tiempo.

Para 2012, los mexicanos constituían más de 30 por ciento de los inmigrantes de todos los países en 18 estados de la Unión Americana, de las regiones oeste y suroeste. Arizona, Nuevo México y Texas, concentraban a más de 50 por ciento de los inmigrantes, lo que resulta significativo si se considera que se trata de un solo grupo inmigrante frente al conjunto de todos los demás (véase mapa 1).

El noreste de la Unión Americana, además de Dakota del Norte y de Hawái, es la región con menor proporción de inmigrantes mexicanos (menos de 5%), aunque ya en 2012 Pennsylvania y Nueva York se integraron al rango de cinco a 14 por ciento. Así, la expansión de la inmigración mexicana sigue estando fuertemente marcada por la cercanía a la frontera, donde las comunidades de mexicanos son mayores y las redes sociales que facilitan la migración están más consolidadas.

Cuadro 1. Crecimiento absoluto de la población residente en Estados Unidos por grupos de edad, según origen y etnia o raza, 2004-2013

Grupos de edad	Total	Extranjeros y de origen mexicano						Nativos blancos no hispanos	Afro-americanos no hispanos	Otro
		Origen mexicano			Países de Centroamérica					
		Nacidos en México	Segunda generación ¹	Tercera o más ²	Inmigrantes de otras regiones	Países de Centroamérica				
			Segunda generación ¹	Tercera o más ²		Países de Centroamérica	Países de Centroamérica			
Diferencia absoluta (2004-2013)	22 835 705	1 039 230	3 701 036	3 735 455	1 006 039	4 820 160	2 333 202	3 993 138	2 207 446	
De 0 a 17 años	606 695	- 553 123	1 495 364	1 941 131	- 18 007	- 43 510	- 3 702 169	474 875	1 012 133	
De 18 a 29 años	4 336 588	- 850 182	1 178 914	748 034	102 831	461 102	690 226	1 343 482	662 181	
De 30 a 44 años	- 3 230 106	585 344	653 927	298 651	354 454	414 611	- 5 460 718	- 203 399	127 024	
De 45 a 64 años	12 494 352	1 503 351	277 174	504 500	458 469	2 731 801	5 198 152	1 597 150	223 754	
De 65 años o más	8 628 176	353 840	95 657	243 138	108 292	1 256 155	5 607 711	781 030	182 354	
Contribución al crecimiento (2004-2013)	100.0	4.6	16.2	16.4	4.4	21.1	10.2	17.5	9.7	
De 0 a 17 años	100.0	- 91.2	246.5	320.0	- 3.0	- 7.2	- 610.2	78.3	166.8	
De 18 a 29 años	100.0	- 19.6	27.2	17.2	2.4	10.6	15.9	31.0	15.3	
De 30 a 44 años	100.0	- 18.1	- 20.2	- 9.2	- 11.0	- 12.8	169.1	6.3	- 3.9	
De 45 a 64 años	100.0	12.0	2.2	4.0	3.7	21.9	41.6	12.8	1.8	
De 65 años o más	100.0	4.1	1.1	2.8	1.3	14.6	65.0	9.1	2.1	

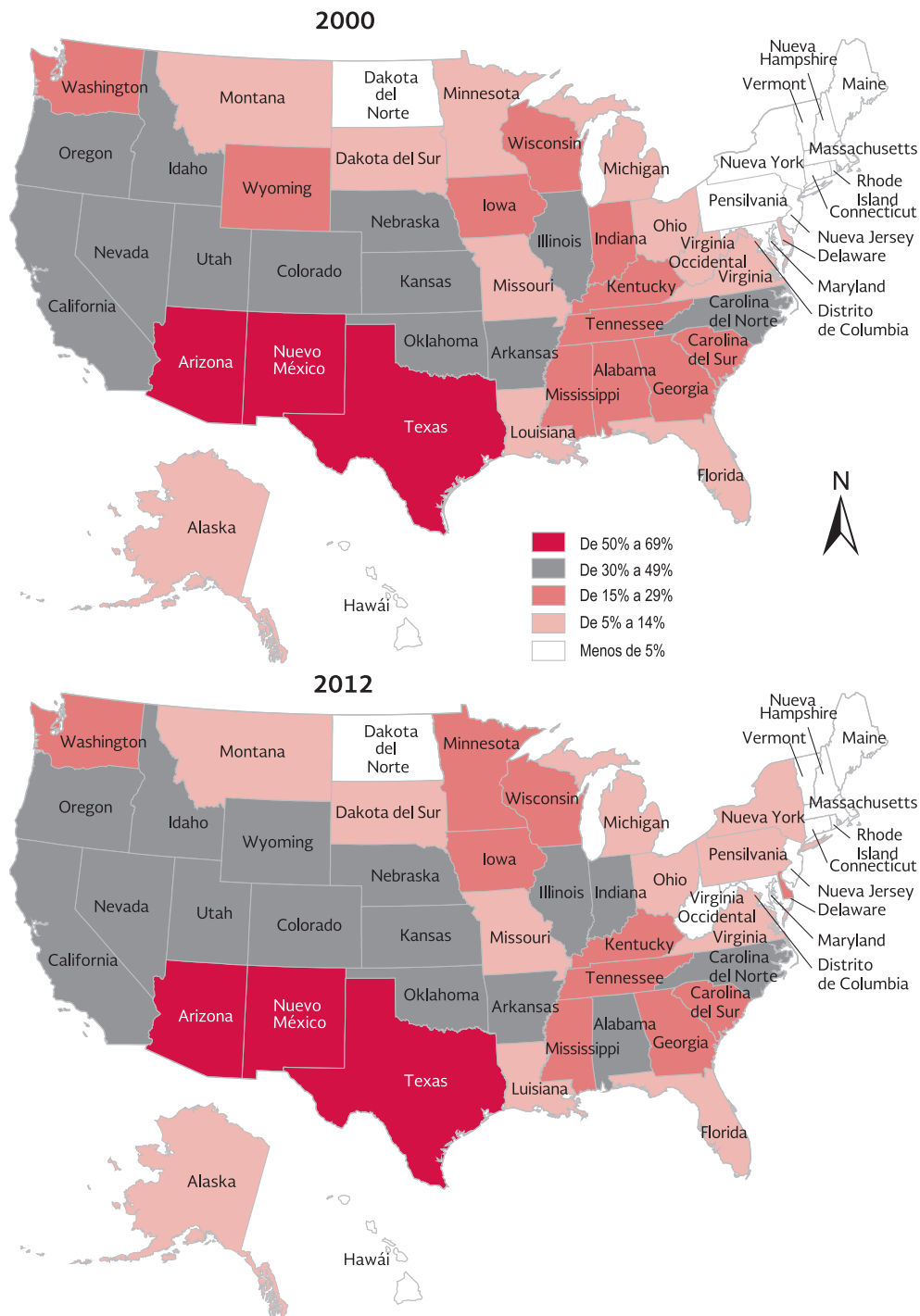
Notas: 1/ Segunda generación en Estados Unidos: Población nacida en la Unión Americana, con alguno de sus padres nacido en México.

2/ Tercera generación o más en Estados Unidos: Población nacida en Estados Unidos, cuyos padres tampoco nacieron en México con alguno de sus padres nacido en la Unión Americana, pero se reconocen de origen mexicano (México-americano, chicano o mexicano).

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, Current Population Survey (CPS), de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



Mapa 1. Proporción de mexicanos respecto al total de inmigrantes en Estados Unidos, 2000 y 2012



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, 5-percent sample 2000 y American Community Survey (ACS), 2012. Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS), Minneapolis: University of Minnesota.

Concentración en Áreas Urbanas y Metropolitanas

La gran mayoría de la población inmigrante mexicana reside en los centros urbanos. Según la ACS de 2012, las zonas metropolitanas que concentran el mayor número de mexicanos son Los Ángeles-Long Beach-Anaheim, en California (1.7 millones); Chicago-Naperville-Elgin, en Illinois, Indiana, y Wisconsin (695 mil); Dallas-Fort Worth-Arlington, en Texas (605 mil); Houston-The Woodlands-Sugar Land, en Texas (597 mil); y Riverside-San Bernardino-Ontario, en California (570 mil).

CONDICIÓN MIGRATORIA

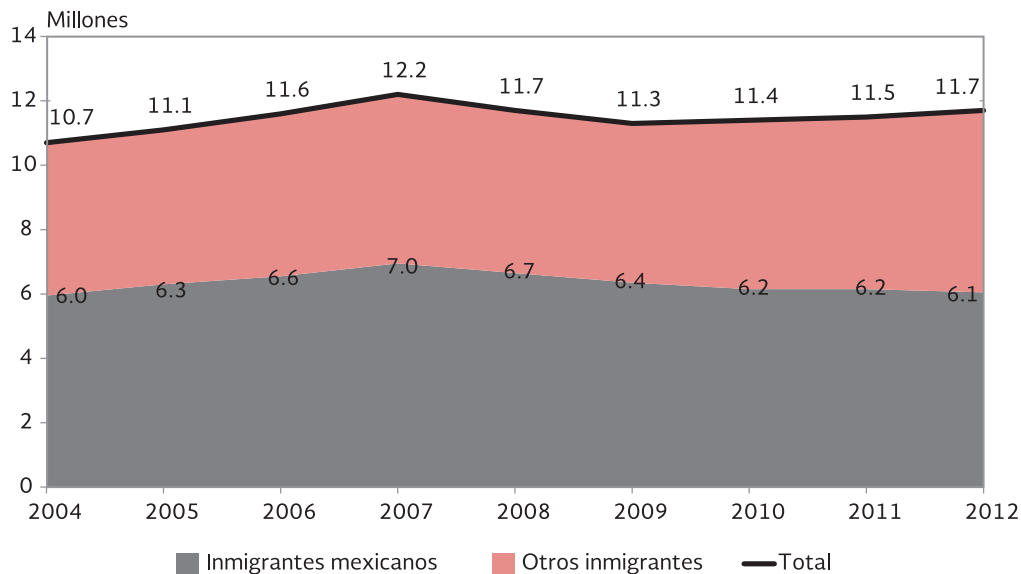
La población indocumentada en Estados Unidos está integrada principalmente por mexicanos/as

De acuerdo a estudios recientes (Passel *et al.*, 2014; TWH, 2013) en 2013 residían en Estados Unidos 11.3

millones de inmigrantes indocumentados. De ellos, más de la mitad correspondía a migrantes mexicanos (52%). A partir de 2007, la población inmigrante indocumentada procedente de México ha venido disminuyendo de alrededor de siete millones a 6.1 millones de personas para 2012 (véase figura 5). A raíz de la crisis económica iniciada en 2007, que afectó especialmente a los sectores en los que los mexicanos frecuentemente encuentran empleo, y a las dificultades para ingresar y permanecer en la Unión Americana de forma irregular, se da una disminución de la población indocumentada mexicana residente en el país.

Contar con la ciudadanía estadounidense condiciona el ejercicio de derechos y el acceso a beneficios económicos y sociales. Los datos muestran que las personas nacidas en México y en América Central presentan tasas de naturalización muy inferiores en comparación con otros grupos de inmigrantes. Un poco más de uno de cada cuatro inmigrantes mexicanos ha adquirido la nacionalidad estadounidense (27%), proporción inferior a la de los centroamericanos (32%) y sensiblemente inferior a la de los

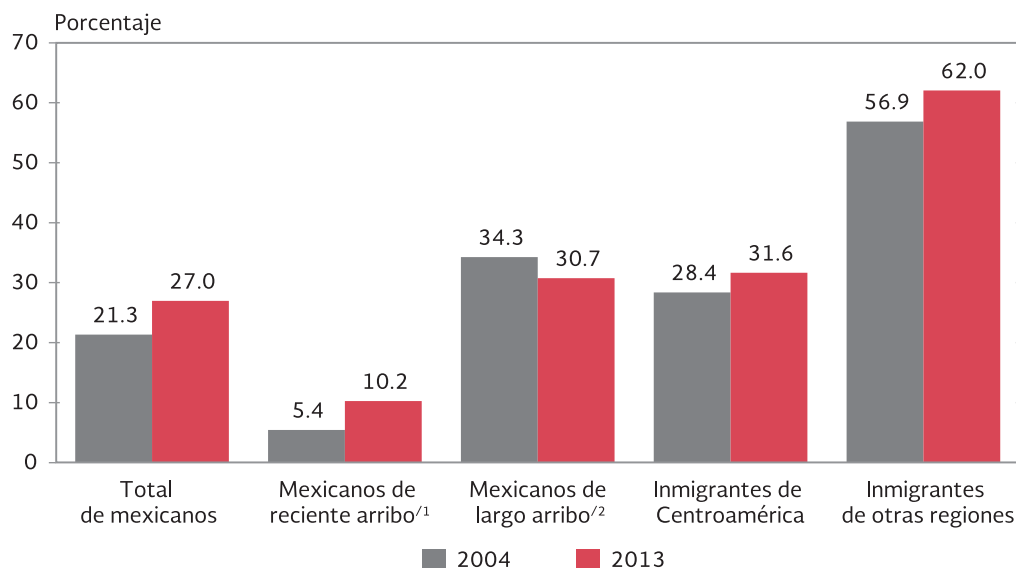
Figura 5. Población inmigrante indocumentada en Estados Unidos, 2004-2012



Fuente: Passel, J.; D' Vera Cohn; y Ana González-Barrera (2013). *Population Decline of Unauthorized Immigrant Stalls, May Have Reversed*. Pew Research Center. Hispanics Trends Project, September 2013.



Figura 6. Población inmigrante en Estados Unidos que cuenta con la ciudadanía estadounidense, según región de origen y arribo de mexicanos, 2004 y 2013



Notas: 1/Reciente arribo: Ingresaron entre 1994-2004 para 2004; y entre 2004-2013 para 2013.

2/Largo arribo: Ingresaron antes de 1994 para 2004; y antes de 2004 para 2013.

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

inmigrantes de otras regiones (62%). La tasa de naturalización de los inmigrantes mexicanos de reciente arribo es aún más baja (10%).¹ Destaca, en particular, que la proporción de mexicanos de largo arribo naturalizados disminuyó casi cuatro puntos porcentuales entre 2004 y 2013 (véase figura 6).

Hogares dirigidos por mexicanos y ciudadanía

La proporción de hogares encabezados por inmigrantes mexicanos con la ciudadanía estadounidense refleja la baja tasa de naturalización que caracteriza a la población mexicana. Si bien entre 2004 y 2013 se incrementó ligeramente la proporción de hogares mexicanos en los que todos tienen la nacionalidad estadounidense (por 6 puntos porcentuales), cerca

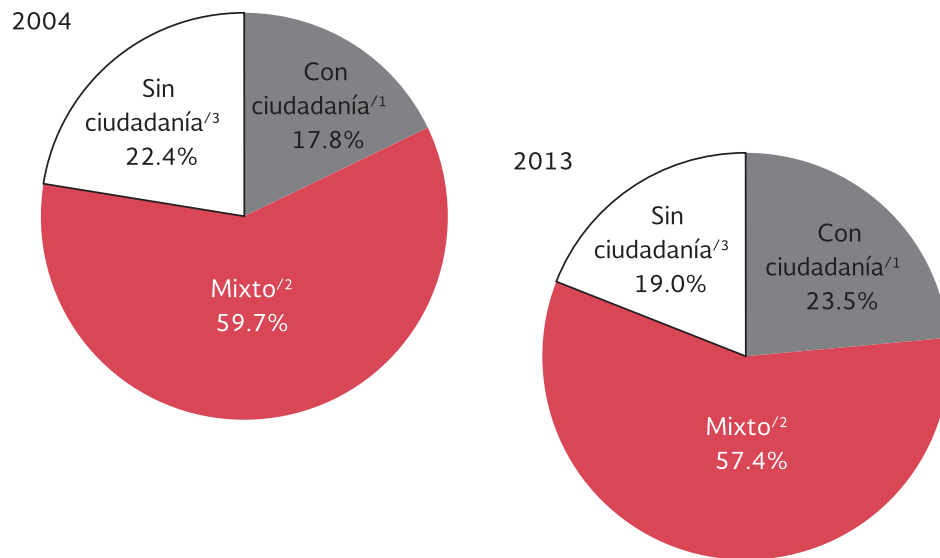
de seis de cada diez hogares encabezado por un inmigrante mexicano tienen al menos un integrante con nacionalidad estadounidense (véase figura 7). En la gran mayoría de estos hogares mixtos son los hijos de los dirigentes del hogar quienes tienen la ciudadanía por haber nacido en territorio estadounidense.

LOS MEXICANOS SON EL PRINCIPAL GRUPO DE TRABAJADORES INMIGRANTES

La migración mexicana hacia Estados Unidos es fundamentalmente de naturaleza laboral y está determinada por los profundos y marcados contrastes en materia salarial y de empleo entre ambos países. Los inmigrantes mexicanos aportaron cerca de 6.7 millones de personas a la población económicamente activa (PEA) del país en 2004, cifra que se incrementó a 7.5 millones en 2013, lo que los convierte en el principal grupo nacional de trabajadores extranjeros.

¹ Son migrantes de reciente arribo quienes tienen diez años o menos de residencia en Estados Unidos, y de largo arribo quienes tienen más de diez años de residencia, independientemente de su condición migratoria.

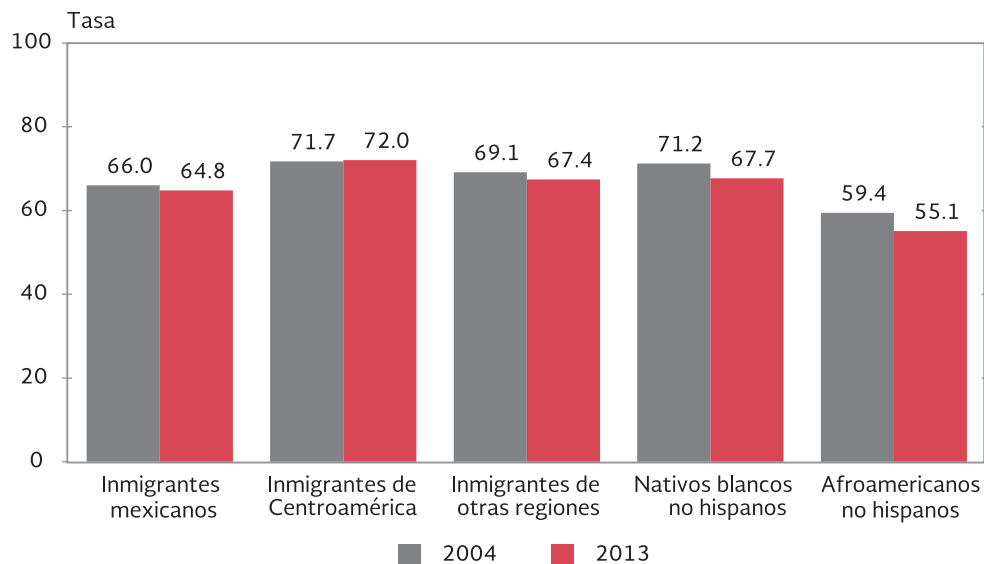
Figura 7. Distribución de hogares encabezados por inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, según condición de ciudadanía de sus integrantes, 2004 y 2013



Notas: 1/Todos los integrantes del hogar son ciudadanos estadounidenses.
 2/Al menos uno de los integrantes del hogar es ciudadano estadounidense y otro no.
 3/Ninguno de los integrantes del hogar es ciudadano estadounidense.

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Figura 8. Tasa de participación económica (porcentaje) de la población¹ en Estados Unidos, según región de origen y etnia o raza, 2004 y 2013



Nota: 1/Población de 15 a 64 años.

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



Al igual que otras poblaciones, los mexicanos residentes en Estados Unidos tienen una tasa de participación económica elevada (65%), aunque inferior a la de los inmigrantes de Centroamérica (72%), del resto de los inmigrantes (67%) y de los nativos blancos no hispanos (68%), y solo superior a la de los afroamericanos (55%) (véase figura 8).

En general, entre 2004 y 2013, la tasa de participación económica de los residentes en Estados Unidos disminuyó, con excepción de los inmigrantes centroamericanos, que incluso registró un ligero incremento. El decremento en las tasas de participación económica en cada grupo no es estadísticamente significativo, con excepción de los afroamericanos que perdieron más de cuatro puntos porcentuales.

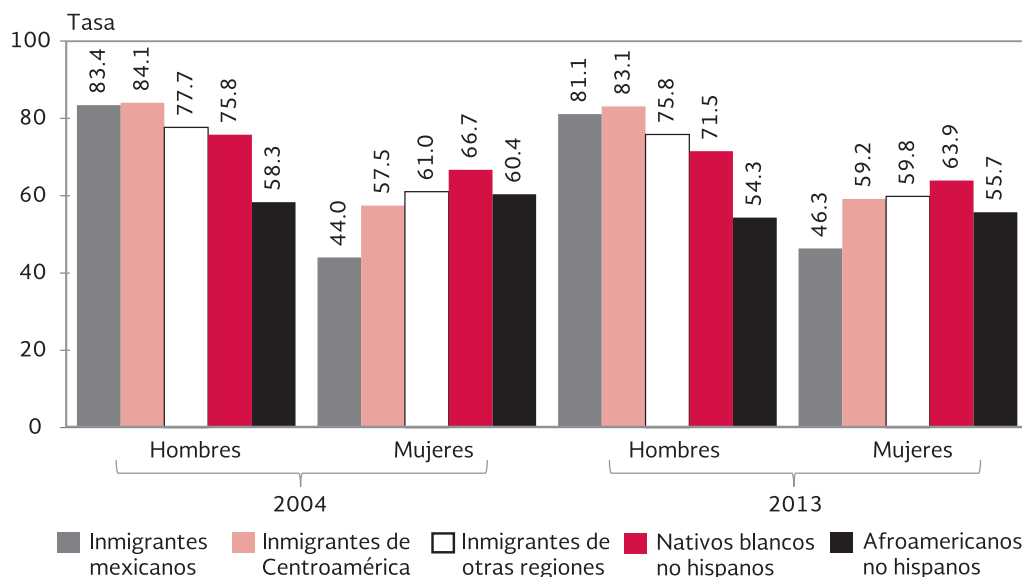
Al analizar la tasa de actividad económica por sexo, se constata que el menor valor del conjunto mexicano se explica por la baja tasa de actividad económica femenina, muy por debajo de las de sus contrapartes de otras regiones del mundo o nativas estadounidenses; situación que no ha cambiado de manera significativa en los últimos años. En cambio, los varones mexicanos

muestran una tasa de participación económica similar a la de los migrantes centroamericanos, y por encima de las de otros inmigrantes, nativos blancos no hispanos y afroamericanos (véase figura 9).

Participación de la población migrante en los sectores productivos

La participación ocupacional de los inmigrantes mexicanos, tanto en 2004 como en 2013, se ha concentrado en tres categorías: trabajadores de servicios de baja remuneración, obreros trabajadores especializados y trabajadores de la construcción, en los que se desempeñan más de siete de cada diez personas. Existen ligeras diferencias en la distribución ocupacional en comparación con los centroamericanos, pero son mucho más significativas respecto a las de los inmigrantes de otras regiones, los nativos blancos no hispanos y los afroamericanos. Destaca el caso de los nativos blancos no hispanos y el de los inmigrantes de otras regiones, quienes presentan una elevada concentración en la categoría de ejecutivos, profesionistas y técnicos (véase cuadro 2).

Figura 9. Tasa de participación económica (porcentaje) de la población¹ en Estados Unidos por sexo, según región de origen y etnia o raza, 2004 y 2013



Nota: 1/Población de 15 a 64 años.

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



Cuadro 2. Distribución de la población inmigrante ocupada en Estados Unidos, por tipo de ocupación en aquel país, según origen y etnia o raza, 2004 y 2013

Ocupación	Total de inmigrantes mexicanos		Inmigrantes mexicanos		Inmigrantes de Centroamérica	Inmigrantes de otras regiones	Nativos blancos no hispanos	Afroamericanos no hispanos
	mexicanos	Total	Inmigrantes mexicanos					
			Reciente arribo ¹	Largo arribo ²				
2004								
Población Total³	6 155 854	2 504 553	3 651 301	1 448 845	13 279 614	95 057 055	12 783 540	
Distribución total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Trabajadores de servicios de baja remuneración	26.8	32.9	22.6	29.4	14.4	10.0	15.4	
Obreros trabajadores especializados ⁴	28.9	24.7	31.8	24.8	15.6	15.6	19.5	
Trabajadores de la construcción	18.7	23.2	15.5	16.0	4.2	5.4	3.3	
Ventas, apoyo administrativo y de oficina	12.2	9.3	14.2	15.0	23.0	26.9	26.7	
Ejecutivos, Profesionistas y Técnicos	7.6	5.1	9.4	11.1	37.9	37.9	27.0	
Agricultores y trabajadores agrícolas	4.3	4.3	4.3	1.0 *	0.2 *	0.5	0.3 *	
Trabajadores de servicios semicalificados	1.5	0.5 *	2.3	2.7 *	4.7	3.7	7.8	
2013								
Población Total³	6 819 926	1 197 617	5 622 310	2 110 595	15 330 065	92 866 435	13 470 438	
Distribución total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Trabajadores de servicios de baja remuneración	29.8	35.4	28.6	34.9	15.3	11.2	15.1	
Obreros trabajadores especializados ⁴	25.6	22.3	26.3	21.1	13.8	14.5	18.0	
Trabajadores de la construcción	16.5	17.6	16.3	13.6	3.3	4.3	2.1	
Ventas, apoyo administrativo y de oficina	12.0	9.0	12.7	14.4	19.4	24.3	27.1	
Ejecutivos, Profesionistas y Técnicos	10.2	8.4	10.6	11.5	42.8	41.0	28.5	
Agricultores y trabajadores agrícolas	4.1	6.9	3.5	2.4	0.3	0.5	0.4	
Trabajadores de servicios semicalificados	1.7	0.6 *	1.9	2.1 *	5.1	4.3	8.8	

Notas: 1/ Reciente arribo: Ingresaron entre 1994-2004 para 2004; y entre 2004-2013 para 2013.

2/ Largo arribo: Ingresaron antes de 1994 para 2004; y antes de 2004 para 2013.

3/ Población de 15 a 64 años ocupada que excluye a trabajadores de las fuerzas armadas y los no especificados de ocupación.

4/ Excluye a trabajadores de la construcción.

* Menos de treinta casos muestrales.

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, Current Population Survey (CPS), de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA. Minneapolis: University of Minnesota.



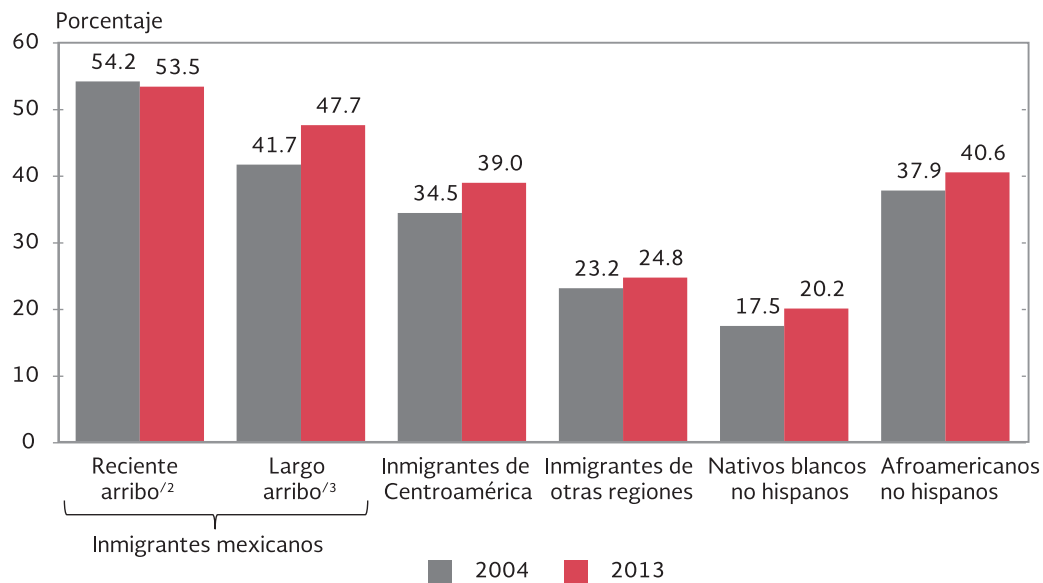
Entre los migrantes mexicanos, la duración de la experiencia migratoria tiende a mejorar ligeramente el acceso a mejores empleos, dado que los migrantes de largo arribo presentan una mayor concentración que los de reciente arribo en categorías como obreros y trabajadores especializados, vendedores y ejecutivos. El cambio más notable es la caída en el porcentaje de obreros de la construcción entre los inmigrantes de reciente arribo (más de cinco puntos porcentuales de decremento entre 2004 y 2013), que es consistente con la desaceleración del mercado estadounidense de bienes raíces.

En el caso de los inmigrantes centroamericanos, a pesar de concentrarse en los mismos grupos laborales que los inmigrantes mexicanos, su proporción en las categorías de ejecutivos, profesionistas y técnicos y ventas apoyo administrativo y de oficina, fue mayor que la de los nacidos en México.

Bajos ingresos entre la población inmigrante mexicana

En Estados Unidos se ha incrementado el número de personas con bajos ingresos en todas las poblaciones estudiadas. Al comparar los porcentajes de las poblaciones inmigrantes, nativa blanca y afroamericana que se encuentra por debajo del 150 por ciento de la línea federal de pobreza en Estados Unidos, se advierte que los inmigrantes mexicanos son los que tienen mayores carencias económicas, tanto en 2004 como en 2013 (véase figura 10), y que esta situación es aún más grave entre los de reciente arribo. Factores como el elevado nivel de indocumentación y los sectores de actividad laboral en que se concentran los mexicanos (de baja remuneración y fuertemente penalizados por la crisis económica), han contribuido de manera importante para las carencias económicas de la población mexicana en Estados Unidos.

Figura 10. Población con bajo ingreso¹ en Estados Unidos, según región de origen y etnia o raza, 2004 y 2013



Notas: 1/Ingresos por debajo del 150 por ciento de la línea federal de pobreza de Estados Unidos.

2/Reciente arribo: Ingresaron entre 1994-2004 para 2004; y entre 2004-2013 para 2013.

3/Largo arribo: Ingresaron antes de 1994 para 2004; y antes de 2004 para 2013.

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



Cabe señalar que se observa un preocupante incremento de seis puntos porcentuales entre los mexicanos de largo arribo con bajos ingresos, lo que da cuenta de las dificultades que entraña la experiencia migratoria en la última década y el deterioro relativo de las condiciones sociales de los mexicanos en Estados Unidos.

Después de los mexicanos, la población afroamericana es la segunda con mayor proporción de personas de bajos ingresos, con un incremento de dos puntos porcentuales entre 2004 y 2013, seguidos por los inmigrantes centroamericanos, cuyo incremento fue de cuatro puntos porcentuales.

CONCLUSIONES

No obstante que la composición y origen de la inmigración a Estados Unidos ha variado significativamente en las últimas décadas, los mexicanos aún son la población más numerosa en la Unión Americana. La elevada emigración de los connacionales en los últimos cuarenta años ha contribuido a que su presencia se haya distribuido en todo el territorio estadounidense, principalmente en las zonas urbanas, y en los estados tradicionales de destino.

Los residentes mexicanos son predominantemente personas entre 18 y 64 años, lo que ha ayudado a contrarrestar la disminución de la población en edad laboral en Estados Unidos, aunque en menor cuantía que en las dos décadas previas. Los inmigrantes mexicanos, ocupados principalmente en la base de la pirámide laboral, los convierte en el grupo más numeroso de trabajadores extranjeros.

El estatus migratorio condiciona el ejercicio de derechos y el acceso a beneficios económicos y sociales. Los mexicanos enfrentan también, desproporcionadamente, serias desventajas, que los marginan de la obtención de residencia regular y adquisición de la nacionalidad, lo cual repercute en los hogares que encabezan y en la dotación de derechos y oportunidades de sus integrantes.



CAPÍTULO II

ACCESO A SEGURIDAD MÉDICA Y USO DE SERVICIOS

INTRODUCCIÓN

Los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos enfrentan enormes dificultades para recibir atención médica, lo que puede tener un efecto negativo en su salud física y emocional. La exclusión de un segmento importante de la población mexicana de la cobertura de seguridad médica refleja una desventaja en términos de integración laboral y social, y limita las posibilidades de utilizar oportunamente los servicios de atención médica.

Con la *Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible* (ACA, por sus siglas en inglés), cuyas disposiciones más importantes entraron en vigor en 2014, se espera que aumente el número de inmigrantes mexicanos con cobertura de seguridad médica. No obstante, dado que más de la mitad de los inmigrantes indocumentados son mexicanos, un segmento importante permanecerá excluido (véase recuadro I).

En este capítulo se establecen comparaciones entre las poblaciones inmigrantes de origen mexicano, centroamericano y de otras regiones del mundo con las poblaciones nativas blancas y afroamericanas, y se resaltan las diferencias más significativas respecto a la cobertura de seguridad médica y uso de servicios. También se exploran las relaciones entre la cobertura y diversas variables directamente relacionadas con la experiencia migratoria, tales como la duración de la estancia y la condición de ciudadanía, y se presenta la situación de desventaja de los migrantes mexicanos y centroamericanos para recibir atención médica oportuna en Estados Unidos.

El análisis compara la situación registrada en 2004 con los resultados disponibles para 2013, con base en los datos de la *Current Population Survey* (CPS)

y de la *National Health Interview Survey* (NHIS).¹ Es importante señalar que el impacto de la implementación de la ACA empezará a reflejarse en los resultados de los levantamientos de estas encuestas posteriores a 2013.

COBERTURA Y TIPO DE SEGURIDAD MÉDICA

Alrededor de 6.2 millones de inmigrantes mexicanos no cuentan con seguro médico

Los inmigrantes mexicanos enfrentan una serie de obstáculos que restringen su acceso a una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades. Esto tiene consecuencias negativas para su estado de salud, tanto física como mental, y acentúa su marginación en Estados Unidos.

En 2013 había alrededor de 6.2 millones de inmigrantes mexicanos residentes en Estados Unidos sin seguro médico, cifra que ha disminuido desde 2007, en buena medida, debido a la reducción de la población indocumentada (véase figura 11).

¹ Dadas las limitaciones muestrales, que impiden estimaciones para un solo año, se analizan los bienios 2004-2005 y 2012-2013.

Figura 11. Población mexicana residente en Estados Unidos sin seguro médico, 2004-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004-2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis University of Minnesota.

La proporción de mexicanos sin seguro médico en Estados Unidos es mayor comparada con otros grupos

No obstante que los mexicanos representaron casi cuatro por ciento de la población de la Unión Americana en 2013, constituyeron poco menos de 13 por ciento de la población sin seguro médico. Claramente los mexicanos integran el grupo más excluido, en comparación con los inmigrantes de otras regiones, nativos blancos no hispanos y afroamericanos. En 2013, poco más de la mitad de los mexicanos no contaba con seguridad médica (52%), proporción tres veces superior a la de los afroamericanos (17%), cuatro veces más elevada que la de los nativos blancos no hispanos (12%) y dos veces y media más que la del resto de los inmigrantes (20%). Los centroamericanos registran un porcentaje ligeramente inferior al de los mexicanos (49%) (véase figura 12).

Estas cifras confirman un patrón de desigualdad en el acceso a los servicios de salud en Estados Unidos según origen étnico-racial y región de procedencia, sin grandes variaciones entre 2004 y 2013.

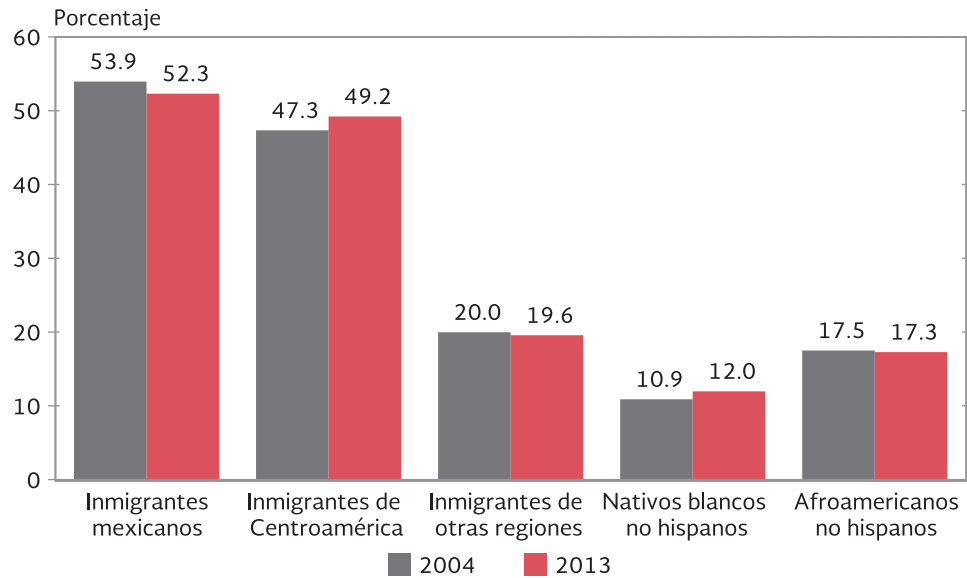
Más de seis de cada diez inmigrantes mexicanos y centroamericanos de reciente arribo no tienen seguridad médica

La proporción de población sin seguro médico es mayor entre todos los migrantes de reciente arribo, lo que corrobora que el tiempo de estancia en la sociedad receptora constituye un factor que condiciona favorablemente los procesos de integración social de las poblaciones inmigrantes. Los inmigrantes de largo arribo tienden a contar con empleos con mejores salarios y beneficios laborales, como el seguro médico, tanto por la adquisición de habilidades y competencias como por el mayor conocimiento del mercado laboral y los sistemas sociales. Sin embargo, el nivel de desprotección de los mexicanos y centroamericanos todavía es muy superior al de los migrantes de otras regiones, tanto entre los de reciente arribo como entre los de larga estancia (véase figura 13).

Los inmigrantes centroamericanos de reciente arribo tienen el mayor porcentaje de población sin cobertura de seguro médico (64%), seguido por el de los mexicanos (61%) y, más lejos, por el de los proceden-

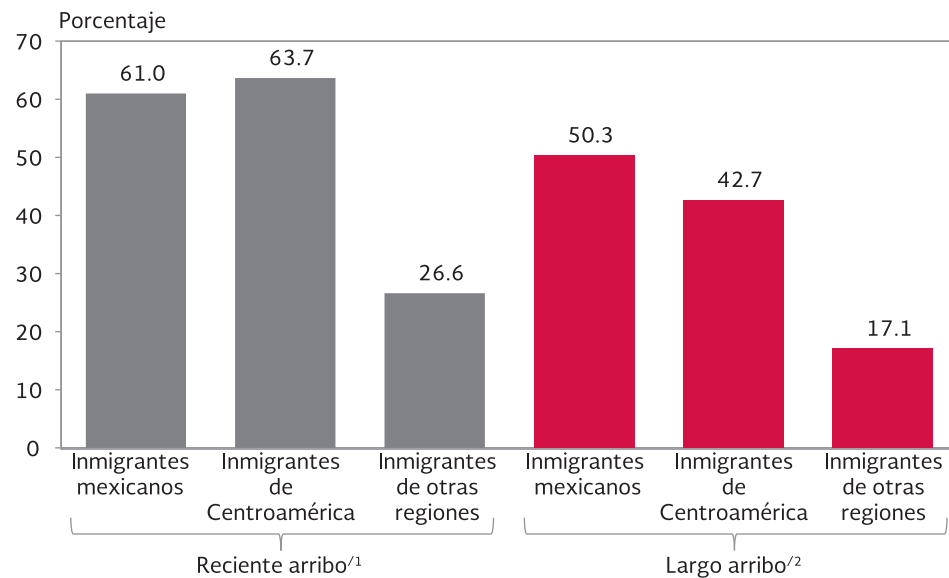


Figura 12. Población en Estados Unidos sin seguro médico, según región de origen y etnia o raza, 2004 y 2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y de 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Figura 13. Población inmigrante en Estados Unidos sin seguro médico por periodo de llegada a ese país, según región de origen, 2013



Notas: 1/Reciente arribo: Ingresaron entre 2004-2013.

2/Largo arribo: Ingresaron antes de 2004.

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

tes de otras regiones (27%). La mejoría en los niveles de cobertura es de diez puntos porcentuales entre los migrantes mexicanos de largo arribo, 21 puntos porcentuales entre los centroamericanos y menos de diez entre el resto de los inmigrantes, aunque este grupo se encuentra en mejores condiciones, independientemente del tiempo de estancia en la Unión Americana.

Es más frecuente que las mujeres inmigrantes mexicanas cuenten con seguro médico que los hombres

La desigualdad en la cobertura médica también se encuentra en la distribución por sexo, puesto que en los cinco grupos estudiados, los hombres registran porcentajes más altos de exclusión de cobertura de seguridad médica en comparación con las mujeres, aunque las brechas son mayores entre los inmigrantes centroamericanos y mexicanos (56 y 42%, en el primer caso, y 55 y 49%, en el segundo, en 2013). Sin embargo, en la población de mexicanos no se presentaron cambios sig-

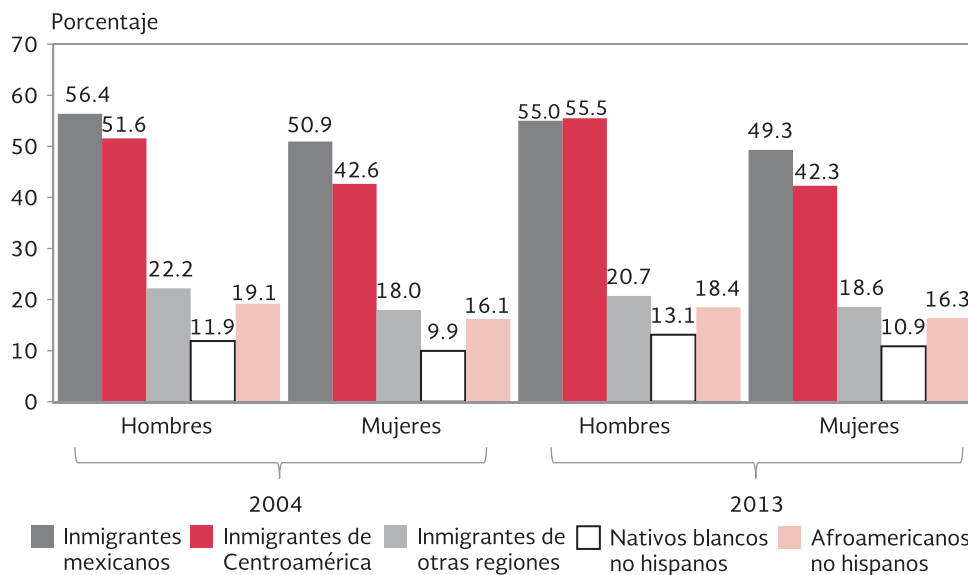
nificativos entre un periodo y otro. Entre los centroamericanos, la brecha de género de seguro médico no solo fue mayor a la de todos los otros grupos, sino que se incrementó de nueve puntos porcentuales en 2004 a 13 puntos porcentuales en 2013 (véase figura 14).

La falta de seguro médico entre los mexicanos se acentúa en el grupo de edad de 18 a 29 años

Al analizar la cobertura de seguridad médica por grupos de edad, se corrobora la desventaja de los inmigrantes mexicanos y centroamericanos en las distintas etapas del ciclo de vida.

De acuerdo con las cifras más recientes, en 2013 carecían de seguro médico cuatro de cada diez niños mexicanos, casi dos de cada tres jóvenes entre 18 y 29 años, seis de cada diez adultos de 30 a 44 años y la mitad de los adultos entre 45 y 64 años. La proporción de los centroamericanos sin seguro médico solo es menor entre los niños y adolescentes

Figura 14. Población en Estados Unidos sin seguro médico por región de origen y etnia o raza, según sexo, 2004 y 2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



(22%) y los adultos de 45 a 64 años (41%). Los niveles de desprotección de ambos grupos de inmigrantes duplican con creces a los del resto de los inmigrantes y son claramente superiores a los de los nativos blancos no hispanos y afroamericanos. Resalta, además, que diez por ciento de los mexicanos de 65 años y más no cuenta con un seguro médico, cifra que supera a la registrada por otros grupos de inmigrantes y nativos (véase figura 15). Sin seguro, es más difícil que busquen atención oportuna y adecuada para problemas de salud, como las enfermedades crónicas, que son más comunes durante esta etapa de la vida.

Entre 2004 y 2013, la carencia de seguro médico disminuyó entre los grupos más jóvenes de la población, con excepción de los nativos blancos no hispanos de 18 a 29 años. Los principales cambios se registraron entre los inmigrantes mexicanos menores de edad (cerca de 13 puntos porcentuales menos) y centroamericanos (18 puntos porcentuales menos).

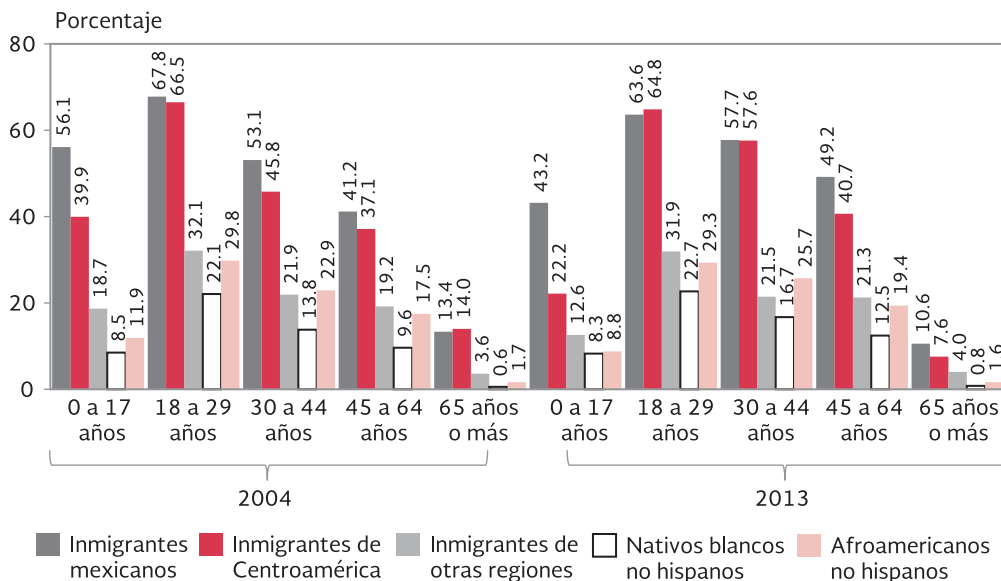
En contraste, la tendencia predominantemente entre las poblaciones adultas indica un deterioro en la

disponibilidad de seguro médico, particularmente acentuado en los centroamericanos de 30 a 44 años (12 puntos porcentuales), y los mexicanos de 45 a 64 años (8 puntos porcentuales). Finalmente, entre los adultos mayores se registra un notorio descenso en la proporción de inmigrantes centroamericanos sin seguro médico (casi 7 puntos porcentuales) (véase figura 15).

La falta de cobertura de seguridad médica se incrementa entre los inmigrantes mexicanos que no tienen la ciudadanía estadounidense

La ciudadanía es un indicador de integración social de las poblaciones inmigrantes, que se relaciona con los derechos laborales y sociales, entre ellos, la seguridad médica. En los tres grupos de inmigrantes, la proporción de los ciudadanos sin seguro es significativamente inferior a la de los no ciudadanos, tanto en 2004 como en 2013. Sin embargo, incluso en condiciones similares de ciudadanía, los nativos de México presentan índices de desprotección superiores a los

Figura 15. Población en Estados Unidos sin seguro médico por región de origen y etnia o raza, según grupos de edad, 2004 y 2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

de inmigrantes centroamericanos y de otras regiones (32, 22 y 15%, respectivamente en 2013), lo que guarda una estrecha relación con una mayor concentración en ocupaciones que ofrecen limitadas o nulas prestaciones laborales.

La situación de los inmigrantes mexicanos y centroamericanos no ciudadanos, muchos de los cuales son indocumentados que desempeñan ocupaciones poco calificadas, con bajos salarios y sin acceso a los programas públicos (PHS, 2009), es más problemática. Alrededor de seis de cada diez sin ciudadanía no cuentan con seguridad médica, situación que no ha cambiado entre 2004 y 2013 (véase figura 16).

Los inmigrantes mexicanos con bajos ingresos son muy proclives a no tener un seguro médico

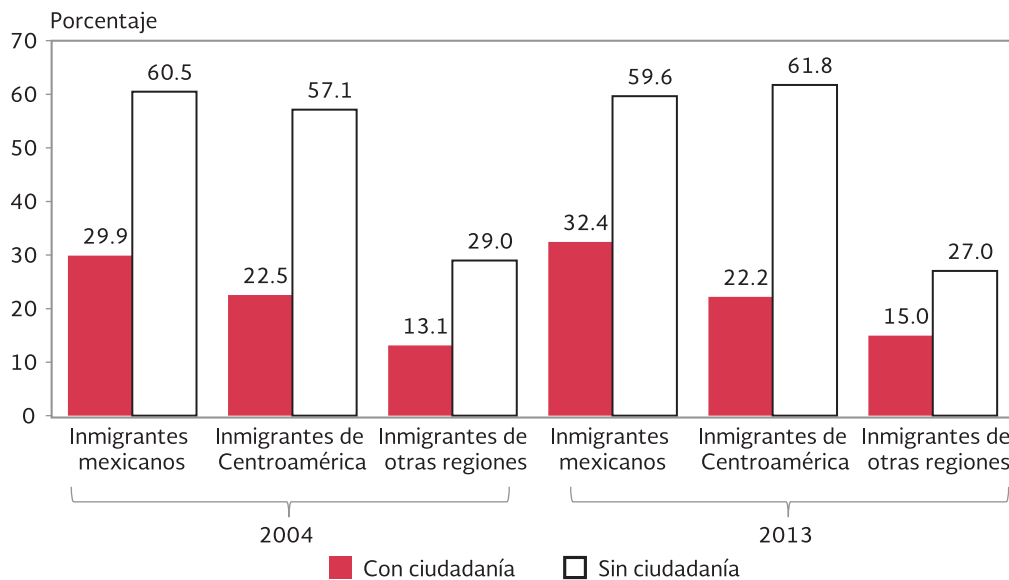
Los inmigrantes mexicanos y centroamericanos con bajos ingresos son los grupos que más carecen de cobertura de seguridad médica: más de seis de cada

diez, una relación que duplica a la de los inmigrantes de otras regiones y triplica a las de los nativos blancos no hispanos y afroamericanos. Esta condición de desventaja de los inmigrantes mexicanos y centroamericanos de más escasos recursos se ha mantenido en el periodo analizado (véase figura 17). En un contexto de precariedad económica y de exclusión del sistema de salud, estos inmigrantes con bajos salarios enfrentan grandes obstáculos para obtener los servicios de salud de manera oportuna.

Los trabajadores de la construcción son los inmigrantes mexicanos más desprotegidos

Las ocupaciones de la construcción, agricultura y servicios de baja calificación, sectores con altas tasas de ocupación entre los inmigrantes mexicanos, muestran los mayores índices de desprotección en materia de seguridad médica. Así, 72 por ciento de los trabajadores mexicanos ocupados en la rama de la construcción y 66 por ciento de los ocupados en el sector agrícola y

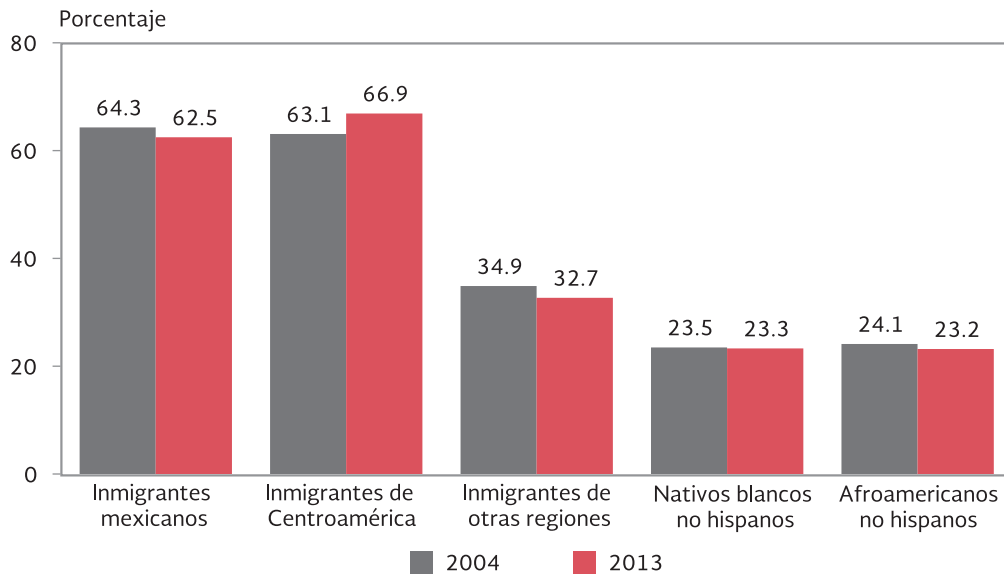
Figura 16. Población inmigrante en Estados Unidos sin seguro médico por condición de ciudadanía estadounidense, según región de origen, 2004 y 2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

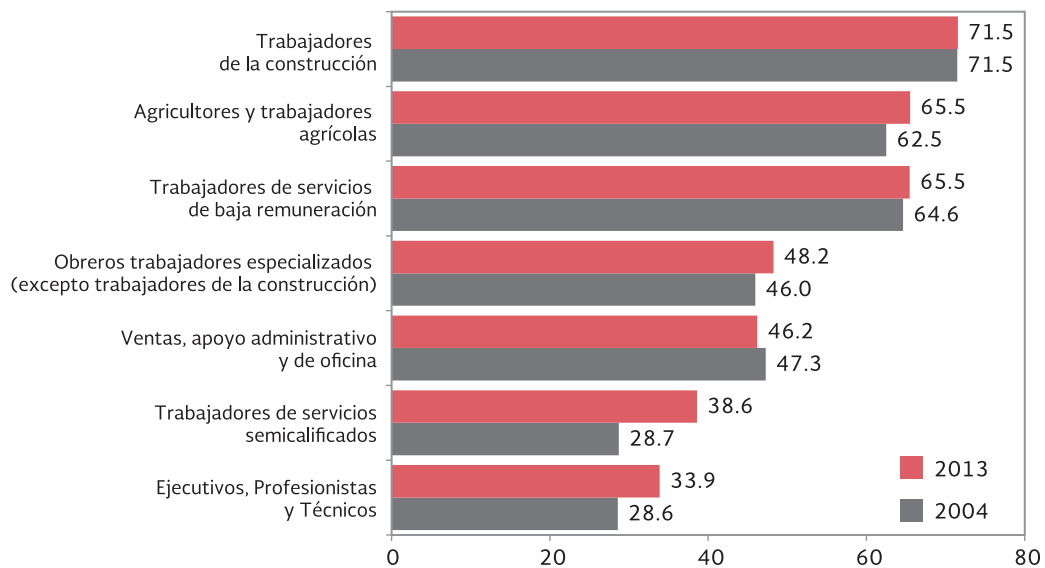


Figura 17. Población en Estados Unidos sin seguro médico con bajos ingresos¹ en ese país, según región de origen y etnia o raza, 2004 y 2013



Nota: 1/Ingresos por debajo del 150 por ciento de la línea federal de pobreza de Estados Unidos.
 Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Figura 18. Población mexicana residente en Estados Unidos sin seguro médico por ocupación en ese país, 2004 y 2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

en servicios de baja calificación no contaban con seguridad médica, de acuerdo con datos para 2013 (véase figura 18). Esto resulta alarmante, dado que, según cifras del Departamento de Trabajo de Estados Unidos, el sector de la construcción tuvo el mayor número de casos de accidentes mortales en 2012, mientras que el sector de la agricultura, silvicultura, pesca y caza presentó la tasa más alta de accidentes de trabajo no mortales en el mismo año (BLS, 2014). Llama la atención que las ocupaciones que registraron un mayor incremento de trabajadores no asegurados entre 2004 y 2013 son las de servicios semicalificados y ejecutivos, profesionistas y técnicos (10 y 5 puntos porcentuales, respectivamente).

Más de la mitad de los mexicanos no tiene seguro médico en ocho de los diez estados con mayor volumen de población mexicana

Existen importantes diferencias a escala estatal en cuanto al grado de exclusión de los inmigrantes mexicanos de la seguridad médica, la cual se ha visto afectada por la implementación o, en su caso, ausencia de políticas económicas, sociales y culturales de los gobiernos locales y estatales. En 2013, los estados de Carolina del Norte, Maryland, Florida y Nueva Jersey registraron los niveles más altos de desprotección en términos de cobertura de seguridad médica (entre 78 y 70%). En cinco estados (Kansas, Georgia, Oregón, Idaho y Texas), entre 60 y 70 por ciento de la población mexicana carecía de seguro, y entre 50 y 60 por ciento en otros ocho estados (Utah, Nueva York, Wisconsin, Washington, Nevada, Colorado, Nuevo México y Arizona). De los estados con mayor volumen de población mexicana, solo en California e Illinois menos de la mitad no tenía seguro médico (43 y 40%, respectivamente). En Kansas y Georgia, el nivel de desprotección de los mexicanos se incrementó de forma particularmente dramática entre 2004 y 2013 (véase cuadro 3).

TIPO DE SEGURIDAD MÉDICA

Los inmigrantes mexicanos presentan los menores porcentajes de cobertura de salud mediante seguros privados

El sistema de salud estadounidense descansa fundamentalmente en los seguros privados, que se obtienen, generalmente, a través del empleo (propio o de un familiar), mientras que los seguros públicos cubren una fracción minoritaria, pues se orientan a los grupos de menores ingresos (*Medicaid*) y a los de mayor edad (*Medicare*).

Ciertamente, estos programas proveen seguridad médica a un número significativo de personas y familias de bajos ingresos en Estados Unidos. No obstante, los inmigrantes de escasos recursos, en particular los indocumentados, enfrentan grandes obstáculos para obtener un seguro médico público.

En 2013, la mayoría de la población asegurada estaba cubierta por un seguro privado (exclusivamente o en combinación con un seguro público) en los cinco grupos analizados, si bien las menores proporciones corresponden a los mexicanos y centroamericanos (31 y 38%, respectivamente), seguidos por los afroamericanos (50%). En cambio, los nativos blancos no hispanos y el resto de los inmigrantes registran coberturas privadas de 69 y 60 por ciento, respectivamente (véase figura 19). Estas desigualdades en la cobertura médica privada expresan una segmentación del mercado de trabajo estadounidense de cariz étnico-racial, en la que los primeros tienen una mayor presencia en ocupaciones con limitadas prestaciones laborales, mientras que los últimos se concentran en ocupaciones que frecuentemente otorgan dichos beneficios.

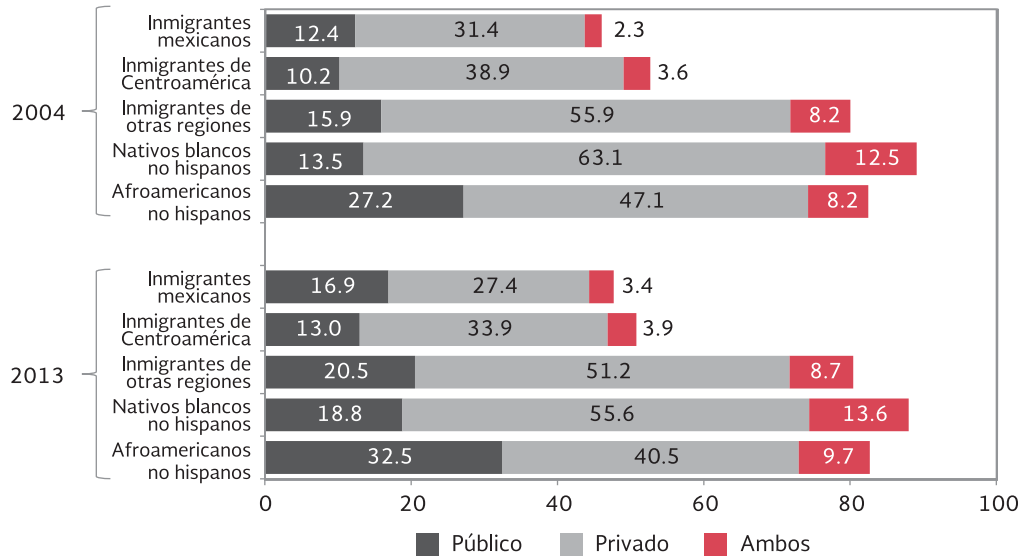


Cuadro 3. Proporción de la población mexicana sin seguro médico residente en Estados Unidos por estados seleccionados de la Unión Americana, 2004 y 2013

Estado de residencia	Año	
	2004	2013
Total de Estados Unidos	53.9	52.3
Carolina del Norte	74.5	77.5
Maryland	78.1	73.0
Florida	64.4	71.5
Nueva Jersey	73.6	70.2
Kansas	45.1	68.9
Georgia	55.8	66.2
Oregón	70.4	65.5
Idaho	77.9	65.1
Texas	59.7	63.5
Utah	53.7	58.9
Nueva York	75.7	57.9
Wisconsin	69.5	56.1
Washington	71.2	53.5
Nevada	47.8	52.9
Colorado	60.4	52.7
Nuevo México	46.1	52.5
Arizona	46.6	51.6
Nebraska	41.8	47.1
Delaware	57.9	42.8
California	46.3	42.5
Illinois	45.5	40.3

Fuente: Estimaciones de la Unidad de Política Migratoria con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey* (CPS), de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Figura 19. Población en Estados Unidos por tipo de seguro médico, según región de origen y etnia o raza, 2004 y 2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Los inmigrantes mexicanos y los centroamericanos de bajos ingresos tienen menores porcentajes de seguridad médica pública

Alrededor de la mitad de los inmigrantes mexicanos que carecen de seguridad médica vive en familias de bajos ingresos. Sin embargo, tal como su contraparte centroamericana, tiene un acceso muy limitado a los programas públicos dirigidos a los grupos más vulnerables. En 2004, solo uno de cada cinco inmigrantes mexicanos de bajos ingresos se benefició de dichos programas (exclusivamente o en combinación con un seguro privado), mientras que en 2013 esa relación pasó a uno de cada cuatro. En cambio, los nativos afroamericanos, blancos no hispanos y los inmigrantes procedentes de otras regiones tienen mayor acceso a dichos programas (véase figura 20). El aumento en la cobertura pública para la mayoría de los grupos, excepto los centroamericanos, entre 2004 y 2013, probablemente son resultado de los esfuerzos de muchos estados para aumentar la cobertura de los niños inmigrantes y de bajos ingresos, gracias a la

Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIPRA, por sus siglas en inglés), de 2009 (Saloner et al., 2014).

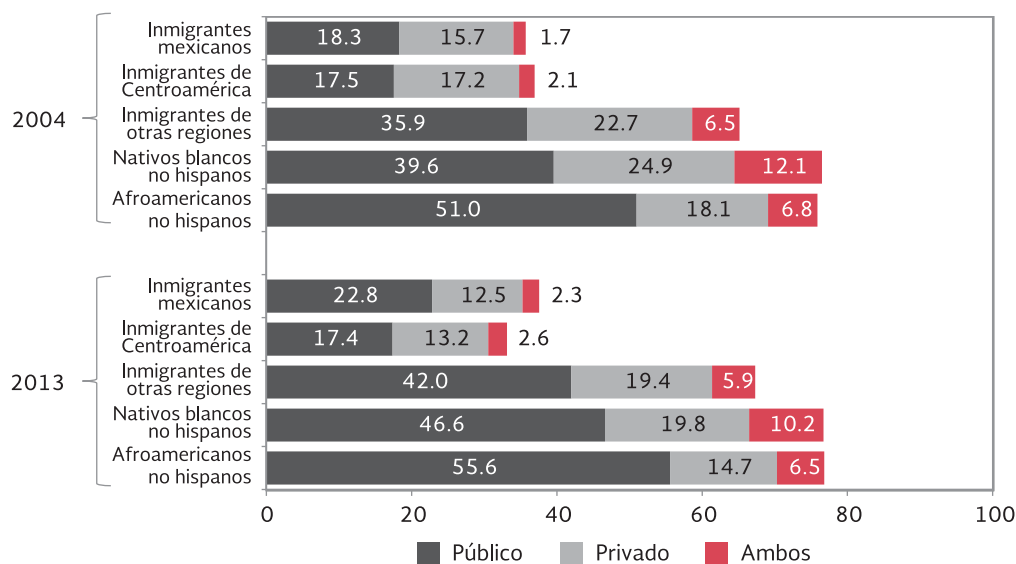
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Los inmigrantes mexicanos frecuentemente no cuentan con un lugar para recibir atención médica de manera regular

Los datos expuestos en el apartado anterior muestran que los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, seguidos de los centroamericanos, se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad y desprotección en materia de salud, y que esta situación no ha presentado grandes mejorías en la última década. Contar con seguro de salud permite a las personas un acceso más frecuente y oportuno a los centros de salud. En cambio, la falta de seguridad médica que caracteriza a un amplio segmento de la población de bajos ingresos constituye el principal obstáculo para una supervi-



Figura 20. Población en Estados Unidos con bajos ingresos¹ en ese país por tipo de seguro médico, según región de origen y etnia o raza, 2004 y 2013



Nota: 1/Ingresos por debajo del 150 por ciento de la línea federal de pobreza de Estados Unidos.

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, de los meses de marzo de 2004 y 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

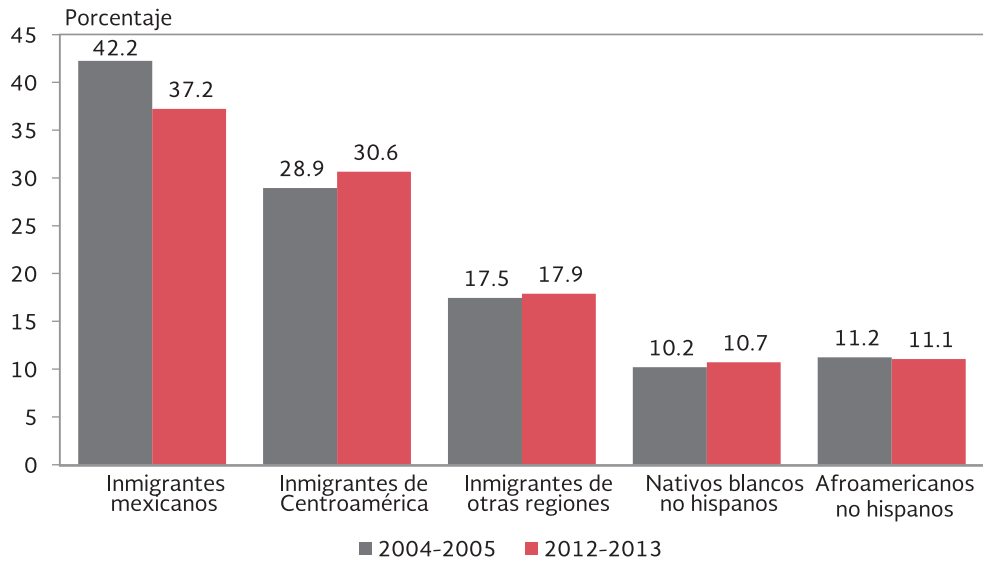
sión médica periódica. Existen, además de las barreras financieras, factores adicionales de carácter cultural, lingüístico y legal que dificultan el acceso a los servicios médicos para los inmigrantes.

Es crucial tener de un lugar de atención médica regular para asegurar un monitoreo consistente del estado de salud para prevenir padecimientos, y contar con un diagnóstico y tratamiento oportuno en caso de enfermedad o emergencia. En comparación con otros grupos, los inmigrantes mexicanos son mucho menos propensos que otros grupos a contar con una fuente regular de atención médica en Estados Unidos, lo que guarda una estrecha relación con su menor cobertura de seguridad médica, entre otros factores. Pese a que la proporción de mexicanos que no cuenta con un lugar de atención médica regular ha disminuido de 42 a 37 por ciento entre 2004 y 2013, esta cifra supera a la de los migrantes centroamericanos (31%), y es dos veces mayor que la de los inmigrantes de otras regiones (18%) y más del triple de la reportada por los nativos blancos no hispanos y afroamericanos (11% en ambos casos) (véase figura 21).

La situación de desventaja de los inmigrantes mexicanos se reproduce en todos los grupos etarios, aunque es mayor entre la población de 18 a 29 años, seguida de la población de 30 a 44 años (véase figura 22). Las implicaciones de no contar con un médico regular tienen diferente grado de gravedad según la etapa del ciclo de vida. Las etapas de la niñez y adolescencia requieren una supervisión médica continua e integral para favorecer un buen desarrollo físico e intelectual. Si bien se observó una reducción importante en la proporción de niños y adolescentes mexicanos que no contaba con un lugar de atención médica regular, la cifra en 2012-2013 sigue siendo alarmante: 27 por ciento, que contrasta con la de los menores inmigrantes procedentes de otras regiones (10%), y de los nativos blancos no hispanos (3%) y afroamericanos (2%).

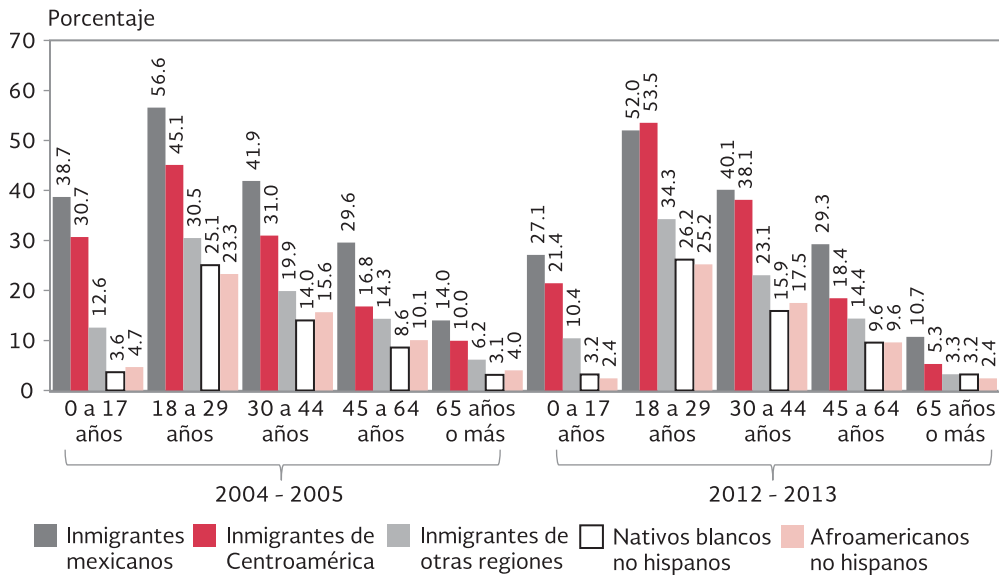
Durante la vejez el estado de salud puede deteriorarse rápidamente y pueden desarrollarse más fácilmente las enfermedades crónico-degenerativas. En consecuencia, los problemas asociados a la falta de un cuidado médico continuo se multiplican. No obstante la disminución de la brecha entre los adultos mayores

Figura 21. Población en Estados Unidos sin lugar habitual de atención médica, según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 y 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

Figura 22. Población en Estados Unidos sin lugar habitual de atención médica por región de origen y etnia o raza, según grupos de edad, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 y 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.



mexicanos y los de otros grupos, el porcentaje de quienes no cuentan con un lugar de atención médica regular permanece relativamente alto (11%, frente a 3% de los migrantes de otras regiones y nativos blancos no hispanos, y 2% de los afroamericanos).

De un modo general, es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres no contar con un lugar para recibir atención médica regular. Sin embargo, las diferencias entre ambos sexos son más marcadas en el caso de los inmigrantes mexicanos (casi 20 puntos porcentuales en 2012-2013), seguido de los centroamericanos. En el otro extremo están los nativos blancos no hispanos, cuya brecha de género es inferior a cinco puntos porcentuales.

Tanto entre los varones como entre las mujeres mexicanas se ha reducido durante la última década el número de quienes no cuentan con un lugar de atención médica regular, aunque esa reducción fue más acentuada entre las mujeres. En relación directa con ello, disminuyó la desventaja respecto a las mujeres de otros grupos poblacionales (véase figura 23).

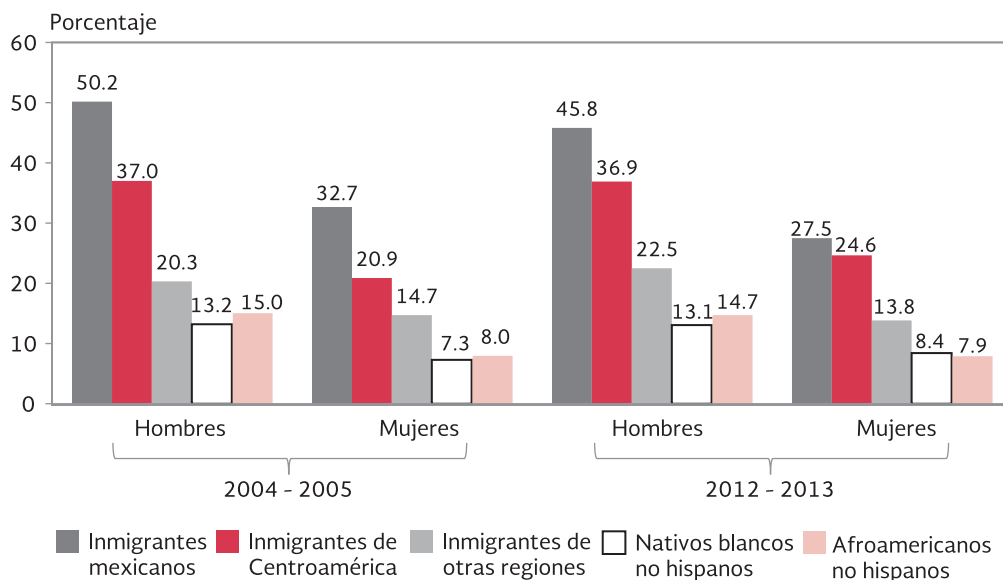
TIPO DE SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA

Los mexicanos recurren más a centros y clínicas públicas de salud

En Estados Unidos existe una amplia oferta de servicios de cuidado de salud, como consultorios privados, clínicas comunitarias y otros centros de salud. Sin embargo, el tipo de servicio utilizado tiene una relación con el nivel socioeconómico, que varía según el lugar de origen, etnia o raza. Quienes recurren a médicos privados tienen una mayor probabilidad de recibir una atención más especializada y personalizada, mientras que quienes acuden a los centros de salud o clínicas comunitarias reciben, esencialmente, servicios menos personalizados de cuidado preventivo y primarios, dado el mayor número de pacientes por médico.

Los inmigrantes mexicanos que cuentan con un lugar de atención médica regular utilizan mayoritariamente centros o clínicas de salud, y esa propensión se ha

Figura 23. Población en Estados Unidos sin lugar habitual de atención médica por región de origen y etnia o raza, según sexo, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, National Health Interview Survey (NHIS), 2004-2005 y 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

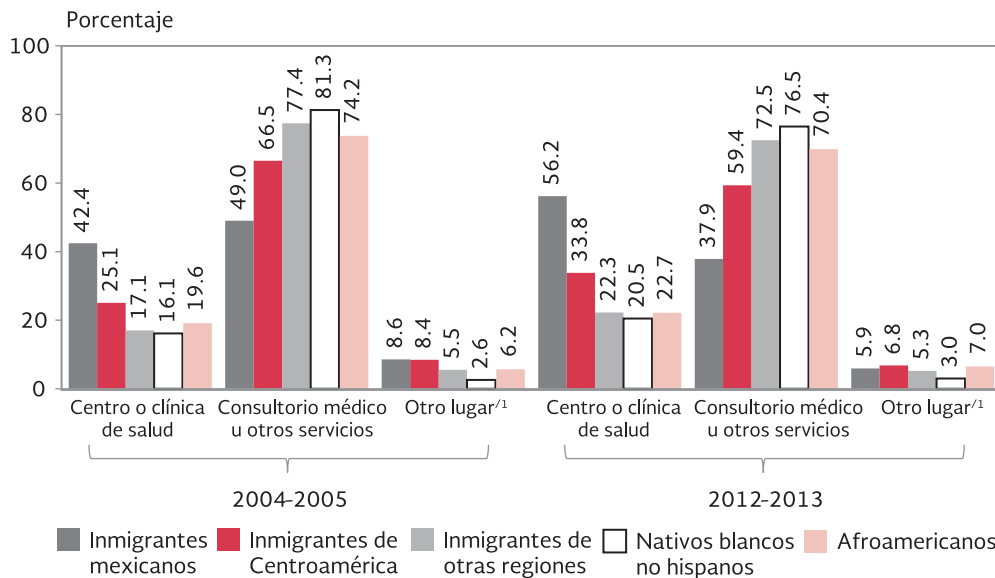
incrementado en el periodo más reciente hasta ascender a 56 por ciento. Esta cifra supera a la de los centroamericanos (34%) y duplica con creces a la registrada por los inmigrantes procedentes de otras regiones (22%) y los nativos blancos no hispanos (21%) y afroamericanos (23%) (véase figura 24).

Al analizar los datos por sexo, se observa que las mujeres mexicanas utilizan en mayor medida que los varones los centros y clínicas públicas de salud (60 y 52%, respectivamente). Esto puede ser resultado de que las mujeres sin seguro buscan servicios de salud sexual y reproductiva y atención prenatal en las clínicas comunitarias, donde pueden recibir servicios gratuitos o a bajo costo (véase figura 25).

Los inmigrantes mexicanos que no cuentan con ciudadanía estadounidense utilizan menos servicios médicos privados

Por lo general, los inmigrantes que no cuentan con la ciudadanía estadounidense son más proclives a recibir atención médica en clínicas o centros de salud pública, mientras que los naturalizados la reciben en consultorios privados. Esta tendencia se ha incrementado en el tiempo y es más frecuente entre los inmigrantes mexicanos. Más de seis de cada diez mexicanos sin ciudadanía utilizan los servicios de las clínicas públicas, mientras que esa cifra es de 48 por ciento entre los inmigrantes centroamericanos y 31 por ciento entre los originarios de otras regiones del mundo. En cambio, casi dos de cada tres mexicanos naturalizados acuden a servicios privados, aunque en el periodo reciente se observa una creciente propensión a utilizar servicios de clínicas o centros de salud (41%) (véase figura 26).

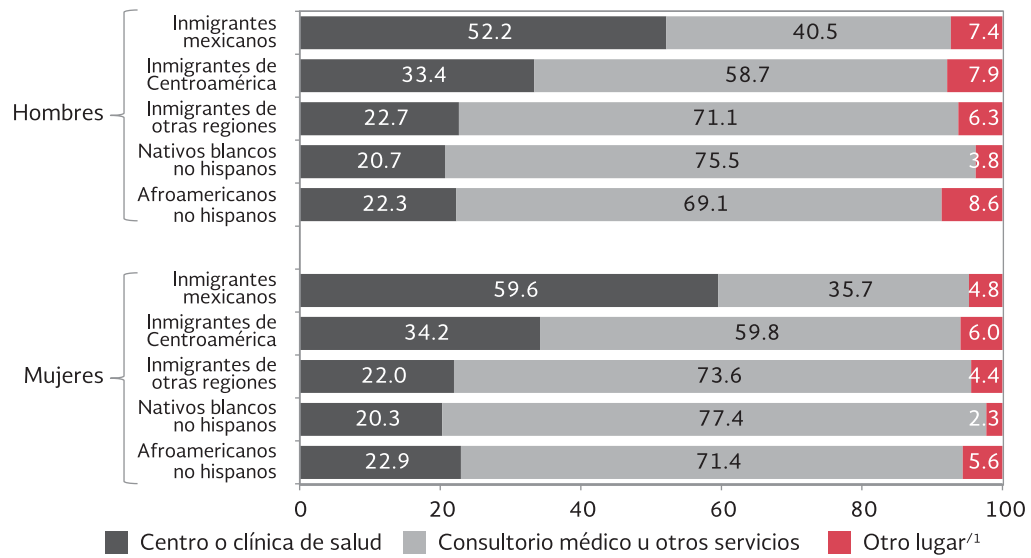
Figura 24. Distribución de la población en Estados Unidos por región de origen y etnia o raza, según lugar de atención médica, 2004-2005 y 2012-2013



Nota: 1/Otro lugar: incluye unidad de emergencias, departamento de pacientes externos de un hospital y otros lugares. Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 y 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

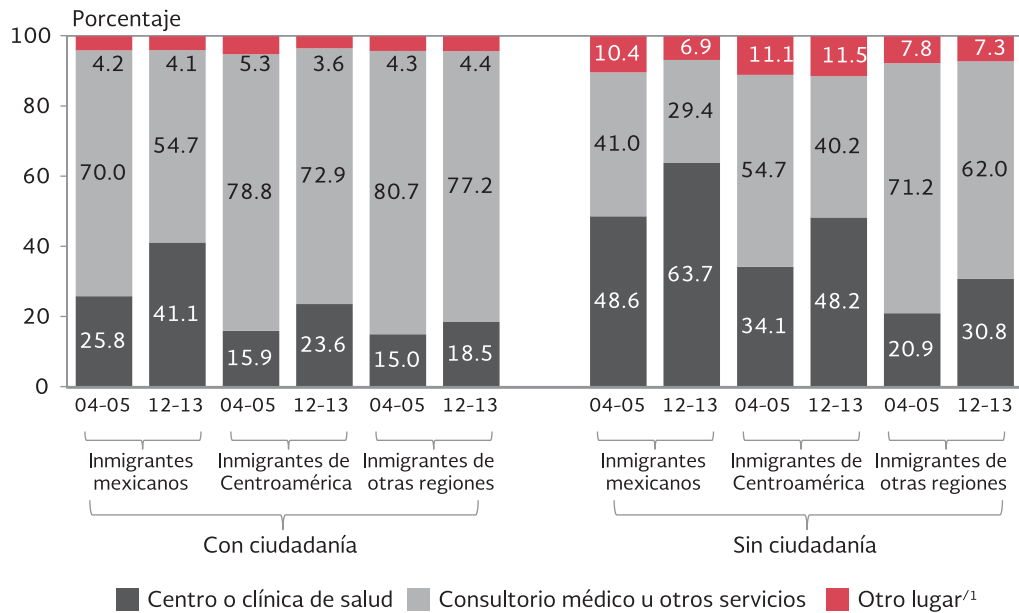


Figura 25. Distribución de la población en Estados Unidos por lugar de atención médica, según sexo y región de origen, etnia o raza, 2012-2013



Nota: 1/Otro lugar: incluye unidad de emergencias, departamento de pacientes externos de un hospital y otros lugares.
 Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

Figura 26. Distribución de la población inmigrante en Estados Unidos por lugar de atención médica, según región de origen y condición de ciudadanía estadounidense, 2004-2005 y 2012-2013



Nota: 1/Otro lugar: incluye unidad de emergencias, departamento de pacientes externos de un hospital y otros lugares.
 Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 y 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

CUIDADOS MÉDICOS

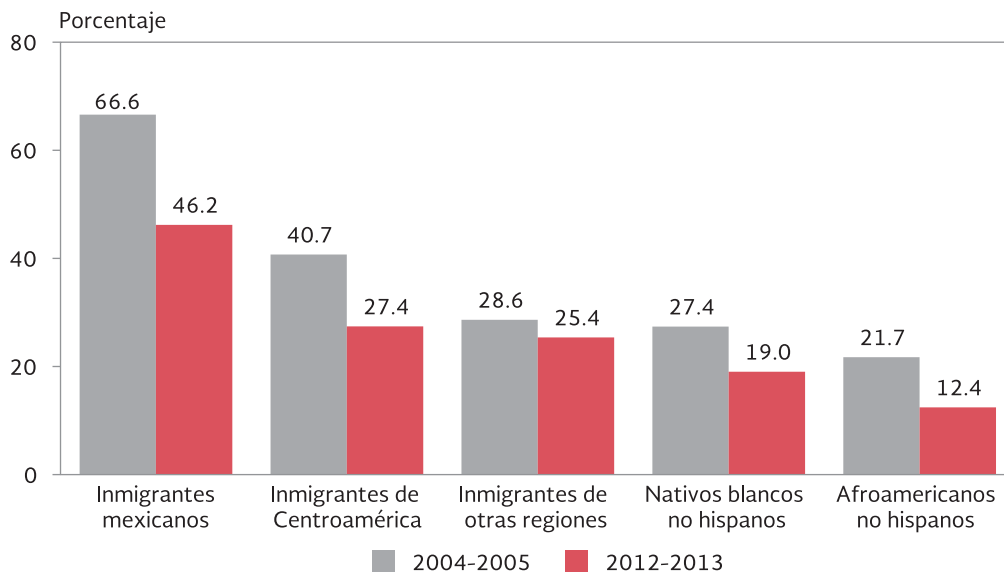
Los niños y adolescentes mexicanos son menos proclives a cumplir con los criterios mínimos de cuidado de salud

La periodicidad con la que niños y adolescentes acuden al médico constituye un importante indicador del cuidado de la salud. La Academia Americana de Pediatría enfatiza la importancia de una atención médica regular y recomienda que los niños mayores de dos años visiten al médico al menos una vez al año durante la infancia y la adolescencia para prevenir problemas de salud (AAP, 2014).² Se supone que aquellos que cumplen con dicho requisito son objeto de prácticas regulares de prevención que determinan favorablemente su desarrollo físico e intelectual y el estado de salud a lo

largo de la vida. Los datos disponibles muestran cómo los niños y adolescentes mexicanos residentes en Estados Unidos son, por mucho, la población que menos acudió al médico en el lapso de los doce meses previos, aunque se observa una mejoría en el tiempo. Actualmente, casi uno de cada dos no cumple con el estándar mínimo de monitoreo médico, en comparación con alrededor de uno de cada cuatro inmigrantes de otras regiones, uno de cada cinco nativos blancos no hispanos y un poco más de uno de cada diez nativos afroamericanos (véase figura 27). Los nativos mexicanos están, así, más expuestos al riesgo de no prevenir o atender oportunamente padecimientos o enfermedades, lo que puede comprometer su desarrollo y salud en el futuro.

Al analizar estos datos por sexo, se observa que, de modo general, los varones son menos proclives que las mujeres a acudir al médico con la periodicidad

Figura 27. Población de 1 a 17 años en Estados Unidos que no acudió a revisión médica preventiva en los últimos doce meses, según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013

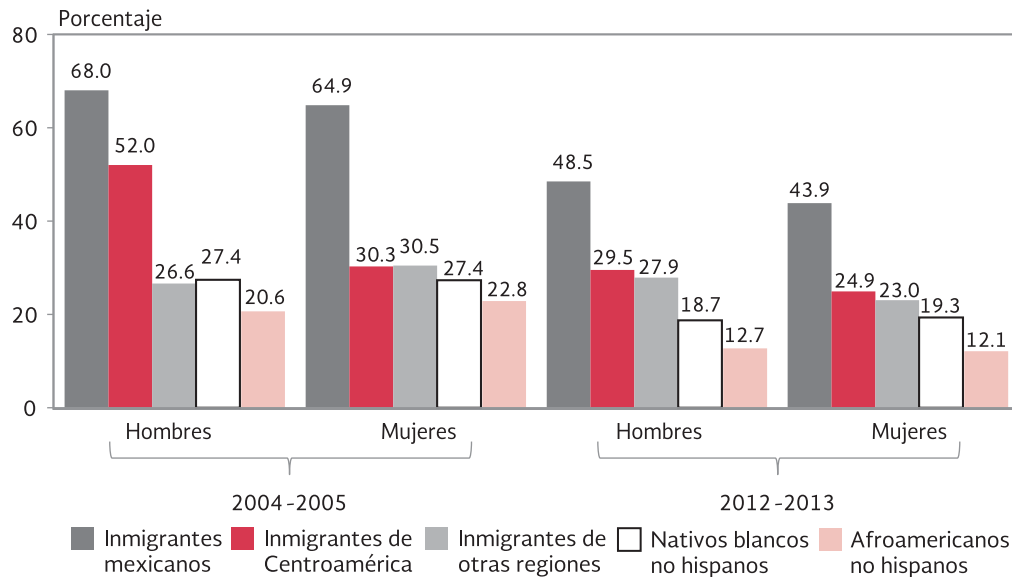


Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, National Health Interview Survey (NHIS), 2004-2005 y 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

² La Academia recomienda un mayor número de visitas para los niños menores (al menos 12 antes de cumplir tres años).



Figura 28. Población de 1 a 17 años en Estados Unidos que no acudió a revisión médica preventiva en los últimos doce meses por sexo, según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 y 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

recomendada. Asimismo, se confirma la situación de desventaja y mayor vulnerabilidad de los niños y adolescentes mexicanos de ambos sexos respecto a sus pares de otros grupos, pese a observarse una reducción de las brechas (véase figura 28). Los datos más recientes señalan que 44 por ciento de las niñas y adolescentes mexicanas no consultaron el médico los últimos doce meses, una cifra que supera en alrededor de 15 puntos porcentuales las correspondientes a sus pares centroamericanas y de otras regiones del mundo, duplica con creces la de las nativas blancas no hispanas y triplica con creces la de las nativas afroamericanas.

Solo siete de cada diez adultos mexicanos que reportan su salud como mala acude al médico

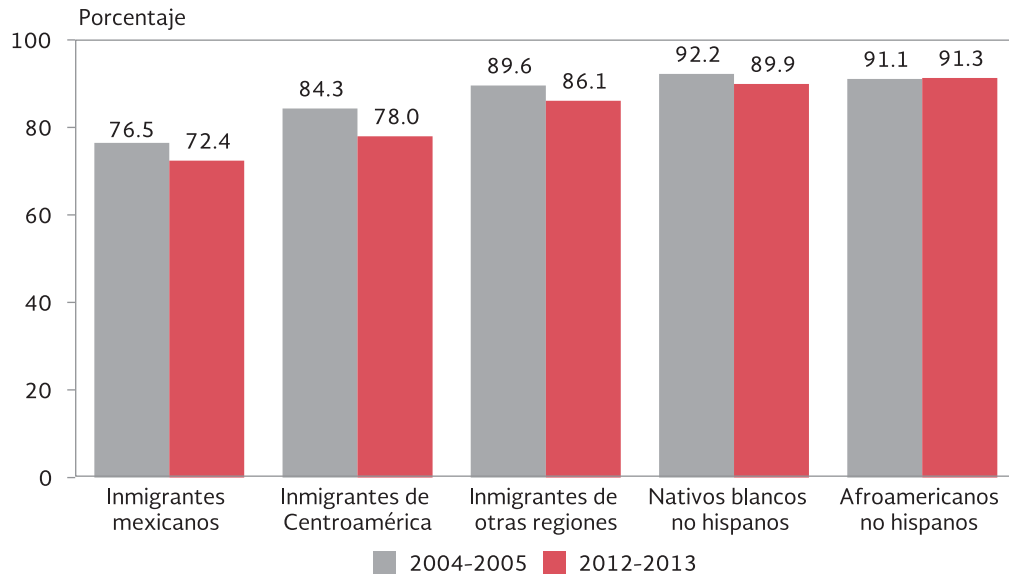
La regularidad con la que la población adulta acude a los servicios médicos está muy relacionada con la percepción que tiene de su estado de salud. Las visitas al médico son más recurrentes, en lapsos cortos, cuando se perciben problemas de salud, a la vez que se tiende a es-

paciarlas cuando el estado de salud es percibido como bueno. Además de las percepciones sobre el estado de salud, factores económicos, culturales e institucionales influyen en la periodicidad de las visitas al médico.

En general, la gran mayoría de la población de 18 a 64 años residente en la Unión Americana se percibe con excelente, muy buena o buena salud (más de ocho de cada diez), y no se registran diferencias importantes entre los distintos grupos poblacionales. No obstante, los datos señalan que los mexicanos que perciben su salud como regular o mala son menos proclives a visitar el médico en el año anterior (72%) que otros grupos inmigrantes y, sobre todo, que los nativos blancos no hispanos y afroamericanos (90 y 91%, respectivamente) (véase figura 29).

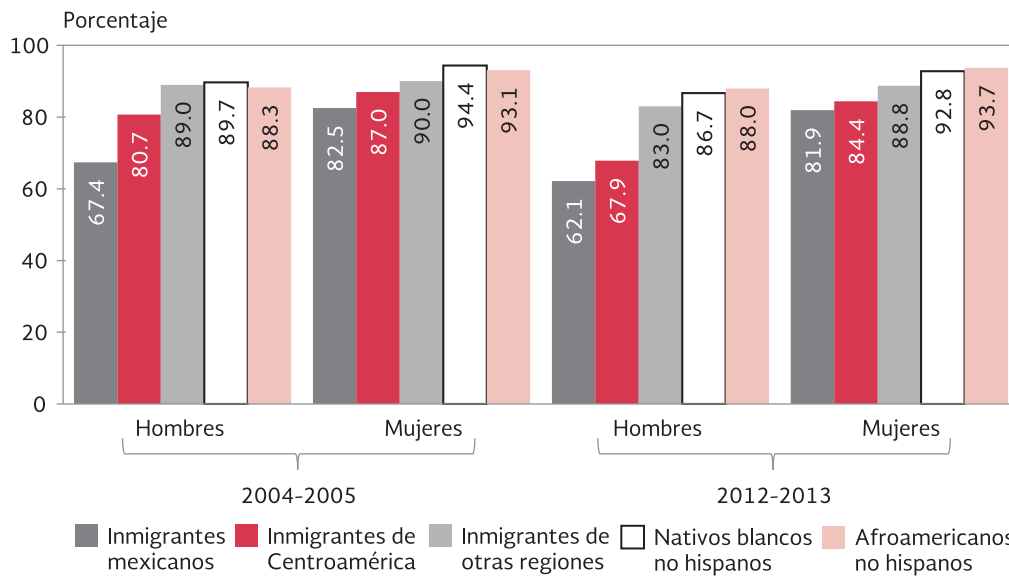
Al analizar la información sobre visitas al médico por sexo, se observa que las mujeres de todos los grupos en esa situación son más proclives que los varones a acudir al médico en los últimos doce meses (véase figura 30). En el caso de los mexicanos, la diferencia entre hombres y mujeres es de casi veinte pun-

Figura 29. Población de 18 a 64 años en Estados Unidos que percibió su salud como regular o mala y acudió al médico en los últimos doce meses, según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 y 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

Figura 30. Población de 18 a 64 años en Estados Unidos que percibió su salud como regular o mala y acudió al médico en los últimos doce meses por sexo, según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 y 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.



tos porcentuales y se ha agudizado en el tiempo, lo que advierte sobre la importancia de concientizar a los varones sobre los costos de no contar con servicios de atención médica de manera oportuna.

Es más frecuente no asistir a consulta médica entre los inmigrantes mexicanos que entre otros grupos

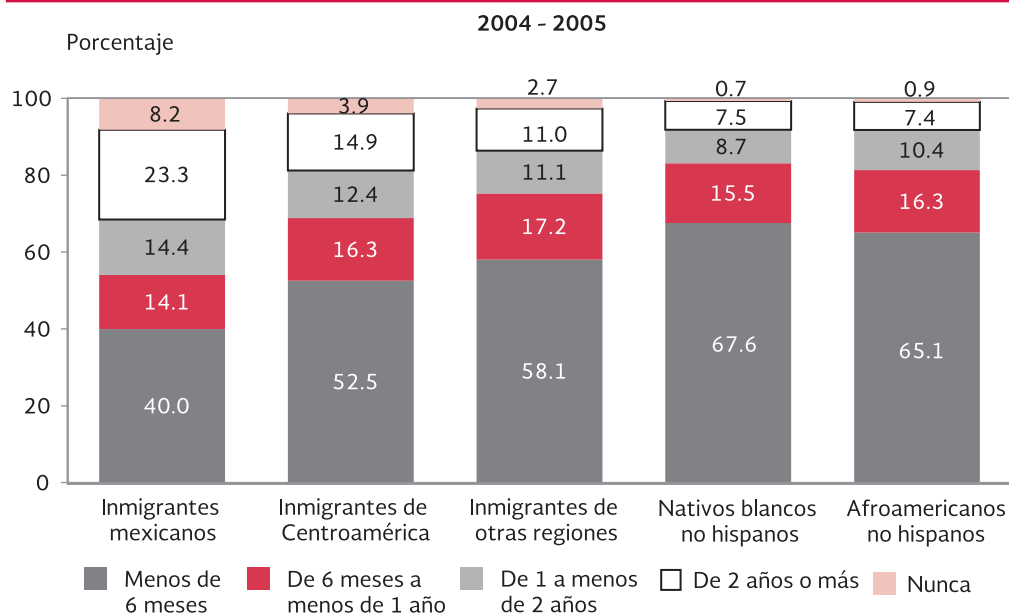
Los inmigrantes mexicanos adultos también tienen los periodos más largos desde su última visita al médico. Alrededor de uno de cada cuatro tenía más de dos años sin acudir al médico y alrededor de 15 por ciento entre uno y dos años. Estas cifras superan por mucho a las de los inmigrantes de otras regiones y los nativos blancos no hispanos y afroamericanos. Por otra parte, los mexicanos, seguidos de los centroamericanos, registran los porcentajes más altos de quienes afirmaron nunca haber visitado un médico (5% en 2012-2013) (véase figura 31).

El menor uso de los servicios médicos por parte de los inmigrantes mexicanos y, en menor medida, centroamericanos, está condicionado por el contexto socioeconómico familiar, la cobertura de seguridad médica, factores culturales, el nivel de conocimiento del sistema de salud estadounidense, el conocimiento del idioma y la situación migratoria. Otros factores como el tiempo de espera o la dificultad en conseguir cita son también razones por las que los inmigrantes mexicanos, al igual que los centroamericanos, retrasan la visita al médico (véase figura 32).

Las visitas rutinarias al médico y la realización frecuente de exámenes para revisar el estado de salud pueden proveer una detección temprana y oportuna de enfermedades y padecimientos.

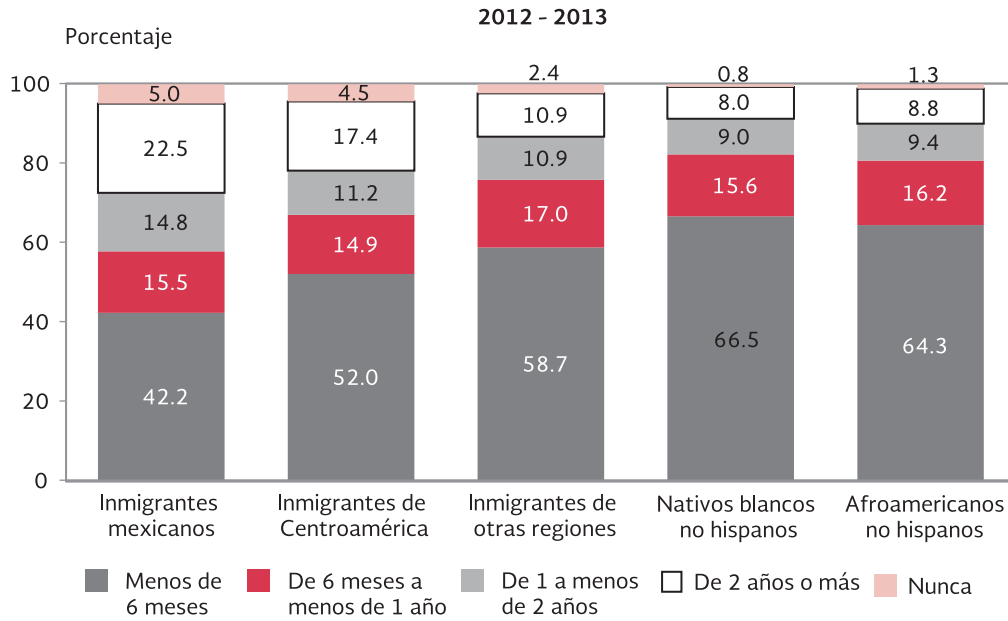
Los datos disponibles muestran que uno de cada cinco adultos mexicanos no recibió atención dental, pese a necesitarla, cifra superior a la registrada por los demás grupos poblacionales. Asimismo, al igual que sus pares afroamericanos, uno de cada diez señaló necesitar anteojos y no haberlos obtenido (véase figura 33).

Figura 31. Distribución de la población de 18 a 64 años en Estados Unidos por tiempo de su última visita al médico, según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



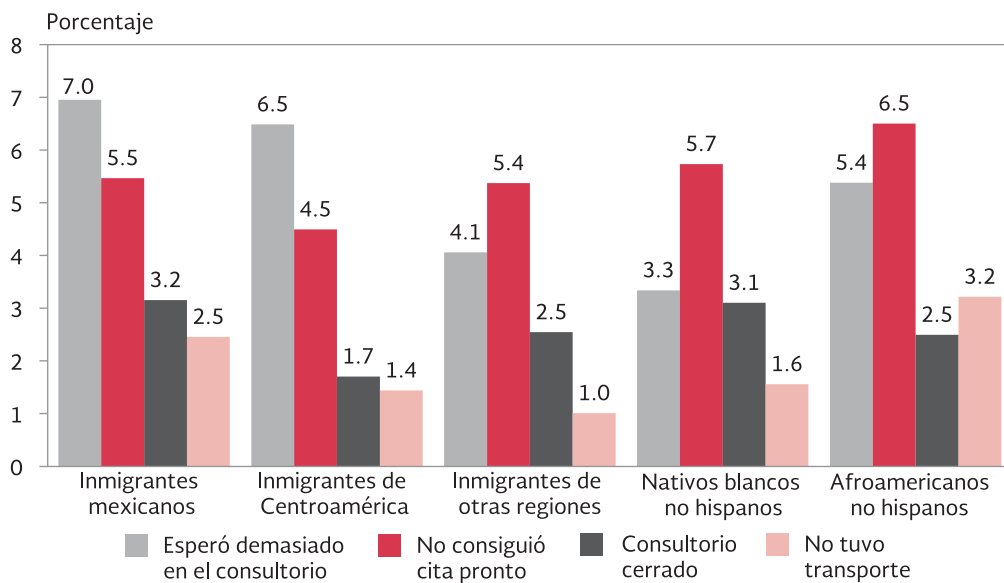
Continúa...

Figura 31. Distribución de la población de 18 a 64 años en Estados Unidos por tiempo de su última visita al médico, según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 y 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

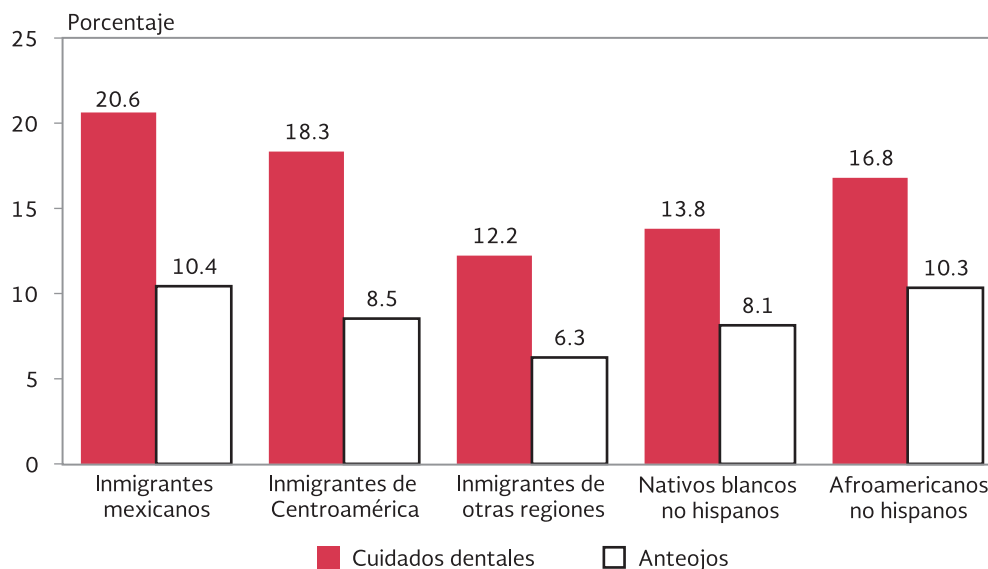
Figura 32. Población de 18 a 64 años en Estados Unidos por razón de demora en su atención médica en los últimos doce meses, según región de origen y etnia o raza, 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.



Figura 33. Población de 18 a 64 años en Estados Unidos que requería cuidados dentales y anteojos en los últimos doce meses y no los adquirió, según región de origen y etnia o raza, 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey* (NHIS), 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

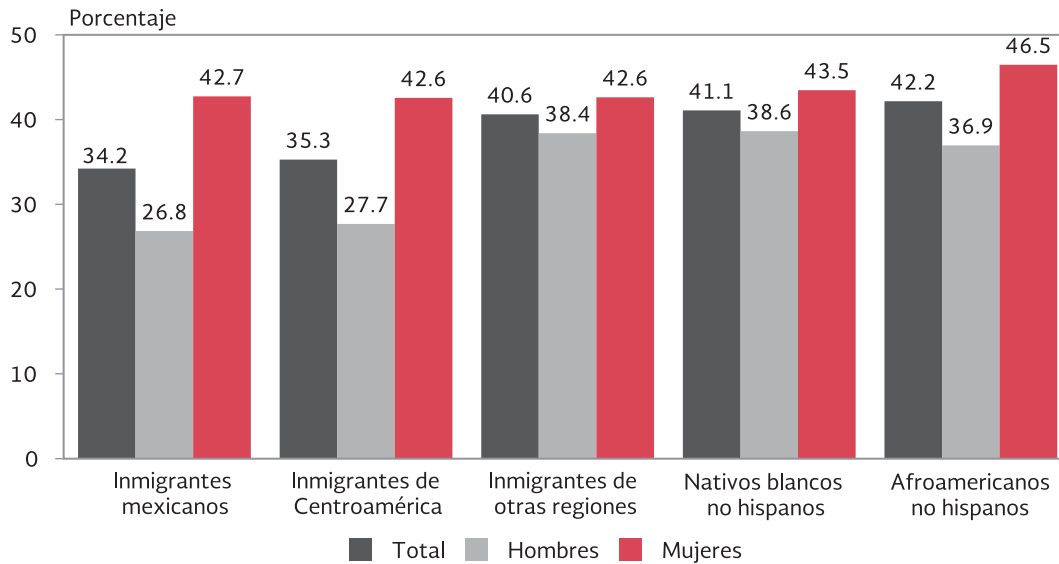
La diabetes es una enfermedad que afecta de manera importante a la población mexicana, tanto en México como en Estados Unidos, y requiere ser prevenida o controlada a lo largo de la vida. No obstante, los inmigrantes mexicanos, al igual que los centroamericanos, son menos proclives que los de otras regiones y los nativos blancos no hispanos y afroamericanos a realizar exámenes de glucosa en el año previo (un poco más de uno de cada tres, frente a un poco más de cuatro de cada diez, respectivamente) (véase figura 34). En todos los grupos, los varones son menos propensos que las mujeres a realizar este estudio, sin embargo, la brecha por sexo entre los inmigrantes mexicanos y centroamericanos es muy acentuada, dado el bajo porcentaje de exámenes realizados por los varones de estos dos grupos (27 y 28%, respectivamente).

Los inmigrantes mexicanos son el grupo en el que es menos frecuente recurrir a una prueba de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con un nivel de menos de 40 por ciento entre la población de 21 a 50 años, mientras que cerca de la mitad

de los centroamericanos y dos de cada tres afroamericanos se han hecho un análisis. En todos los grupos, la proporción de mujeres que se ha realizado una prueba de detección del VIH supera a la de los hombres, sin embargo, la brecha de género entre los mexicanos (17 puntos porcentuales) supera por mucho las de otros grupos de inmigrantes y nativos (véase figura 35). Estas bajas tasas de detección, especialmente para los hombres inmigrantes mexicanos, son una preocupación, ya que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomiendan pruebas rutinarias de VIH (CDC, 2006).

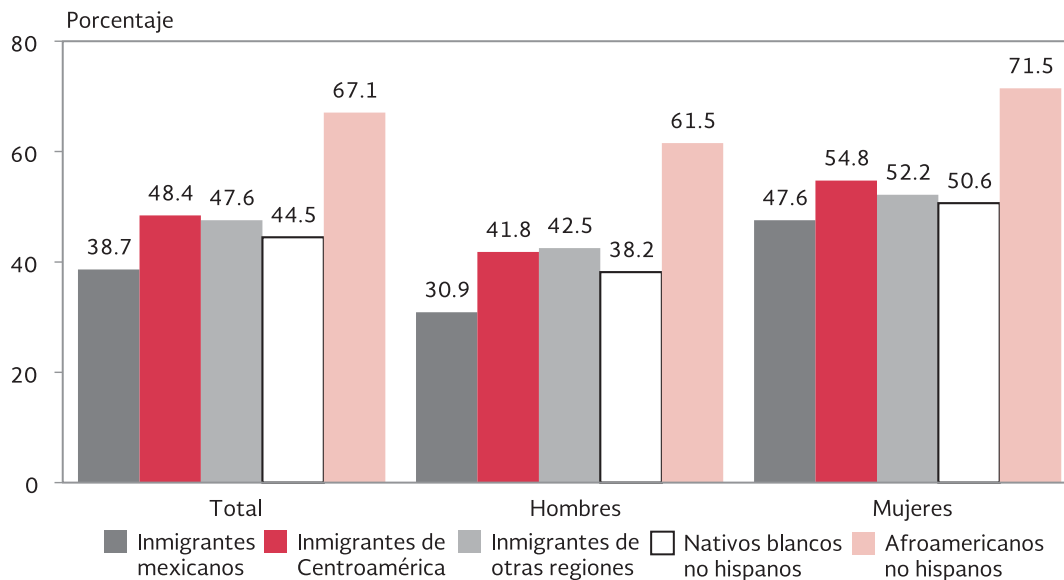
Solo 22 por ciento de los inmigrantes mexicanos y 32 por ciento de los centroamericanos conocían la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH), de reciente incorporación al catálogo de servicios de salud sexual y reproductiva recomendados para adolescentes y adultos. Estos porcentajes son significativamente inferiores a los de los otros inmigrantes y los nativos (véase figura 36). El conocimiento de esta innovación en el terreno de la prevención de este precursor del cáncer cervicou-

Figura 34. Población de 18 a 64 años en Estados Unidos que se realizó el examen de glucosa en los últimos doce meses por región de origen y etnia o raza, según sexo, 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

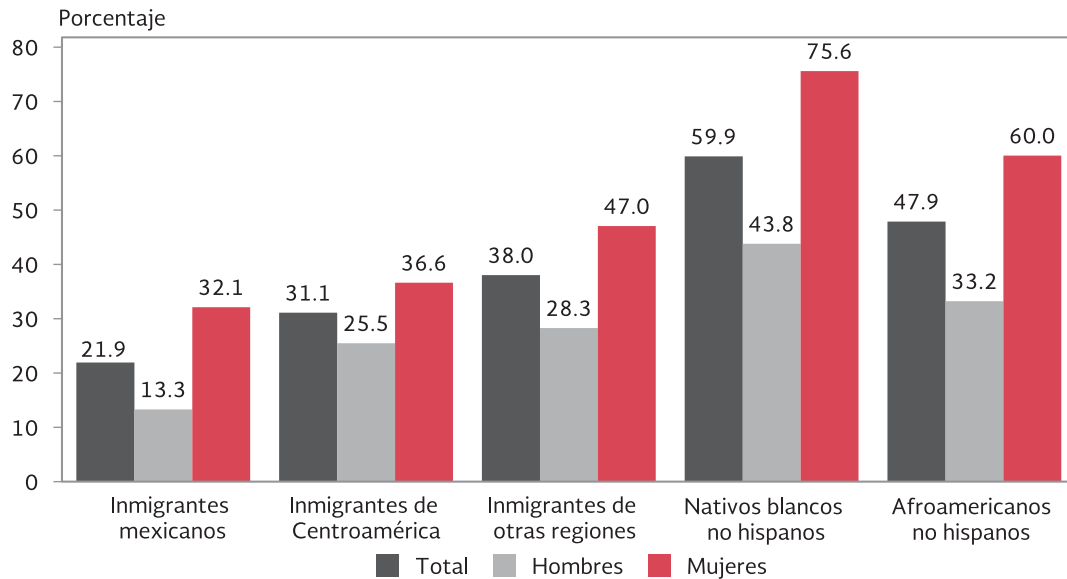
Figura 35. Población de 21 a 50 años en Estados Unidos que alguna vez se realizó la prueba del VIH por región de origen y etnia o raza, según sexo, 2012-2013



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.



Figura 36. Población de 18 a 64 años en Estados Unidos que ha oído hablar de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) por región de origen y etnia o raza, según sexo, 2012



Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

terino también registra una brecha de género en todos los grupos analizados, en detrimento de los varones.

La información disponible señala también que los exámenes para detectar y prevenir oportunamente el desarrollo de cánceres son menos frecuentes entre la población hispana (nativa e inmigrante) en Estados Unidos, respecto de los nativos blancos no hispanos y los afroamericanos (véase figura 37).

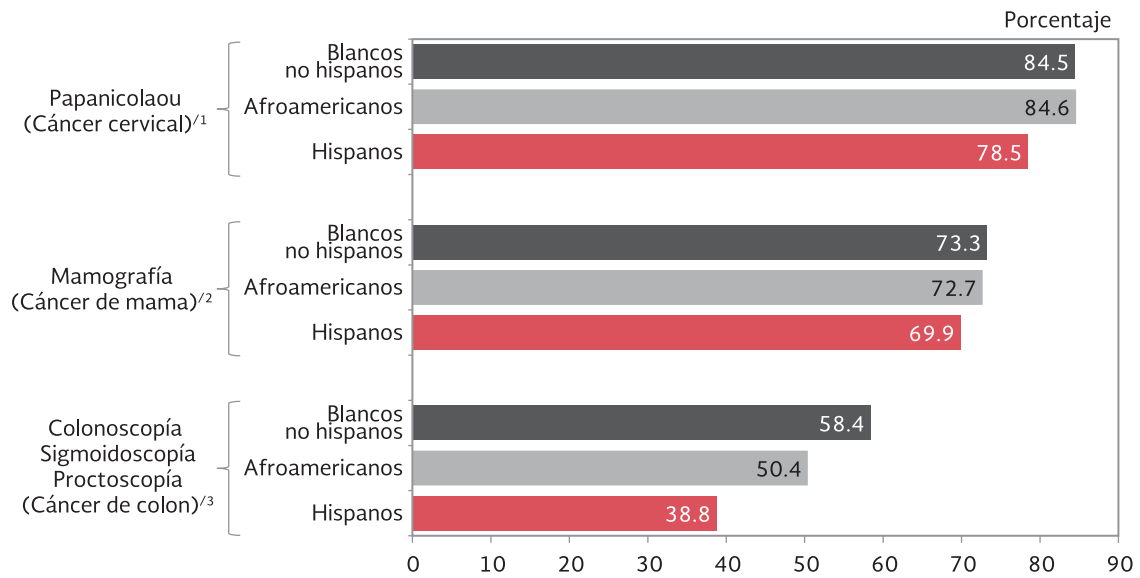
La cobertura de salud y el uso de servicios médicos entre los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos es sensiblemente menor que los de otros grupos de la población de ese país. La población de origen centroamericano también ha visto disminuido su nivel de seguridad médica en los últimos años.

El acceso inequitativo afecta desproporcionadamente a los hombres y ocurre en todos los grupos de edad. Los niños y los adultos mayores se ven especialmente afectados por las condiciones de exclusión del sistema de salud. Si bien esta inequidad ocurre en casi todos los estados de la Unión Ame-

ricana, algunos de ellos, inclusive varios que se han consolidado como destinos de la migración mexicana, ofrecen condiciones sumamente desfavorables de integración social y protección médica para los inmigrantes y sus familias.

En suma, factores como la concentración en determinados sectores de la economía condicionan también a una estructura de remuneraciones y beneficios que ha contribuido de manera importante a reproducir las carencias económicas y sociales de la población mexicana en Estados Unidos. El resultado es un acceso muy restringido a los servicios de salud necesarios para los inmigrantes mexicanos y, con frecuencia, los centroamericanos, en comparación con los demás grupos. Los inmigrantes mexicanos son el grupo con menos probabilidades de ver a un médico, obtener atención dental y anteojos que necesitan y de recibir servicios clínicos preventivos que pueden identificar problemas de salud a tiempo para que puedan ser tratados de manera más efectiva.

Figura 37. Población residente en Estados Unidos que se ha realizado exámenes para la detección oportuna de cáncer según etnia o raza



Notas: 1/ Mujeres de 21 a 65 años que se hicieron un Papanicolaou en los últimos tres años (2010).

2/ Mujeres entre los 50 a 74 años que se hicieron una mamografía en los últimos dos años (2010).

3/ Adultos de 50 años y más que alguna vez se hicieron una colonoscopia, sigmoidoscopia o proctoscopia (2008).

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. Department of Health & Human Services, *National Health-care Disparities Report*, 2012.



Recuadro I. El impacto de la ACA sobre los hispanos en 2014

La *Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible* (ACA, por sus siglas en inglés) se promulgó en 2010 como una reforma al sistema de salud y seguridad médica para todos los estadounidenses y residentes permanentes. La ley se implementará de 2010 a 2015 y tiene por objeto introducir nuevas protecciones para los consumidores, disminuir los costos, mejorar la calidad de la atención, y mejorar el acceso a una asistencia asequible. Los hispanos son una población objetivo clave para estos esfuerzos. En 2011, antes de la aplicación inicial de la ACA, representaban alrededor de 17 por ciento de la población, pero casi el doble, 32 por ciento, de la población sin seguro a nivel nacional.

Las comunidades hispanas y muchos inmigrantes mexicanos se han beneficiado de la ACA a través de la expansión en la elegibilidad para *Medicaid* (para personas de bajos ingresos) en la mitad de los estados, desde seguros subsidiados (ofrecidos a través de nuevas bolsas de beneficios de salud si sus ingresos son bajos, pero por encima del nivel de la pobreza), a través de un mayor financiamiento de clínicas comunitarias que ofrecen cuidados primarios basados en la capacidad de pago, o a través de una mayor cobertura de los servicios de prevención en todas las pólizas de seguro de salud. Sin embargo, ciertos segmentos de la población hispana, especialmente los inmigrantes indocumentados y familias de estatus mixto, continúan sin cobertura, con los consiguientes riesgos para la salud.

Algunas de las disposiciones más importantes de la ACA entraron en vigor en 2014, en particular las destinadas a reducir la tasa de personas sin seguro médico. El más discutido es el nuevo seguro privado subsidiado por el gobierno federal, ofrecido a través de las bolsas o “mercados de seguros” organizados por los gobiernos estatales. Las inscripciones en las bolsas de seguros abrieron en octubre de 2013, con un período adicional de inscripción especial que duró hasta abril de 2014.

Se considera que la comunidad hispana en Estados Unidos es la principal beneficiaria de la ACA. Este grupo se encontraba desproporcionadamente marginado de cobertura médica, y concentraba a uno de cada cuatro consumidores elegibles en las bolsas de seguros. Gracias a la ACA, unos diez millones de hispanos tienen un nuevo acceso a la cobertura de un seguro médico, y 80 por ciento de los hispanos no asegurados son elegibles para recibir asistencia a través de *Medicaid* o un seguro de las bolsas (DHHS, 2014).

A pesar de los grandes beneficios proporcionados por la ACA, los hispanos se encuentran entre los más propensos a carecer de seguro, posiblemente debido a cuestiones culturales y lingüísticas, a la presencia de familias de estatus mixto y al hecho de que una parte desproporcionada de la población indocumentada es hispana y, por lo tanto, no está cubierta por la ley. Las familias de estatus mixto son las que tienen miembros con diferentes estatus de ciudadanía o estatus migratorio. Mientras que los miembros residentes regulares de la familia pueden ser elegibles para los programas públicos y las subvenciones, hay un “efecto amedrentador” que disuade la inscripción proveniente de la preocupación a ser detectados por las autoridades de inmigración y un temor (a menudo injustificado) a que si los niños nacidos en Estados Unidos se matriculan en un seguro de salud subsidiado por el gobierno, los padres puedan perder, en el futuro, la oportunidad de obtener un permiso de residencia. Aunque la información recopilada para la inscripción en estos programas no se utiliza para el control migratorio, estos malentendidos y temores son un obstáculo para que las familias de estatus mixto obtengan cobertura.

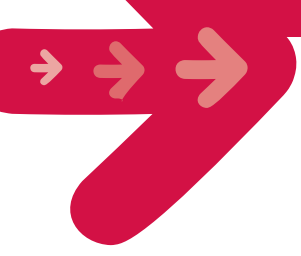
Encuestas sobre los primeros esfuerzos de inscripción muestran un crecimiento en la cobertura de seguro de salud de la población y una disminución en el número de jóvenes que no tienen seguro. Desde el comienzo de

la inscripción abierta hasta el final del período de inscripción especial, 8 019 763 personas se inscribieron para la cobertura de salud mediante una póliza ofrecida por una bolsa estatal o federal de seguros. De ellos, 403 632 informaron etnia hispana, lo que representa 10.7 por ciento de quienes proporcionaron información étnica. De todos los inscritos, 34 por ciento (alrededor de 2.7 millones) eran jóvenes menores de 35 años (DHHS, 2014b). La inscripción aumentó durante el período de inscripción especial, con más de 900 mil nuevas inscripciones, muchas de las cuales correspondían a jóvenes. Además de las más de ocho millones de personas que se inscribieron a través de las bolsas de seguros, muchos otros han adquirido planes fuera del mercado. Se estima que el total de la población entre 18 y 24 años no asegurada ha disminuido entre 2.7 y 4.7 por ciento.

La ACA también tuvo un impacto importante en la inscripción en el programa de *Medicaid*, cuyo número de inscripciones ha aumentado, con un total de más de 65 millones de personas cubiertas y un crecimiento estimado de diez por ciento entre el verano de 2013 y abril de 2014. Mientras que solo aproximadamente la mitad de los estados decidió tomar los fondos federales disponibles para ampliar sus programas de *Medicaid*, se esperaba que la publicidad y divulgación en el marco de la ACA tendría algún impacto en todos los estados. Como era de esperar, en los estados que expandieron *Medicaid* para cubrir a más adultos de bajos ingresos, el crecimiento del padrón de beneficiarios fue superior a la media nacional y fue mayor que en los estados que no lo hicieron (15 contra 3.3%) (HKFF, 2014). En California, el padrón aumentó en un promedio mensual de 19 por ciento respecto al promedio de matrícula previo a la apertura, hasta junio de 2014 (HKFF, 2014b).

La tasa de inscripción de los hispanos también se ve afectada por los muchos trabajadores indocumentados y sus familias. Al excluir a los residentes indocumentados, la ACA tiene poco impacto en las tasas de cobertura de seguro de salud para este grupo vulnerable, que es el de menor cobertura de todos. Esta disposición afecta implícitamente a los mexicanos, por encima de todos los demás grupos. Se estima que los mexicanos representan 59 por ciento de la población indocumentada (Hoefler *et al.*, 2013). Los indocumentados están restringidos de los programas subvencionados por mandato de la ACA, sin embargo, hay otras maneras en las que pueden aprovechar las mejoras del sistema de salud. Por ejemplo, hay un aumento de los fondos disponibles para los centros de salud comunitarios, donde los servicios a menudo se ofrecen independientemente del estatus migratorio, y donde uno de cada tres pacientes es hispano. Además, un mayor énfasis en la atención preventiva y la expansión de los tratamientos preventivos gratuitos o de bajo costo mejorarán el tratamiento de las enfermedades con mayor prevalencia entre los hispanos.

Mejorar el acceso a la salud de los inmigrantes hispanos, en particular de los mexicanos, requiere una mejor comprensión de los obstáculos que enfrentan para aprovechar las nuevas oportunidades de cobertura y mejores intervenciones públicas para derribarlos. Pueden ser necesarias actividades especiales de divulgación y de educación para llegar a las familias de estatus mixto. Eliminar las restricciones de la ACA sobre los indocumentados ayudaría a aumentar la tasa de inscripción a la cobertura de seguro de salud entre los hispanos. Dado que la mayoría de los residentes indocumentados tienden a ser jóvenes y con buena salud, la ampliación de la ACA para cubrir a todos los residentes, independientemente de su estatus migratorio, ayudaría tanto al mercado de seguros de salud como a la preservación de la salud de estas personas. Cualquier reforma migratoria integral debe incluir un mecanismo para mejorar el acceso a servicios de salud asequibles, ya sea en Estados Unidos o en el país de origen (SEGOB, CONAPO, UC, 2013).



CAPÍTULO III

FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Existen muchos estudios que documentan que los inmigrantes tienden a llegar a Estados Unidos más sanos que la población nacida en ese país, pero generalmente su salud empeora con el tiempo. Entender el patrón de factores de riesgo y las condiciones de salud de los inmigrantes mexicanos proporciona información decisiva sobre los esfuerzos adicionales que deben hacerse para prevenir futuras enfermedades, así como el tratamiento de sus condiciones actuales. Esto es particularmente importante para este grupo, debido a sus bajos niveles de acceso a la salud, tal como se documenta en el capítulo anterior.

El presente capítulo se divide en dos secciones, la primera aborda los hábitos que pueden mermar la salud de las personas en el corto, mediano o largo plazo, sobre todo aquellos ligados a enfermedades crónicas. Se analiza, según región de origen y etnia o raza, a dos grupos de población, los menores de edad (0 a 17 años) y los adultos (18 a 64 años). En la segunda sección se muestran algunos de los padecimientos que afectan a los menores, adultos y adultos mayores a partir de los 65 años de edad.

La principal fuente de datos es la *Encuesta Nacional de Salud de Estados Unidos* (NHIS, por sus siglas en inglés), publicada por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), cuya información se presenta para los períodos, 2004-2005 y 2012-2013. El análisis se complementa con datos del *Reporte Nacional de Disparidades de*

Salud, 2012, publicado por la Agencia para la Investigación y Calidad de Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés), que no presenta datos para los mexicanos, sino información agregada para el grupo de hispanos (tanto para inmigrantes como nacidos en Estados Unidos), conjunto que se compara únicamente con la población nativa blanca no hispana y afroamericana.

Hay dos elementos que intervienen de forma indirecta en la presentación de los datos, el primero, señalado en el capítulo anterior, es el menor uso de servicios médicos de la población hispana, en particular de los mexicanos, lo que afecta los resultados sobre padecimientos o enfermedades diagnosticadas. El segundo es el posible subregistro en las fuentes de datos, dadas las características de marginación e irregularidad de un gran número de mexicanos residentes en Estados Unidos.

FACTORES DE RIESGO

Niños y adolescentes

El estudio de la salud de los niños y adolescentes mexicanos en Estados Unidos cobra importancia debido a que los riesgos a los que están expuestos pueden mermar la salud a lo largo de la niñez y también tener consecuencias en la vida adulta. Por otro lado, las condiciones de salud de este grupo poblacional alertan sobre las necesidades de atención en el país donde viven y, posiblemente, en México, que debe prepararse para el eventual retorno de esos migrantes en etapas posteriores del ciclo de vida.

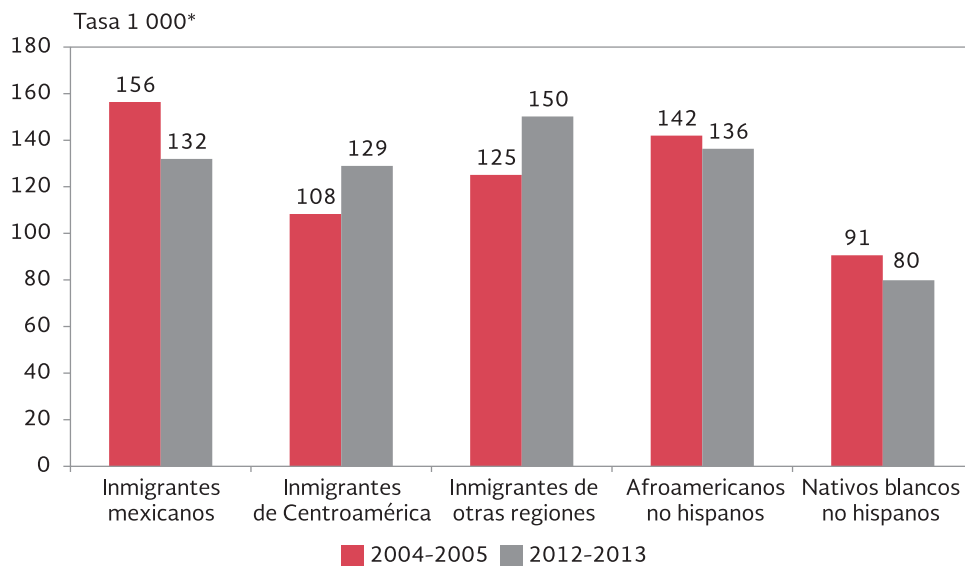


Los grupos de inmigrantes y afroamericanos tienen más probabilidades de presentar bajo peso al nacer, en comparación con los nativos blancos no hispanos

El bajo peso de los niños al nacer puede evidenciar insuficiencia o nula atención prenatal, necesaria para detectar y dar seguimiento al estado nutricional de la madre e identificar riesgos para su salud y la de su hijo. Este indicador es una de las causas más importantes de mortalidad neonatal e interviene de forma negativa en el desarrollo infantil.

No obstante la reducción en la tasa de nacimientos con bajo peso entre los mexicanos, único grupo de inmigrantes que registra una disminución, de 156 por cada mil en el primer período (2004-2005) a 132 del segundo (2012-2013), la brecha respecto a la población nativa blanca no hispana todavía es de 52 casos por cada mil. Por otro lado, resulta preocupante el incremento de 21 casos por cada mil entre los centroamericanos, aunque todavía están ligeramente por debajo de los mexicanos y los afroamericanos (véase figura 38).

Figura 38. Población residente en Estados Unidos que nació con bajo peso según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



Nota: *Por cada 1 000 menores de 18 años según condición de peso al nacer.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.



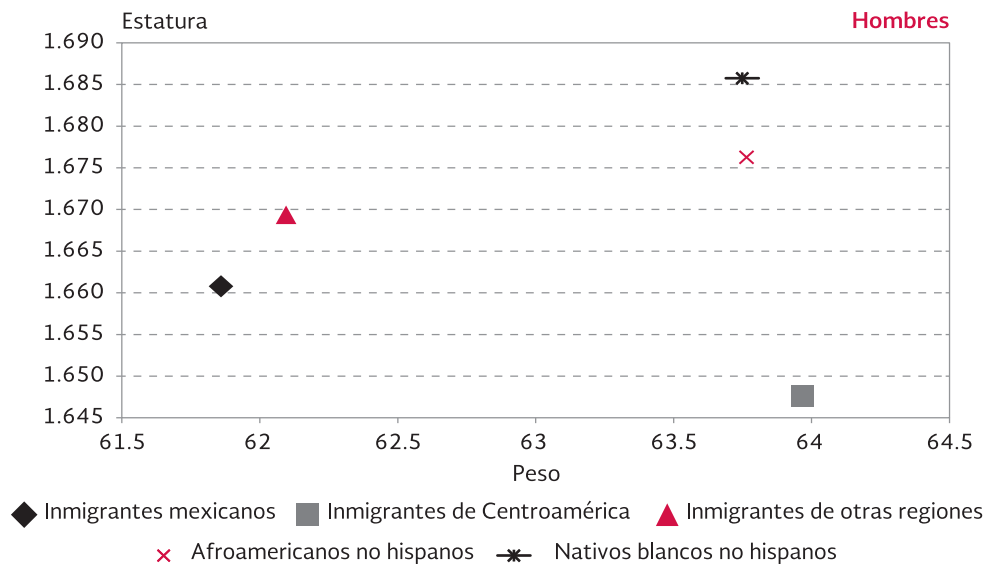
Los adolescentes mexicanos muestran el mayor peso promedio respecto a su estatura

La adolescencia suele ser una etapa de la vida saludable, no obstante, algunas personas entre 12 y 17 años mueren por causas prevenibles, tales como accidentes, suicidios y acontecimientos ligados a la violencia. Asimismo, es en esta etapa cuando se establecen patrones de comportamiento para los años venideros, como consumo de alcohol y cigarrillos, hábitos alimenticios y de actividad física, prácticas que pueden determinar la aparición de enfermedades que merman la calidad de vida y pueden causar una muerte prematura (ss, 2012). Adquirir un elevado peso corporal a edades tempranas dificulta mantener un peso óptimo en edades posteriores, lo que implica

una serie de complicaciones, como la posible aparición del síndrome metabólico, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa por la resistencia a la insulina, obesidad y probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, entre otras.

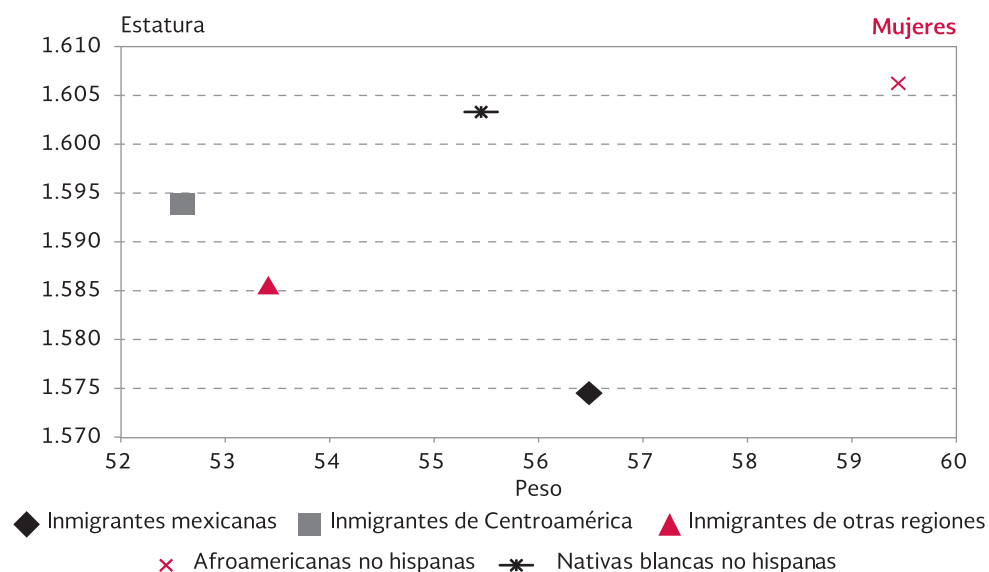
Los adolescentes que radican en Estados Unidos están expuestos a un elevado consumo de alimentos con altos niveles de grasas, sodio y azúcares que, asociado a la inactividad física, se relaciona con una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. Entre los grupos estudiados, las mujeres mexicanas de 12 a 17 años constituyen el grupo de población que registra el peso promedio más alto respecto a la estatura promedio, mientras que los hombres centroamericanos del mismo grupo de edad tienen el mayor peso y la altura más baja (véase figura 39).

Figura 39. Población de 12 a 17 años residentes en Estados Unidos por estatura y peso promedio según región de origen y etnia o raza, 2012-2013



Continúa...

Figura 39. Población de 12 a 17 años residentes en Estados Unidos por estatura y peso promedio según región de origen y etnia o raza, 2012-2013



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013.

Adultos

Aunado a los comportamientos adquiridos en edades más tempranas, existe una serie de factores de riesgo en las edades adultas, como la obesidad, la inactividad física y el consumo de alcohol y cigarrillos, que propician el desarrollo de enfermedades crónicas, tales como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, la hipertensión y ciertos tipos de cáncer (ss, 2012b).

Aproximadamente 8 de cada 10 hombres y 7 de cada 10 mujeres mexicanas presentan sobrepeso u obesidad

La obesidad es el principal factor de riesgo modificable. El Índice de Masa Corporal (IMC) es la medida más útil para identificar esta condición. Los hombres y mujeres mexicanas presentaron el mayor incremento del IMC ligado al sobrepeso, obesidad y obesidad extrema. De

hecho, los hombres de estas tres categorías sumaron 71.3 por ciento de la población en el periodo 2004-2005 y 78.7 por ciento en el periodo 2012-2013. Por su parte, el porcentaje de mujeres con esta condición se incrementó de 65.5 a 72.2 por ciento. De esta manera, en 2012-2013, los hombres mexicanos son el grupo con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, mientras que el índice de las mujeres mexicanas solo es inferior al de las afroamericanas (véase figura 40).

La migración determina que las personas incluyan nuevos alimentos en la dieta en el país de destino. En el caso de los mexicanos, si bien el cambio alimenticio, después de la migración, no es drástico, puesto que en su país de origen los hábitos alimenticios también son deficientes, algunos estudios han señalado que, si bien se consumen alimentos típicos de la cocina nacional, es visible la incorporación de comida rica en azúcares concentrados y grasas saturadas (Arenas et al., 2013; Popkin, 2006).



Figura 40. Población de 18 años y más residente en Estados Unidos por categoría del índice de masa corporal según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



Nota: *Desnutrición <18.5 IMC; Normal >=18.5 y <25.0 IMC; Sobrepeso >=25.0 y <30.0 IMC; Obesidad >=30 y <40.0 IMC Obesidad extrema >=40.0 IMC.

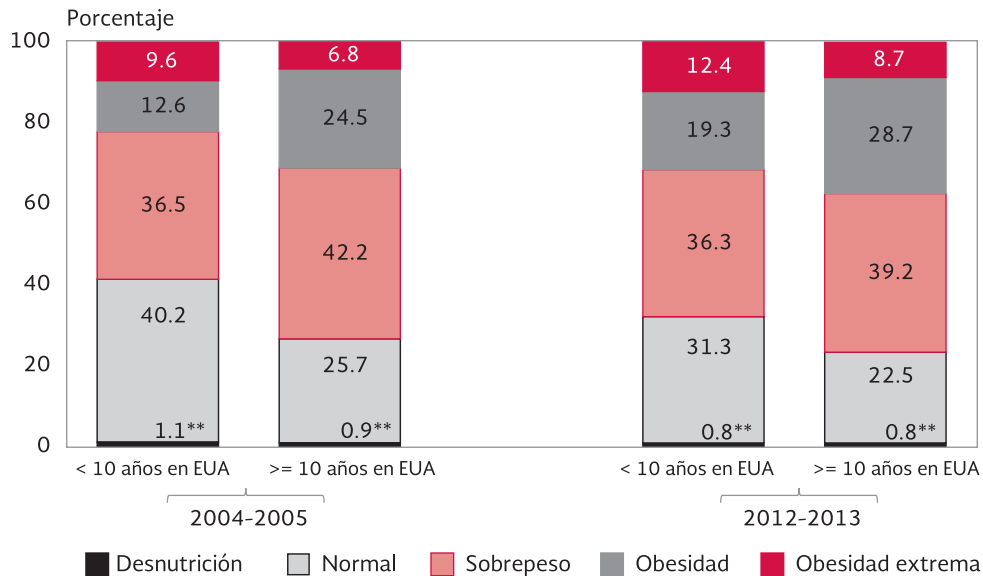
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

El porcentaje de población mexicana con un IMC ligado a sobrepeso y obesidad es superior entre los migrantes de largo arribo (77%) en comparación con los de reciente arribo (68%), lo que guarda relación con la dieta en el país de destino, las condiciones de integración socioeconómica y la mayor edad promedio de los migrantes. Los migrantes mexicanos de reciente arribo registran mayores proporciones de sobrepeso y obesidad que hace una década (siete de cada diez por seis de cada diez), lo que se explica, al menos en parte, por el incremento generalizado del peso medio en la sociedad de origen (véase figura 41).

Los mexicanos siguen siendo el grupo con mayores porcentajes de inactividad

La actividad física puede prevenir la aparición de enfermedades y controlar las consecuencias de algunas de ellas. Los cambios tecnológicos y laborales han propiciado estilos de vida más sedentarios, con episodios breves de actividad física, de esta manera, la inactividad es el cuarto factor de riesgo de mortalidad en el mundo (ss, 2012c).¹

Figura 41. Población mexicana residente en Estados Unidos por categoría del índice de masa corporal* según tiempo de arribo al país, 2004-2005 y 2012-2013



Notas: * IMC Desnutrición <18.5 IMC; Normal >=18.5 y <25.0 IMC; Sobrepeso >=25.0 y <30.0 IMC; Obesidad >=30 y <40.0 IMC Obesidad extrema >=40.0 IMC.

** información no representativa.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

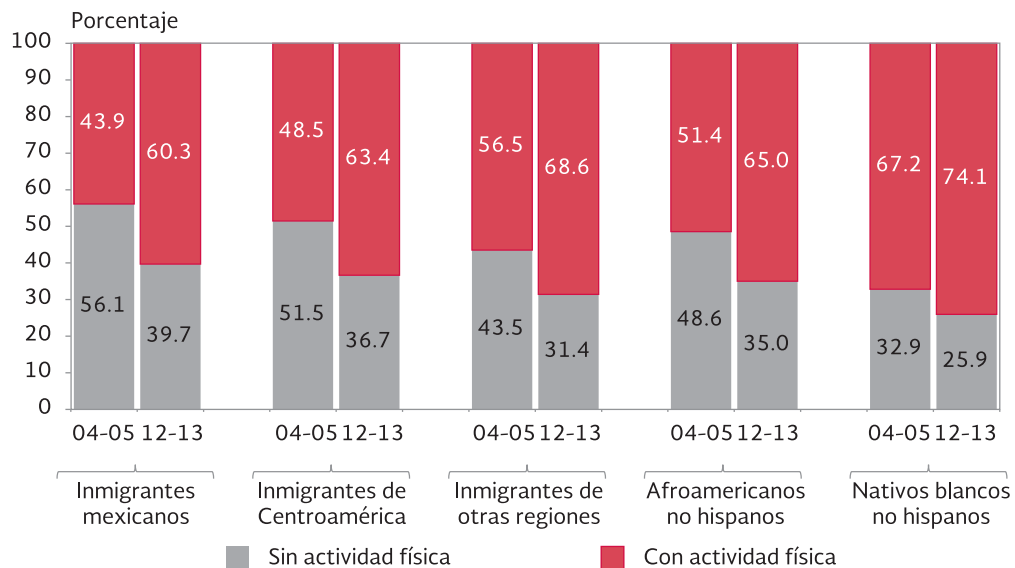
¹ Se considera como personas que realizan actividad física a aquellas que se ejercitan al menos una vez a la semana en actividades moderadas, vigorosas o fuertes.



Aunque los porcentajes de personas que realizan actividad física aumentaron de un periodo a otro en todos los grupos, los mexicanos presentan los niveles más altos de inactividad durante el período 2012-2013 (39.7%) (véase figura 42). No obstante, la disminución del sedentarismo entre los mexicanos fue la más elevada (16.4%), y duplicó con creces a la registrada entre los blancos no hispanos (7%). Al comparar el porcentaje de la población mexicana sin actividad física por sexo se presenta el mismo

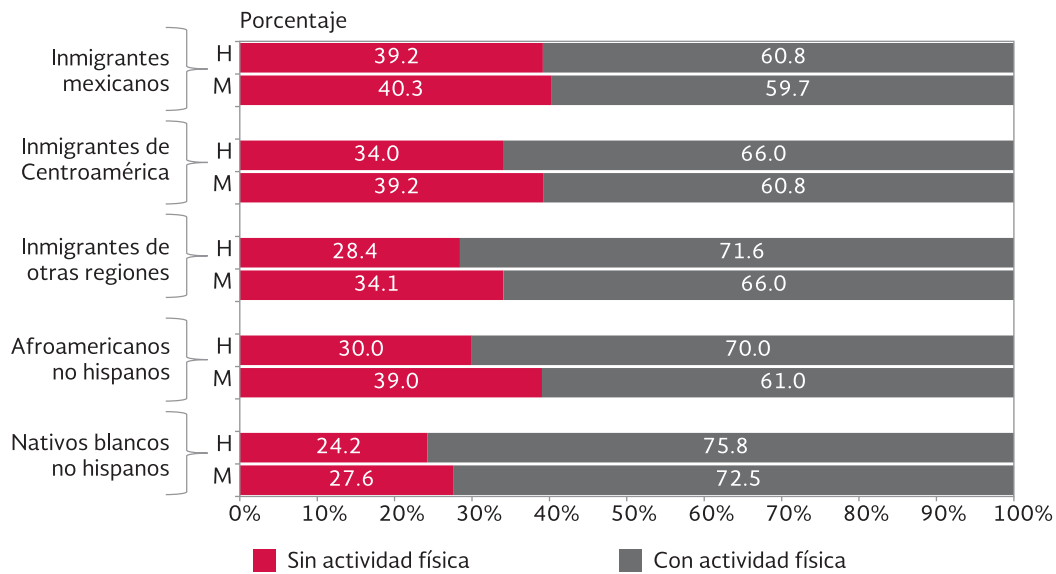
patrón. Por ejemplo, durante el bienio más reciente, 39 por ciento de los hombres y 40 por ciento de las mujeres mexicanas no hacían ejercicio, mientras que los nativos blancos no hispanos reportan porcentajes de 24 y 28 por ciento, respectivamente (véase figura 43). Resulta importante señalar que los mexicanos son poco proclives a realizar actividad física, un elemento que, como se verá más adelante, coincide con altos niveles de obesidad y padecimientos de diabetes mellitus en ambos sexos.

Figura 42. Población de 18 a 64 años residente en Estados Unidos por condición de actividad física y región de origen y etnia o raza según periodo, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

Figura 43. Población de 18 a 64 años residente en Estados Unidos por condición de actividad física y sexo, según región de origen y etnia o raza, 2012-2013



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013.

El abuso del alcohol y el tabaco son causas prevenibles de enfermedades y de muerte

El abuso en el consumo de alcohol y el consumo de cigarrillos son factores de riesgo que también pueden ser modificados. Estos hábitos están vinculados entre sí y con algunas enfermedades crónicas. El consumo excesivo de alcohol está asociado a conductas de riesgo y accidentes y a enfermedades hepáticas severas, como la cirrosis (Guerrero *et al.*, 2013). El consumo de cigarrillos es un factor de riesgo asociado a padecimientos cardiovasculares, enfermedades de la cavidad oral, las glándulas salivares y la mandíbula, acreciones en los dientes y complicaciones del sistema respiratorio, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), y tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón. Además, en el caso de las mujeres, está asociado a complicaciones en el embarazo y parto (Fiore *et al.*, 2001).

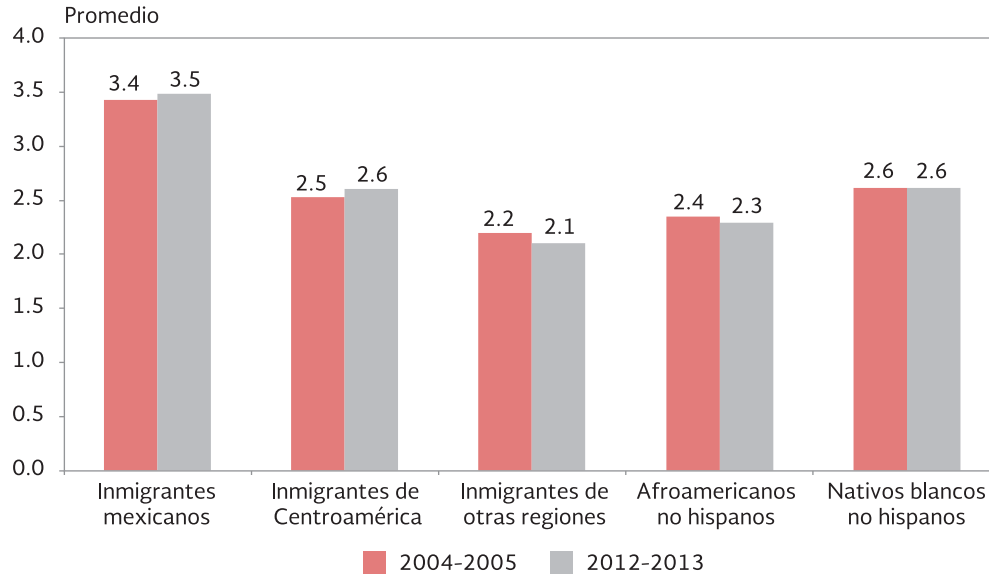
El consumo de alcohol ha aumentado entre los mexicanos en los últimos años

El promedio de consumo de bebidas alcohólicas en cada ocasión en que se ingiere alcohol es mayor entre los mexicanos (3.5 copas) que entre los otros grupos y, de hecho, solo ellos y los centroamericanos (cuyo consumo promedio de 2.6 copas alcanzó al de los blancos no hispanos) registraron un ligero incremento entre 2004-2005 y 2012-2013 (véase figura 44).

Tanto entre los mexicanos como entre los nativos blancos no hispanos, la cantidad de alcohol que se consume en cada ocasión muestra una tendencia a disminuir con la edad, de manera que en 2012-2013, mientras los jóvenes mexicanos de 18 a 29 años tomaron un poco más de cuatro copas en cada ocasión que ingirieron alcohol, los adultos de 45 a 64 años tomaron una menos, mismo patrón que el de los blancos no hispanos en esos grupos de edad (véase figura 45).

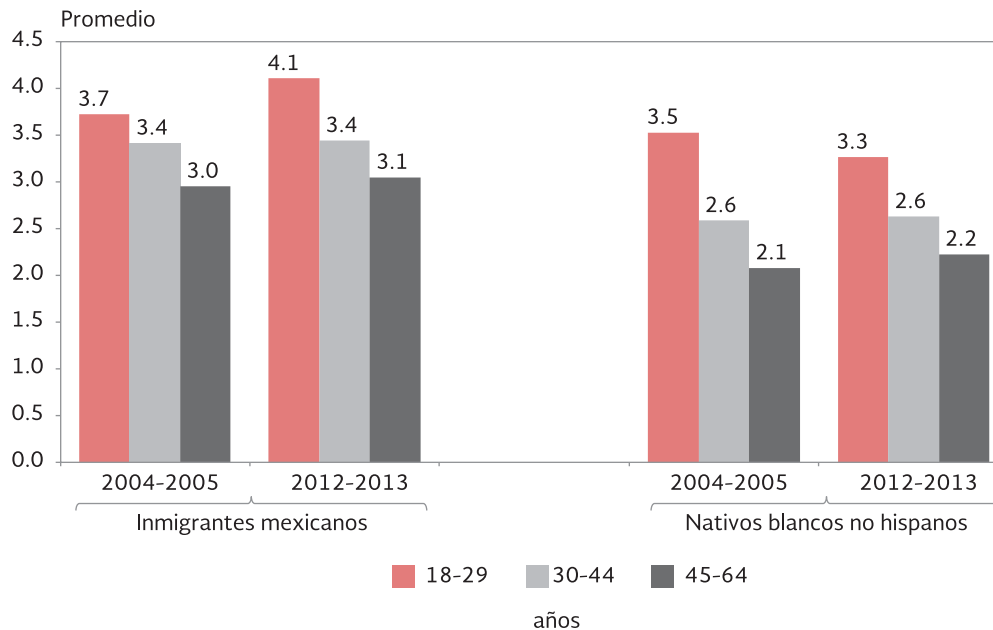


Figura 44. Población de 18 a 64 años residente en Estados Unidos por promedio de bebidas alcohólicas según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2004-2005, 2012-2013.

Figura 45. Población residente en Estados Unidos por promedio de bebidas alcohólicas consumidas en cada ocasión y grupo de edad según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



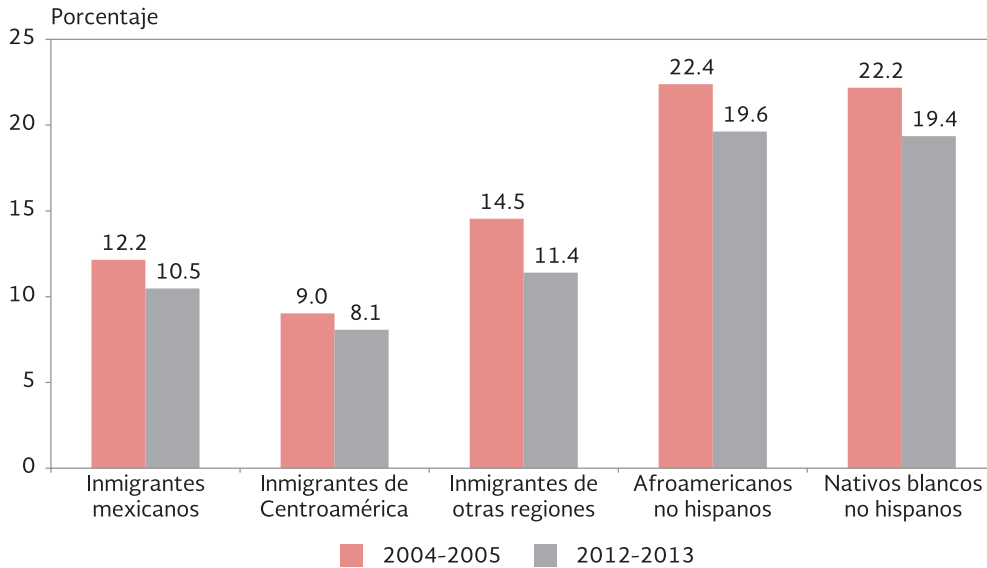
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2004-2005 y 2012-2013.

Además, el número promedio de bebidas que consumen los inmigrantes mexicanos en edades de 18 a 29 años se incrementó ligeramente en los últimos diez años a poco más de cuatro bebidas en cada ocasión que se ingiere alcohol, mientras que el promedio de consumo entre los blancos no hispanos en el mismo grupo de edad disminuyó. Dado que el consumo excesivo de alcohol se define como cinco o más bebidas en una sola ocasión para los hombres y cuatro para las mujeres, estos datos sugieren niveles de consumo de alcohol peligrosamente altos entre la población inmigrante mexicana.

Los mexicanos consumen menos cigarrillos que otros grupos

Los datos muestran una tendencia a la baja en el consumo de cigarrillos entre todos los grupos (véase figura 46). El porcentaje de fumadores entre los inmigrantes mexicanos (11%) es aproximadamente la mitad de la de los afroamericanos y los blancos no hispanos (20% y 19%, respectivamente). Solo los centroamericanos tienen menores tasas de tabaquismo (8%). Estas tendencias presentan una mejora en el perfil de riesgo de salud para los inmigrantes mexicanos y centroamericanos y una ventaja sobre la población nacida en Estados Unidos (véase figura 46).

Figura 46. Población de 18 a 64 años residente en Estados Unidos que fuma, según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

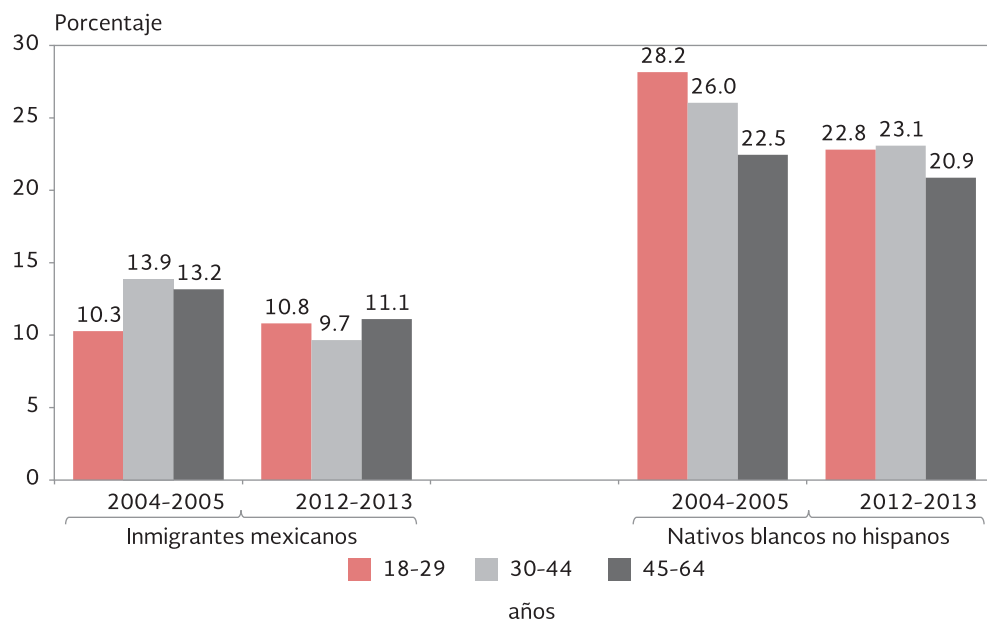


Entre los inmigrantes mexicanos, el mayor descenso en el consumo de cigarrillos se registró entre los adultos de 30 a 44 años de edad, grupo que tiene ahora el porcentaje de fumadores más bajo entre los inmigrantes mexicanos (véase figura 47).

En el bienio 2012-2013, el consumo promedio diario de cigarrillos entre los fumadores cotidianos mexicanos equivale a la mitad del de los blancos no

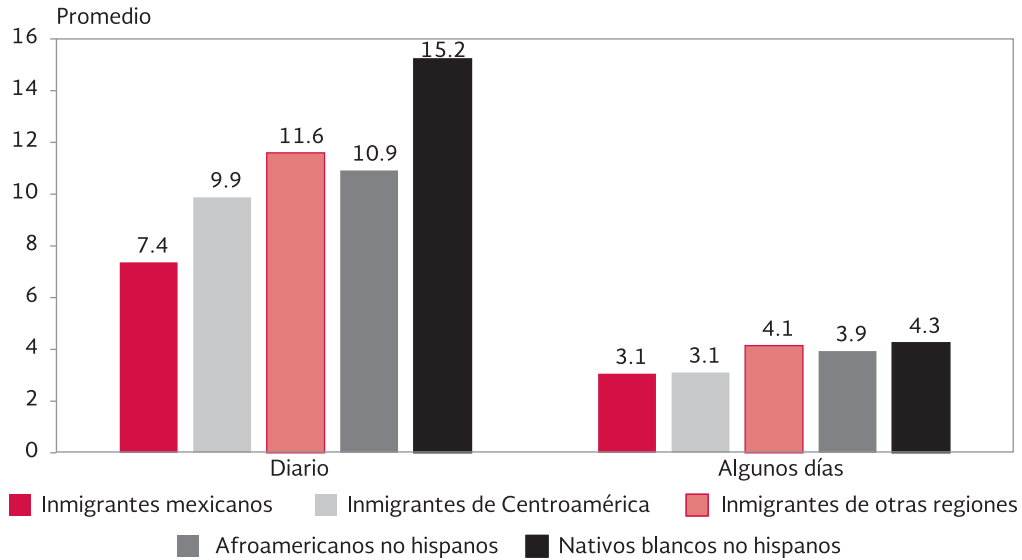
hispanos (7.4 y 15.2 cigarrillos, respectivamente), mientras entre los fumadores ocasionales la diferencia es de un cigarrillo (véase gráfica 48). Especialmente para los fumadores cotidianos, el número mucho menor de cigarrillos fumados por día por los inmigrantes mexicanos proporciona una modesta ventaja en el riesgo para la salud.

Figura 47. Población residente en Estados Unidos que fuma por grupo de edad según región de origen y etnia, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

Figura 48. Número de cigarrillos promedio consumidos entre la población de 18 a 64 años residente en Estados Unidos por frecuencia, según región de origen y etnia o raza, 2012-2013



Nota: Durante el período 2012-2013, 48 por ciento de la población mexicana que fumaba lo hacía diariamente y 51.2 por ciento ocasionalmente.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013.

CONDICIONES DE SALUD

Menores

El porcentaje de admisiones hospitalarias por complicaciones de diabetes en los menores hispanos es muy similar a los blancos no hispanos

En los últimos años ha aumentado el número de casos de diabetes mellitus entre los niños y adolescentes y ha aparecido la diabetes mellitus tipo 2, antes considerada como privativa de los adultos, en este grupo de edad, lo que se relaciona con la inactividad física, la alimentación deficiente y la epidemia de sobrepeso y obesidad infantil, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

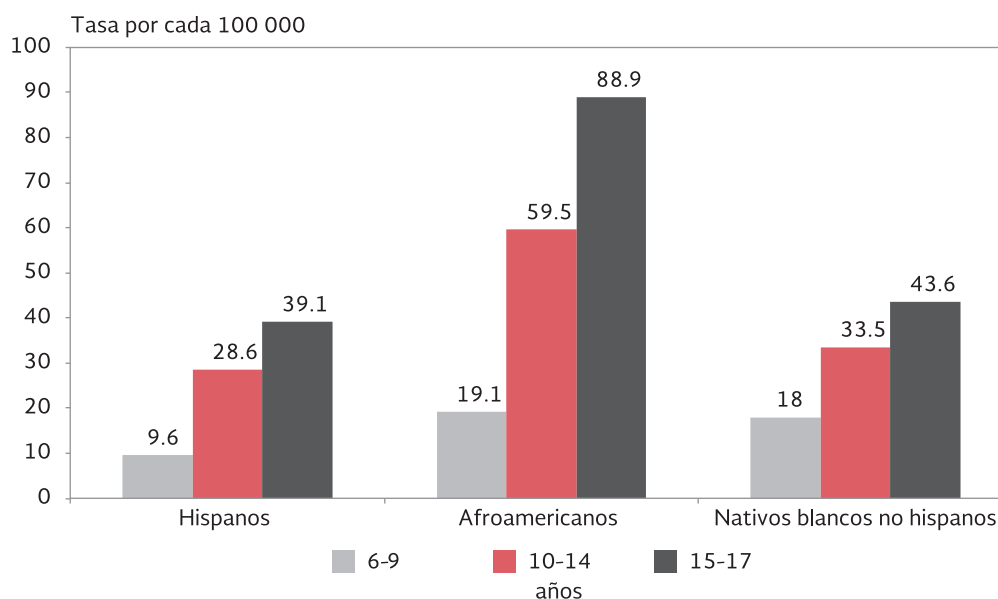
Entre 2008 y 2009, en Estados Unidos se diagnosticó a alrededor de 18 mil menores de 20 años con

esta enfermedad. Entre los menores de diez años, los blancos y afroamericanos no hispanos tuvieron las mayores tasas durante el bienio, mientras que entre los mayores de diez años los afroamericanos y los hispanos tuvieron la mayor prevalencia (CDC, 2014).

En 2009, de acuerdo a datos de la Agencia para la Investigación y Calidad en Servicios de Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés) los afroamericanos entre seis y 19 años de edad presentaron la tasa más alta de admisiones hospitalarias por complicaciones de diabetes (53 por cada 100 mil), seguidos por los blancos no hispanos (32 por cada 100 mil) y finalmente, los hispanos tuvieron una tasa de 25 por cada 100,000 (véase figura 49). No obstante que este grupo presenta la menor tasa de admisiones por complicaciones ligadas a la enfermedad, al observar las tasas por grupos de edad, a partir de los diez años se reducen drásticamente las diferencias respecto a la población blanca no hispana.



Figura 49. Tasa de admisión a hospitales por complicaciones derivadas de diabetes de la población de 6 a 17 años residente en Estados Unidos según etnia o raza, 2009



Fuente: Elaboración del CONAPO con base en Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.

Los adolescentes hispanos son el segundo grupo con mayor porcentaje de tratamiento por episodios depresivos

En 2010, el porcentaje de adolescentes sujetos a tratamiento por algún episodio depresivo fue ligeramente superior entre la población blanca no hispana (41%) que entre la hispana (38%), seguida de lejos por la afroamericana (23%) (véase figura 50).

Adultos

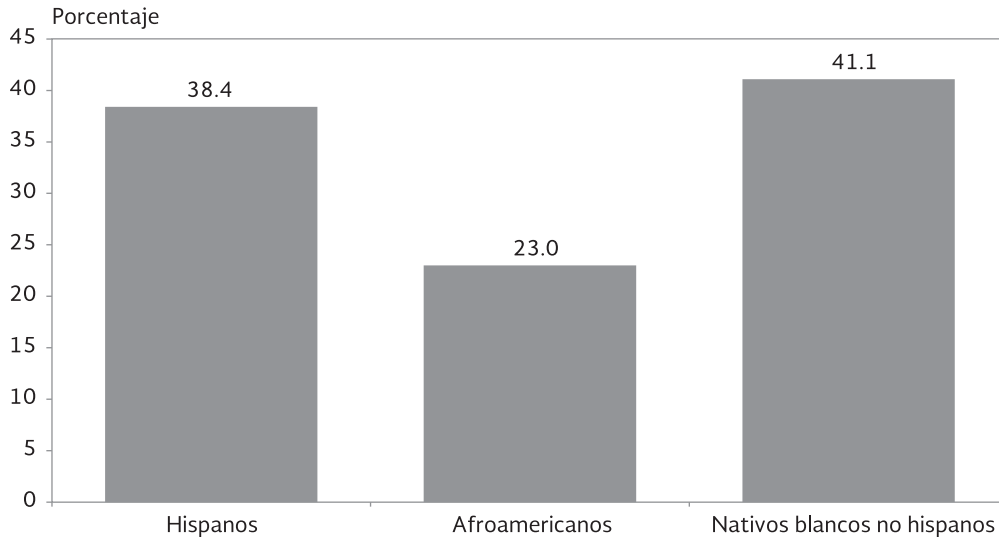
Los inmigrantes mexicanos presentan los porcentajes más bajos de enfermedades del corazón, cánceres e hipertensión diagnosticados por un profesional de salud en comparación con los otros grupos (véase figura 51). Sin embargo, es posible que esta situación sea un reflejo del menor uso de servicios médicos, que implica una menor

tasa de diagnóstico y no necesariamente menores tasas de prevalencia. Además, los inmigrantes mexicanos adultos son más jóvenes que los nativos, y estas condiciones se vuelven más comunes a edades avanzadas.

Los adultos mexicanos presentan el mayor incremento de personas diagnosticadas con diabetes

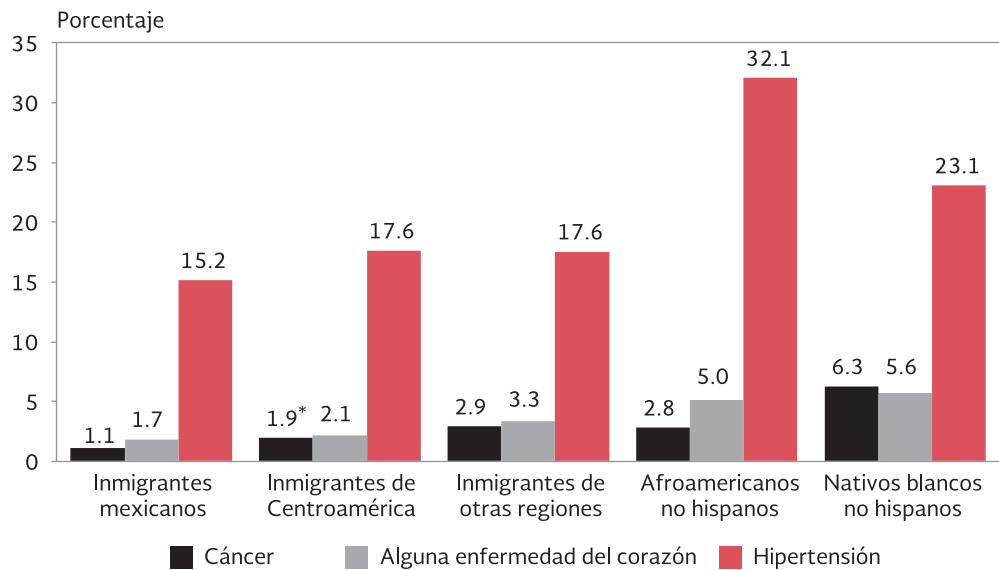
La diabetes, directamente relacionada con el sobrepeso y la inactividad física, es un problema creciente entre los mexicanos e hispanos. El porcentaje de diabetes diagnosticada entre los mexicanos (8.1%) solo es inferior al de los afroamericanos (11.3%). Durante el bienio 2012-2013, el aumento en la proporción de inmigrantes mexicanos con diabetes respecto a 2004-2005 es el segundo de mayor magnitud, después del de los afroamericanos (véase figura 52).

Figura 50. Población entre 12 a 17 años residente en Estados Unidos con tratamiento por episodios depresivos según etnia o raza, 2010



Fuente: Elaboración del CONAPO con base en Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.

Figura 51. Población de 18 a 64 años en Estados Unidos que alguna vez recibió un diagnóstico de cáncer, enfermedad cardíaca o hipertensión, según región de origen y etnia o raza, 2012-2013

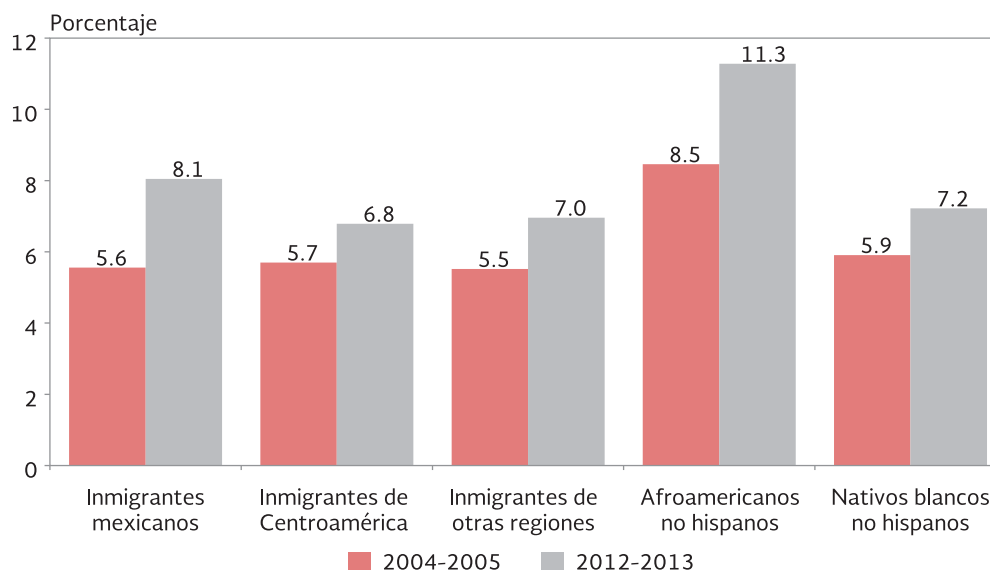


Nota: * Estimación basada en menos de 30 casos muestrales.

Fuente: Unidad de Política Migratoria, SEGOB, con base en U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.



Figura 52. Población de 18 a 64 años residente en Estados Unidos con diagnóstico de diabetes según región de origen y etnia o raza y período, 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

El diagnóstico de diabetes en todos los grupos de población es más frecuente entre el grupo de 45 a 64 años de edad. Entre los inmigrantes mexicanos de este grupo etario, 17 por ciento reporta haber sido diagnosticado, porcentaje solo superado por el de los afroamericanos (19%) (véase figura 53).

Entre la población inmigrante es fundamental el tiempo de residencia para el diagnóstico de la diabetes. Si bien la mayoría no padecía la enfermedad cuando llegó a Estados Unidos, a otros no les fue detectada hasta que se manifestaron las complicaciones. La mayoría de los que emigraron sin diabetes encontró factores de riesgo adicionales en Estados Unidos, que incluyen los cambios en su dieta, actividad física y nivel socioeconómico que incrementaron el riesgo de desarrollar la enfermedad.

En los tres grupos de inmigrantes la proporción de adultos en edades laborales diagnosticados con diabetes es claramente superior entre los de largo arribo, respecto a los de reciente arribo, lo que se explica no solo por la edad de quienes tienen mayor tiempo de residencia en Estados Unidos, sino por el mayor acceso a servicios médicos entre quienes tienen más de diez

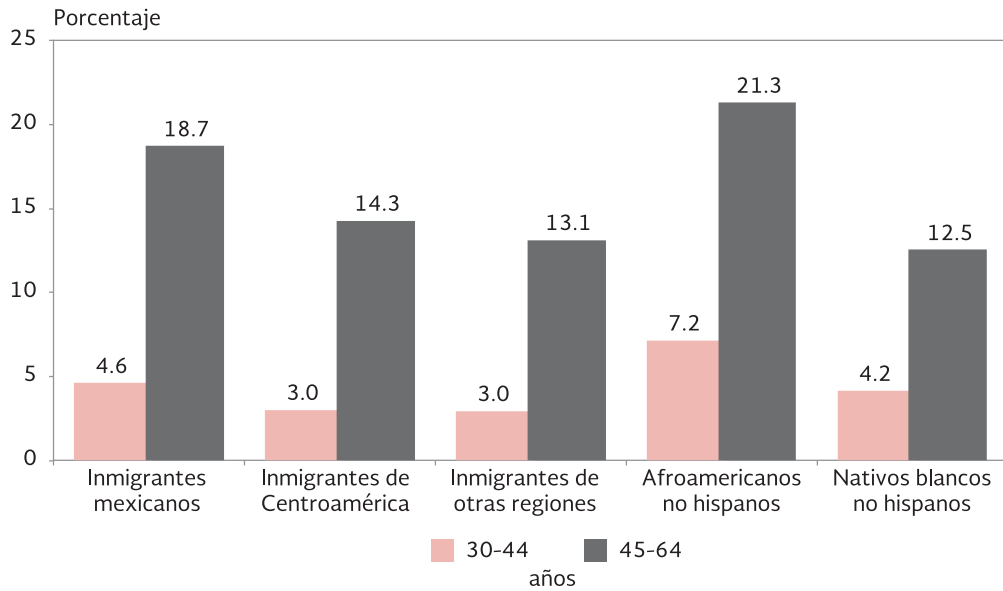
años en ese país, lo que incrementa la posibilidad de recibir un diagnóstico, y por una mayor incidencia de la enfermedad, asociada a la adopción de hábitos poco saludables en la sociedad de destino.

Con datos para el periodo 2010-2013, entre los mexicanos se registra una mayor prevalencia de diabetes diagnosticada entre los migrantes adultos de largo arribo (9.6%) que entre los centroamericanos y el resto de los migrantes, en contraste con lo que ocurre entre los de reciente arribo, donde los mexicanos muestran el menor porcentaje de diagnóstico (2.3%) (véase figura 54).

Los hispanos tienen mayores tasas de detección de casos nuevos de VIH y cáncer cervicouterino que los nativos blancos

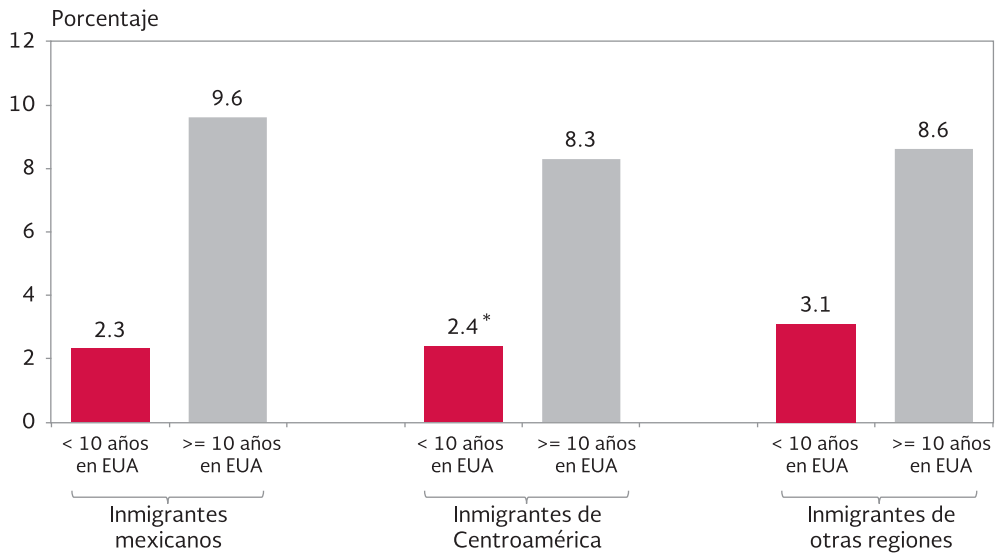
En 2009, los hispanos mostraron tasas más elevadas de casos nuevos de contagio del VIH por cada 100 mil personas de 13 años y más en comparación con los blancos no hispanos (18.8 y 5.5, respectivamente), mientras la mayor tasa de incidencia se presentó entre

Figura 53. Población residente en Estados Unidos con diagnóstico de diabetes por grupo de edad según región de origen y etnia o raza, 2012-2013



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2012-2013.

Figura 54. Población de 18 a 64 años residente en Estados Unidos con diagnóstico de diabetes por región de origen según tiempo de llegada en el período 2010-2013



Nota: * Estimación basada en menos de 30 casos muestrales.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey* (NHIS), 2010-2013.



los afroamericanos (55.2). Al analizarlo por sexo, los hombres tienen una mayor tasa de incidencia en todos los grupos poblacionales (véase figura 55), sin embargo, es necesario considerar que la aplicación de pruebas entre los hombres es menos frecuente que entre las mujeres, como se mostró en el capítulo anterior.

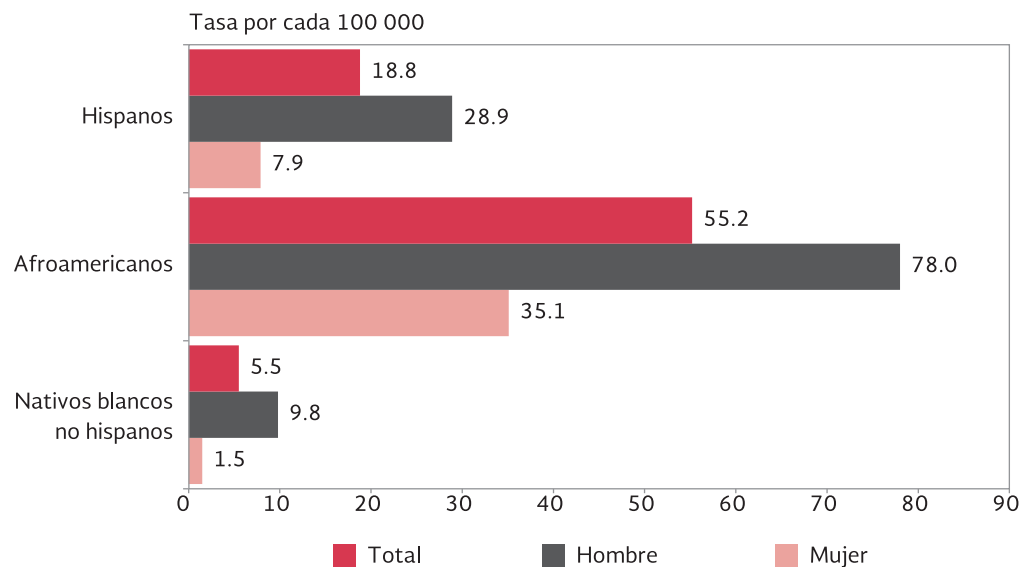
De acuerdo con el *National Healthcare Disparities Report*, entre 2004 y 2008, la población hispana fue la que menos se practicó estudios de Papanicolaou en el lapso recomendado. Esto, a su vez, contribuye a explicar la elevada tasa de diagnóstico de cáncer cervicouterino en etapa avanzada de las mujeres hispanas mayores de 20 años (17.1 por cada 100 mil) (véase figura 56).

Adultos mayores

Los adultos mayores afroamericanos e inmigrantes mexicanos muestran mayores tasas de diagnóstico de diabetes

Conocer las condiciones de salud que enfrentan los inmigrantes mexicanos adultos mayores resulta de suma importancia debido a que algunos se encuentran en situación migratoria irregular y no pueden obtener cobertura médica, mientras que muchos más viven con ingresos insuficientes, lo cual dificulta que busquen tratamiento. Aunado a ello, muchos trabajadores migrantes postergan los cuidados preventivos y el tratamiento oportuno, lo que incrementa las probabilidades de padecimientos en edades avanzadas.²

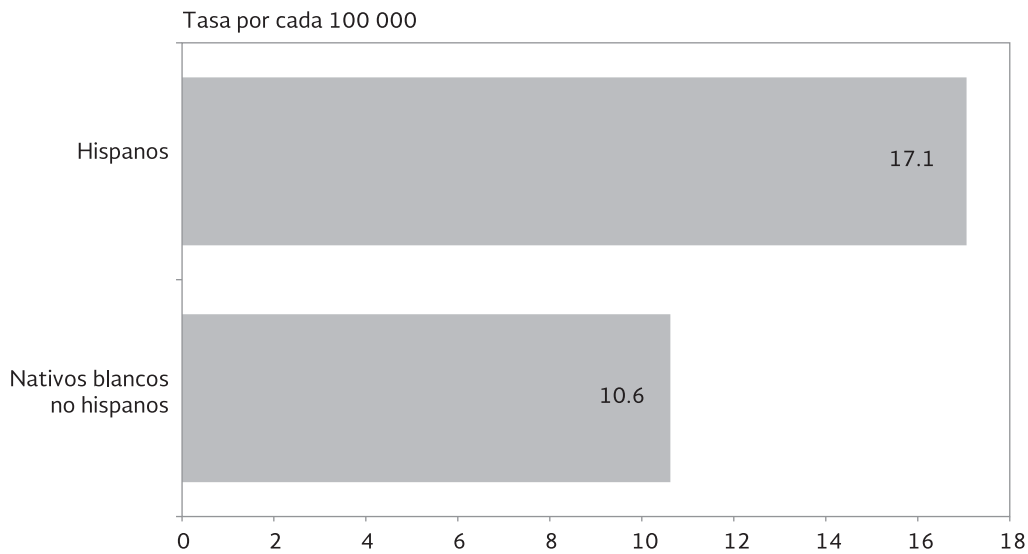
Figura 55. Población de 13 años y más por nuevos casos de VIH y sexo según región de origen y etnia o raza, 2009



Fuente: Elaboración del CONAPO con base National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (NCHHS-TP), HIV/AIDS en Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.

² Un estudio reciente señala que la mitad de los mexicanos de reciente arribo en este grupo de edad padece la enfermedad sin saberlo (Barcelo et al., 2012). Otro estudio indica que está relacionada directamente con el tiempo de estancia en Estados Unidos, y que una estancia más prolongada tiende a mermar las ventajas de salud que pudieran tener los inmigrantes respecto a los nativos (López y Golden, 2014).

Figura 56. Mujeres de 20 años y más residentes en Estados Unidos diagnosticadas en fase avanzada de cáncer cervical según región de origen, 2004-2008



Fuente: Elaboración del CONAPO con base en el Centers for Disease Control and Prevention and the National Cancer Institute, National Program of Cancer Registries, United States Cancer Statistics. en la Agency for Healthcare Research and Quality, 2004-2008.

Durante el bienio 2012-2013, los mexicanos y los afroamericanos son los grupos que muestran las mayores tasas de pacientes con un diagnóstico de diabetes, con tasas de 362 y 351 por cada mil, respectivamente, que superan ampliamente a la de los blancos no hispanos (213 por cada mil) (véase figura 57). Este es un tema prioritario, ya que el limitado acceso a los servicios de salud entre los inmigrantes mexicanos reduce sus oportunidades de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, lo que se ve agravado por las barreras económicas, sociales y lingüísticas.

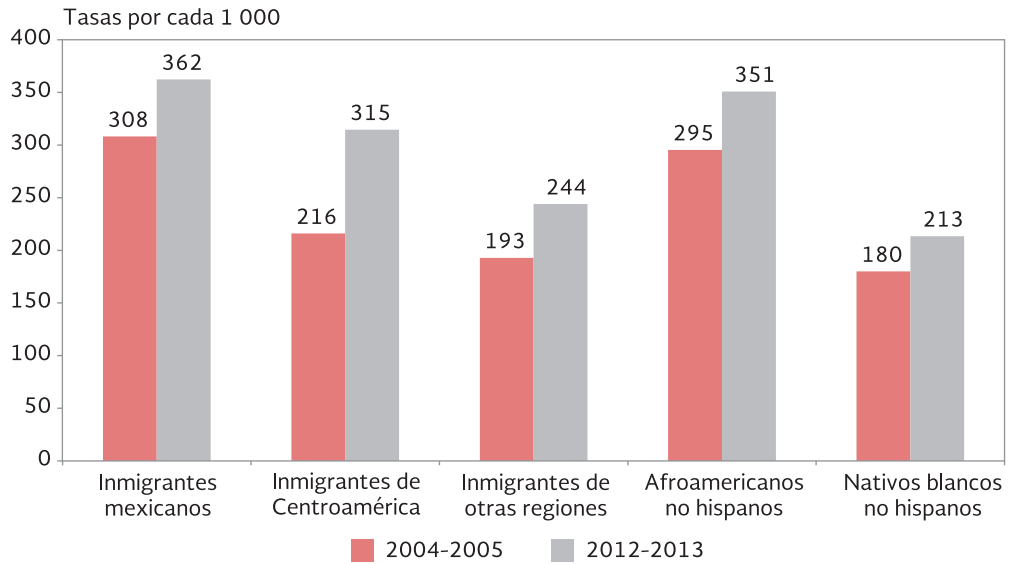
Por otra parte, las mujeres inmigrantes mexicanas y las afroamericanas de más de 65 años registran una mayor prevalencia que la de los hombres, mientras que en el resto de los grupos la relación es inversa. Es importante señalar que las brechas de género entre los mexicanos y los centroamericanos son las mayores de los cinco grupos de la población (54 y 51 por cada mil, respectivamente) (véase figura 58).

Las mujeres se ven más afectadas que los hombres para realizar actividades cotidianas en las edades avanzadas

En el bienio 2012-2013, en todos los grupos de la población, las mujeres de más de 65 años presentan un mayor grado de limitación funcional que los hombres del mismo grupo de edad. Las inmigrantes mexicanas tienen la segunda tasa más alta de limitación funcional (37%), después de las inmigrantes de otras regiones (38%), mientras la tasa de los inmigrantes mexicanos (28%) es menor que la de los afroamericanos y el resto de los inmigrantes, pero más alta que la de los blancos no hispanos y los afroamericanos (25%). Los mexicanos tienen la mayor brecha de género de los cinco grupos (8.7 puntos porcentuales) (véase figura 59).

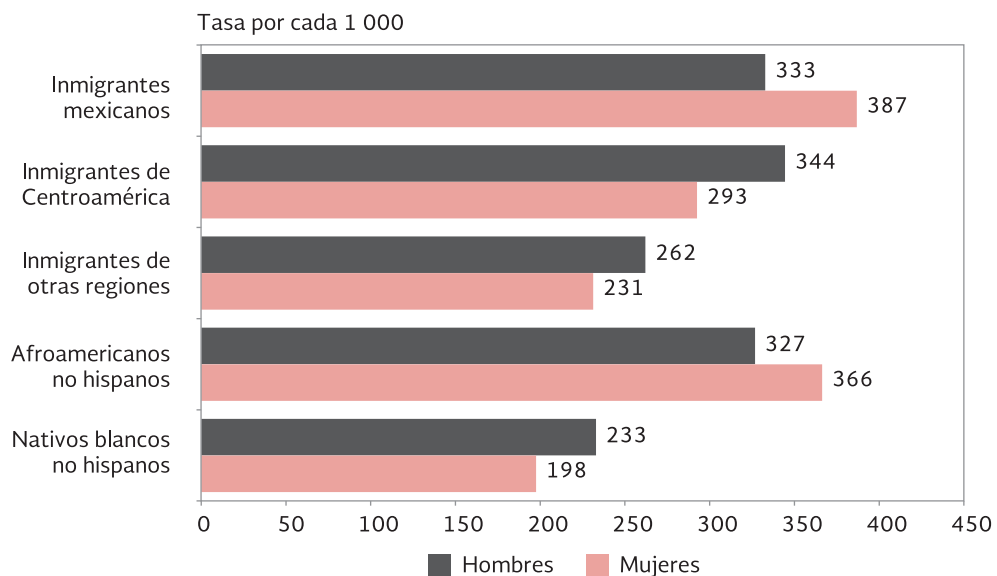


Figura 57. Población de 65 años y más residentes en Estados Unidos alguna vez diagnosticada con diabetes por región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



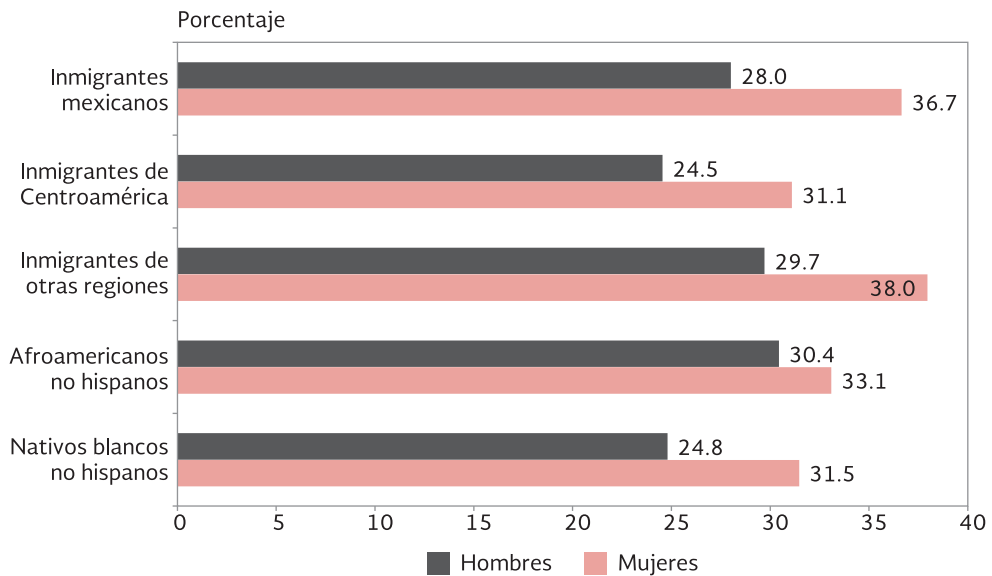
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

Figura 58. Población de 65 años y más residentes en Estados Unidos alguna vez diagnosticada con diabetes por sexo según región de origen y etnia o raza, 2012-2013



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013.

Figura 59. Población de 65 años y más residente en Estados Unidos con alguna limitación funcional* por sexo según región de origen y etnia o raza, 2012-2013



Nota: * La limitación funcional refiere a un problema de salud físico, mental o emocional o enfermedad.
 Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013.

Los inmigrantes mexicanos adultos mayores que viven en Estados Unidos tienen la tasa más elevada de sentimiento de tristeza

La persistencia de la tristeza, luto o melancolía es un indicador de depresión, cuyo diagnóstico es generalmente deficiente, dado que se le suele ignorar cuando los pacientes presentan otros padecimientos físicos y mentales (Sánchez *et al.*, 2008).

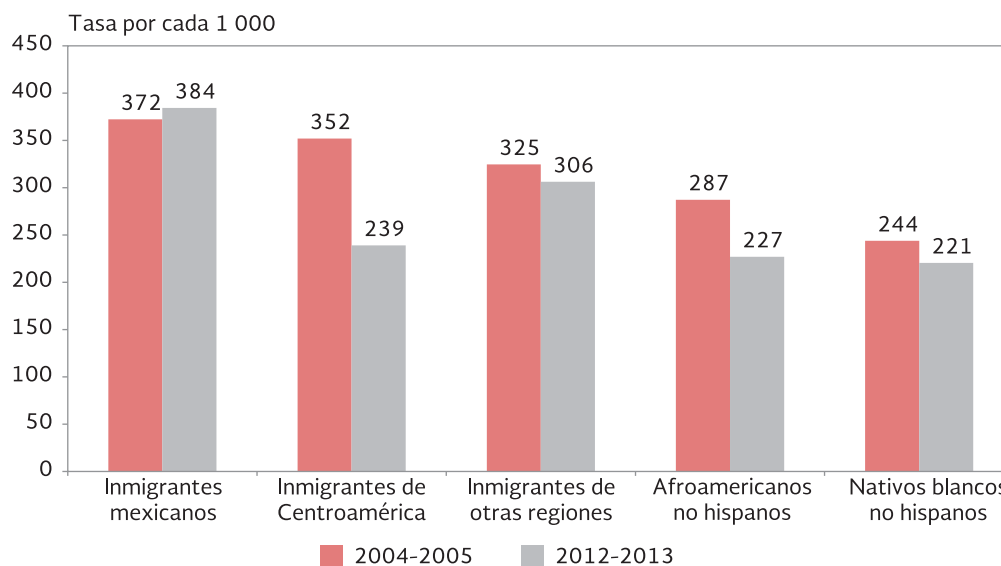
Los grupos de inmigrantes registran las mayores tasas de sentimiento de tristeza en los últimos 30 días, tanto en el bienio 2004-2005 como en el

2012-2013, y los inmigrantes mexicanos presentan la tasa más elevada, de 384 por cada mil. Mientras que hubo un ligero aumento entre los mexicanos, los otros cuatro grupos experimentaron descensos, en particular los centroamericanos registraron un decremento, que los ubica en niveles cercanos a los de la población nativa en el periodo más reciente (véase figura 60).

En los cinco grupos, las mujeres son más proclives a experimentar sentimientos de tristeza que los hombres, sin embargo, la brecha de género de la población mexicana es la menor (véase figura 61).

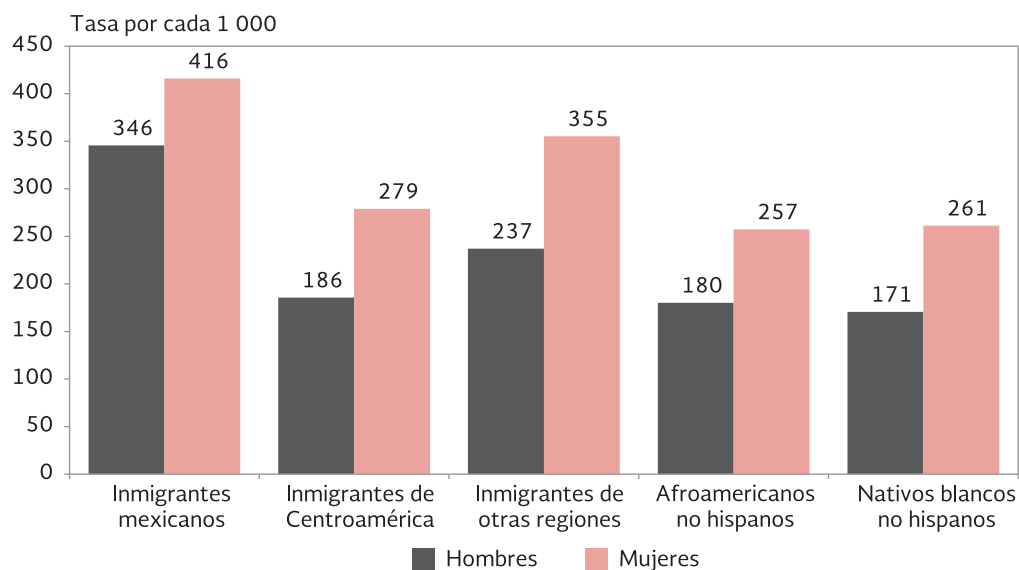


Figura 60. Población de 65 años y más residente en Estados Unidos que se ha sentido triste el mes anterior* según región de origen y etnia o raza, 2004-2005 y 2012-2013



Nota: *Personas que se sintieron tristes poco, algo, mucho o todo el tiempo en los pasados 30 días a la entrevista.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

Figura 61. Población de 65 años y más residente en Estados Unidos que se ha sentido triste el mes anterior por sexo según región de origen y etnia o raza, 2012-2013



Nota: *Personas que se sintieron tristes poco, algo, mucho o todo el tiempo en los pasados 30 días a la entrevista.
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013.

CONCLUSIONES

Los resultados de este capítulo muestran que, a pesar de los indicadores positivos de los últimos diez años, en ciertas condiciones y factores de riesgo, la salud de los inmigrantes mexicanos, en particular respecto a ciertas enfermedades, como la diabetes, es motivo de preocupación. El bajo nivel socioeconómico, el limitado acceso a la atención médica así como el envejecimiento de esta población, demandan esfuerzos inmediatos para evitar un mayor deterioro de su salud.

En general, el perfil de riesgo en la salud de los inmigrantes mexicanos y centroamericanos presenta mejoras en ciertos indicadores, tales como, la disminución de la tasa de fumadores y el incremento del porcentaje de población que realiza actividad física. Mientras que las condiciones de salud señalan tasas más bajas de enfermedades cardiovasculares, cáncer e hipertensión respecto a los otros grupos de población. Sin embargo, la elevada tasa de diagnóstico de diabetes mellitus en la población de inmigrantes mexicanos muestra un problema de salud. Los migrantes son el grupo cuya incidencia ha aumentado rápidamente, y entre ellos, los mayores de 64 años constituyen el grupo que padece diabetes en mayor medida, siendo más propensos a vivir con bajos ingresos y carecer de atención médica. Por su parte, los inmigrantes de reciente arribo adoptan cambios alimenticios en el país de destino, incrementado el riesgo de desarrollar dicha enfermedad en el futuro. Si se considera la relación de la diabetes con otros padecimientos crónicos, estas tendencias apuntan a un problema de salud público mayor. Por ello, las mejoras en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pueden ser más exitosas si se llevan a cabo en conjunto con incremento en la cobertura de seguro de salud y en el acceso a una atención de calidad para la población inmigrante.



CAPÍTULO IV

LA FECUNDIDAD Y LA MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN HISPANA

INTRODUCCIÓN

La migración es uno de los componentes del cambio demográfico que junto con la mortalidad y la fecundidad, puede afectar el crecimiento y la composición de la población. Este capítulo presenta información sobre las principales tasas de fecundidad y mortalidad, además de otros indicadores pertinentes, a partir de los registros vitales.¹ Estas tasas también se utilizan a menudo como indicadores de las condiciones de bienestar y salud de la población, por lo que aquí se presenta un análisis de los principales indicadores que pueden contribuir a un mejor conocimiento acerca de la salud de los inmigrantes y otros grupos de población en Estados Unidos, así como sus necesidades de servicios de salud.

Los datos utilizados para calcular las tasas vitales² parten de las estimaciones intercensales que, desde el año 2000, hace el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés) en colaboración con el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) y la Oficina del Censo de Estados Unidos. Estas instituciones consideran en sus estimaciones datos según etnia y origen; cuando la estimación considera el origen, no solo se recono-

ce el lugar de nacimiento sino también la herencia, la nacionalidad y el linaje de la persona. A partir de estos criterios, en este capítulo se identifican los principales cambios en materia de fecundidad y mortalidad entre la población hispana, afroamericana no hispana y blanca no hispana. En el caso de los hispanos, el análisis centra su atención en la población de origen mexicano, centroamericano y sudamericano. El periodo de análisis depende de la información presentada por el NCHS.

FECUNDIDAD

Desde 2007 existe una disminución en el total de nacimientos, en especial cuando la madre es mexicana

Entre 2004 y 2007 ocurrió un aumento en el total de nacimientos en todos los grupos poblacionales, sin embargo, después de 2007 se observa una tendencia a la baja, de tal forma que hacia el año 2012 el mayor decremento se registró entre las mujeres mexicanas (23%), casi igual que las centroamericanas y sudamericanas³ (22%). El menor decremento se dio en el grupo de blancas no hispanas (8%) y en las afroamericanas no hispanas (7%) (véase figura 62).

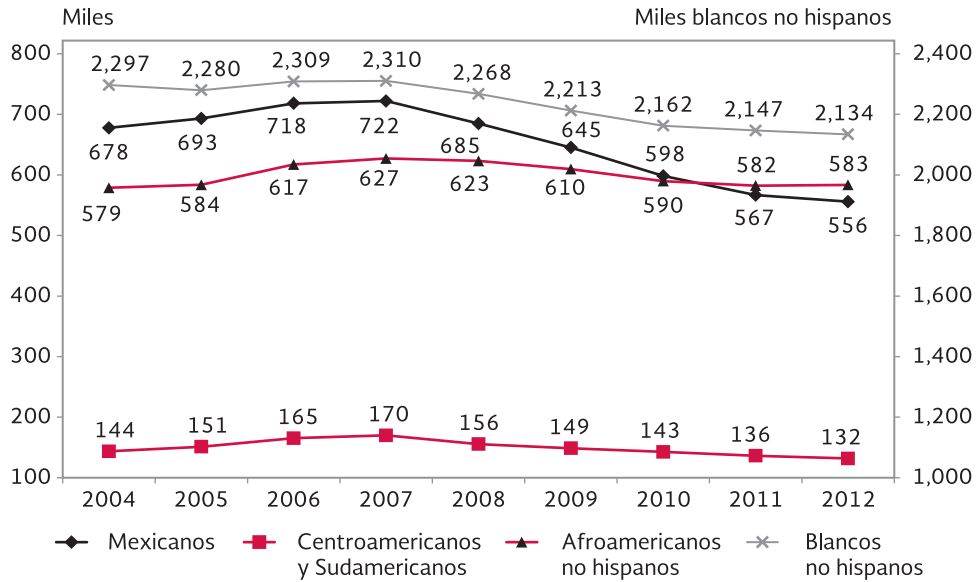
Solo dos estados, California y Texas, concentran aproximadamente seis de cada diez nacimientos de madres mexicanas (véase figura 63). No se observa un cambio significativo entre 2004 y 2012.

¹ En Estados Unidos la competencia para el registro de los hechos vitales reside en cada entidad federativa. Estas jurisdicciones (50 estados, 5 territorios y 2 ciudades) son responsables de registrar la información, levantar las actas y expedir copias de ellas a sus ciudadanos. La publicación de las estadísticas vitales está a cargo del Gobierno Federal a través del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés) y los datos son proporcionados por el NCHS, así como por los organismos locales de registro civil.

² Para conocer más detalles acerca de los indicadores utilizados en este capítulo, véase las definiciones de la Asociación Nacional de Estadísticas de Salud Pública y Sistemas de Información (NAPHSIS, por sus siglas en inglés) en: <http://www.naphsis.org/Pages/StatisticalMeasuresandDefinitions.aspx>

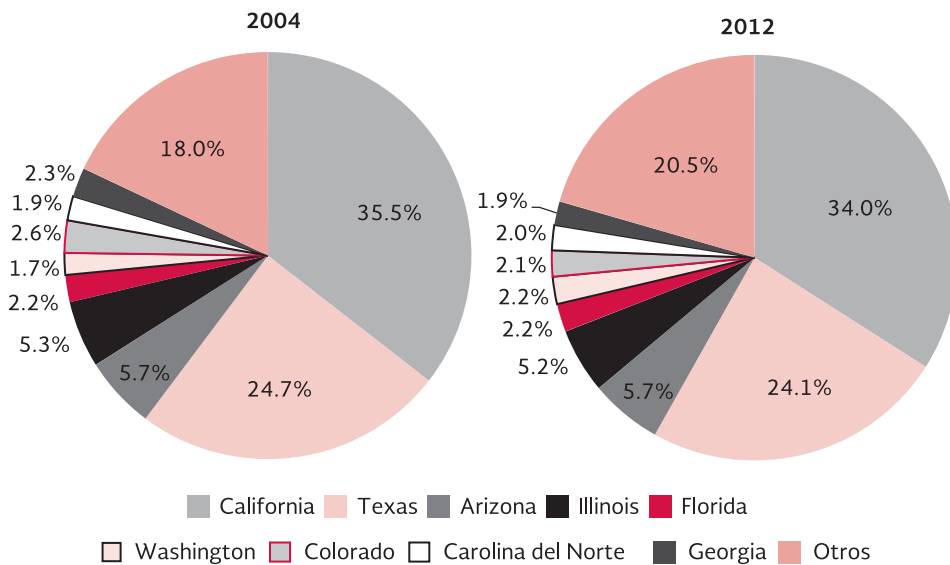
³ Se presentan como un único grupo de población (centroamericana y sudamericana).

Figura 62. Total de nacimientos en Estados Unidos, según origen y etnia o raza de la madre, 2004-2012



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Nacimientos, 2012.

Figura 63. Distribución porcentual de los nacidos vivos de madres de origen mexicano, según estado de la Unión Americana, 2004 y 2012



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Nacimientos, 2012.



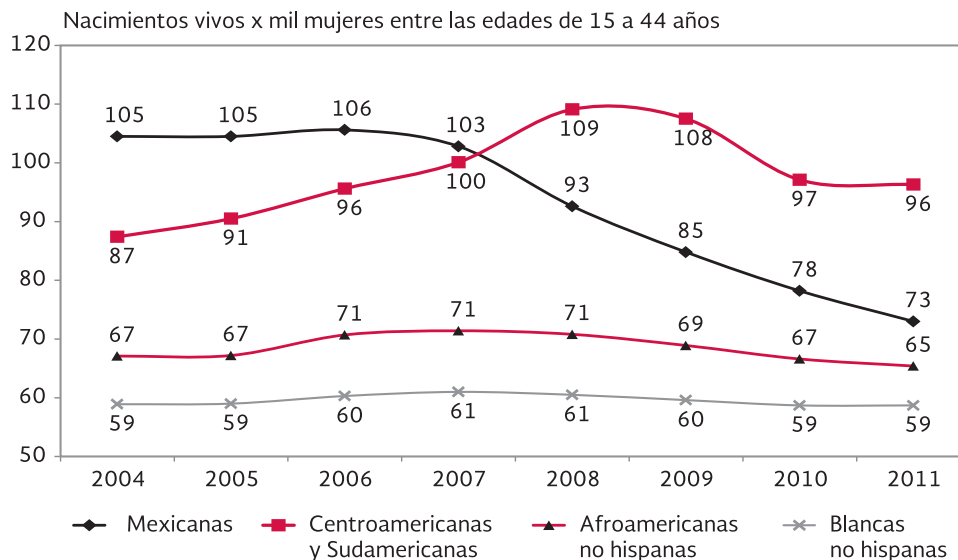
Las madres mexicanas han reducido su fecundidad para el periodo 2004-2011

La tasa general de fecundidad de las mujeres mexicanas se redujo de manera importante, al pasar de 105 nacidos vivos por cada mil mujeres en 2004 a 73 en 2011. Por el contrario, la tasa de las centroamericanas y sudamericanas se incrementó, al pasar de 87 nacidos vivos a 96, en el mismo periodo. Entre las

mujeres afroamericanas y blancas no hispanas la tendencia fue más estable (véase figura 64).

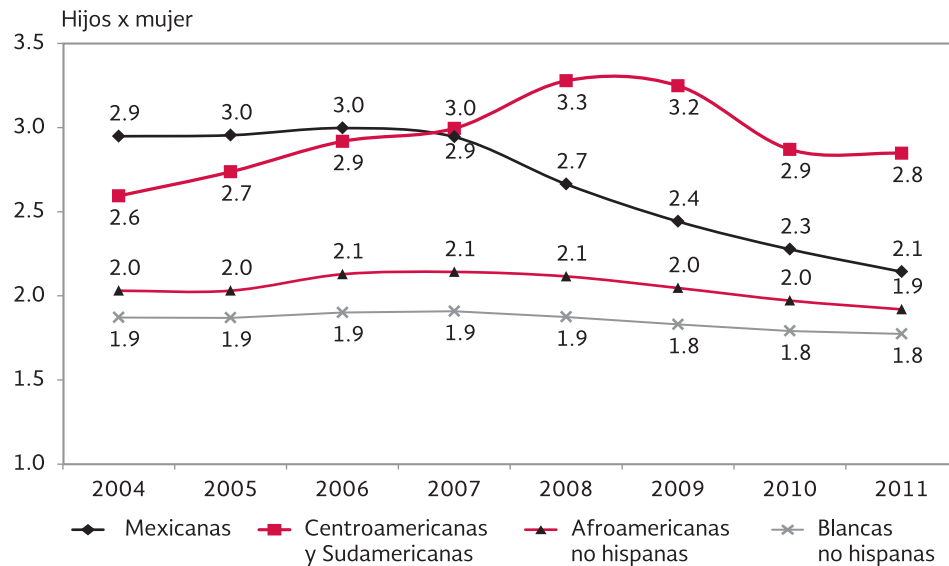
La tasa global de fecundidad (TGF) de las mexicanas se redujo en casi un hijo, al pasar de 2.9 hijos por mujer en 2004 a 2.1 en 2011, un descenso que parece excesivo, y que necesita mayores estudios para explicarlo. El único grupo que presentó un incremento fue el de las centroamericanas y sudamericanas, que pasaron de 2.6 a 2.8 hijos por mujer (véase figura 65).

Figura 64. Tasa general de fecundidad en Estados Unidos, según origen y etnia o raza de la madre, 2004-2011



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Nacimientos, 2012.

Figura 65. Tasa global de fecundidad en Estados Unidos, según origen y etnia o raza de la madre, 2004-2011



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Nacimientos, 2012.

Las mexicanas han disminuido la probabilidad de convertirse en madres a edades más tempranas

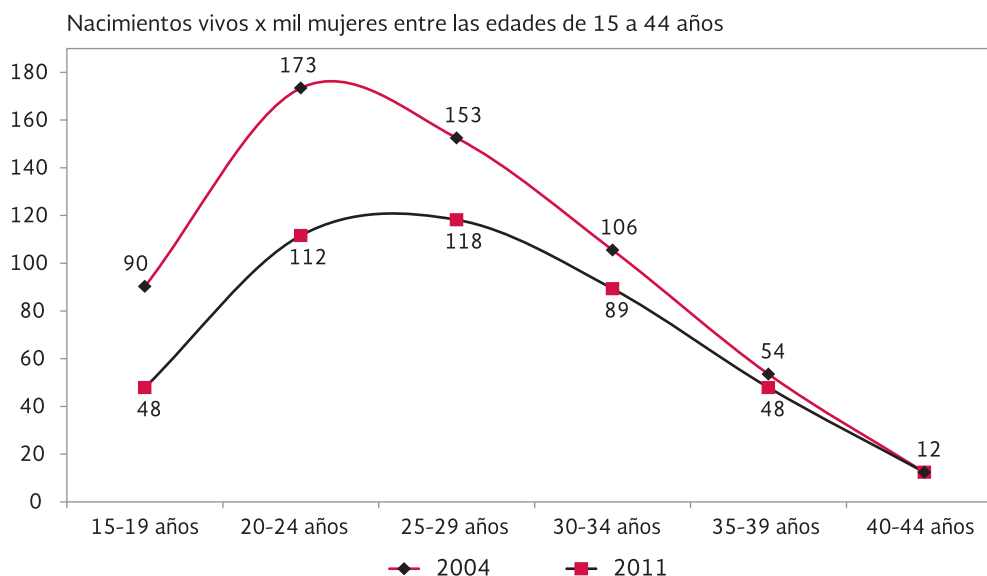
Se observan cambios muy importantes en las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad para las mujeres de ascendencia mexicana en el periodo comprendido entre 2004 y 2011. Mientras en 2004 la estructura de la fecundidad estaba caracterizada por una curva de cúspide temprana, con la mayor fecundidad en el grupo de 20 a 24 años de edad (112 nacimientos por cada mil mujeres), para 2011 ya era una curva de cúspide dilatada, típica de poblaciones con baja fecundidad, con la mayor fecundidad en los grupos de 20 a 24 años y 25 a 29 años de edad (112 y 118 nacimientos por cada mil mujeres, respectivamente) (véase fi-

gura 66). En el mismo periodo, la tasa de fecundidad de las adolescentes mexicanas de origen hispano bajó de 90 a 48 nacimientos por cada mil mujeres, lo que habla de la disminución de la maternidad en el número de adolescentes y de mujeres jóvenes mexicanas.

Con respecto a los grupos de edad entre 30 y 44 años, aunque siguen disminuyendo sus tasas de fecundidad, no lo hacen con la misma celeridad que los grupos de edad menor (véase figura 66). La disminución en las tasas de fecundidad y nacimientos puede atribuirse, entre otros factores, a la adopción del patrón reproductivo predominante en la sociedad de destino, a la replicación del patrón reproductivo de la sociedad de origen, ya que en México estas tasas también están disminuyendo, y a la propia disminución del flujo migratorio (PHC, 2011).



Figura 66. Tasa específica de fecundidad por grupo de edad de las mujeres de origen mexicano en Estados Unidos, 2004 y 2011



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Nacimientos, 2012.

La edad promedio a la que las mexicanas tienen a su primer hijo ha aumentado casi un año

El cambio en los patrones de fecundidad de las mexicanas también se observa en la edad promedio a la que ocurre el nacimiento del primer hijo. Durante los últimos nueve años, las mujeres mexicanas, las centroamericanas y sudamericanas, y las afroamericanas han postergado casi un año el nacimiento de su primogénito. En 2012, las mexicanas y las afroamericanas eran las más jóvenes al convertirse en madres por primera vez (23.2 y 23.6 años, respectivamente), seguidas por las centroamericanas y sudamericanas y las nativas blancas, que tenían una media de edad tres años mayor (26.2 y 26.6 años, respectivamente) (véase figura 67).

Otro factor que muestra cambios significativos es el estado civil de la madre en el momento del nacimiento del primer hijo. Desde 2004 se incrementó el porcentaje de mujeres solteras en todos los grupos

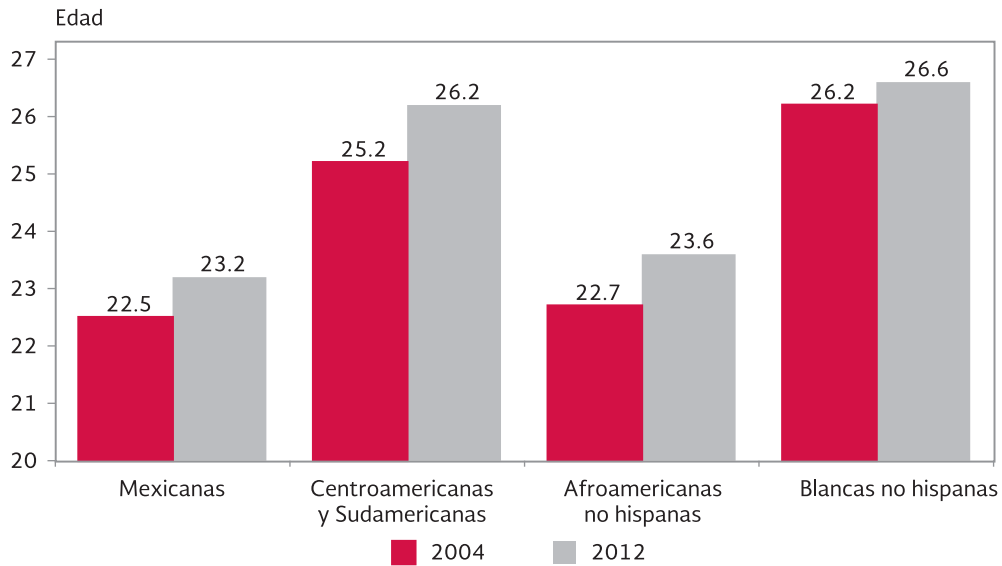
poblacionales, ya en 2012 cinco de cada diez mexicanas y centroamericanas y sudamericanas no estaban casadas o unidas. En contraste, siete de cada diez afroamericanas y tres de cada diez mujeres blancas no hispanas permanecían solteras (véase figura 68).

MORTALIDAD

La población hispana tiene menores tasas de mortalidad en comparación con la afroamericana y la blanca

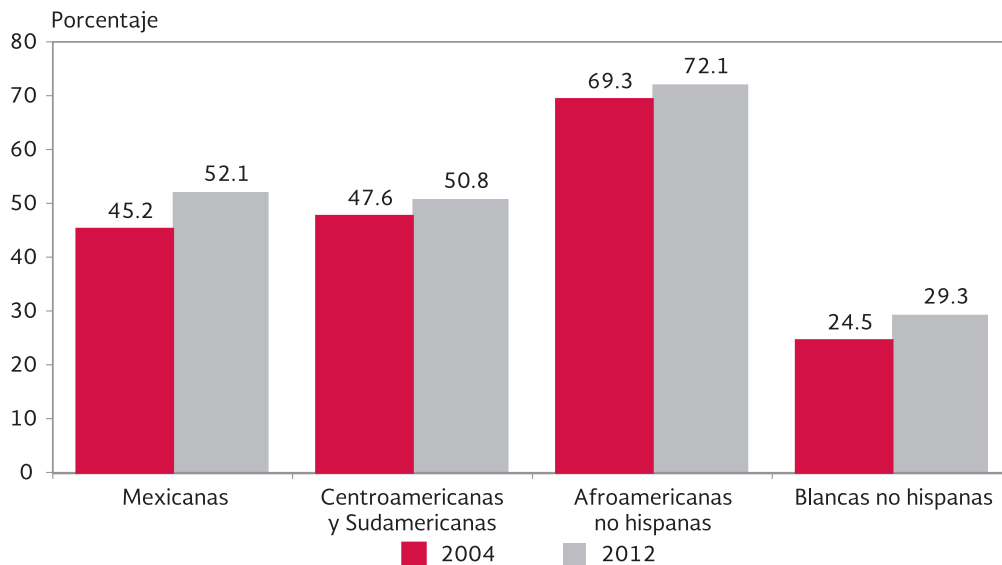
Entre 2004 y 2011 se observa un aumento en el número total de defunciones de hispanos de casi 22 por ciento, en cambio en la población blanca apenas se dio en un 3.8 por ciento, y en los afroamericanos se mantuvo casi igual (véase figura 69). Sin embargo, las tasas ajustadas de mortalidad revelan disminuciones en la mortalidad en todos los grupos de la población, de 15.2 por ciento entre los afroamericanos (de 1 063 a 902 por cada cien mil personas), 12.3 por ciento entre

Figura 67. Edad promedio de la madre al tener a su primer hijo en Estados Unidos, según origen y etnia o raza, 2004 y 2012



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Nacimientos, 2012.

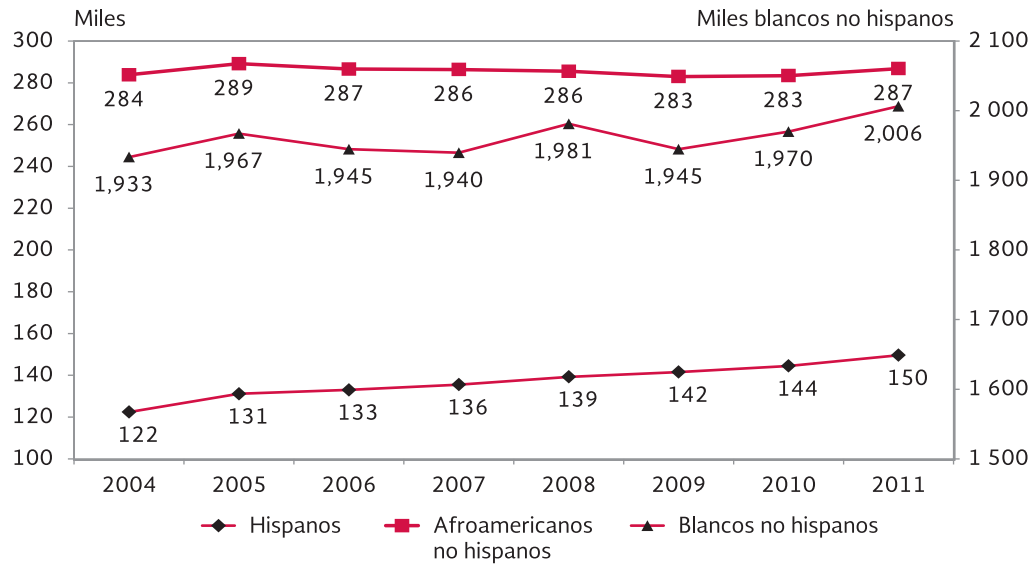
Figura 68. Distribución porcentual de madres no casadas al tener a su primer hijo en Estados Unidos, según origen y etnia o raza, 2004 y 2012



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Nacimientos, 2012.

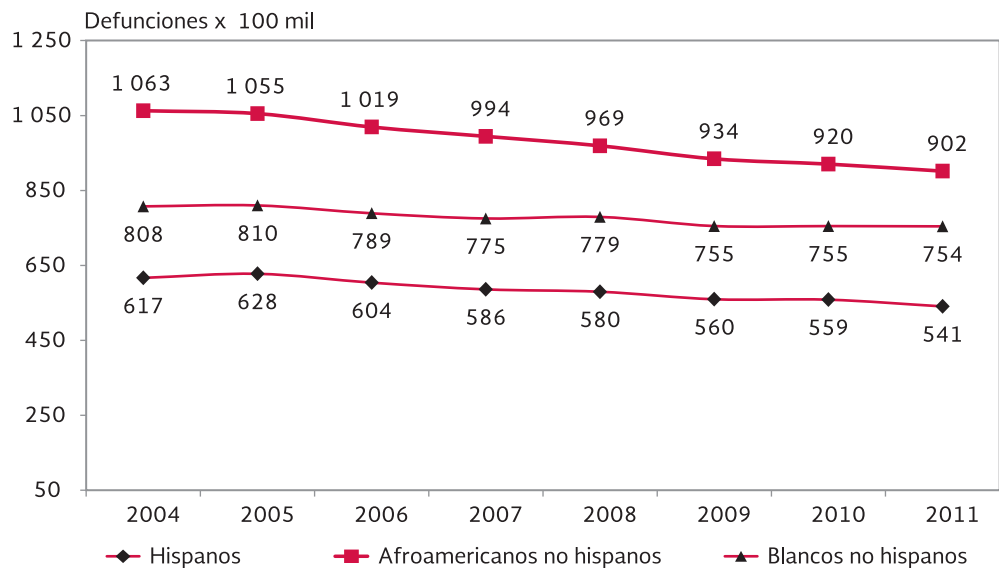


Figura 69. Total de defunciones en Estados Unidos, según origen y etnia o raza
2004-2011



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Defunciones, 2011.

Figura 70. Tasa ajustada de mortalidad en Estados Unidos, según origen y etnia o raza,
2004-2011



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Defunciones, 2011.

los hispanos (de 617 a 541 por cada cien mil personas) y 6.6 por ciento entre los blancos (de 808 a 754 por cada cien mil personas) (véase figura 70).

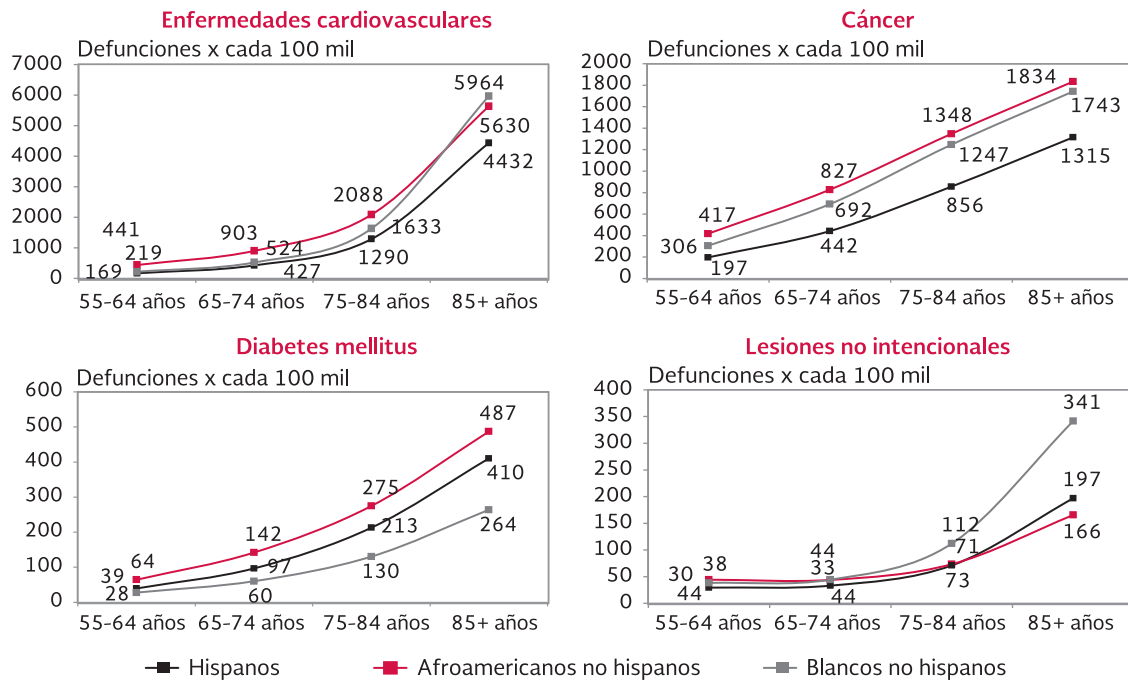
La incidencia de las cuatro principales causas de muerte es menor en los hispanos que en los blancos no hispanos, con excepción de la diabetes mellitus

Las cuatro principales causas de muerte en Estados Unidos para el periodo 2008-2010 son las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, la diabetes mellitus y las lesiones no intencionales.⁴ Los hispanos registran las tasas más bajas de mortalidad en todos los grupos de edad tanto en las enfermedades cardiovasculares

como en los cánceres, y solo superan a los afroamericanos en las lesiones no intencionales en el grupo de mayor edad. Sin embargo, ocupan el segundo lugar la diabetes mellitus, después de los afroamericanos (véase figura 71).

La prevalencia de la diabetes mellitus en la población hispana representa un grave problema de salud, ya que desde los 55 años de edad supera las tasas de mortalidad de los blancos, y la brecha se incrementa conforme aumenta la edad. En este panorama sobresale el grupo de edad de 75 a 84 años, en el que se registran 213 defunciones por cada cien mil personas, mientras que entre los blancos se presentan solamente 130 defunciones, esta diferencia se mantiene en el siguiente grupo de edad (85 y

Figura 71. Principales causas de mortalidad de la población de 55 años y más en Estados Unidos por grupos de edad, según origen y etnia o raza, 2008-2010



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Defunciones, 2008-2010.

⁴ Debido a que las personas menores de 55 años de edad presentan tasas de muerte por enfermedad muy bajas, solo se presentan aquellos grupos de edad en los cuales se puede ver más claramente las diferencias entre grupos de la población.

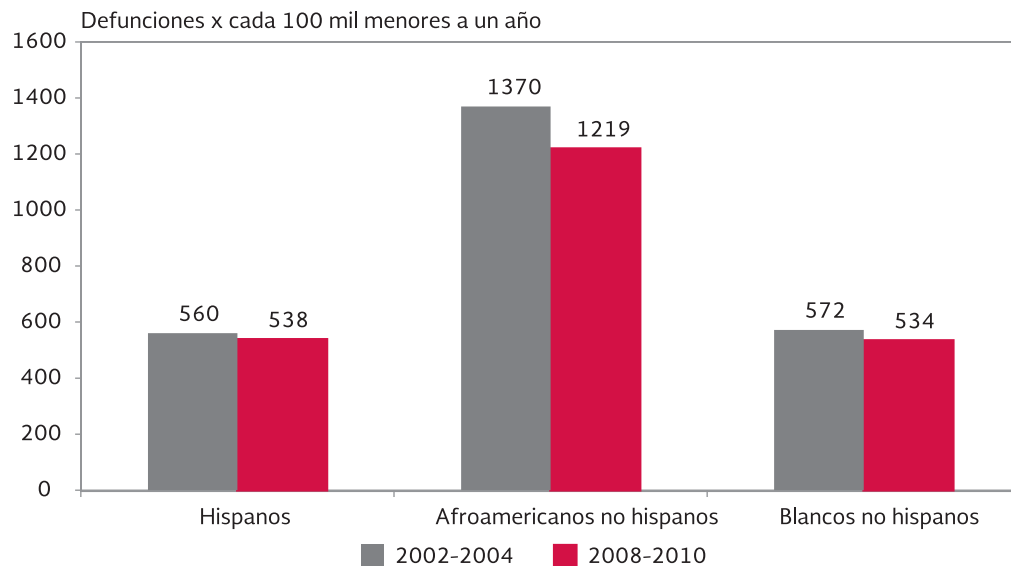


más), en el que los hispanos presentan una tasa de 410 defunciones por cada cien mil personas y los blancos de 264 defunciones (véase figura 71). Esta situación puede ser explicada por una combinación de factores, como los altos porcentajes de sobrepeso en la comunidad hispana, la falta de actividad física, un mayor consumo de alcohol y la falta de cuidados de las personas una vez diagnosticadas, que los hispanos comparten con los afroamericanos, por lo que la diabetes mellitus se asocia con diversos factores de riesgo, como una alimentación deficiente, falta de diagnóstico y atención oportuna, estilos de vida poco saludables, además la prevalencia es más alta entre aquellos con los ingresos más bajos (PHC, 2002).

Las principales causas de muerte infantil en la población hispana son las anomalías congénitas

Del periodo 2002-2004 al 2008-2010 se observa una disminución en la tasas de mortalidad infantil en todos los grupos poblacionales, el menor decremento se dio en la población hispana (3.9%) y el mayor se dio en la población afroamericana (11%). En cambio en la población blanca el decremento se dio en 6.6 por ciento (véase figura 72).

Figura 72. Tasa de mortalidad infantil (menores a un año) en Estados Unidos por período según origen y etnia o raza, 2002-2004 y 2008-2010



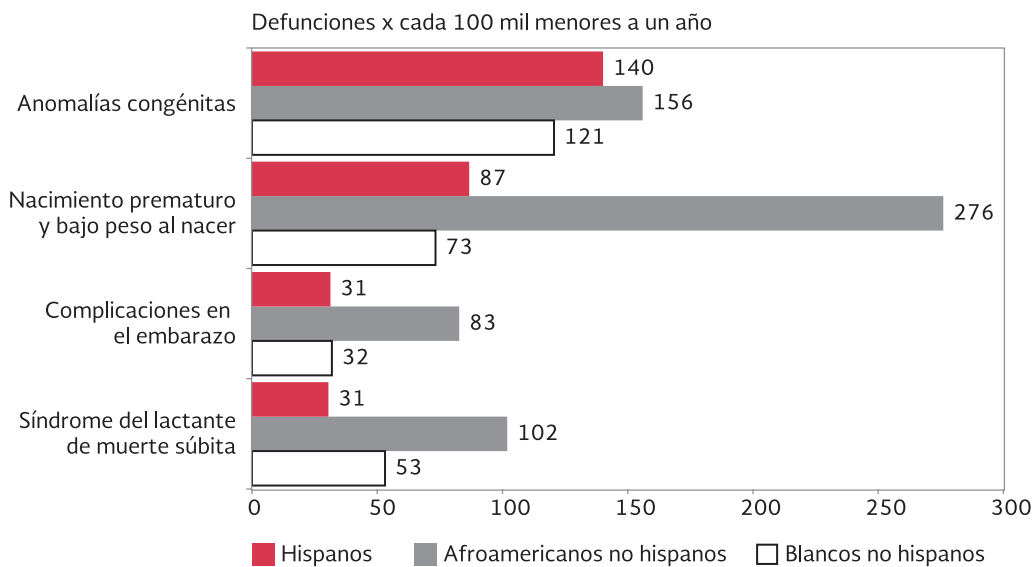
Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Defunciones, 2002-2010.

Con respecto a las cuatro principales causas de muerte de los menores de un año en Estados Unidos para el periodo 2008-2010 son las anomalías congénitas, el nacimiento prematuro o bajo peso, las complicaciones del embarazo y el síndrome de muerte súbita del lactante. Los afroamericanos registran una mayor prevalencia en las cuatro, mientras los hispanos tienen mayores tasas que los blancos por anomalías congénitas y nacimiento prematuro o bajo peso (140 y 87 defunciones por cada cien mil nacimientos, frente a 121 y 73, respectivamente). En contraste con las complicaciones del embarazo y al síndrome de muerte súbita, los blancos presentan tasas más elevadas que los hispanos (32 y 53 defunciones por cada 100 mil frente a 31 en ambas, respectivamente) (véase figura 73).

En 2011, la esperanza de vida al nacer de los hispanos fue de 81.4 años

Todos los grupos poblacionales registran un incremento en la esperanza de vida al nacimiento desde 2006. En 2011, la población hispana tuvo una esperanza de vida de 81.4 años, 2.6 años mayor que la de los blancos no hispanos y 6.5 años mayor que las de los afroamericanos no hispanos (véase figura 74). La diferencia entre la esperanza de vida de la población hispana y la blanca se conoce como la paradoja hispana.

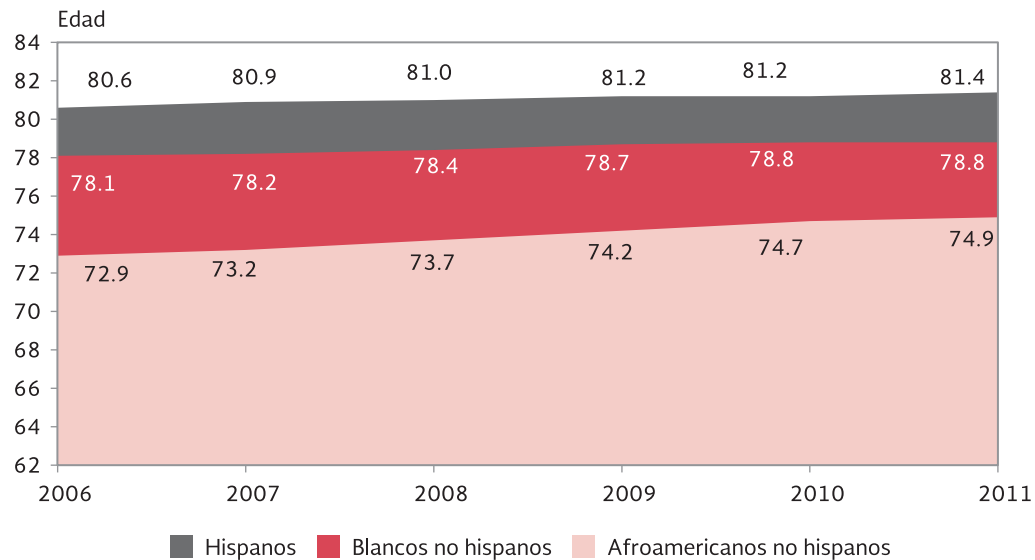
Figura 73. Principales causas de mortalidad infantil (menores a un año) en Estados Unidos, según origen y etnia o raza, 2008-2010



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Defunciones, 2008-2010.



Figura 74. Esperanza de vida al nacer en Estados Unidos, según origen y etnia o raza, 2006-2011



Fuente: Elaboración del CONAPO con datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés), Defunciones, 2011.

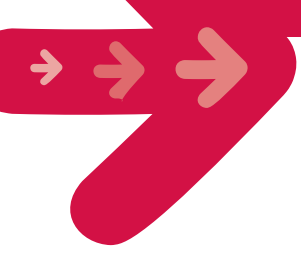
CONCLUSIONES

La población de origen mexicano, es decir, los inmigrantes y las personas de ascendencia mexicana, hasta hace poco presentaba la tasa de fecundidad más alta en comparación con todos los grupos poblacionales observados en este estudio. El decremento es tal y tan acelerado que en estos últimos diez años los centroamericanos y los sudamericanos presentan mayores tasas de fecundidad y solo se mantienen un poco arriba que la de los afroamericanos no hispanos.

Las modificaciones en el patrón de fecundidad de las mujeres de origen mexicano significan que los contextos sociales y culturales en que se desarrollan están cambiando, ya que las mujeres están reduciendo el número de hijos y tienen su primer embarazo

a edades más avanzadas, aunque todavía menores que las de las blancas no hispanas. Esto sugiere que las familias podrían dedicar más recursos a la educación y crianza de cada niño. Esto, a su vez, podría contribuir a una mejora en las condiciones de salud de los niños y podría mejorar la salud de los adultos en los próximos años.

Mientras que los hispanos tienen la mayor esperanza de vida y las tasas de mortalidad más bajas, ellos experimentan una desventaja sustancial en la mortalidad debido a la diabetes. Asimismo, teniendo en cuenta los factores de riesgo y el menor acceso al sistema de salud, es importante hacer frente a estos problemas mediante campañas de cuidado, promoción y diagnóstico, además de abogar por una mejor integración de la población hispana en Estados Unidos.



CONCLUSIONES

Estados Unidos es el mayor receptor de migrantes internacionales, 20 por ciento del total mundial (231.5 millones de acuerdo a la OIM). Hoy en día, América Latina aporta la mitad de la población extranjera residente en ese país (21.8 millones de personas), de ellos, 11.8 nacieron en México. La magnitud de la población de origen mexicano en Estados Unidos es de 34.3 millones cuando se considera a los nativos con ascendencia mexicana. Lo cual tiene implicaciones demográficas y sociales muy importantes para la nación, así como para el mundo, ya que son elementales en diversas industrias, ayudan a contrarrestar la disminución de la población en edad laboral, y también hacen importantes contribuciones a la diversidad cultural y lingüística del país, lo que ha sido uno de los activos más importantes en la construcción de esta nación.

Este reporte analiza las tendencias de la inmigración mexicana en Estados Unidos en los últimos diez años, concentrándose en las áreas clave de la salud, el bienestar y la integración social. Los datos se presentan en comparación con los inmigrantes de América Central, los inmigrantes de otras regiones del mundo, los afroamericanos y los blancos no hispanos, con el fin de documentar las ventajas y desventajas que enfrentan. Cada uno de estos temas ha sido cubierto individualmente en informes anteriores de esta serie, no obstante, esta es la primera vez que se presentan datos de tendencias de forma transversal con todos los temas.

En los últimos diez años se ha observado una creciente dispersión de la población de origen mexicano en Estados Unidos. Los inmigrantes mexicanos todavía están concentrados en áreas geográficas urbanas, particularmente en los estados fronterizos con

México, pero han empezado a dirigirse cada vez más a otras regiones del país. El crecimiento de la población de origen mexicano se debe cada vez menos a la nueva inmigración, debido a la disminución del flujo indocumentado, y descansa cada vez más en el crecimiento de la segunda generación y las posteriores.

Aunque algunos indicadores de salud muestran una ligera mejora en la última década, las poblaciones de inmigrantes mexicanos y centroamericanos todavía están entre los grupos más vulnerables de la nación, en términos sociales y económicos. Al igual que en 2004, los mexicanos y centroamericanos tienen las tasas más bajas de naturalización que todos los grupos de inmigrantes. Si bien de 2004 a 2013, la pobreza aumentó entre todos los grupos estudiados, los mexicanos muestran la mayor privación económica y en el mercado laboral, se concentran en los sectores de baja remuneración, una distribución similar a la de hace diez años. Estos son indicadores clave de por qué los inmigrantes mexicanos han mostrado poca mejoría en la última década, y están estrechamente vinculados a la salud, ya que las probabilidades de tener cobertura de seguro de salud y la búsqueda de servicios se relacionan con la ciudadanía, el empleo y el nivel de ingresos.

En términos del acceso a la seguridad médica, tanto en 2004 como en 2013, no tienen suficiente protección médica, más de la mitad de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos (52%) no tenía seguro de salud en 2013, y a pesar de que constituyen cuatro por ciento de la población del país, representan 13 por ciento de la población no asegurada. Aunque esto muestra una mejora desde el año 2007, es probablemente el resultado de una disminución de la población

indocumentada y no de una mejora en las tasas de cobertura. A partir de 2014, la *Ley de Cuidado de la Salud Asequible* aumenta significativamente el acceso a seguros de salud y el acceso a los servicios para los inmigrantes elegibles, pero las personas indocumentadas están excluidas de la expansión y, puesto que los mexicanos representan más de la mitad de la población en dicha condición, por desgracia, seguirán constituyendo una parte desproporcionada de la población no asegurada. Por lo que, carecer de un seguro de salud es en sí, es una de las principales barreras para la búsqueda de servicios médicos.

Para los que tienen seguro médico, el tipo de cobertura y el uso de los servicios ha cambiado poco en los últimos diez años. Los inmigrantes mexicanos y centroamericanos aún son más propensos a recurrir a los programas de salud pública, en contraste con los blancos no hispanos, la mayoría de los cuales disfrutaban la cobertura de un seguro privado de salud, que ofrece atención más personalizada y continúa. A pesar de que en 2013 los inmigrantes mexicanos eran menos propensos a carecer de un lugar habitual para recibir servicios de salud que en 2004 (37 y 42%, respectivamente), esta tasa sigue siendo inequitativa, ya que duplica a la de los inmigrantes de otras regiones y triplica a la de los blancos no hispanos y afroamericanos.

Además de experimentar más barreras para tener acceso a la atención médica que otros grupos, los inmigrantes mexicanos y centroamericanos tienen tasas más bajas de incidencia de algunas enfermedades crónicas en comparación con las poblaciones de afroamericanos y de blancos no hispanos. Los hispanos (tanto nativos como inmigrantes) tienen tasas más bajas de prevalencia de varias de las causas más frecuentes de muerte en Estados Unidos, incluyendo enfermedades cardiovasculares y cáncer. También tienen la mayor esperanza de vida (81.4 años) de todos los grupos estudiados. Sin embargo, todavía están en desventaja en algunos indicadores, pues tienen la segunda tasa más alta de diabetes, después de los afroamericanos, que es una de las principales causas de muerte y un importante problema de salud pública, tanto en Estados Unidos como en México. Este es un tema prioritario, si se tiene en consideración

los crecientes factores de riesgo de la diabetes en la población de origen mexicano en Estados Unidos.

En general, el patrón de nacimientos de la población inmigrante mexicana durante el periodo 2004-2011 refleja la dinámica de disminución de la natalidad que ocurre en otros grupos de la población, lo que muestra una convergencia hacia el patrón demográfico de Estados Unidos y reproduce el declive de las tasas de fecundidad en México. En la Unión Americana las mujeres en la mayoría de los grupos inmigrantes, raciales y étnicos tienden a tener menos hijos, aunque la disminución de la fecundidad se lleva a cabo con mayor rapidez entre los inmigrantes mexicanos. Las familias mexicanas todavía son más numerosas que otras, pero la fecundidad ha comenzado a caer, conforme se reduce la probabilidad de las mujeres mexicanas a ser madres jóvenes y la formación de las familias se posterga a edades más avanzadas. Esto puede ser benéfico para mejorar los logros entre los infantes. Las mujeres inmigrantes mexicanas también están siguiendo la tendencia de comenzar la formación de sus familias mientras están solteras, lo que señala un potencial cambio en la estructura familiar.

Tenemos la esperanza que este informe contribuya a enmarcar el debate en torno a la equidad en el acceso a una buena salud. Con el crecimiento y la dispersión de la población de origen mexicano en Estados Unidos durante los últimos diez años, la preservación de su salud y bienestar deben ser una prioridad para los responsables del diseño de políticas públicas. Leyes como la de *Cuidado de la Salud Asequible* son un gran paso adelante para mejorar, sin embargo, se debe hacer un esfuerzo para encontrar mecanismos políticos socialmente aceptables para la protección de la salud de los inmigrantes indocumentados y otros grupos excluidos.

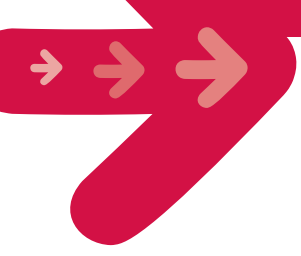
La salud también está relacionada con la integración social. Los mecanismos que fortalecen la integración, tales como la adquisición de la ciudadanía estadounidense, que permita a los inmigrantes ejercer sus derechos y tener acceso a los beneficios sociales y económicos, que también deben ser ampliados. Además, un mercado laboral más equitativo, que ofrezca oportunidades para el desarrollo de destrezas y la movilidad a ocupaciones mejor remuneradas, ayudaría a



aliviar la concentración de inmigrantes mexicanos y centroamericanos en los sectores de bajos salarios. Asimismo, los esfuerzos políticos para incrementar el salario mínimo y los trabajos para establecer políticas del “salario digno” en muchas jurisdicciones ofrecen la posibilidad de mejorar los ingresos, la salud y la calidad de vida para los muchos inmigrantes mexicanos que perciben bajos salarios.

Parte de la riqueza de Estados Unidos se ha construido sobre las contribuciones sociales y económicas de los inmigrantes. La equidad en salud no es solo un derecho humano básico, sino también un elemento importante para mantener los beneficios sociales y económicos de la inmigración para las sociedades de origen y destino. La inmigración mexicana a Estados Unidos en la última década ha sido prominente, no menos que en décadas anteriores, la salud de ellos es lo que sostendrá el impacto positivo que tienen en ambas sociedades.





BIBLIOGRAFÍA

AHRQ (2014), "Guide to Clinical Preventive Services, 2014", Rockville, MD, Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, en: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>

AAP (2014), "Recommendations for Preventive Pediatric Health Care", Elk Grove Village, IL, American Academy of Pediatrics, en: http://www.aap.org/en-us/professional-resources/practice-support/Periodicity/Periodicity%20Schedule_FINAL.pdf

Arenas Monreal, Luz *et al.* (2013), "Cambios Alimenticios en Mujeres Morelenses Migrantes a Estados Unidos", México, *Salud Pública de México*, vol. 55 (1), pp. 35-42, en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000100007&script=sci_arttext

Baker, Bruan y Rytina, Nancy (2013), "Estimates of the Unauthorized Population Residing in the United States: January 2012", Washington, DC, Department of Homeland Security.

Barcelo, Silvia, Goldman, Dana, y Smith, James (2012), "Undiagnosed Disease, Especially Diabetes, Casts Doubt on some of Reported Health Advantage of Recent Mexican Immigrants", *Health Affairs*, vol. 32 (12), pp. 2722-2737.

cdc (2004, 2005, 2012 y 2013), National Health Interview Survey (NHIS), Hyattsville, MD, Centers for Disease Control and Prevention, en: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>. y <https://www.ihis.us/ihis/>

— (2006), "Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings", *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*, 55 (RR14), pp. 1-17, en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm>

— (2014), "National Diabetes Statistics Report, 2014", Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, Division of Diabetes Translation, en: <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14/national-diabetes-report-web.pdf>

— (2014), "National Vital Statistics System, Birth Data and Mortality Data", Hyattsville, MD, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, en: <http://www.cdc.gov/nchs/nvss.htm>

DHHS (2014), "Fact Sheet: The Affordable Care Act and Latinos. U.S. Department of Health and Human Services", Washington, DC, en: <http://www.hhs.gov/healthcare/facts/factsheets/2012/04/aca-and-latino-s04102012a.html>

— (2014b), "Health Insurance Marketplace: Summary Enrollment Report for the Initial Annual Open Enrollment Period", Washington, DC, Issue Brief, Department of Health and Human Services, en: http://aspe.hhs.gov/health/reports/2014/MarketPlaceEnrollment/Apr2014/ib_2014Apr_enrollment.pdf

— (2013), *National Healthcare Quality and Disparities Report, 2012*, Rockville, MD., Washington, en: <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/nhdr13/2013nhdr.pdf>



Douglas S. Massey, Jorge Durand y Nolan J. Malone (2009), “Detrás de la trama. Políticas migratorias entre México y Estados Unidos”, Colección América Latina y el Nuevo Orden Mundial. México: Miguel Ángel Porrúa, UAZ, Cámara de Diputados LIX Legislatura.

Fiore, Michael, Jaén, Carlos, Baker, Timothy *et al.* (2008), “Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline”, Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services.

Giaconia, Rose, Reinherz, Helen *et al.* (2001), “Major Depression and Drug Disorders in Adolescence: General and Specific Impairments in Early Adulthood”, Atlanta, GA, *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*; vol. 40, núm.12, pp. 1426-1433.

Guerrero, Carlos Manuel *et al.* (2013), “Impacto del Consumo Nocivo de Alcohol en Accidentes y Enfermedades Crónicas en México”, México, *Salud Pública*, vol. 55 suplemento 2, pp. 282-288.

Heiss G. *et al.* (2014), “Prevalence of Metabolic Syndrome Among Hispanics/Latinos of Diverse Background: The Hispanic Community Health Study”, Alexandria VA, *Diabetes Care*, vol. 37, núm. 8, pp. 2391-2399.

HKFF (2014), “Medicaid Enrollment: An Overview of the CMS April 2014 Update”, Menlo Park, CA. Kaiser Family Foundation, en: <http://kff.org/medicaid/fact-sheet/medicaid-enrollment-an-overview-of-the-cms-april-2014-update/>

— (2014b), “Total Medicaid and CHIP Enrollment, February-June, 2014, based on CMS, Medicaid and CHIP monthly applications, Eligibility Determinations and Enrollment Reports”, Menlo Park, CA. Kaiser Family Foundation, en: <http://kff.org/health-reform/state-indicator/total-monthly-medicicaid-and-chip-enrollment/>

Hofer, Michael *et al.* (2012), “Estimates of the Unauthorized Population Residing in the United States: January 2011”, Washington, Department of Homeland Security, Population Estimates.

Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de EE. UU., (2014), “Pruebas de Papanicolaou y del Virus del Papiloma Humano (VPH), hoja informativa”, Rockville, MD. en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/papanicolaou-respuestas>

López, Lenny y Sherita Hill Golden (2014), “A New Era in Understanding Diabetes Disparities Among U.S. Latinos—All Are Not Equal”, Alexandria, VA, *Diabetes Care*, vol. 37, núm. 8, pp. 2081-2083, en: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/8/2081.full>

Nance, Douglas (2010), “Depresión en el Adulto Mayor. Una Visión Transdisciplinaria”, México, Instituto de Geriátrica, pp. 239-248.

NAPHSIS (2014), “Statistical Measures and Definitions”, Silver Spring, MD, National Association of Public Health Statistics and Information Systems, en: <http://www.naphsis.org/Pages/StatisticalMeasuresandDefinitions.aspx>

Office on Women’s Health (2014), “Pap Test Fact Sheet”, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, en: <http://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/pap-test.html>

Passel, Jeffrey, Cohn, D’Vera y González, Ana (2013), “Population Decline of Unauthorized Immigrants Stalls, May Have Reversed”, Washington, DC, Pew Research Center, en: <http://www.pewhispanic.org/files/2013/09/Unauthorized-Sept-2013-FINAL.pdf>

PHC (2011), “The Mexican-American Boom: Births Overtake Immigration”, Washington, DC, Pew Hispanic Center, en: <http://www.pewhispanic.org/2011/07/14/the-mexican-american-boom-brbirths-overtake-immigration/>

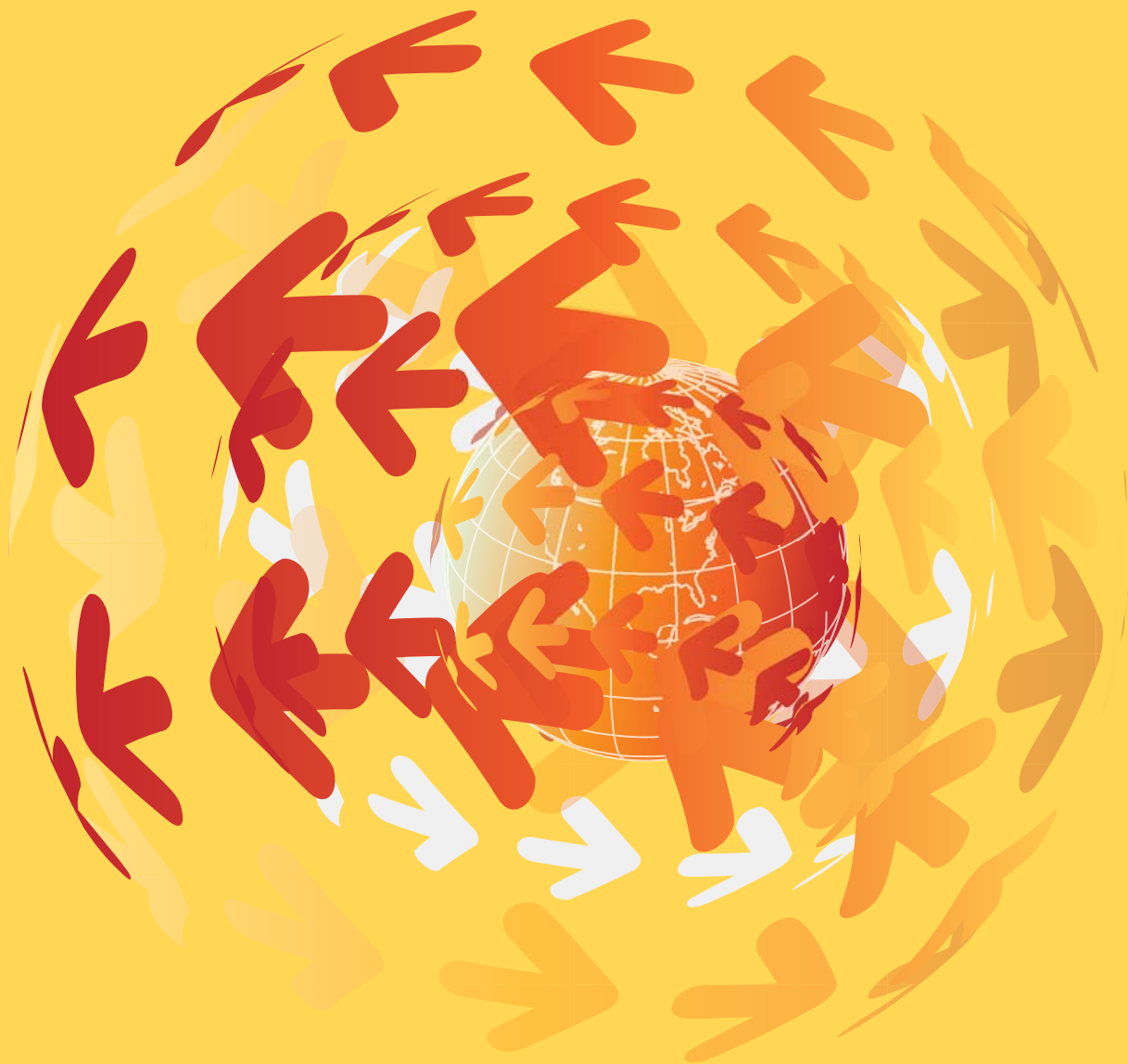
— (2009), “A Portrait of Unauthorized Immigrants in the United States”, Washington, DC, Pew Hispanic Center, University of Southern California, en: <http://www.pewhispanic.org/files/reports/107.pdf>



- (2002), “Hispanic health: Divergent and Changing. Fact Sheet”, Washington, DC, Pew Hispanic Center, University of Southern California, en: <http://www.pewhispanic.org/files/2002/01/1.pdf>
- Popkin, Barry (2006), “Global Nutrition Dynamics: The World is Shifting Rapidly toward a Diet Linked with Non-communicable Diseases”, Atlanta, GA, *Am J Clin Nutr*, vol. 84, núm. 2, en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16895874>
- Saloner, Brendan *et al.* (2014), “Coverage For Low-Income Immigrant Children Increased 24.5 Percent In States That Expanded CHIPRA Eligibility”, Bethesda, MD, *Health Affairs*, vol. 33, núm. 5, pp. 5832-839, en: <http://content.healthaffairs.org/content/33/5/832.full>
- Sánchez García, Sergio, *et al.* (2008), “Usefulness of Two Instruments in Assessing Depression among elderly Mexicans in Population Studies and for Primary Care”, México, *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. 6.
- ss (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados Nacionales, 2012*, México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>
- (2012), “Obesidad en Adultos: los Retos de la Cuesta Abajo”, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>
- (2012), “Resultados de Actividad Física y Sedentarismo en Personas de 10 a 69 años”, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ActividadFisica.pdf>
- (2012), “Diabetes en Adultos: urgente mejorar la Atención y el Control”, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012*, México, en Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Calid_ProceDiabet.pdf
- (2012), “Depresión, México”, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Pública, en: <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/depresion.html>
- (2008), “Programa de Acción Especifico 2007-2012, en respuesta al VIH/SIDA e ITS”, México, Secretaría de Salud, en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ProgAc2007-2012.pdf>
- SEGOB, CONAPO y UPM (2013), “Migración y Salud. Inmigrantes Mexicanos en Estados Unidos”, México, Consejo Nacional de Población y Unidad de Política Migratoria.
- (2008), “Migración y Salud. Latinos en los Estados Unidos”, México, Consejo Nacional de Población, en http://www.omi.gob.mx/es/omi/Migracion_y_salud_Latinos_en_los_Estados_Unidos_
- United States Bureau of Labor Statistics (2014), *Census of Fatal Occupational Injuries (CFOI), Current and revised data*, Washington, DC, en: <http://www.bls.gov/iif/oshwc/cfoi/cfch0011.pdf>
- uscb (2004), *Current Population Survey 2004 (CPS), Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS)*, USA, Minneapolis, MN, University of Minnesota, en: <https://cps.ipums.org/cps/>
- (2013), *Current Population Survey 2013 (CPS), Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS)*, USA, Minneapolis, MN, University of Minnesota, en: <https://cps.ipums.org/cps/>
- (1960, 1970, 1980, 1990, 2000 y 2010), United States Census, en: <https://international.ipums.org/international/>
- (2012), *American Community Survey (ACS), Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010 y 2012*, Minneapolis, MN, University of Minnesota, en: <https://usa.ipums.org/usa/>
- Weissman, Myrna *et al.* (1999), “Depressed Adolescents Grown Up”, *The Journal of the American Medical Association*, vol. 218, num. 18, pp. 1707-1713.

MIGRATION & HEALTH

Mexican immigrants in the US: A 10 year perspective



SEGOB
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



40
CONAPO
CONSEJO NACIONAL DE POBLACION
1974-2014

UPM
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

School of
Public Health
UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY

MAHRC
MIGRATION AND HEALTH
RESEARCH CENTER
University of California



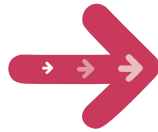
UCLA CENTER FOR
HEALTH POLICY RESEARCH

UC GLOBAL
HEALTH
INSTITUTE
University of California

MIGRATION & HEALTH



MEXICAN IMMIGRANTS IN THE US: A 10 YEAR PERSPECTIVE



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

© Secretariat of Government/Migration Policy Bureau (UPM)
Versalles 15, 2 piso, Colonia Juárez
C.P. 06600, México, D.F.
www.upm.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.

*Migration & Health. Mexican immigrants in the US:
A 10 year perspective*
First Edition: december, 2014
ISBN: 978-607-427-256-7

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

Printed in Mexico

NATIONAL POPULATION COUNCIL

MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG

Secretary of the Interior and President of the National
Population Council

JOSÉ ANTONIO MEADE KURIBREÑA

Secretary of Foreign Affairs

ROSARIO ROBLES BERLANGA

Secretary for Social Development

JUAN JOSÉ GUERRA ABUD

Secretary for the Environment and Natural Resources

ENRIQUE MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ

Secretary of Agriculture, Livestock,
Rural Development, Fishing, and Food

EMILIO CHUAYFFET CHEMOR

Secretary of Public Education

MERCEDES JUAN LÓPEZ

Secretary of Health

ALFONSO NAVARRETE PRIDA

Secretary of Labor and Welfare

JORGE CARLOS RAMÍREZ MARÍN

Secretary of Agricultural, Territorial, and Urban Development

ILDEFONSO GUAJARDO VILLARREAL

Secretary of Economy

LUIS VIDEGARAY CASO

Secretary of the Tax Agency and State Credit

LAURA VARGAS CARRILLO

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

EDUARDO SOJO GARZA-ALDAPE

President of the National Institute
for Statistics and Geography

LORENA CRUZ SÁNCHEZ

President of the National Institute for Women

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA

General Director of the Mexican
Social Insurance Institute

SEBASTIÁN LERDO DE TEJADA COVARRUBIAS

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

NUVIA MAGDALENA MAYORGA DELGADO

General Director of the National Commission
on the Development of Indigenous People

SECRETARIAT OF INTERIOR

MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG
Secretary of Interior

LUIS ENRIQUE MIRANDA NAVA
Assistant Secretary of the Interior

FELIPE SOLÍS ACERO
Assistant Secretary of the Legislative Liaison

LÍA LIMÓN GARCÍA
Assistant Secretary of Legal Issues and Human Rights

MERCEDES DEL CARMEN GUILLÉN VICENTE
Assistant Secretary of Population, Migration, and Religious Affairs

ANDRÉS CHAO EBERGENYI
Assistant Secretary of Media Regulation

ROBERTO CAMPA CIFRIÁN
Assistant Secretary of Prevention and Citizen Participation

JORGE MÁRQUEZ MONTES
Principal Officer

GENERAL SECRETARIAT OF THE NATIONAL POPULATION COUNCIL

PATRICIA CHEMOR RUIZ

General Secretary

JESÚS ZIMBRÓN GUADARRAMA

Deputy General Director of Economic and Social Analysis

PATRICIA FERNÁNDEZ HAM

General Director of Social and Demographic Studies
and Prospective

MATÍAS JARAMILLO BENÍTEZ

General Director of Population and Development Planning

ABRAHAM ROJAS JOYNER

General Director of Population and International Affairs Programs

JAVIER GONZÁLEZ ROSAS

Director of Socio-Economic Studies and International Migration

RAÚL ROMO VIRAMONTES

Director of Population Campaigns and Sustainable Regional Development

SERGIO IVÁN VELARDE VILLALOBOS

Director of Social and Demographic Studies

MARÍA DE LA CRUZ MURADÁS TROITIÑO

Director of Statistical Analysis and Computer

JOEL OMAR VÁZQUEZ HERRERA

Director of Demographic Culture

CÉSAR ANDRÉS GARCÍA SÁNCHEZ

Director of Intergovernmental and Interagency Coordination

JUAN CARLOS ALVA DOSAL

Director of Administration

INDEX

Acknowledgements / 8

Introduction / 9

Chapter I

Characteristics of mexican immigrants in the United States /11

Chapter II

Access to health insurance and service use / 25

Chapter III

Risk factors and health conditions / 53

Chapter IV

Fertility and mortality among the hispanic population / 73

Conclusions / 85

Bibliography / 87

ACKNOWLEDGEMENTS

This report is a result of binational collaboration between the Secretary of Government of Mexico, through National Population Council and Migration Policy Bureau, and Health Initiative of the Americas, School of Public Health, University of California at Berkeley.

Authors

National Population Council (CONAPO)

Javier González Rosas, Director of Socio-Economic Studies and International Migration

Roberto Ambrocio Hernández, Subdirector of Socio-Economic Studies and International Migration

Juan Bermúdez Lobera, Assistant of Investigation

Alejandra Reyes Miranda, Consultant

Migration Policy Bureau (UPM)

Paula Cristina Neves Nogueira Leite, Deputy Director General of Migration Studies Center

Luis Felipe Ramos Martínez, Deputy Director of Research

Susana Zamora Alarcón, Technical Researcher Head of Department

Rubén Chávez Cruz, Technical Researcher Head of Department

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 University of California Center for Health Policy Research

Design

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

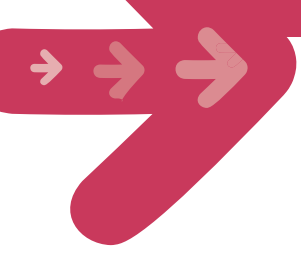
Illustration

Myrna Muñoz Del Valle, CONAPO

English Translation

Suzanne Stephens

Andrea Santos, UPM



INTRODUCTION

This year the *Migration and Health Report Series* celebrates its tenth year in informing policy makers, researchers, and the general public on important migrant health issues in the US. Past reports have focused on access to care, health insurance, health conditions, occupational health and safety, women's health, immigrant children and adolescent's health, the use of services, and health care reform, among others.

Over the past ten years, both public and private entities at the federal, state and local levels have made a number of new policies designed to protect the health of immigrant, Latino and other underserved communities. Most notably, the passage and implementation of the *Affordable Care Act* (ACA) represents a major step towards expanding access to health care. Subsidies for private insurance through the new health benefit exchanges, expanded eligibility for public insurance through *Medicaid*, and increased funding for community health clinics, will significantly increase affordable health insurance and access to services for most previously uninsured legal immigrants. Despite these advances, undocumented immigrants, the majority of whom are Mexicans, will continue to lack health insurance, and new issues such as the migration of unaccompanied minors have surfaced as major health and human rights issues.

The Mexican immigrant population is as important today as it was a decade ago. It has remained relatively stable in size over the past ten years at 4% of the general population (11.8 million people). The US-born population with Mexican ancestry, however, has increased from 16.6 million in 2004 to 22.6 million in 2013, for a combined total of 34.3 million people living in the US who are of Mexican origin. The growth of this

group has undeniably contributed to slowing the trend of demographic aging of the US population as a whole. The Mexican origin population has a young age structure, helping to counter the decrease in the working age population in the country. Also, over the past decade, the places that Mexican migrants settle has been slowly spreading throughout the whole of the US, although it is still heavily concentrated in the West and Southwestern states of California and Texas.

Chapter 1 presents general trends of the past decade in immigration to the US, with an emphasis on Mexican and Central Americans. It provides information on their demographic profile as well as their workforce participation, income level and naturalization status as indicators of social integration. Naturalization rates are low and have not changed significantly over the past 10 years. Although all of the groups studied are more likely to live in poverty in 2013 than they were in 2004, Mexican immigrants are more likely to live with low incomes, a fact explained partially by the concentration of Mexican immigrant workers in the low-wage services and industries such as agriculture and construction. And although the total undocumented population in the US has declined slightly over the past ten years, Mexican immigrants continue to account for over 50% of undocumented immigrants. All of these factors are interrelated and are determinants of health and access to health care, revealing that Mexican immigrants are in a vulnerable situation compared with other groups.

Chapter 2 analyzes the changes over time in the health insurance coverage and health service use of the Mexican, Central American, and other immigrant populations in the US compared to US-born popula-



tion groups. The second half of the chapter discusses the access to health care that these groups have experienced. Findings show that Mexican immigrants have the lowest rates of health insurance coverage of all groups and experience the worst access to health care. In both of these areas we anticipate major improvements in the coming years as a result of the advances of the ACA as we describe in this chapter.

Chapter 3 discusses the specific health risk factors of Mexican immigrants, as well as Central American and other immigrant groups in the US, including principal diagnoses and health conditions by group for children under age 18, young people age 12 to 29, adult women and men age 18 to 64, and elderly people age 65 and over. The data show that Mexican immigrants have among the highest rates of obesity and diabetes of all groups, while experiencing lower rates of several other health risks and health conditions.

Chapter 4 presents fertility data for Mexican immigrants and immigrants from Central and South America, as well as US-born groups, over the past 10 years. It also provides mortality and life expectancy data for the entire population of Mexican origin (both

US-born and immigrants). It is notable that the fertility of Mexican immigrants has dropped substantially over the past ten years and the life expectancy of the Mexican origin population is the highest of any group.

This report was made possible through a binational effort led by the Mexican Secretariat of Government through the Migration Policy Bureau (UPM) and the National Population Council (CONAPO), in collaboration with the University of California at Berkeley School of Public Health, through the participation of the Health Initiative of the Americas, and the Center for Health Policy Research at the University of California at Los Angeles.

Finally, this report offers conclusions and recommendations for improving the health and social inclusion of the Mexican immigrant population. The health and wellbeing of this population is fundamental to the progress of the United States and Mexico, and is the responsibility of both countries. With Mexican immigrants and their offspring as a fundamental part of the demographic shift that is changing the social and political landscape of the US, their health is crucial to the future and economic progress for both countries.

Patricia Chemor Ruiz
Secretary General of the
National Population Council

Xochitl Castañeda Camey
Director of the Health Initiative of
the Americas, School of Public Health,
University of California at Berkeley

Omar de la Torre de la Mora
Head of the Migration Policy Bureau,
Secretariat of Government



CHAPTER 1

CHARACTERISTICS OF MEXICAN IMMIGRANTS IN THE UNITED STATES

INTRODUCTION

This chapter provides an overview of the volume and presents the latest data on the trends and characteristics of the Mexican immigrant population living in the United States. It presents data describing their socio-demographic profile, length of residence in the country, rate of naturalization, participation in the labor market and income in order to describe some of the social determinants of health that impact them.

In the United States, social inequality is related to some ethnic-racial migratory factors, so this report uses a comparative perspective to analyze the Mexican population by also presenting data on the US-born population (both non-Hispanic white and African American) and other groups of immigrants (from Central America and other world regions). The analysis is primarily based on the trends of the last decade based on data from the *Current Population Survey* and *American Community Survey* (CPS and ACS), both of which are official US Census Bureau surveys.

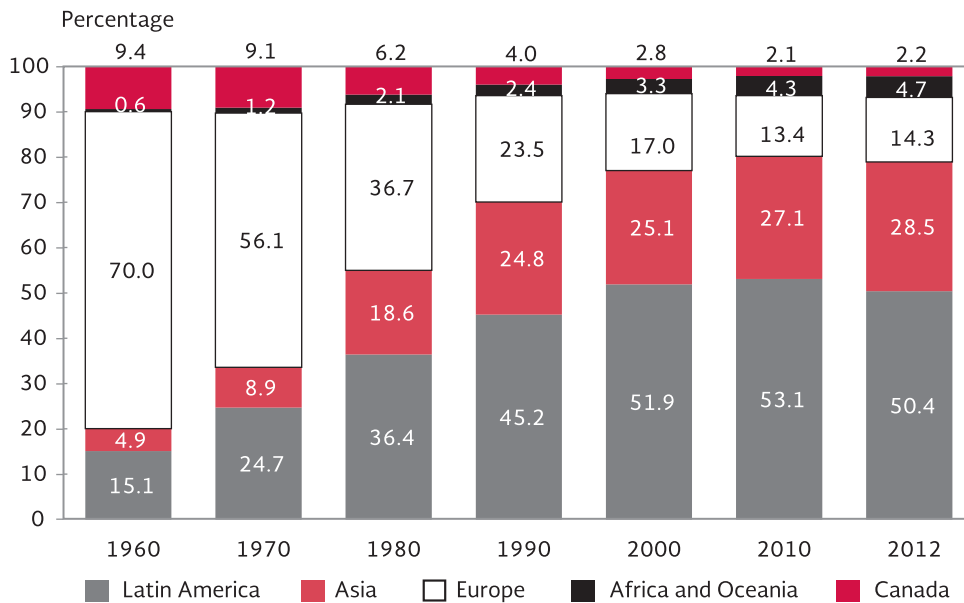
TRENDS AND SCOPE

Mexicans are the largest immigrant group in the United States

The United States is a country that has been marked by immigration since its birth as a nation. Over the years, numerous and diverse flows of immigrants have contributed to forming the country's identity.

The composition and origin of immigration to the United States has varied dramatically in recent decades. Whereas in 1960, over two out of three immigrants in the United States were Europeans (70%), in the following decades immigrants from Latin America and the Caribbean increased significantly, and from 2000 onwards they accounted for over half of the immigrant population resident in the country (Figure 1).

Figure 1. Distribution of foreign population living in the United States, by region or country of birth, 1960-2012



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, 1-percent sample 1960; 1-percent sample 1970; 5-percent sample 1980; 5-percent sample 1990; 5-percent sample 2000; 1-percent sample 2010; American Community Survey (ACS), 2012. Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS), Minneapolis: University of Minnesota.

The last three decades of the 20th century saw a considerable increase in the Mexican population living in the United States, which rose from 879,000 in 1970 to 8.1 million in 2000. This doubling in number every 10 years from 1970-2000 rise coincided with changing labor market demand in the US and the implementation of the *Immigration Reform and Control Act* (IRCA) in 1987 that consolidated social networks and facilitated further migration. The subsequent closing of the border forced a progressive abandonment of the circular pattern of labor migration in favor of a more family-based and permanent migration in the United States (Massey, Durand and Malone, 2009).

In 2004, there were already 10.7 million Mexicans living in the United States, and in the next three years the figure reached 11.8 million (almost half of whom were women), a level that has since remained stable. This growth results from the considerable migratory flow reached by the middle of the decade (approximately 200,000 entering from Mexico an-

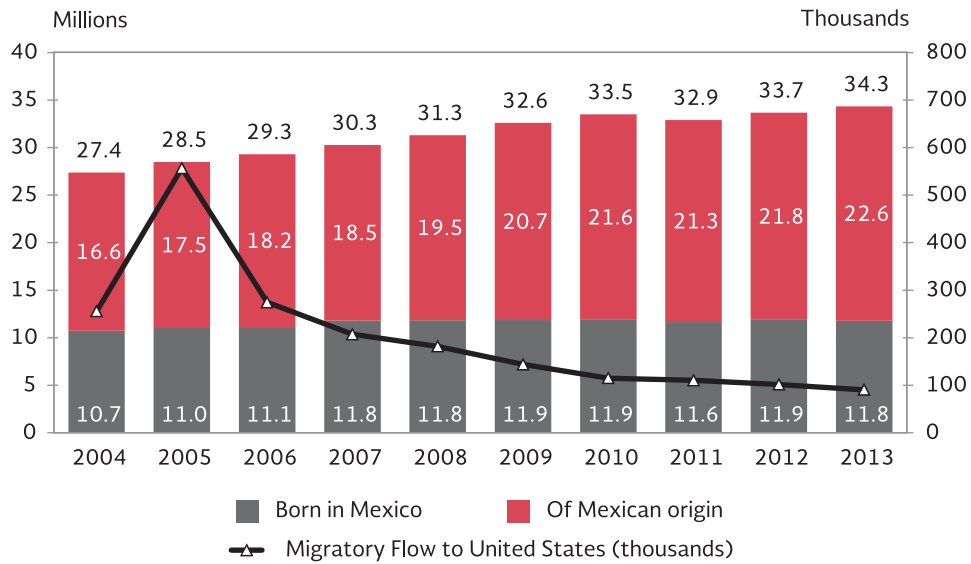
nually, with a historical peak of 560,000 in 2005). The number of new entrants from Mexico began to drop in 2006 and by 2013 was below 100,000 migrants. The number of Mexican immigrants living in the US dropped between 2010 and 2011 because the number of Mexican immigrants leaving the US exceeded the number of new immigrants entering (Figure 2).

The population of persons born in the US of Mexican descent rose from 16.6 million in 2004 to 22.6 million in 2013, and as a result there are currently an estimated 34.3 million persons of Mexican origin living in the country. Following the worldwide economic crisis that began in 2007, the number of Mexican immigrants living in the United States stabilized, though there was still a gradual increase in the American population of Mexican origin.

The 11.8 million Mexicans living in the United States in 2013 constituted 4% of the total population of the country, a proportion that has not varied since 2004. Mexicans are thus by far the largest immigrant

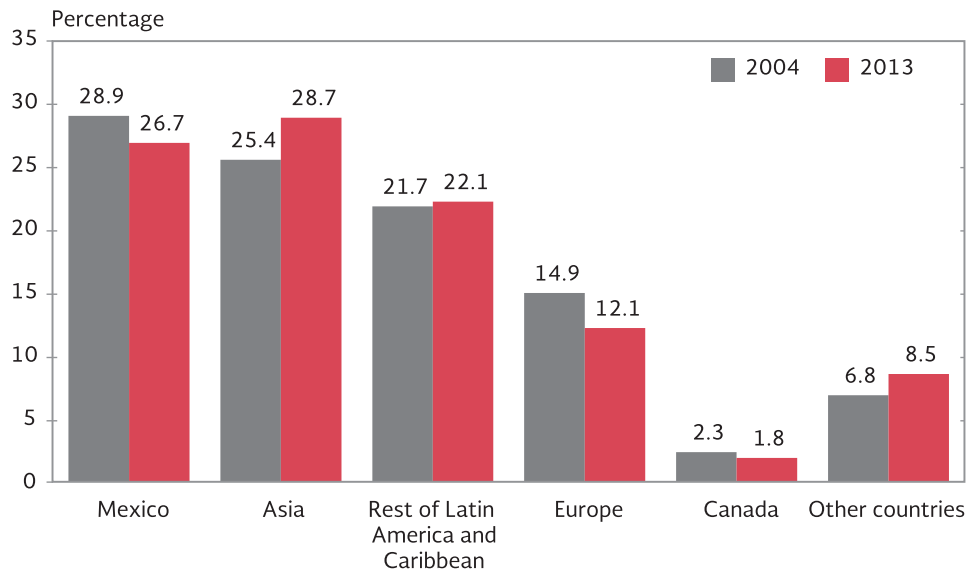


Figure 2. Population of Mexican origin living in the United States and migratory flow to the country, 2004-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March from 2004 to 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Figure 3. Distribution of immigrant population in the United States, by region or country of birth, 2004 and 2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



group in the United States, with a similar number to that of all immigrants from Asian countries and exceeding that of other Latin Americans and Europeans combined. However, the proportion of all immigrants in the US who were Mexican experienced a slight decrease during that period, from 29 to 27%, while the proportion from Asia increased from 25 to 29% (Figure 3). Meanwhile, the proportion of European population fell by three percentage points, while immigrants from the rest of the American continent remained at approximately 24%.

in 2013, with the most common age group being under-18 year-olds (25% and 33%, respectively). In contrast, among immigrant populations the most common age groups are ages 30-44 and 45-64. Among these age groups, the proportion of under-18s decreased and that of older adults increased between 2004 and 2013 in all populations. Among Mexican immigrants, there were more youth (ages 0-17) than older adults (ages 65+) in 2004, a balance which reversed by 2013 (Figure 4).

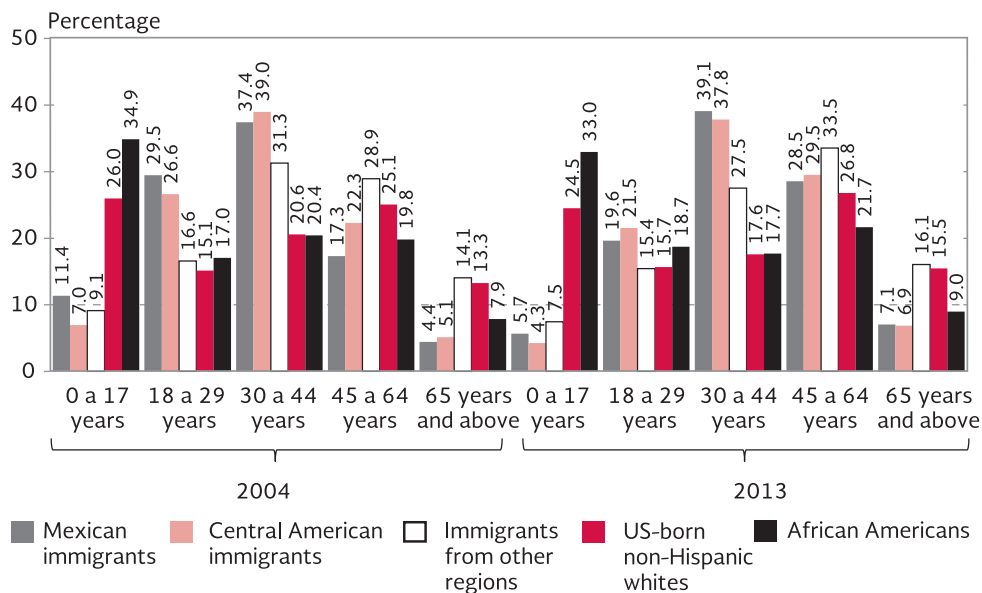
The Mexican migrant population living in the United States is concentrated in working ages

Between 2004 and 2013, the number of under-18 year-olds among the populations considered here decreased, and there has been a simultaneous increase in adults ages 45 to 64 and those over 65. The native populations, both non-Hispanic white and African American, had predominantly young age structures

Demographic aging in the United States

The process of demographic aging in the United States has been taking place for several years and stems from a deceleration in population growth, resulting from a drop in the fertility rate and an increase in life expectancy. Migration has undeniably played a part to the slowdown of this demographic phenomenon. Between 2004 and 2013, the average age of the US population rose from 36 to 37.6 years. Immigrants born

Figure 4. Distribution of United States population, based on region of origin and ethnicity or race, by age group, 2004 and 2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, Current Population Survey (CPS), for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



in Mexico, along with those from the second and third generation of Mexican origin, have helped to counter the decrease in the population of working age in the United States, though to a lesser degree than in the two previous decades (Table 1).

Between 2004 and 2013, the total population of working age increased by 13.6 million persons, of which 36% were Mexican and of Mexican origin, a similar percentage to the contribution of all immigrants. Significantly, as reflects the aging of the baby boom generation, the greatest increase in the population occurred among persons between 45 and 64 years old (12.5 million), of whom 18% were of Mexican origin. In contrast, for older adults (65 years and above), US-born non-Hispanic white residents and those from other immigrant regions accounted for approximately 80% of the increase (Table 1).

GEOGRAPHIC DISTRIBUTION OF MEXICAN IMMIGRATION

The amount of Mexican migration to the United States over the past 40 years has contributed to making their presence throughout the country more visible. Directly linked to the high number of Mexican migrants over recent decades, Mexican migration has spread throughout the whole of the United States.

Though California and Texas remain the states with the highest concentration of Mexicans (37% and 22% respectively), the location of migratory flows reveal a gradual variation over time.

According to the data available for 2012, Mexicans account for over 30% of immigrants from all countries in 18 western and south-western states. Over 50% of these immigrants are resident in three of these states, Arizona, New Mexico and Texas, an impressive fact considering that they are merely one immigrant group among many others (Map 1).

The northeast of the United States, in addition to North Dakota and Hawaii, remains the region with the lowest proportion of Mexican immigrants (under 5%), though in 2012 Pennsylvania and New York joined the 5% to 14% range. Thus the concentration of Mexican immigration is still significantly influenced by proximity to the border with Mexico. These regions have larger communities of Mexicans and more consolidated social networks facilitating migration.

The majority of Mexican immigrants live in US urban centers. In 2012 the metropolitan zones with the highest number of Mexicans are Los Angeles-Long Beach-Anaheim, in California (1.7 million); Chicago-Naperville-Elgin, in Illinois (695,000); Dallas-Fort Worth-Arlington, in Texas (605,000); Houston-The Woodlands-Sugar Land, in Texas (597,000); and Riverside-San Bernardino-Ontario, in California (570,000).



Table 1. Absolute growth of population living in the United States by age group, based on origin and ethnicity or race, 2004-2013

Age group	Total	Foreign and Mexican origin					Immigrants from other regions	US-born non-Hispanic whites	African American	Other
		Mexican origin		Central American Countries						
		Born in Mexico	Second generation ¹	Third or more generation ²	Central American Countries	Immigrants from other regions				
Absolute difference (2004-2013)	22 835 705	1 039 230	3 701 036	3 735 455	1 006 039	4 820 160	2 333 202	3 993 138	2 207 446	
From 0 to 17 years	606 695	- 553 123	1 495 364	1 941 131	- 18 007	- 43 510	- 3 702 169	474 875	1 012 133	
From 18 to 29 years	4 336 588	- 850 182	1 178 914	748 034	102 831	461 102	690 226	1 343 482	662 181	
From 30 to 44 years	- 3 230 106	585 344	653 927	298 651	354 454	414 611	- 5 460 718	- 203 399	127 024	
From 45 to 64 years	12 494 352	1 503 351	2 77 174	504 500	458 469	2 731 801	5 198 152	1 597 150	223 754	
65 years or above	8 628 176	353 840	95 657	243 138	108 292	1 256 155	5 607 711	781 030	182 354	
Contribution to growth (2004-2013)	100.0	4.6	16.2	16.4	4.4	21.1	10.2	17.5	9.7	
From 0 to 17 years	100.0	- 91.2	246.5	320.0	- 3.0	- 7.2	- 610.2	78.3	166.8	
From 18 to 29 years	100.0	- 19.6	27.2	17.2	2.4	10.6	15.9	31.0	15.3	
From 30 to 44 years	100.0	- 18.1	- 20.2	- 9.2	- 11.0	- 12.8	169.1	6.3	- 3.9	
From 45 to 64 years	100.0	12.0	2.2	4.0	3.7	21.9	41.6	12.8	1.8	
65 years or above	100.0	4.1	1.1	2.8	1.3	14.6	65.0	9.1	2.1	

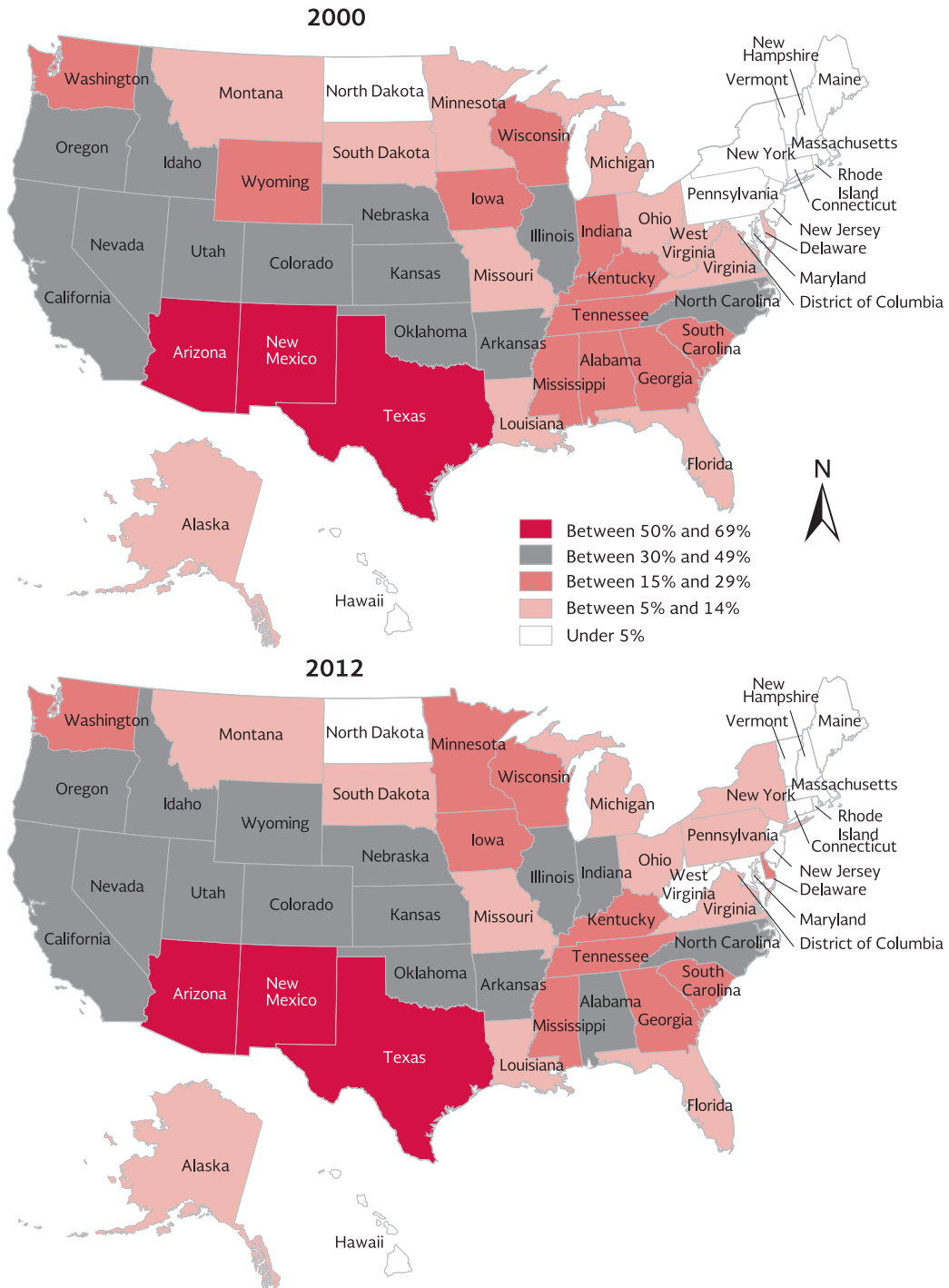
Notes: 1/ Second generation in the United States: Population born in the United States, with one parent born in Mexico.

2/ Third generation or more in the United States: Population born in the United States, whose parents were not born in Mexico, with one parent born in the United States, but who regard themselves as Mexican (Mexico-American, Chicano or Mexican).

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, Current Population Survey (CPS), for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



Map 1. Proportion of Mexicans in relation to total immigrants in the United States, 2000 and 2012



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, 5-percent sample 2000 and American Community Survey (ACS), 2012. Minnesota Population Center. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS), Minneapolis: University of Minnesota.



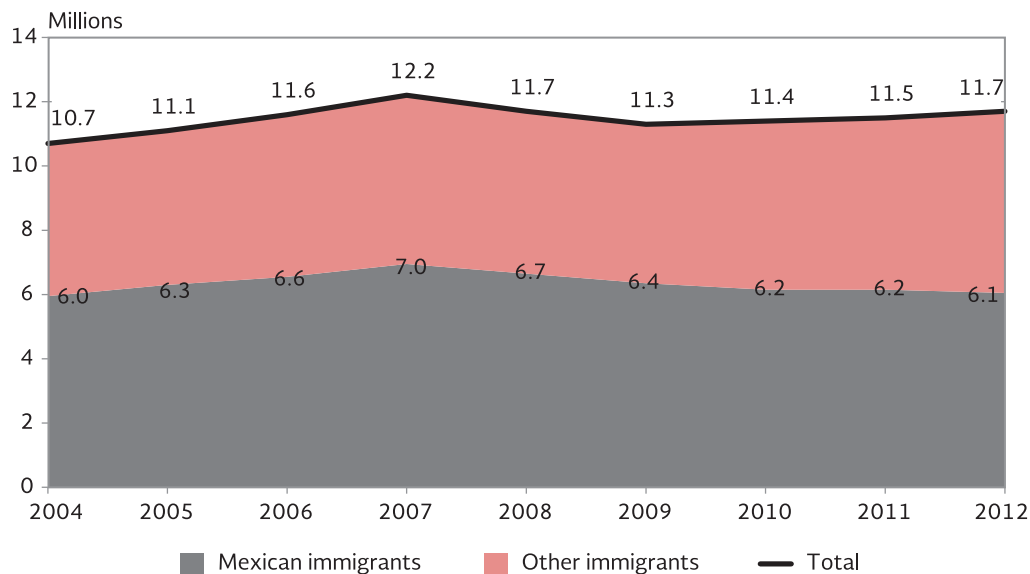
MIGRATORY CONDITIONS

The undocumented population in the United States continues to consist primarily of Mexicans

According to a recent study, there were 11.3 million undocumented immigrants living in the United States in 2013, of which over half were Mexican migrants (52%) (Passel et al., 2014; TWH, 2013). Since 2007, the undocumented immigrant population originally from Mexico has decreased from approximately 7 million to 6.1 million in 2012 (Figure 5). The significant reduction of demand for unskilled workers that followed the 2008 economic crisis, which particularly affected the sectors in which Mexicans typically found employment in the country, as well as the difficulties of entering the United States without documents, are reflected in the decrease in the undocumented population living in the country.

American citizenship enables immigrants to exercise their rights and gain access to economic and social benefits. The data available clearly shows that, despite a slight increase between 2004 and 2013, persons born in Mexico and Central America display far lower rates of naturalization than other groups of immigrants. Just over one in four Mexican immigrants have acquired American citizenship (27%), a proportion slightly below that of Central Americans (32%) but significantly lower than that of immigrants from other regions (62%). There is a very low naturalization rate among recently arrived Mexican immigrants (10%), though almost twice that recorded in 2004.¹ In particular, the proportion of Mexicans who have been in the United States for a long period who have become citizens decreased by almost four percentage points during this period (Figure 6).

Figure 5. Undocumented immigrant population in the United States, 2004-2012

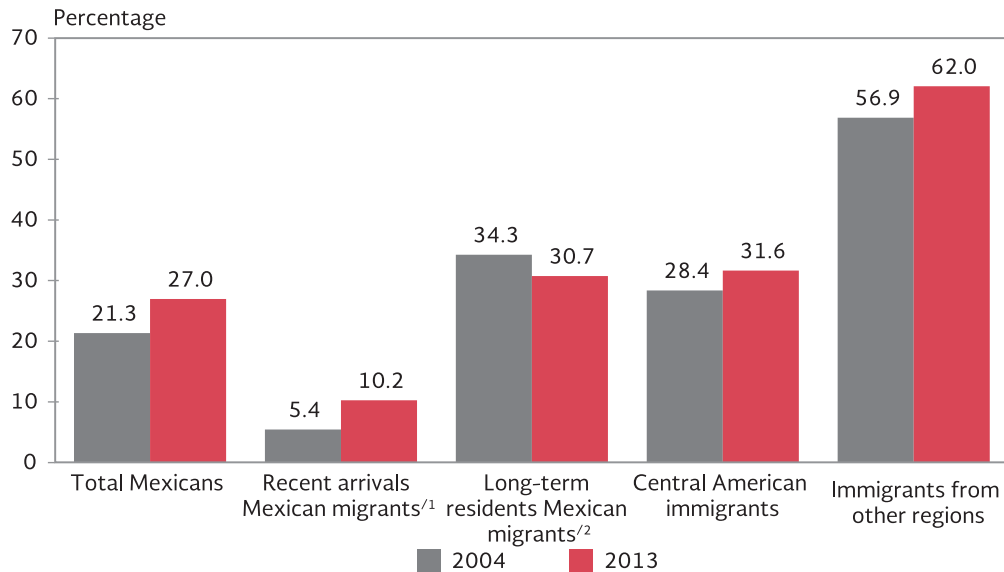


Source: Passel, J.; D' Vera Cohn; and Ana Gonzalez-Barrera. (2013). *Population Decline of Unauthorized Immigrant Stalls, May Have Reversed*. Pew Research Center. Hispanics Trends Project, September 2013.

¹ Short-term migrants have spent ten years or less living in the United States, while long-term migrants have spent over ten years living in the country, regardless of their immigration status.



Figure 6. Immigrant population in the United States with American citizenship, by region of origin and length of residence of Mexicans, 2004 and 2013



Notes: 1/Recent arrivals: arrived between 1994 and 2004 for 2004; and between 2004 and 2013 for 2013.

2/Long-term residents: arrived before 1994 for 2004; and before 2004 for 2013.

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Households headed by Mexican and citizenship

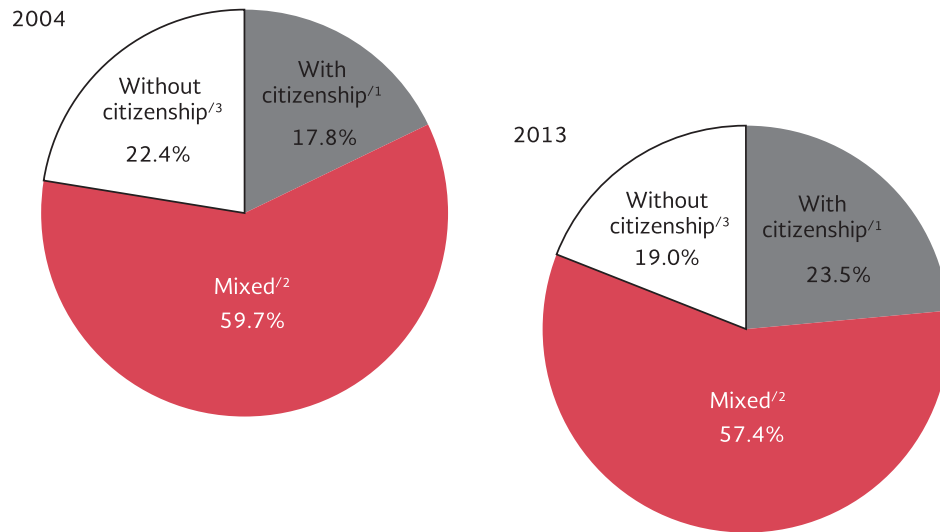
The proportion of households headed by Mexican immigrants with American citizenship reflects the low rate of naturalization among the Mexican population. Although between 2004 and 2013 the proportion of Mexican households in which all members have American nationality rose slightly (by six percentage points), nearly six out of ten households headed by a Mexican immigrant have at least one member with American citizenship and another without it, regardless of the size of the household (Figure 7). The majority of these mixed status households include the children of heads of households who have acquired US nationality as a result of having being born in the country.

MEXICANS CONSTITUTE THE LARGEST GROUP OF IMMIGRANT WORKERS

Mexican migration to the United States is principally for labor purposes and is largely determined by the sharp contrasts in terms of employment and salaries between the two countries. Mexican immigrants contributed approximately 6.7 million persons to the economically active population (EAP) in 2004, which rose to 7.5 million in 2013, making them the largest group of foreign workers.

Like other population groups, Mexicans resident in the United States have a high rate of economic participation (65%), though lower than that of immigrants from Central America (72%), all remaining immigrants (67%) and US-born non-Hispanic whites and only higher than that of African Americans (55%) (Figure 8).

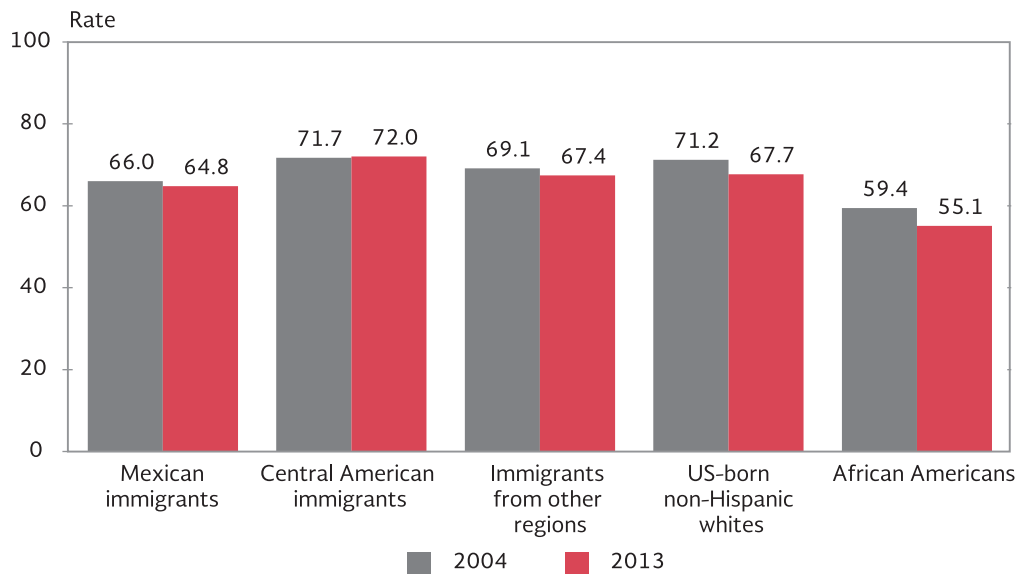
Figure 7. Distribution of households headed by Mexican immigrants living in the United States, by citizenship status of members, 2004 and 2013



Notes: 1/All household members are American citizens.
 2/At least one of household member is an American citizen and another is not.
 3/No household members is an American citizen.

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Figure 8. Rate of economic participation (percent) of the population¹ in the United States, by region of origin and ethnicity or race, 2004 and 2013



Note: 1/Population between 15 and 64 years old.

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



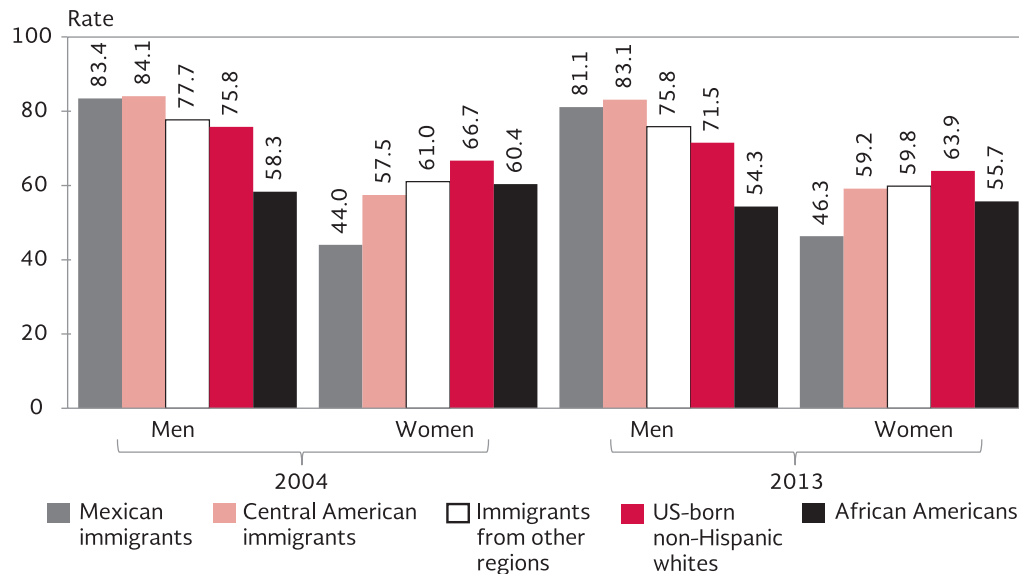
In general, between 2004 and 2013, the rate of economic participation of immigrants resident in the United States fell, with the exception of Central Americans, who even recorded a moderate increase. The decrease in economic participation rates in each group is not statistically significant, with the exception of African Americans, who lost over four percentage points.

An analysis of economic activity by gender shows that the low rate among the Mexican group is explained by the low rate of female economic activity, far below that of their counterparts from other regions of the world and US-born citizens, a situation that has not noticeably changed in recent years. On the other hand, Mexican men display a similar economic participation rate to that of Central American migrants, and a higher rate than other immigrants and US-born non-Hispanic whites and African Americans (Figure 9).

Participation of the migrant population in the productive sectors

The occupation of Mexican immigrants, both in 2004 and 2013, has been concentrated in three categories: seven out of ten are low-income service workers, specialized laborers and construction workers. There are slight differences in the distribution by occupation in comparison with Central Americans, but the largest differences are with immigrants from other regions, as well as US-born non-Hispanic whites and African Americans. US-born non-Hispanic whites and immigrants from other regions have a particularly high concentration in the category of executives, professionals and technicians (Table 2).

Figure 9. Rate of economic participation (percent) of the population¹ of the United States for sex, by region or origin and ethnicity or race, 2004 and 2013



Note: 1/Population between 15 and 64 years old.
 Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



Table 2. Distribution of the immigrant population working in the United States, by type of occupation in the country, based on origin and ethnicity or race, 2004 and 2013

Occupation	Total Mexican immigrants	Mexican immigrants		Central American immigrants	Immigrants from other regions	US-born non-Hispanic whites	African Americans
		Recent arrivals migrants ¹	Long-term residents migrants ²				
2004							
Total population³	6 155 854	2 504 553	3 651 301	1 448 845	13 279 614	95 057 055	12 783 540
Total distribution	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Low-income service workers	26.8	32.9	22.6	29.4	14.4	10.0	15.4
Specialized laborers ⁴	28.9	24.7	31.8	24.8	15.6	15.6	19.5
Construction workers	18.7	23.2	15.5	16.0	4.2	5.4	3.3
Sales, administrative support and office work	12.2	9.3	14.2	15.0	23.0	26.9	26.7
Executives, Professionals and Technicians	7.6	5.1	9.4	11.1	37.9	37.9	27.0
Farmers and agricultural workers	4.3	4.3	4.3	1.0 *	0.2 *	0.5	0.3 *
Semi-qualified service workers	1.5	0.5 *	2.3	2.7 *	4.7	3.7	7.8
2013							
Total population³	6 819 926	1 197 617	5 622 310	2 110 595	15 330 065	92 866 435	13 470 438
Total distribution	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Low-income service workers	29.8	35.4	28.6	34.9	15.3	11.2	15.1
Specialized laborers ⁴	25.6	22.3	26.3	21.1	13.8	14.5	18.0
Construction workers	16.5	17.6	16.3	13.6	3.3	4.3	2.1
Sales, administrative support and office work	12.0	9.0	12.7	14.4	19.4	24.3	27.1
Executives, Professionals and Technicians	10.2	8.4	10.6	11.5	42.8	41.0	28.5
Farmers and agricultural workers	4.1	6.9	3.5	2.4	0.3	0.5	0.4
Semi-qualified service workers	1.7	0.6 *	1.9	2.1 *	5.1	4.3	8.8

Notes: 1/ Recent arrivals: arrived between 1994 and 2004 for 2004; and between 2004 and 2013 for 2013.

2/ Long-term residents: arrived before 1994 for 2004; and before 2004 for 2013.

3/ Population between 15 and 64 years old, excluding members of the armed forces and person with non-specified occupation.

4/ Excludes construction workers

* Less than thirty sample cases.

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, Current Population Survey (CPS), for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.





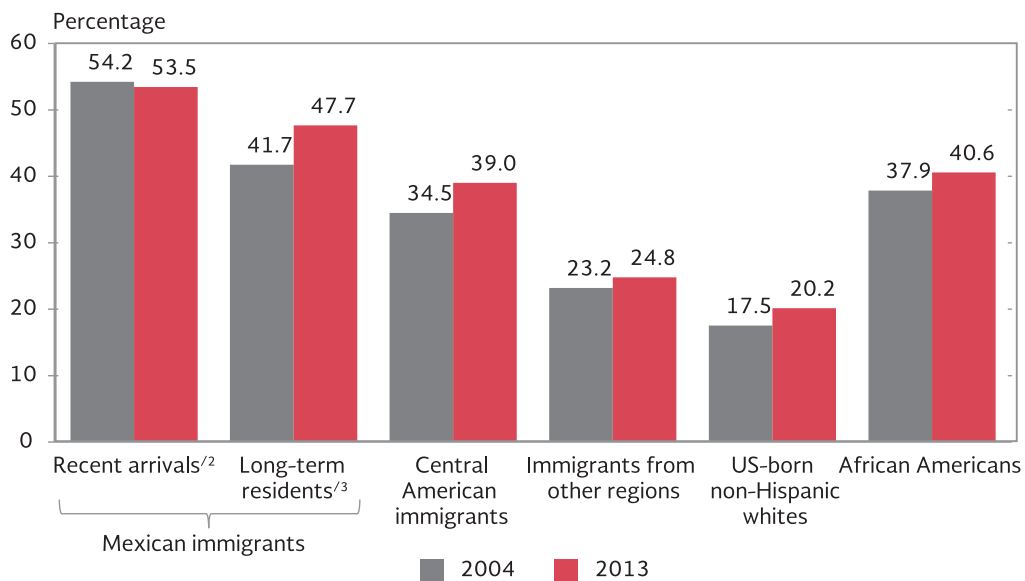
Among Mexican migrants, the duration of the migratory experience tends to improve access to better employment moderately, as long-term migrants present a higher concentration in categories such as specialized laborers or workers, salespersons and executives than more recent migrants. The most notable change is the drop in the percentage of construction workers among recent arrivals (a decrease of over five percentage points between 2004 and 2013), linked to the mortgage crisis and slowdown in the construction industry.

While Central American immigrants are concentrated in the same labor groups as Mexican immigrants, their proportion in the categories of executives, professionals, technicians, sales, administrative support and office workers is higher than that of those born in Mexico.

Low-incomes are frequent among the Mexican immigrant population

In the United States, the population living in poverty has increased among all the groups studied in the past decade. A comparison of the percentages of immigrants, US-born non-Hispanic whites and African Americans living below 150% of the federal poverty line for the United States shows that Mexican immigrants are the group with the greatest economic deprivation, both in 2004 and 2013 (Figure 10), and that this situation is most severe among recent arrivals. Factors such as the lack of documentation and the sectors of activity in which Mexicans are concentrated (low paid and heavily penalized by the economic crisis) have contributed significantly to the economic deprivation of the Mexican population in the United States.

Figure 10. Low-income population¹ in the United States, by region of origin and ethnicity or race, 2004 and 2013



Notes: 1/Income under 150% of the federal poverty line for the United States.
 2/Recent arrivals: arrived between 1994 and 2004 for 2004; and between 2004 and 2013 for 2013.
 3/Long-term residents: arrived before 1994 for 2004; and before 2004 for 2013.
 Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



Importantly, there has been a worrying increase of six percentage points in long-term Mexican migrants earning low incomes, which demonstrates the difficulties entailed in the migratory experience during the past decade and the relative decline of social conditions of Mexicans in the United States.

After Mexicans, African Americans have the second highest proportion of persons with an insufficient income, with an increase of two percentage points between 2004 and 2013, followed by Central American immigrants, with a rise of four percentage points.

CONCLUSION

Although the composition and origin of immigration to the United States has changed significantly in recent decades, Mexicans are still the largest population group in the United States. The high immigration rates of Mexicans in the past forty years mean that they have been distributed throughout the United States, mainly in urban areas, and traditional destination states.

Mexican residents are predominantly ages 18 to 64, which has helped offset the decline in the working age population in the United States, although less so than in the previous two decades. Mexican immigrants, mainly located at the base of the labor pyramid, constitute the largest group of foreign workers.

Immigration status determines the exercise of rights and access to economic and social benefits. Mexicans also face disproportionately severe handicaps linked to their undocumented situation, which deprives them of obtaining documented residence and the acquisition of citizenship, which impacts the households they head and the provision of rights and opportunities for their members.



CHAPTER II

ACCESS TO HEALTH INSURANCE AND SERVICE USE

INTRODUCTION

Mexican immigrants in the United States face considerable difficulties in receiving health care, which can have a negative effect on their physical and emotional health. The exclusion of a considerable segment of this population from health insurance coverage reflects their disadvantage in terms of labor and social integration, and limits their ability to use health care services appropriately.

The *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA), whose major provisions took effect in 2014, is expected to increase the number of Mexican immigrants with health insurance coverage. However, given that over half of those with undocumented status are Mexican, a significant segment will remain excluded (see box I). This chapter compares immigrant populations from Mexico, Central America and other regions with US-born whites and African Americans, and highlights the differences in terms of health insurance coverage and use of health services. It also explores the relationships between coverage and the different situations directly linked to the migrant experience, such as length of stay and citizenship status. It also shows the disadvantages faced by Mexican and Central American migrants to receiving timely health care in the United States.

The analysis compares the situation in 2004 with that in 2013, based on data from the *Current Population Survey* (CPS) and the *National Health Interview Survey* (NHIS).¹ The impact of the implementation of the ACA will be reflected in the results of surveys undertaken after 2013.

COVERAGE AND TYPE OF HEALTH INSURANCE

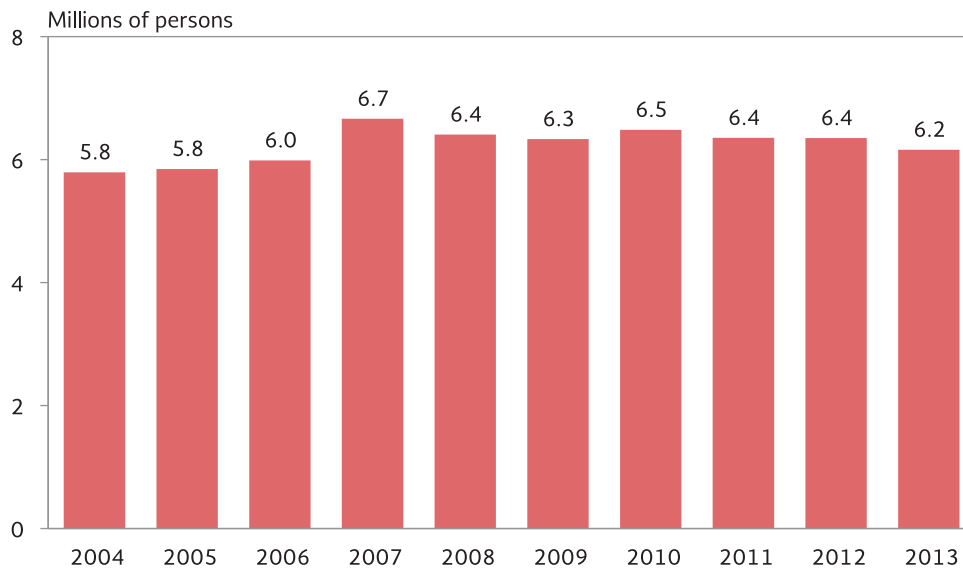
Approximately 6.2 million Mexican immigrants lack health insurance

Mexican immigrants face a series of obstacles that restrict their access to a wide array of services for the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of illnesses. This has negative consequences for their health, both physical and mental, and exacerbates their marginalized condition in the United States.

In 2013, approximately 6.2 million Mexican immigrants were living in the United States without health insurance, a figure that has decreased since 2007, likely due to the decrease in the undocumented population (Figure 11).

¹ Given the limitations of the NHIS sample size, which prevent stable estimates for a single year, the periods 2004-2005 and 2012-2013 were analyzed.

Figure 11. Mexican population living in the United States without health insurance, 2004-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 to 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

The proportion of Mexicans without health insurance in the United States is greater than that of other groups

Although Mexicans represented almost 4% of the US population in 2013, they account for 13% of the population without health insurance. Mexicans clearly constitute the most excluded group, in comparison with immigrants from other regions, US-born whites and African Americans. In 2013, just over half (52%) of Mexicans were uninsured, three times higher than the proportion for African Americans (17%), four times higher than that of non-Hispanic US-born whites (12%) and two and a half times higher than that of the remaining immigrants (20%). Central Americans report a slightly lower percentage than Mexicans (49%) (Figure 12).

These figures reveal inequality in access to health care in the United States based on race, ethnicity and region of origin, a situation that has remained virtually the same between 2004 and 2013.

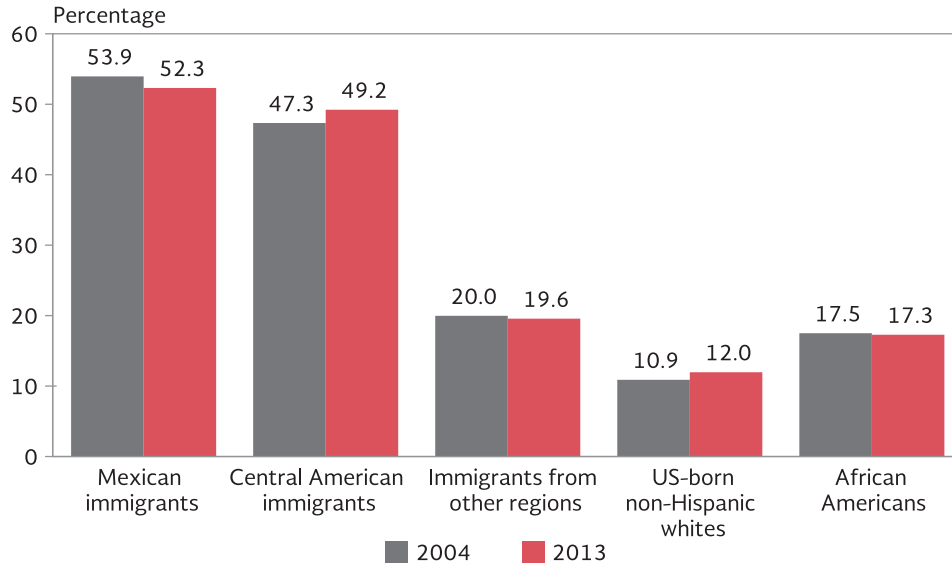
Over six out of ten recently-arrived Mexican and Central American immigrants do not have health insurance

The proportion of the population without health insurance is greatest among recent arrivals from all regions, showing that length of residence in the receiving society is a favorable factor for the social integration processes of immigrant populations. Long-term immigrants tend to have employment with higher salaries and better work benefits, such as health insurance, due both to their acquisition of skills and competencies and to their improved knowledge of the labor market and social systems. However, Mexican and Central American levels of vulnerability are still much higher than that of migrants from other regions, both among the recently arrived and those with long stays (Figure 13).

Recent arrivals from Central America have the highest percentage of population without health insurance coverage (64%), followed by Mexicans (61%) and, to a lesser extent, people from other

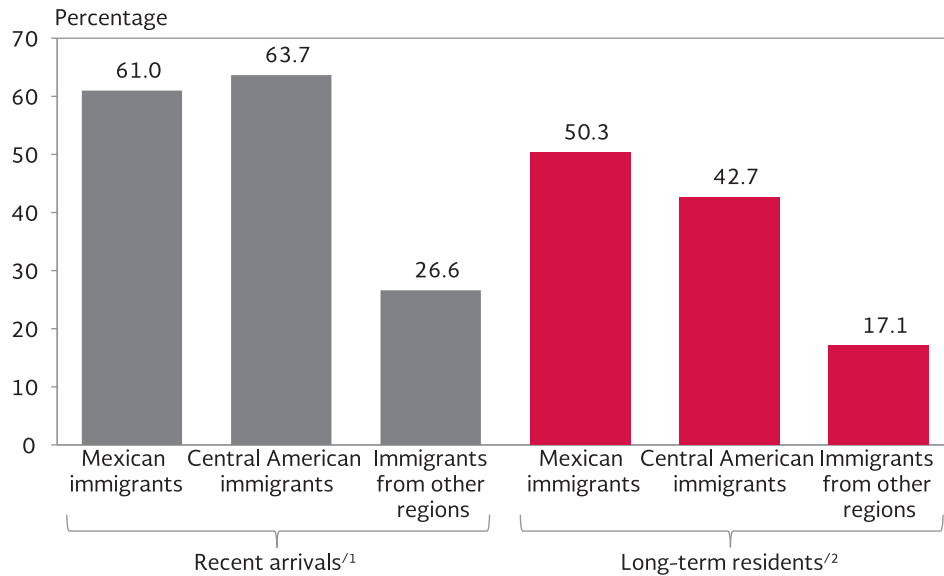


Figure 12. Population of United States without health insurance, by region of origin and ethnicity or race, 2004 and 2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Figure 13. Immigrant population in the United States without health insurance, by period of arrival in the country, based on region of origin, 2013



Notes: 1/Recent arrivals: under 10 years in the USA.

2/Long-term residents: 10 years or more in the USA.

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, from March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

regions (27%). The improvement in health insurance coverage for long-term immigrants is ten percentage points among Mexican, 21 percentage points among Central Americans and under ten percent among other immigrants, though the latter group has better living conditions, regardless of their length of residence in the United States.

Mexican immigrant women are more likely to have health insurance than men

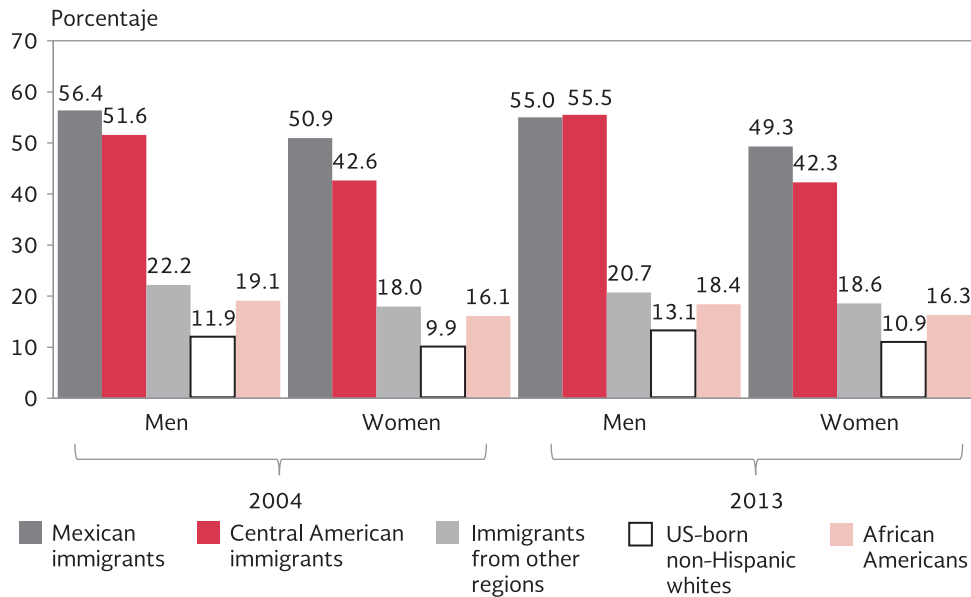
There is also inequality in the distribution of health insurance coverage by gender, since out of the five groups studied here, men record higher percentages of exclusion from health insurance coverage than women, though these disparities are higher among

Central American and Mexican immigrants (56% and 42% in the first case, and 55% and 49% in the second, in 2013). However, in the Mexican population, no significant changes occurred from one period to another. Among Central Americans the gender gap in uninsurance was the largest of any group and widened from nine percentage points in 2004 to 13 percentage points in 2013 (Figure 14).

The lack of health insurance among Mexican immigrants is accentuated in the 18 to 29 year age group

An analysis of health insurance coverage by age group shows the disadvantage faced by Mexicans and Central Americans at the various stages of the life cycle.

Figure 14. Population of United States without health insurance, by region of origin and ethnicity or race, based on gender, 2004 and 2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



According to the most recent figures for Mexican immigrants, in 2013 four out of ten children, almost two out of every three young people ages 18 to 29, six out of ten adults ages 30 to 44 and half of adults ages 45 to 64 lacked health insurance. The proportion of Central Americans without health insurance coverage is only lower among children and adolescents (22%) and adults ages 45 to 64 (41%). Both Mexican and Central American immigrants' rates are more than double that of other immigrants and higher than those of non-Hispanic US-born whites and African Americans. Moreover, 10% of Mexicans over age 65 do not have health insurance, higher than the figure recorded for other immigrant groups and natives (Figure 15). Without insurance they are less likely to seek timely and adequate care for health problems such as the chronic illnesses that are most common during that stage of life.

Between 2004 and 2013, the lack of health insurance coverage decreased among young age groups in the population, with the exception of non-Hispanic US-born whites ages 18 to 29. The main changes were recorded among Mexican immigrant children (approximately 13 percentage points less) and Central Americans (18 percentage points less).

In contrast, the prevailing trend among the adult populations is a decrease in the availability of health insurance, in particular among Central Americans ages 30 to 44 (12 percentage points) and Mexicans ages 45 to 64 (8 percentage points). Fi-

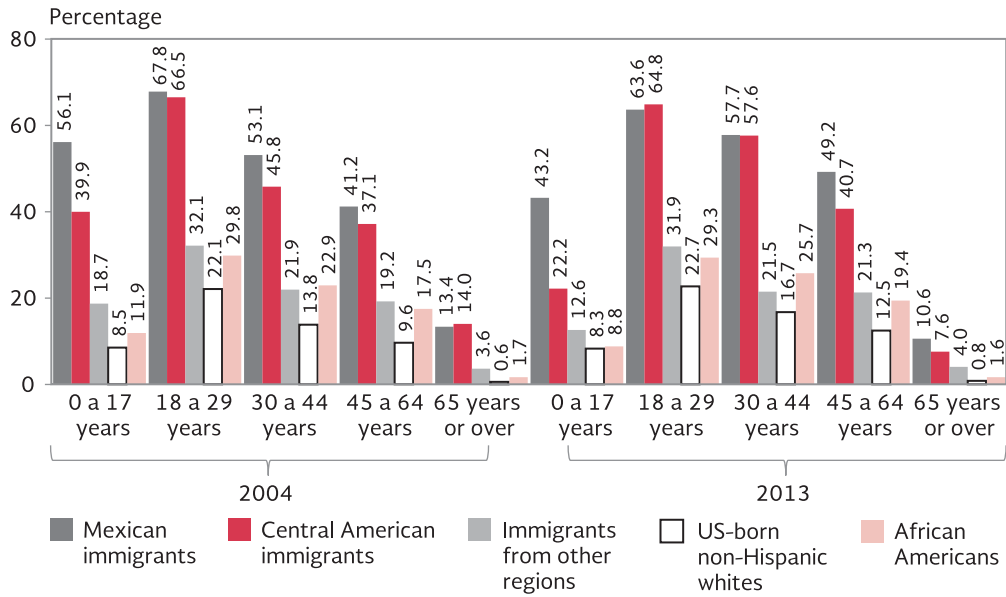
nally, among older adults there has been a slight decrease in the number of Central American immigrants without health insurance (almost seven percentage points) (Figure 15).

Lack of health insurance coverage is increasing among Mexican immigrants without American citizenship

Citizenship is an important indicator of social integration among immigrant populations and is related to labor and social rights, including health insurance. Among the three groups of immigrants studied, the proportion of citizens without coverage is significantly lower than that of non-citizens, both in 2004 and 2013. However, even with similar citizenship status, immigrants from Mexico are more likely to lack protection than those from Central America and other regions (32%, 22% and 15%, respectively), which is closely linked to their greater concentration in employment that provides limited or no employment benefits.

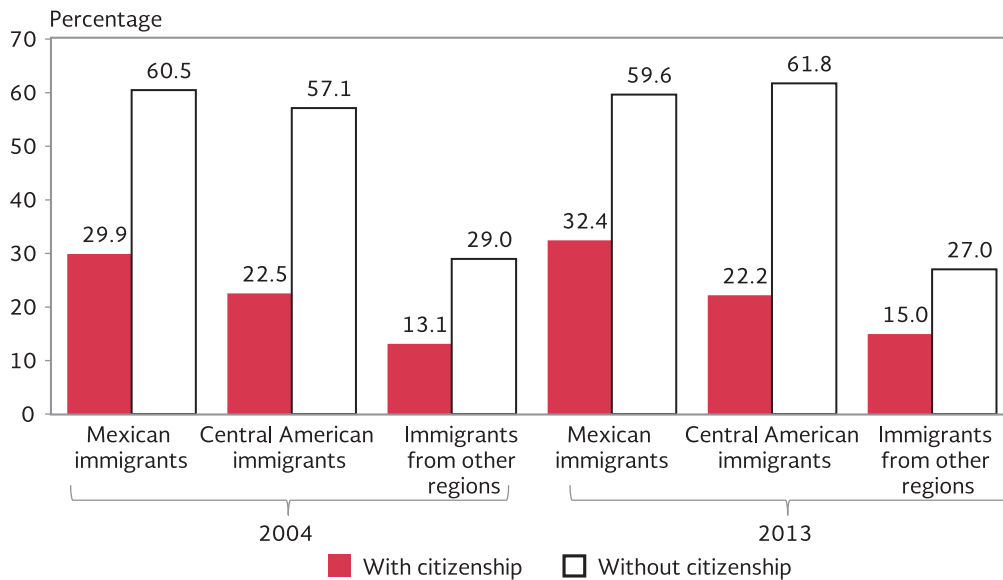
The situation of Mexican and Central American immigrants without citizenship, many of whom are undocumented and working in low-wage or unskilled jobs without access to public programs (PHS, 2009), is more problematic. Indeed, approximately six out of ten noncitizens do not have health insurance, a figure that remained unchanged between 2004 and 2013 (Figure 16).

Figure 15. Population of United States without health insurance, by region of origin and ethnicity or race, based on age group, 2004 and 2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Figure 16. Immigrant population in the United States without health insurance, by American citizenship status, based on region of origin, 2004 and 2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and March 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.



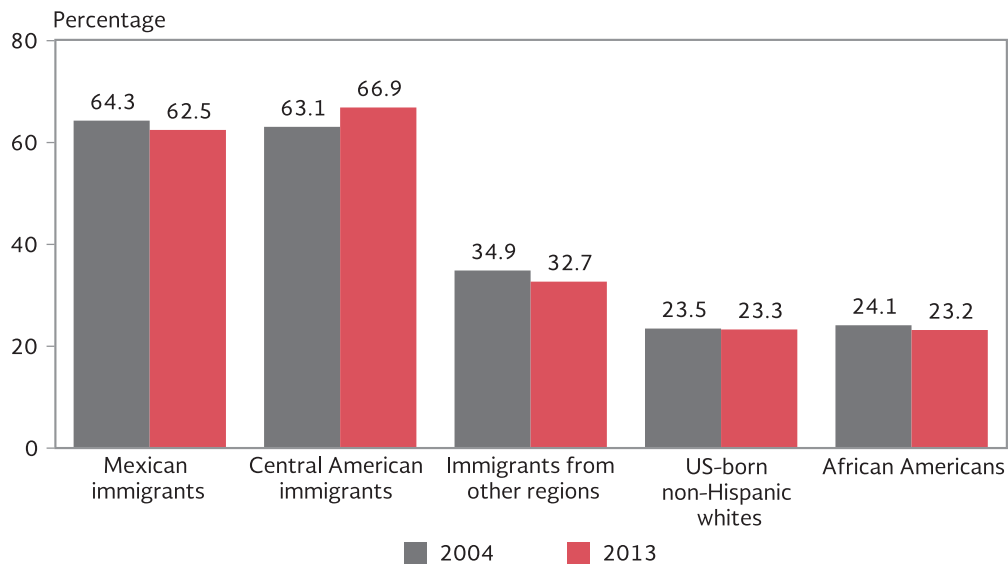
Mexican immigrants with low incomes are more likely to lack health insurance

Mexican and Central American immigrants with low incomes are the groups most lacking in health insurance coverage: over six out of ten are uninsured. This is over twice the proportion of immigrants from other regions and three times that of non-Hispanic US-born whites and African Americans. This disadvantage among low-wage Mexican and Central American immigrants has remained stable during the period analyzed (Figure 17). In a context of economic precariousness and exclusion from the health care system, these low wage immigrants will face severe barriers to obtaining health services when they need it.

Construction workers are the Mexican immigrants with the least protection

Employment in construction, agriculture and unskilled services, sectors which employ Mexican immigrants at a high rate, is related to lack of protection in terms of health insurance coverage. Indeed, 72% of Mexican construction workers and 66% of those engaged in agriculture and unskilled service jobs do not have health insurance, according to data for 2013 (Figure 18). This is alarming, as figures from the Department of Labor of the United States show that the construction sector had the highest number of fatal accidents in 2012, while agriculture, forestry, fishing and hunting showed the highest rate of non-fatal work acci-

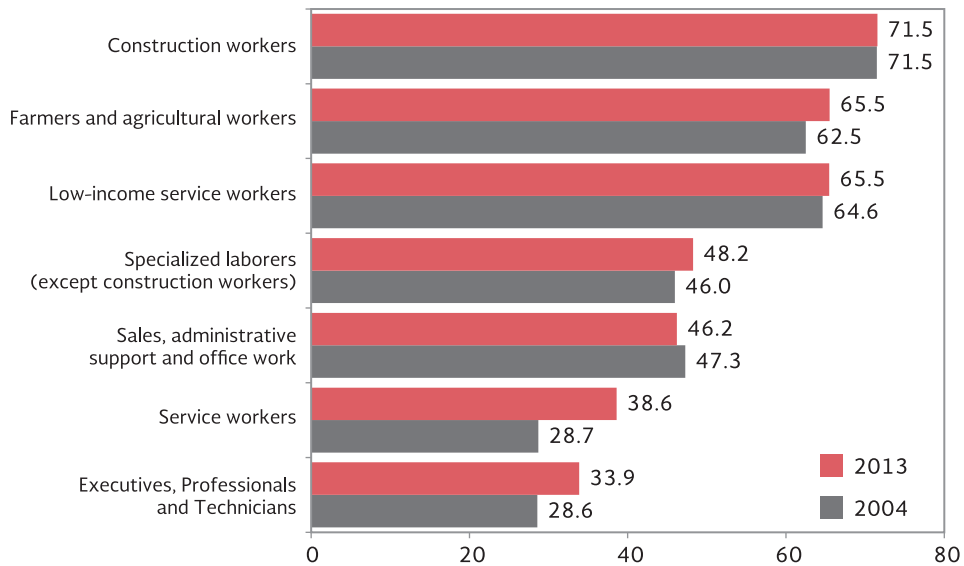
Figure 17. Low-income population¹ in the United States without health insurance by region of origin and ethnicity or race, 2004 and 2013



Note: 1/Income under 150% of the federal poverty line for the United States.

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

Figure 18. Mexican population living in the United States without health insurance, by occupation, 2004 and 2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

dents in the same year (BLS, 2014). Importantly, the occupations with the greatest increase in uninsured workers between 2004 and 2013 are service jobs and executives, professionals and technicians (ten and five percentage points, respectively).

Over half of Mexicans lack health insurance in eight out of the ten states with the highest number of Mexican immigrants

There are significant differences at the state level in terms of the degree of exclusion of Mexican immigrants from access to health insurance, which has been affected by the implementation or absence of economic, social and cultural policies within local and

state governments. In 2013, the states of North Carolina, Maryland, Florida and New Jersey recorded the highest uninsured rates (between 78 and 70%). In five states (Kansas, Georgia, Oregon, Idaho and Texas), between 60 and 70% of the Mexican immigrant population lacked insurance, and between 50 and 60% were uninsured in eight other states (Utah, New York, Wisconsin, Washington, Nevada, Colorado, New Mexico and Arizona). In the states with the largest numbers of Mexican immigrants, only in California and Illinois did less than half lack health insurance (43% and 40%, respectively). Kansas and Georgia increased their percentages between 2004 and 2013, 23.8% and 10.3%, respectively (Table 3).



Table 3. Proportion of the Mexican immigrant population living in the United States without health insurance, by selected US States, 2004 and 2013

State of residence	Year	
	2004	2013
US total	53.9	52.3
North Carolina	74.5	77.5
Maryland	78.1	73.0
Florida	64.4	71.5
New Jersey	73.6	70.2
Kansas	45.1	68.9
Georgia	55.8	66.2
Oregon	70.4	65.5
Idaho	77.9	65.1
Texas	59.7	63.5
Utah	53.7	58.9
New York	75.7	57.9
Wisconsin	69.5	56.1
Washington	71.2	53.5
Nevada	47.8	52.9
Colorado	60.4	52.7
New Mexico	46.1	52.5
Arizona	46.6	51.6
Nebraska	41.8	47.1
Delaware	57.9	42.8
California	46.3	42.5
Illinois	45.5	40.3

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

TYPE OF HEALTH INSURANCE

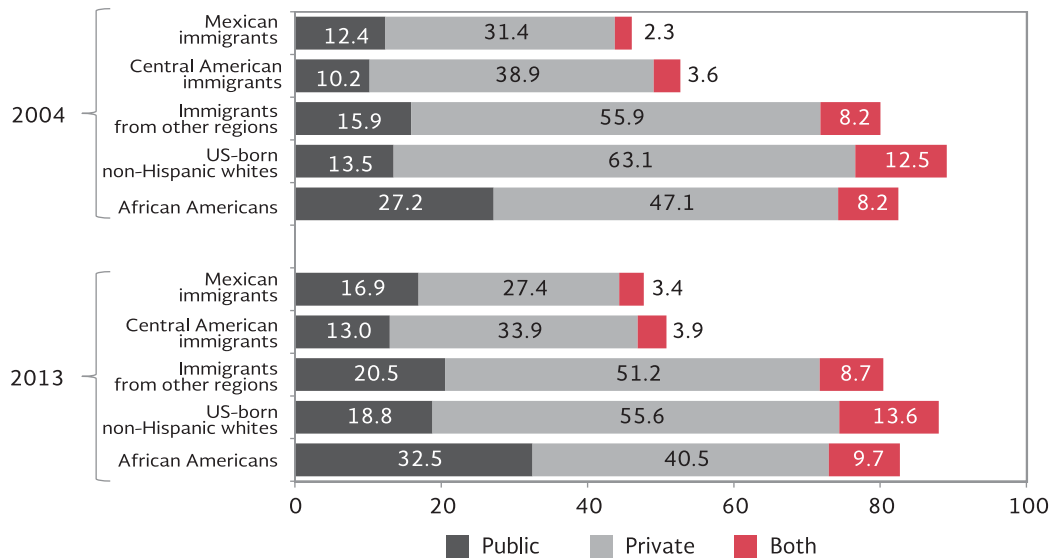
Mexican immigrants have the lowest rates of coverage through private health insurance

The health care system in the United States is mainly based on private insurance, usually obtained through employment (one’s own or that of a relative), whereas public insurance covers a minority, as it is targeted at those with the lowest incomes (*Medicaid*) and the elderly (*Medicare*).

These programs undeniably provide medical security to a significant number of low-income individuals and families in the United States. However, low-income immigrants, particularly those who are undocumented, face significant obstacles to obtaining public health insurance.

In 2013, the majority of the insured population was covered by a private policy (exclusively or combined with a public policy) in the five groups analyzed. Mexican and Central American immigrants had the lowest rates of private health insurance (31% and 38%, respectively), followed by African Americans (50%). On the other hand, 69% of non-Hispanic US-born whites and 60% of other immigrants had private insurance (Figure 19). These inequalities in private health care coverage reveal a racial/ethnic stratification of the labor market in the United States, whereby the former two groups have a greater presence in occupations with limited working benefits, while the latter two are concentrated in jobs that often provide these benefits.

Figure 19. Population of the United States with health insurance, by type of insurance, based on region of origin and ethnicity or race, 2004 and 2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

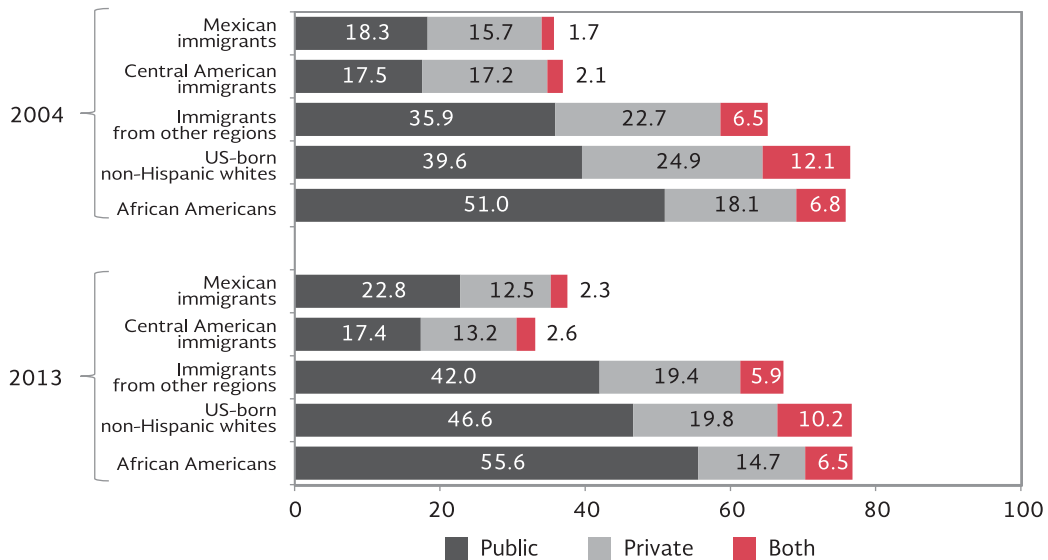


Low-income Mexican and Central American immigrants have lower percentages of public health insurance

Approximately half of Mexican immigrants who lack health insurance live in low-income families. However, like their Central American counterparts, their access to public programs targeted at the most vulnerable groups is extremely limited. Indeed, in 2004 only one in five low-income Mexican immigrants benefited from these programs (exclusively or combined with

private insurance), while in 2013 this rose to one in four. On the other hand, African American, US-born non-Hispanic whites and immigrants from other regions had greater access to these programs (Figure 20). The increases in public coverage between 2004 and 2013 for most groups, except Central Americans, was likely due to the efforts of many states to increase coverage of low-income and immigrant children made possible by the *Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act (CHIPRA)* of 2009 (Saloner et al., 2014).

Figure 20. Low-income population¹ of the United States with health insurance, by type of insurance, based on region of origin and ethnicity or race, 2004 and 2013



Note: ¹/Income under 150% of the federal poverty line for the United States.

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Census Bureau, *Current Population Survey (CPS)*, for March 2004 and 2013. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) USA, Minneapolis: University of Minnesota.

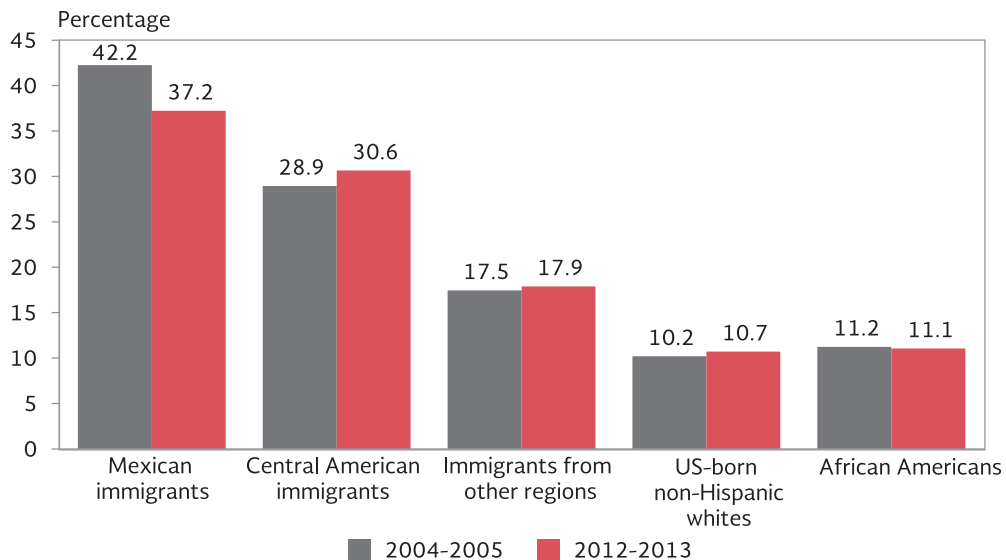
USE OF HEALTH SERVICES

Mexican immigrants frequently have no usual source of health care

The data presented in the previous section show that Mexican immigrants in the United States, followed by Central Americans, were more vulnerable and less protected in terms of health insurance, a situation that has not improved significantly in the past decade. Health insurance enables people to access health care more regularly and in a more timely manner. On the other hand, the lack of coverage among a large segment of the low-income population is the main obstacle to regular health care. In addition to financial barriers, there are additional cultural, linguistic and legal difficulties in obtaining access to medical care for immigrant populations.

It is crucial to have a usual source of care to ensure consistent check-ups, to prevent illness and for the timely diagnosis and treatment in the event of illness or emergency. Compared to other groups, Mexican immigrants are much less likely to have a usual source of health care in the United States, which stems directly from their lower health insurance coverage, among other factors. Though the proportion of Mexicans without a usual place for health care decreased from 42% to 37% between 2004 and 2013, this figure is still higher than that of Central Americans (31%), twice as high as that of immigrants from other regions (18%) and three times as high as that of non-Hispanic US-born whites and African Americans (11% in both cases) (Figure 21).

Figure 21. Population of United States without regular source of care, by region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 and 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.



This disadvantage among Mexican immigrants is reproduced across all age groups, though it is higher among those ages 18 to 29, followed by those ages 30 to 44 (Figure 22). The implications of not having a regular source of care have different levels of severity based on the stage of the life-cycle. Childhood and adolescence require continuous and comprehensive medical supervision to encourage healthy physical and intellectual development. Though there has been a significant drop in the proportion of Mexican children and adolescents without a usual source of care, the figure for 2012-2013 remains alarming (27%) in comparison with that of immigrant children from other regions (10%), non-Hispanic US-born whites (3%) and African Americans (2%).

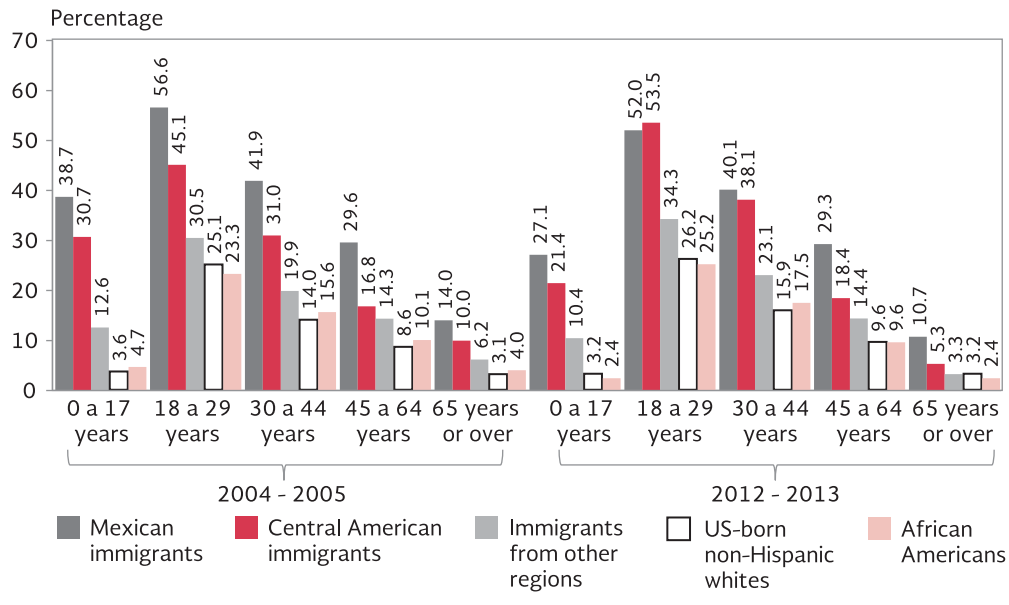
During the later stages of life, health can deteriorate rapidly and chronic illnesses are more likely to develop. As a result, problems associated with the lack of continuous health care multiply. Despite the de-

creasing disparity between Mexican adults and those in other groups, the percentage of people without a usual source of health care among the oldest group remains relatively high (11%, compared with 3% for immigrants from other regions and non-Hispanic US-born whites, and 2% of African Americans).

It is generally more common for men than women to lack a usual source of care. However, differences between genders are more pronounced among Mexican immigrants (almost 20 percentage points in 2012-2013), followed by Central Americans. At the other extreme are non-Hispanic US-born whites, whose gender gap is under five percentage points.

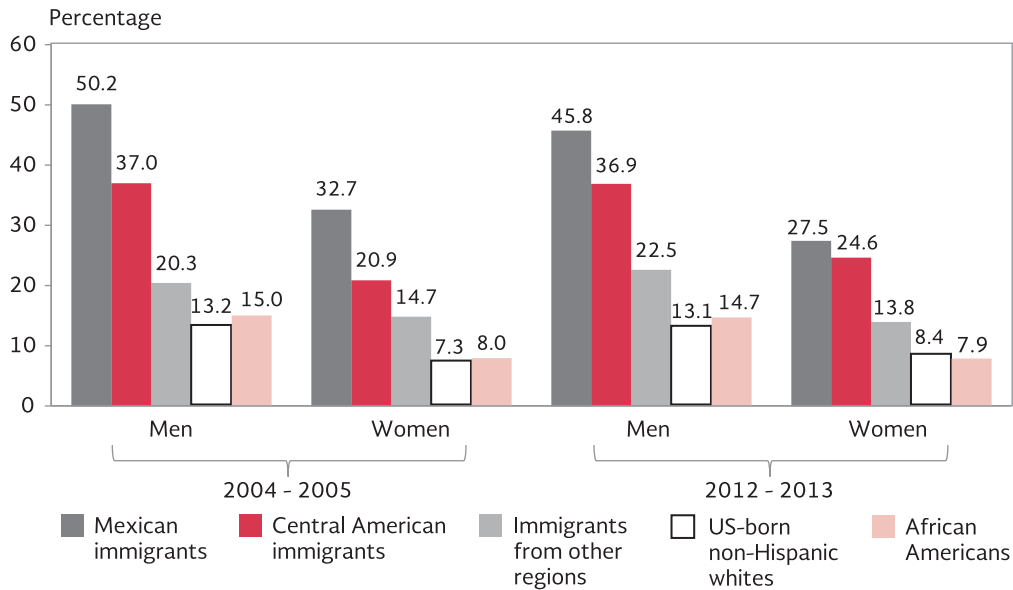
The number of both Mexican men and women without a usual source of health care has decreased during the last decade, although this drop has been more significant among women. This was reflected in a corresponding decrease in the disadvantage vis-à-vis women from other population groups (Figure 23).

Figure 22. Population of United States without a usual source of care, by region of origin and ethnicity or race, based on age group, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 and 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

Figure 23. Population of United States without a usual source of care, by region of origin and ethnicity or race, based on gender, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey* (NHIS), 2004-2005 and 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

TYPE OF HEALTH CARE SERVICE USED

Mexicans use public health centers and clinics more often

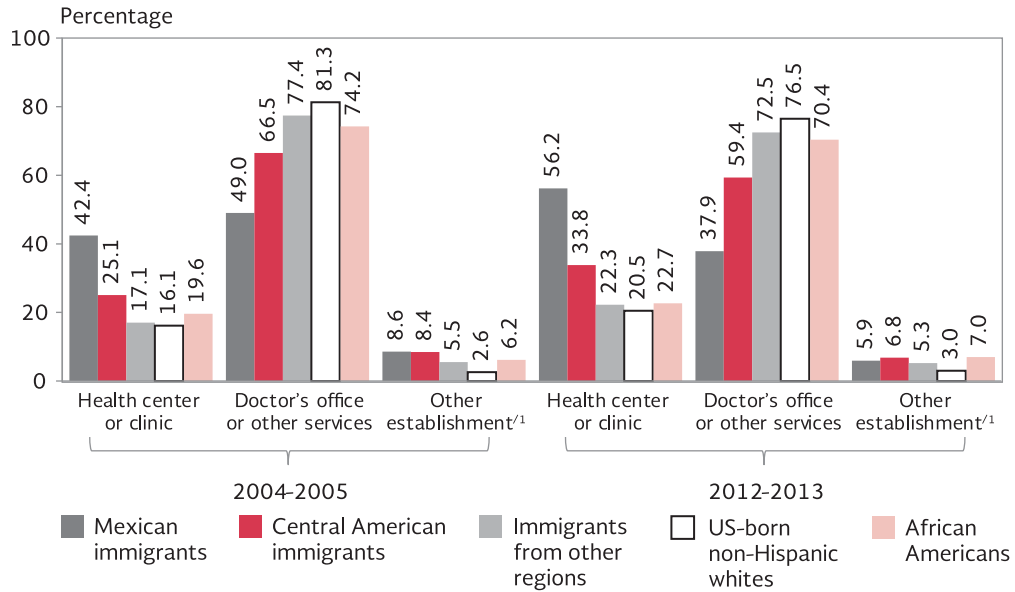
The United States offers a wide variety of health care services, including private practices, community clinics and other health centers. Nevertheless, the type of service used is linked to the user's socio-economic level, which varies according to place of origin, ethnicity or race. People treated by private physicians have a greater likelihood of receiving more specialized and personalized care, while those using community health centers or clinics generally receive preventative and primary care services that are less individualized due to a larger number of patients per doctor.

Mexican immigrants that do have a regular place for health care tend to use health centers or clinics, a trend that has recently increased to 56%. This figure is higher than that of Central Americans (34%) and over twice that of immigrants from other regions (22%) and non-Hispanic US-born whites (21%) (Figure 24).

An analysis of data by gender shows that Mexican women use community health centers and clinics more than men (60% and 52%, respectively) (Figure 25). This may be the result of uninsured women seeking prenatal and reproductive health care at community clinics where they can receive services at low or no cost.

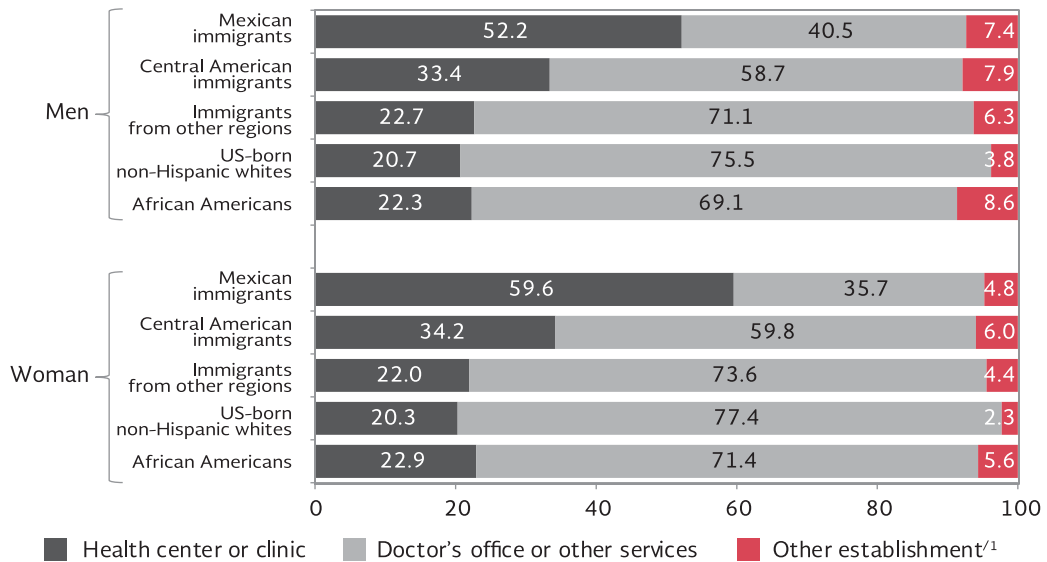


Figure 24. Distribution of population of the United States by type of usual source of care, by region and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Note: 1/ Other establishment: includes emergency department, outpatient department of a hospital and other establishments.
 Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 and 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

Figure 25. Distribution of population of the United States by type of usual source of care, by gender and region of origin, ethnicity or race, 2012-2013



Note: 1/ Other establishment: includes emergency department, outpatient department of a hospital and other establishments.
 Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

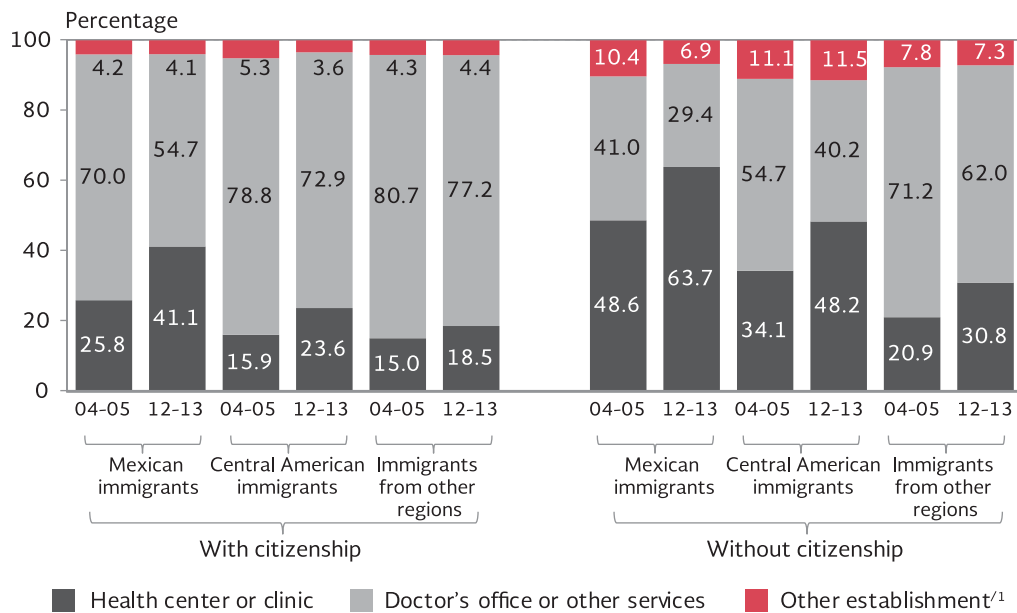


Mexican immigrants without American citizenship use private medical services less

Immigrants without American citizenship are more likely to receive health care at public health care centers or clinics, while naturalized immigrants are more likely to receive care at private practices. This trend has increased over time and is more frequent among

Mexican immigrants. Over six out of ten Mexicans without citizenship use clinic services, while 48% of Central American immigrants and 31% of immigrants from other regions do so. On the other hand, almost two out of three naturalized Mexicans use private practices as their usual source of care, though they have recently shown a growing tendency to use health center or clinic services (41%) (Figure 26).

Figure 26. Distribution of immigrant population of the United States by type of usual source of care, by region of origin and American citizenship status, 2012-2013



Note: 1/ Other establishment: includes emergency department, outpatient department of a hospital and other establishments. Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, National Health Interview Survey (NHIS), 2004-2005 and 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.



HEALTH CARE

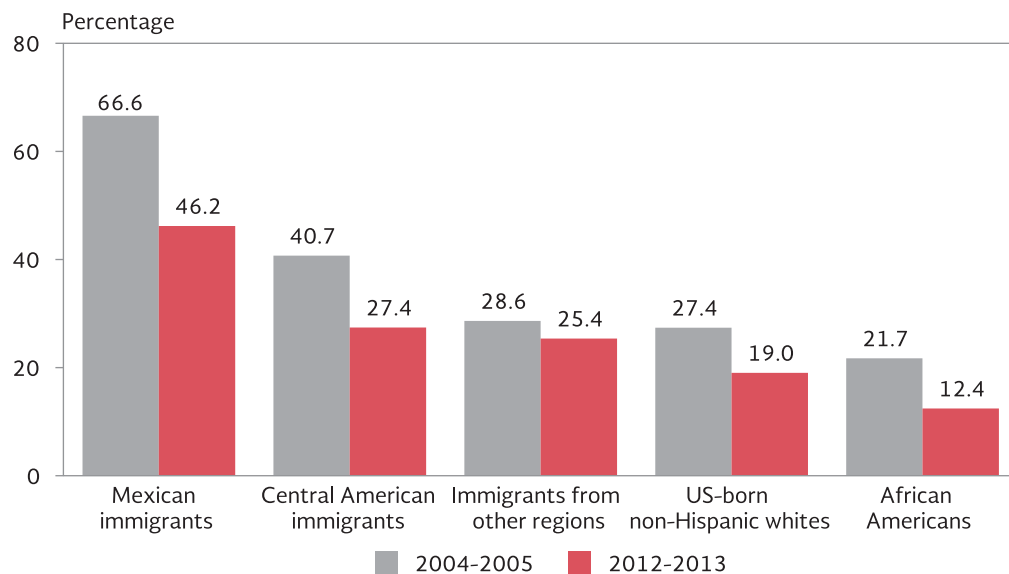
Mexican children and adolescents are less likely to meet minimum health standards

Regular visits to the doctor is an important indicator of children's and adolescents' access to health care. The American Academy of Pediatrics highlights the importance of regular health care and recommends that children over two years of age visit the doctor at least once a year until middle childhood (10 years of age) and adolescence (until 21 years of age) to avoid health problems (AAP, 2014).² Those who have doctor visits this frequently are more likely to receive regular preventive measures, with favorable consequences for their physical and intellectual development and lifelong health. The available data show that Mexican

children and adolescents living in the United States are by far the population group that visited the doctor least frequently in the previous 12 months, though this figure has improved over time. Currently, almost one in two does not meet the minimum standard for medical check-ups, in comparison with approximately one in four immigrants from other regions, one in five of non-Hispanic US-born whites and a just over one in ten African Americans (Figure 27). Mexican-born immigrants are thus the most exposed to the risk of not preventing or obtaining early treatment of ailments or illnesses, which can jeopardize their future development and health.

An analysis of this data by gender reveals that boys are generally less likely than girls to see a doctor as regularly as recommended. It also confirms the disadvantage and greater vulnerability of Mexican chil-

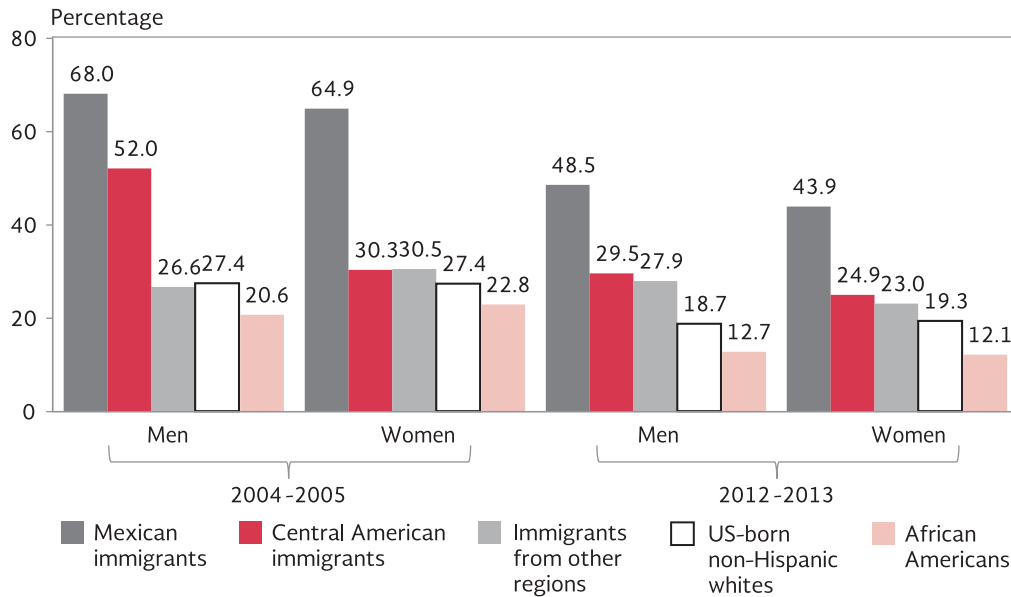
Figure 27. Population between 1 and 17 years in the United States that did not have a medical check-up in the previous 12 months, by region or origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey* (NHIS), 2004-2005 and 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

² The Academy recommends more frequent visits (as much as 12 before 3 years of age) during infancy and early childhood.

Figure 28. Population between 1 and 17 years in the United States that did not have a medical check-up in the previous 12 months, by gender, based on region or origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 and 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

dren and adolescents across both genders in comparison with their peers from other groups, though the gap has narrowed slightly (Figure 28). The most recent data show that 44% of Mexican girls and adolescents did not visit the doctor in the previous 12 months, a rate approximately 15 percentage points higher than their counterparts from Central America and other regions, twice that of non-Hispanic US-born whites and over three times that of African Americans.

Only seven out of ten Mexican adults who report their health as poor visit the doctor

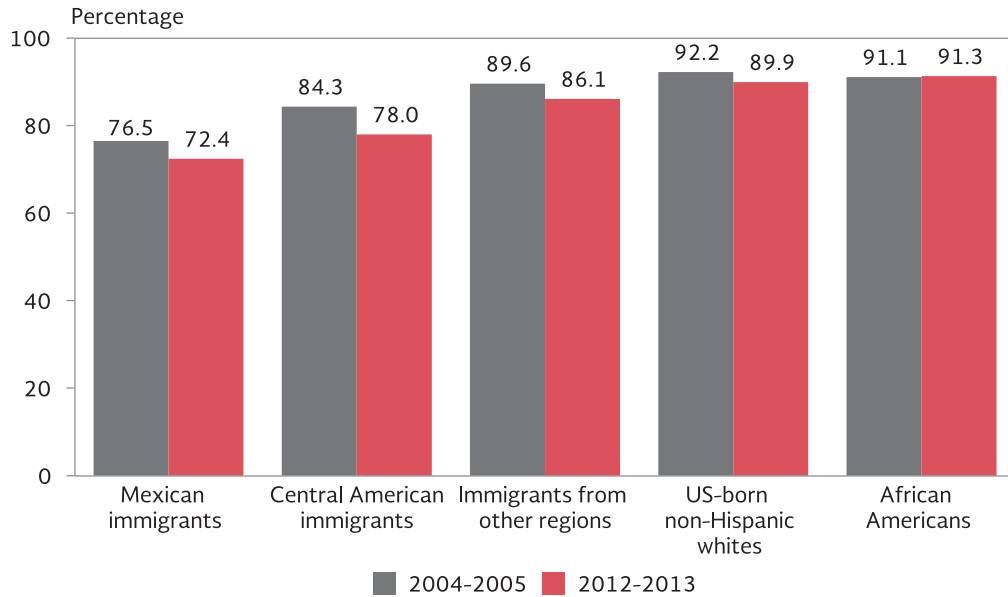
The regularity with which the adult population uses medical services is closely linked to their perception of their health status. Visits to the doctor are more frequent when health problems are detected, while they tend to be more sporadic when the person perceives their health as good. In addition, economic, cultural and institutional factors influence the regularity of visits to the doctor.

In general, the vast majority of United States residents ages 18 to 64 perceive themselves as being in excellent, very good, or good health (over eight out of ten), and there are no significant differences across the various population groups. However, data show that Mexicans who perceive their health as fair or poor are less likely to visit the doctor in the past year (72%) than other immigrant groups and, above all, less than non-Hispanic US-born whites and African Americans (90% and 91%, respectively) (Figure 29).

An analysis of doctor visits by gender shows that women across all the groups in this situation were more likely than men to visit a doctor in the previous 12 months (Figure 30). In the case of Mexicans, the difference between men and women is almost 20 percentage points and has grown with time. This indicates the importance of raising awareness among men regarding the danger of not receiving timely health care.

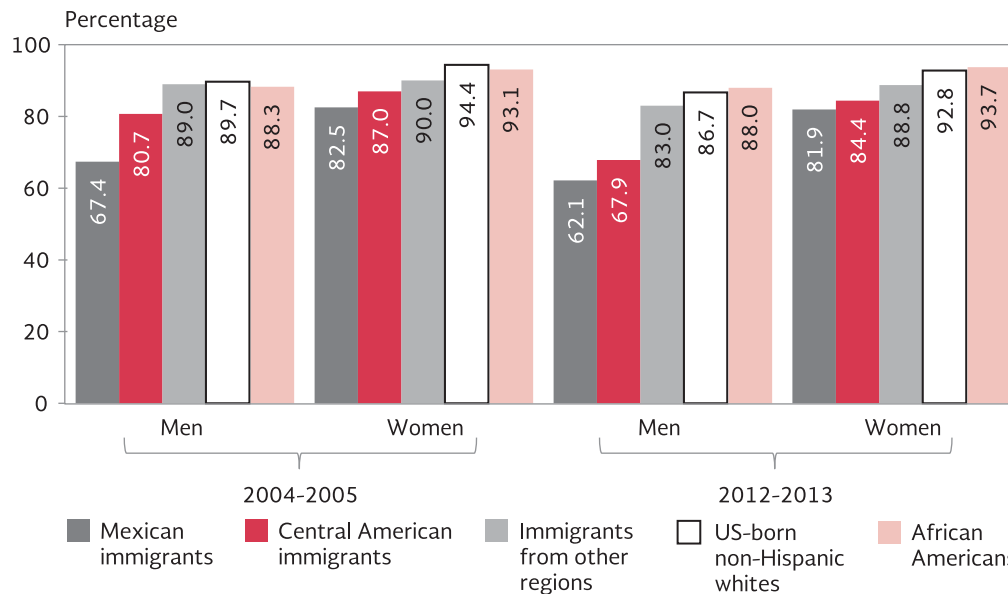


Figure 29. Population between 18 and 64 years in the United States that reports their health as fair or poor and visited a doctor in the previous 12 months, by region or origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 and 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

Figure 30. Population between 18 and 64 years in the United States that reports their health as fair or poor and visited a doctor in the previous 12 months, by gender, and region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 and 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

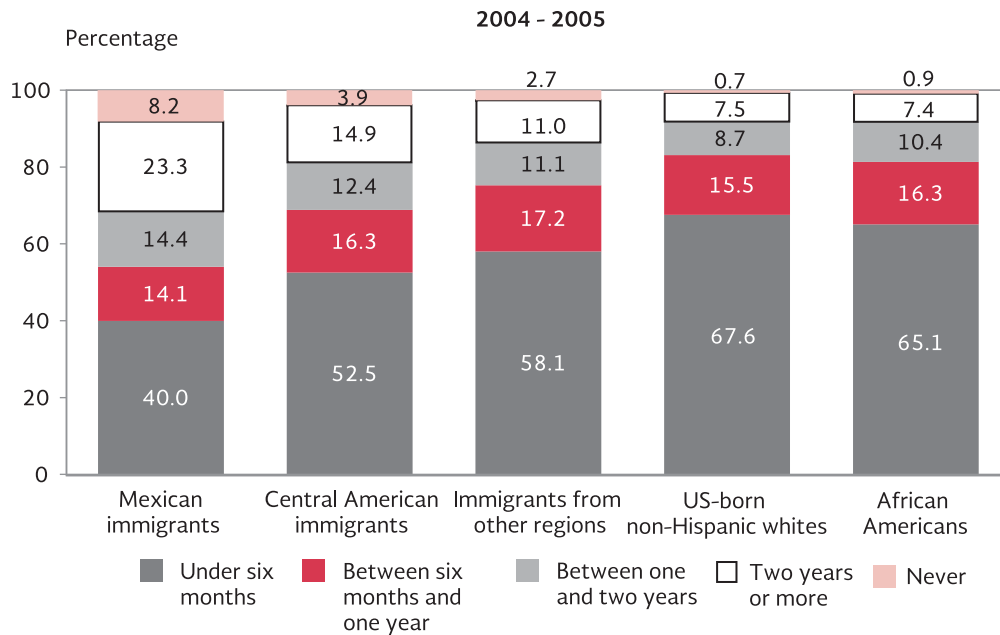
Mexican immigrants visit a doctor less frequently than other groups

Mexican immigrant adults also have the longest time since their last doctor visit. Approximately one in four had not had a doctor visit in the past two years and around 15% had done so within the past one to two years. These figures are higher than those for immigrants from other regions and non-Hispanic whites and African Americans. On the other hand, Mexicans, followed by Central Americans, are the most likely to report that they have never visited a doctor (5% in 2012-2013) (Figure 31).

The lower use of health care services by Mexican immigrants and, to a lesser degree, Central Americans, is shaped by the family’s socioeconomic context, health insurance coverage, cultural factors, degree of knowledge of the United States health care system, English proficiency and immigration status. Other factors, such as waiting times and the difficulty of obtaining an appointment account for Mexican and Central American immigrants’ tendency to delay visiting the doctor (Figure 32).

Routine visits to the doctor and medical tests to check a person’s health permit the timely detection of ailments and illnesses.

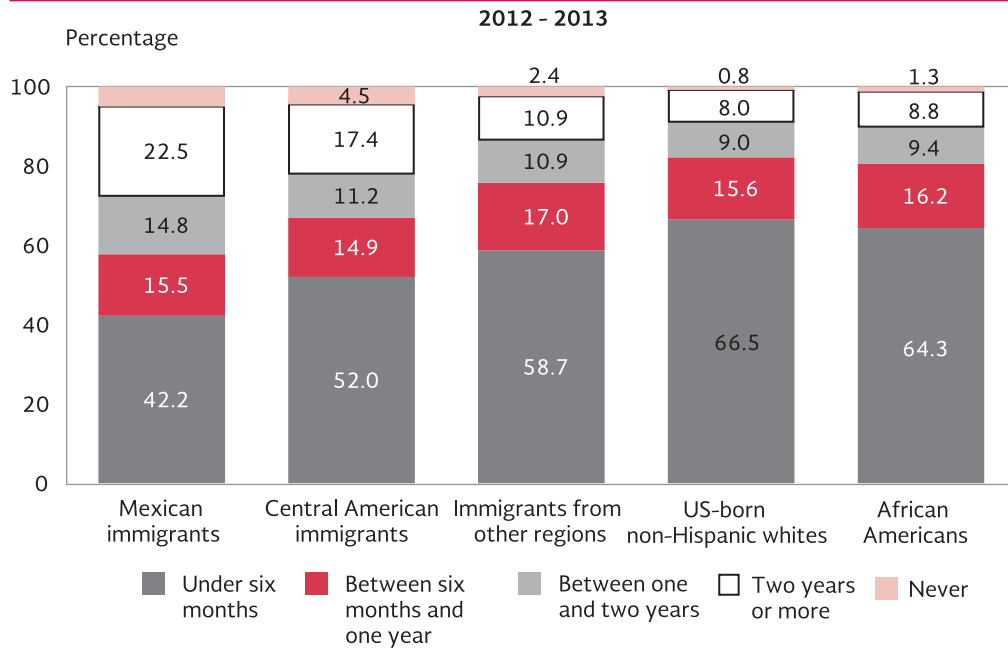
Figure 31. Distribution of the population between 18 and 64 years in the United States, by date of time since last doctor’s appointment, based on region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Continues...

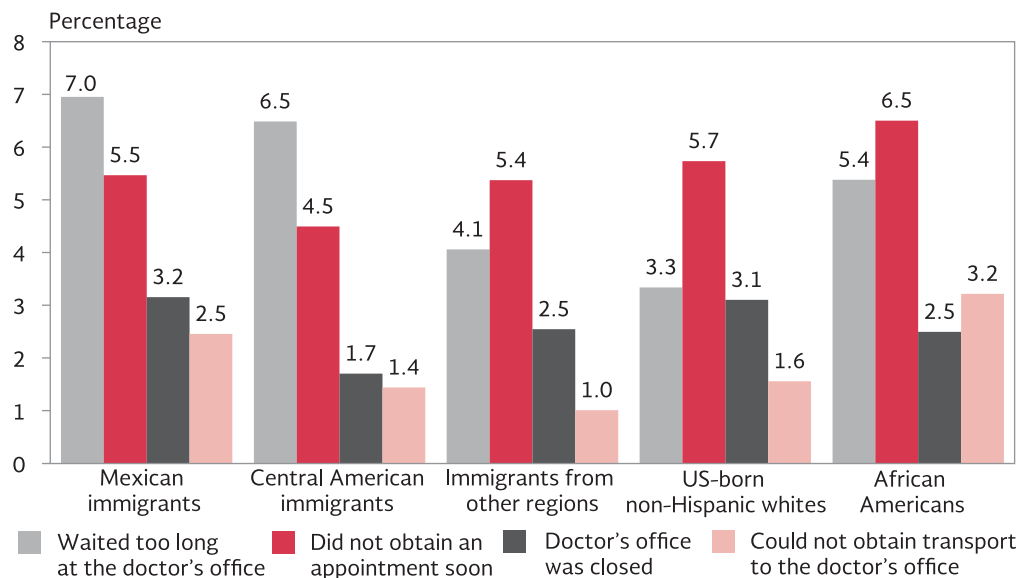


Figure 31. Distribution of the population between 18 and 64 years in the United States, by date of time since last doctor's appointment, based on region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005 and 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

Figure 32. Population between 18 and 64 years in the United States by reason for delay in receiving health care in the previous 12 months, by region or origin and ethnicity or race, 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

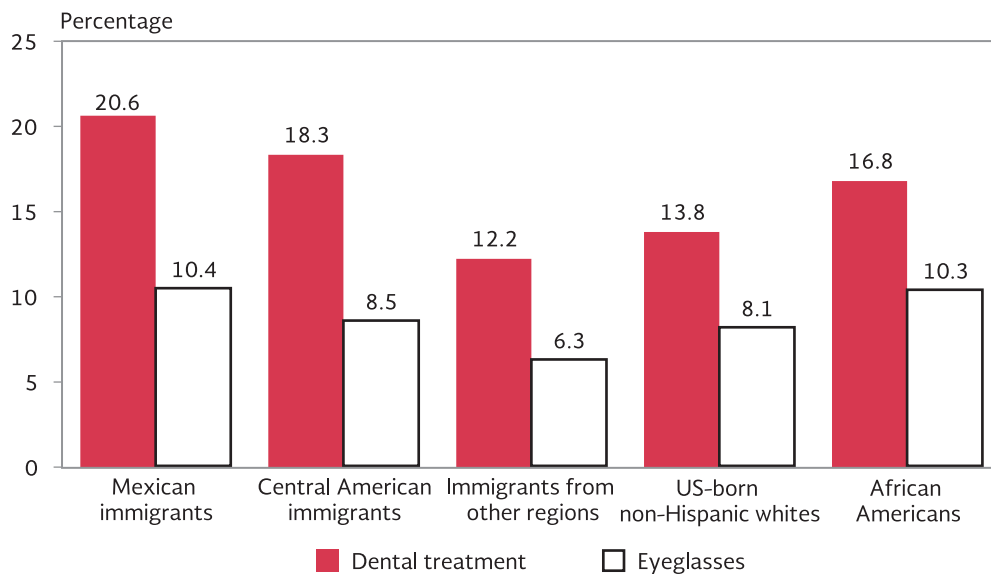
The available data show that one in five Mexican adults did not receive dental care, even when it was necessary, a higher figure than among other population groups. Moreover, like their African American counterparts, one in ten reported that they need eyeglasses but did not obtain them (Figure 33).

Diabetes is an illness that significantly affects the Mexican population, both in Mexico and the United States, and needs to be prevented and controlled over a person's lifetime. However, both Mexican and Central American immigrants are less likely than those from other regions and non-Hispanic US-born whites and African Americans to have glucose tests in the past year (just over one in three, compared with four out of ten respectively) (Figure 34). Men are less likely than women to have this test across all of the groups. However, the gender gap among Mexican and Central American immigrants is very pronounced, since very few men in these two groups get tested (27% and 28%, respectively).

Mexican immigrants are the group that has an Human Immunodeficiency Virus (HIV) test least frequently, with under 40% of 21 to 50 year-olds doing so, while approximately half of Central Americans and two out of three African Americans have done so. In all of the groups, the proportion of women having undergone an HIV test is higher than that of men. Nonetheless the gender gap among Mexicans (17 percentage points) is far above that of other immigrant groups and the US-born population (Figure 35). These low rates of screening, especially for Mexican immigrant men, are a concern since routine HIV testing is recommended by the Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2006).

Only 22% of Mexican immigrants and 32% of Central Americans were aware of the Human Papilloma Virus Vaccine (HPV), which was recently incorporated into the set of sexual and reproductive health services recommended for adolescents and adults. This rate was significantly lower than among

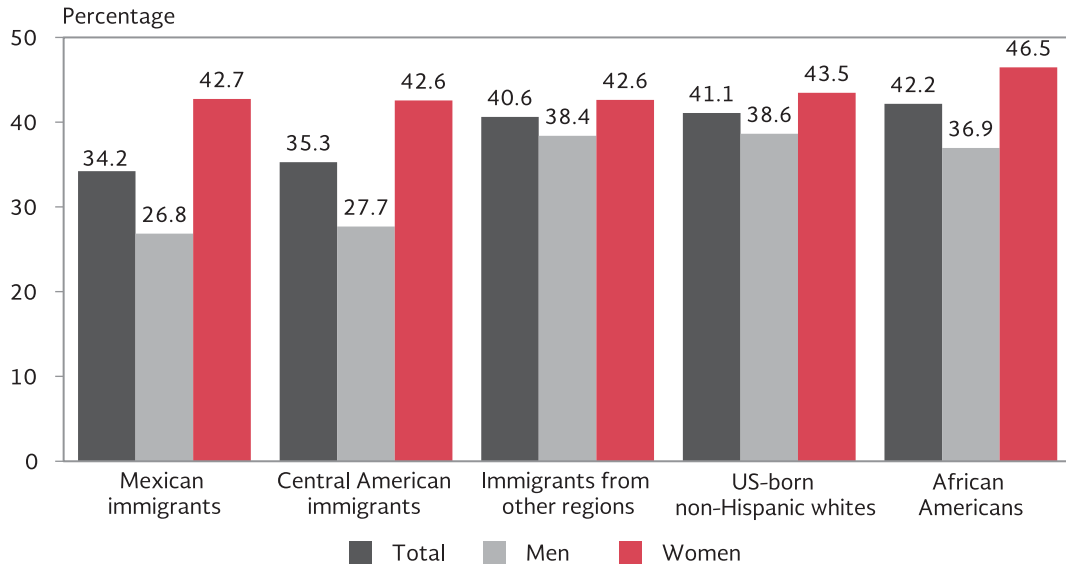
Figure 33. Population between 18 and 64 years in the United States that required dental treatment or eyeglasses in the past 12 months and did not obtain it, by region or origin and ethnicity or race, 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

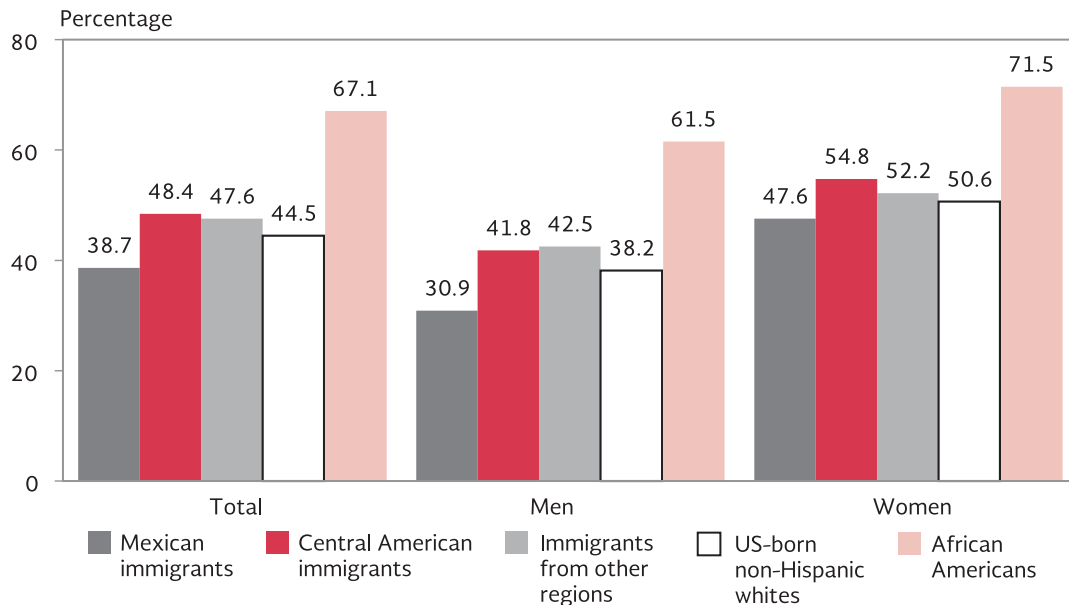


Figure 34. Population between 18 and 64 years of the United States that had a glucose test in the previous 12 months, by gender, based on region of origin and ethnicity or race, 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.

Figure 35. Population between 21 and 50 years of the United States tested for HIV, by gender, based on region of origin and ethnicity or race, 2012-2013



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.



other immigrants and natives (Figure 36). Knowledge of this innovation in cervical cancer prevention also shows a gender gap in all the groups analyzed, to with men having the lowest knowledge.

The information also indicates that tests designed to provide for the early detection and treatment of cancers are less frequent among the Hispanic population (both US-born and immigrant) in the United States, in comparison with non-Hispanic US-born whites and African Americans (Figure 37).

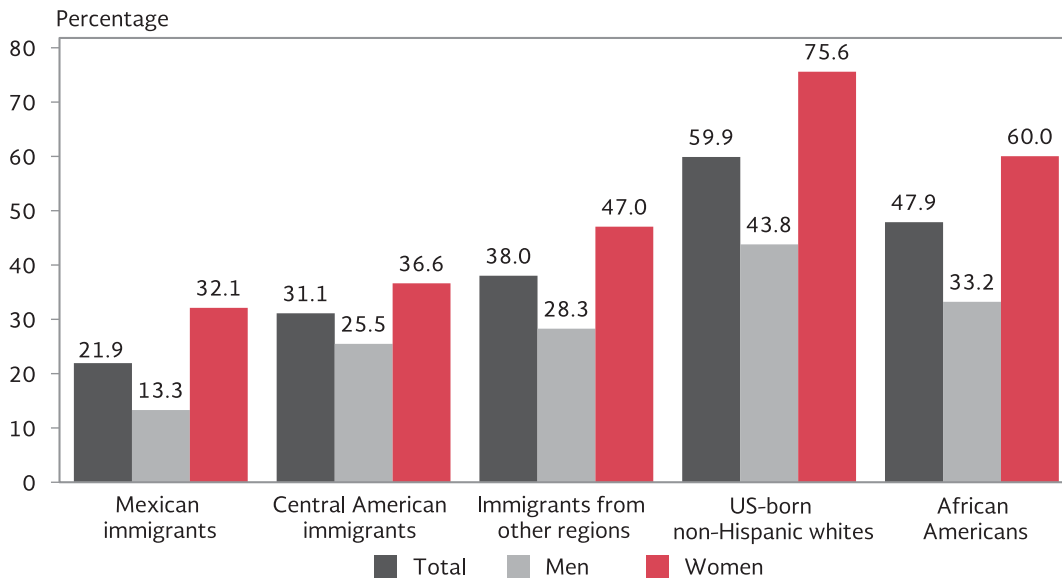
Health coverage and medical service use among Mexican immigrants in the United States is noticeably lower than among other groups in the country. The population of Central American origin has also seen a decrease in the level of health insurance coverage in recent years.

Unequal access also affects men disproportionately and is present across all age groups. Children and

older adults are particularly affected by exclusion from the health care system. Though this inequality can be observed in every state in the country, some including several that receive numerous Mexican migrants provide immigrants and their families distinctly unfavorable conditions for social integration and medical care.

Overall, factors such as Mexicans' concentration in certain sectors of the economy also condition a framework of salary and benefits, which has contributed significantly to reproducing the economic and social deprivation of this group in the United States. The result is worse access to needed health services for Mexican immigrants, and often for Central American immigrants, than for all other groups. Mexican immigrants are the group least likely to see a doctor, obtain needed dental care and eyeglasses, and receive clinical preventive services that can identify health problems early so that they can be more effectively treated.

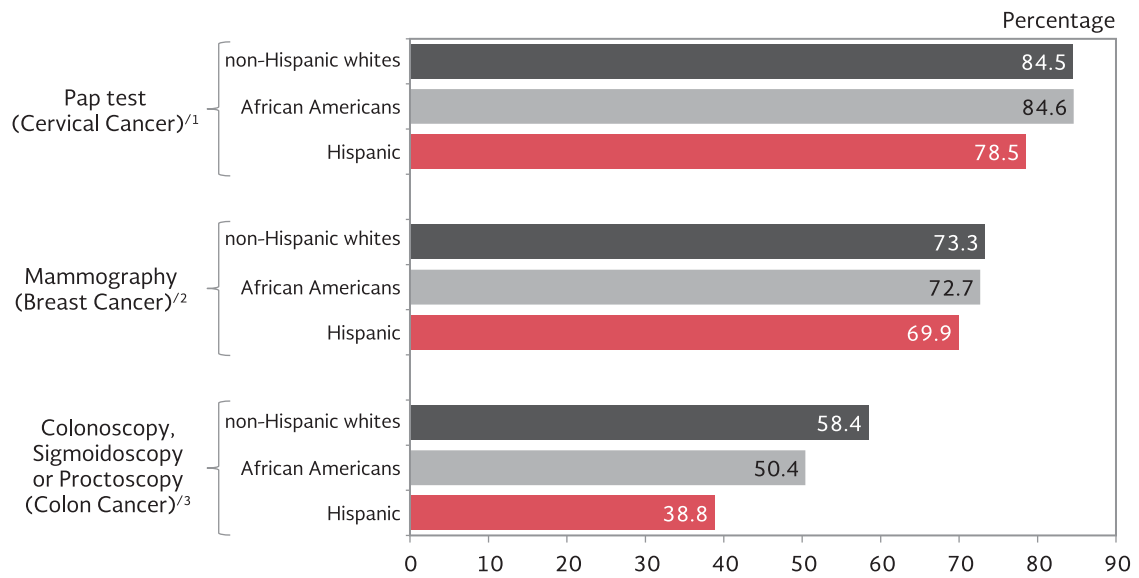
Figure 36. Population between 18 and 64 years in the United States that has heard of the vaccination against the Human Papilloma Virus (HPV), by gender, based on region of origin and ethnicity or race, 2012



Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.



Figure 37. Population living in the United States with timely cancer detection tests, by ethnicity or race



Notes: 1/ Women between 21 and 65 years who had a Pap test in the previous three years.
 2/ Women between 50 and 74 years who had a mammography in the previous two years.
 3/ Adults over 50 years who once had a colonoscopy, sigmoidoscopy or proctoscopy.

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. Department of Health & Human Services, *National Healthcare Disparities Report*, 2012.

Box I. The Impact of the ACA on Hispanics in 2014

The *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA) was signed into law in 2010 as a reform of the health and medical insurance system for all Americans and lawful permanent residents. The law aims to introduce new protections for consumers, lower costs and improve quality of care, and improve access to affordable care, with implementation from 2010 to 2015. Hispanics are a key target population for these efforts. In 2011, prior to the initial implementation of the ACA, they represented around 17% of the population but 32% of the nation's uninsured.

Hispanic communities and many Mexican immigrants have benefitted from the ACA. They are profiting from expanded eligibility for *Medicaid* (for low-income persons) in half of the states, from subsidized insurance offered through new health benefit exchanges if their incomes are low but above the poverty level, via increased funding of community clinics that provide primary care based on ability to pay, or through increased coverage of preventive services in all health insurance policies. However, certain segments of the Hispanic population, particularly undocumented immigrants and mixed-status families, are still underinsured, with consequent risks to health.

In 2014 some of the most significant provisions of the ACA went into effect, particularly those aimed at reducing the uninsured rate. The most widely discussed is the new federally subsidized private insurance offered through government-organized "marketplaces" in each state. Open enrollment in the Health Insurance Marketplaces began in October, 2013 with an additional special enrollment period that lasted until April, 2014.

Hispanics in the United States are seen a main beneficiary group of the ACA; they were disproportionately underinsured, representing 1 in 4 eligible Health Insurance Marketplace consumers. Because of the ACA, about 10 million Hispanics have new access to health insurance coverage, and 80% of uninsured Hispanics are eligible for assistance through *Medicaid* or a Marketplace (DHHS, 2014).

Despite the great benefit provided by the ACA, Hispanics are among the most likely to remain uninsured, possibly due to cultural and linguistic issues, the presence of mixed-status families and that fact that a disproportionate part of the undocumented population is Hispanic and thus not covered by the law. Mixed-status families are those with members who have different citizenship or immigration statuses. While the legal resident members of the family may be eligible for public programs and subsidies, there is a "chilling effect" that deters enrollment that comes from concerns over being detected by the immigration authorities and (often unjustified) fears that if their US-born children enroll in government subsidized health insurance that the parents may be barred in the future from obtaining a green card. Although the information gathered for enrollment in these programs is not used for immigration enforcement, misunderstandings or fear about this may be a barrier to getting coverage for mixed-status families.

Surveys of first enrollment efforts show growth in health insurance coverage of the population and a decline in the number of young people who are uninsured. From the beginning of open enrollment until the end of the special enrollment period, 8 019 763 people signed up for health coverage under a Health Insurance Marketplace, either state-based or federally managed. Of those, 403 632 reported Hispanic ethnicity, representing 10.7% of enrollments among those who reported an ethnicity. Of all enrollees, 34% (or around 2,700,000)

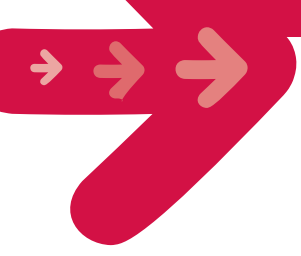


were young people under 35 years old (DHSS, 2014b). Enrollment surged during the special enrollment period, with over 900 000 new enrollments, many of whom were young people. In addition to the more than 8 million people who signed up for insurance under a Health Insurance Marketplace, numerous others have purchased off-marketplace plans. Estimates of the total decrease in the uninsured population from 18 to 24 years old range from 2.7% to 4.7%.

The ACA also had an important impact on enrollment in the *Medicaid* program. Growth in *Medicaid* enrollment has been strong, with a total of over 65 million persons covered and an estimated 10% growth between the summer of 2013 and April 2014. While only about half of states decided to take the federal funds available to expand their *Medicaid* programs, the publicity and outreach under the ACA was expected to have some impact on *Medicaid* in all states. As would be expected, in the states that expanded *Medicaid* to cover more low-income adults, the growth in enrollment outpaced the national average and was higher than in states that had not (15% vs 3.3%) (HKFF, 2014). In California, enrollment increased by a monthly average of 19% from the pre-open enrollment average until June 2014 (HKFF, 2014b).

Hispanic enrollment rates are also likely to be affected by the many undocumented workers and their families in their ranks. By excluding undocumented residents, the ACA has little impact on rates of health insurance coverage for this vulnerable group that is the most uninsured of any group. This provision implicitly affects Mexicans, above all other groups. It is estimated that Mexicans make up 59% of the undocumented population (Hoefer et al., 2013). Those who are undocumented are restricted from the subsidized programs of the ACA, however, they can take advantage of health system improvements in other ways. For example, there is increased funding available for community health centers, where services are often offered regardless of immigration status, and where 1 in 3 patients is Hispanic. In addition, a greater focus on preventive care and the expansion of free or low-cost preventive treatments will improve management of diseases that are prevalent among Hispanics.

Improving health access for Hispanic and Mexican immigrants in particular requires better understanding and addressing the barriers they face in enrolling for coverage. Special outreach and education efforts may be necessary to target mixed-status families. Removing the ACA's restrictions on the undocumented would help increase Hispanic enrollment in health insurance coverage. Given that most undocumented residents tend to be young and in good health, expanding the ACA to cover all residents, regardless of immigration status, would support both the Health Insurance Marketplaces and the health preservation of these individuals. Any comprehensive immigration reform should include a mechanism for access to affordable health services, either in the United States or in the country of origin (SEGOB, CONAPO, UC, 2013).



CHAPTER III

RISK FACTORS AND HEALTH CONDITIONS

INTRODUCTION

There are many studies that document that immigrants tend to arrive in the US healthier than the US-born population, but that their health generally declines over time. Understanding the pattern of health risk factors and the health conditions that the Mexican immigrant population lives with provides critical insights into where additional efforts need to be made to prevent future illnesses and treat current conditions. This is particularly important for the Mexican immigrant population because of their low levels of access to health care as documented in the previous chapter.

This chapter is divided into two sections, the first of which addresses the habits that can undermine a person's health in the short-, medium- and long-term, and above all those linked to chronic illnesses. Two population groups, children (0 to 17 years) and adults (18 to 64 years), based on region of origin and ethnicity or race are analyzed. The second section shows some of the health conditions that affect children, nonelderly adults and adults age 65 and over.

The principal source of data is the *United States National Health Interview Survey* (NHIS), published by the Centers for Disease Control (CDC), which contains information for two periods, 2004-2005 and 2012-2013. The analysis is complemented with data from the *National Report of Health Disparities 2012*, published by the Agency for Health Research and

Quality (AHRQ), which does not provide data for Mexicans but instead aggregates information for the entire Hispanic group (both immigrant and US-born), which is only compared with non-Hispanic US-born whites and African Americans.

Two issues impact the trends presented here. First, as indicated in the previous chapter, Mexican immigrants and Hispanics overall have a lower use of medical care services, which may result in an under-reporting of health conditions due to lower chances of being diagnosed. Second, there may be an under-reporting of persons given the marginalization and undocumented status of a large number of Mexicans living in the United States.

RISK FACTORS

Children and adolescents

It is important to study the health of children and adolescents in the United States since the risks they face can not only jeopardize their health throughout childhood, but also have consequences in their adult lives. The health conditions of this population group also highlight the need for medical treatment in the US and possibly in Mexico, considering the possible return of these young migrants to their country of origin at later stages of their lives.



Immigrants and African Americans have the highest likelihood of low birth weights in comparison to non-Hispanic US-born whites

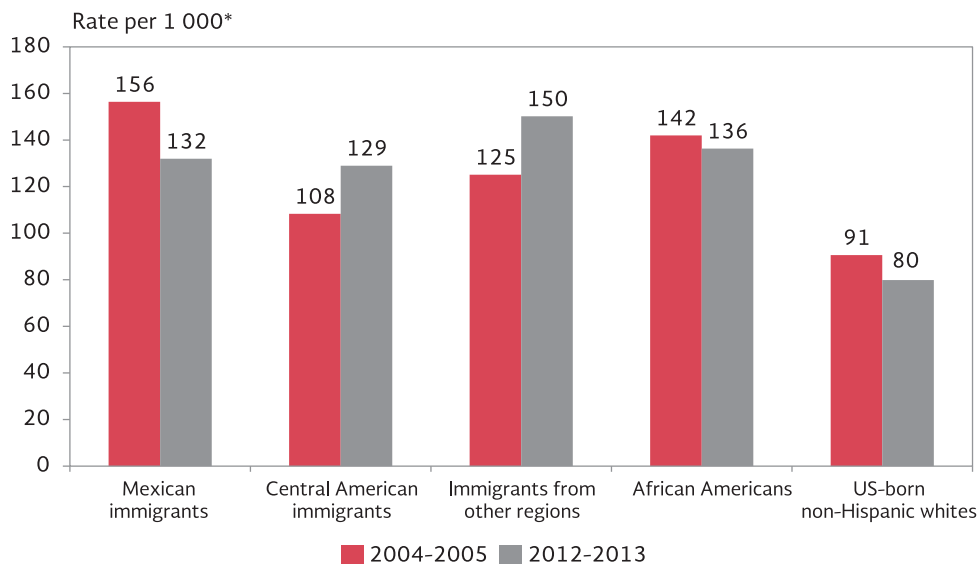
Low birth weight often indicates insufficient or non-existent prenatal care, which can detect and monitor the nutritional state of the mother and identify risks for her health and that of her child. Low birth weight is one of the most important causes of neonatal mortality, and has negative repercussions on child development.

Low-weight births among Mexicans decreased over the past decade, from 156 per thousand in the first period (2004-2005) to 132 in the second (2012-2013). While this is the only immigrant group that recorded a decrease, the disparity in comparison to non-Hispanic US-born whites is still 52 cases per thousand. On the other hand, there is a worrying increase of 21 cases per thousand among Central Americans, though this is still slightly below the rate for Mexicans and African Americans (Figure 38).

Mexican immigrant adolescents have the highest weight in relation to their height

Although adolescence tends to be a healthy stage of life, a number of 12 to 17-year-olds die of preventable causes, including accidents, suicides and violence. Moreover, it is a stage during which future behavioral patterns are established, such as alcohol and cigarette consumption as well as habits relating to diet and physical activity, all practices that can contribute to premature illnesses later in life that can undermine quality of life and lead to premature death (ss, 2012). Reaching a high body weight at an early age makes it difficult to maintain an optimal weight at a later age, which can cause a series of complications such as metabolic syndrome, high blood pressure, glucose intolerance due to insulin resistance, obesity and cardiovascular illnesses, among others.

Figure 38. Population living in the United States with low birth weight, by region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Note: * For every 1 000 children under 18 years with low weight birth.

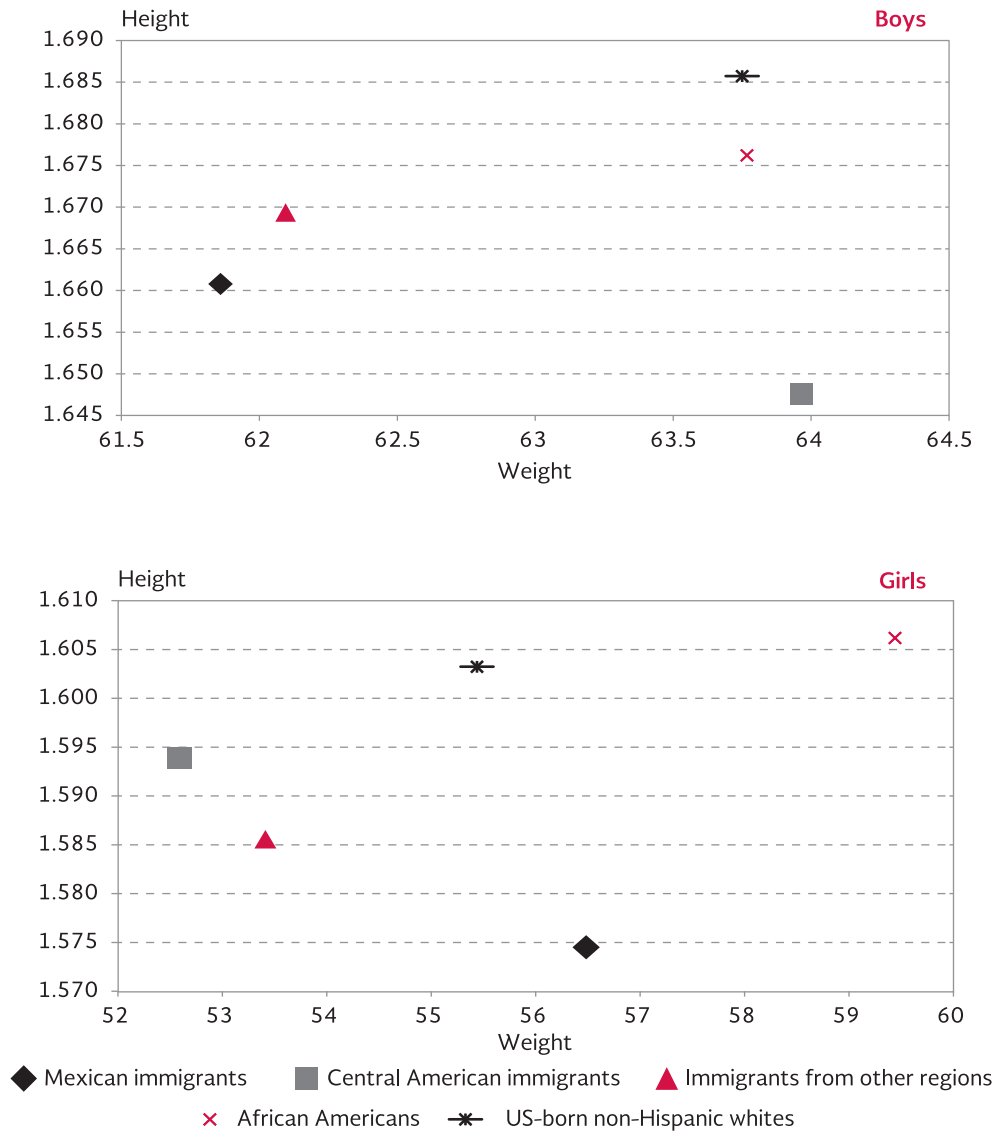
Source: Estimates by CONAPO, based on *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.



Adolescents living in the United States are widely exposed to foods with high levels of fat, salt and sugar which, combined with physical inactivity, increase the prevalence of overweight and obesity. Among the

groups studied, Mexicans between 12 and 17 years display the highest average weight in relation to average height for females, while Central Americans have the highest weight and lowest height for males (Figure 39).

Figure 39. Population ages 12 to 17 living in United States, by average height and weight, based on region of origin and ethnicity or race, 2012-2013



Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.



Adults

In addition to the behavior acquired at an earlier age, a series of risk factors in adulthood, such as obesity, physical inactivity and alcohol and cigarette consumption, contribute to the development of chronic illnesses including diabetes, cardiovascular diseases, chronic respiratory diseases, hypertension and certain types of cancer (ss, 2012b).

Approximately eight out of ten Mexican men and seven out of ten Mexican women are overweight or obese

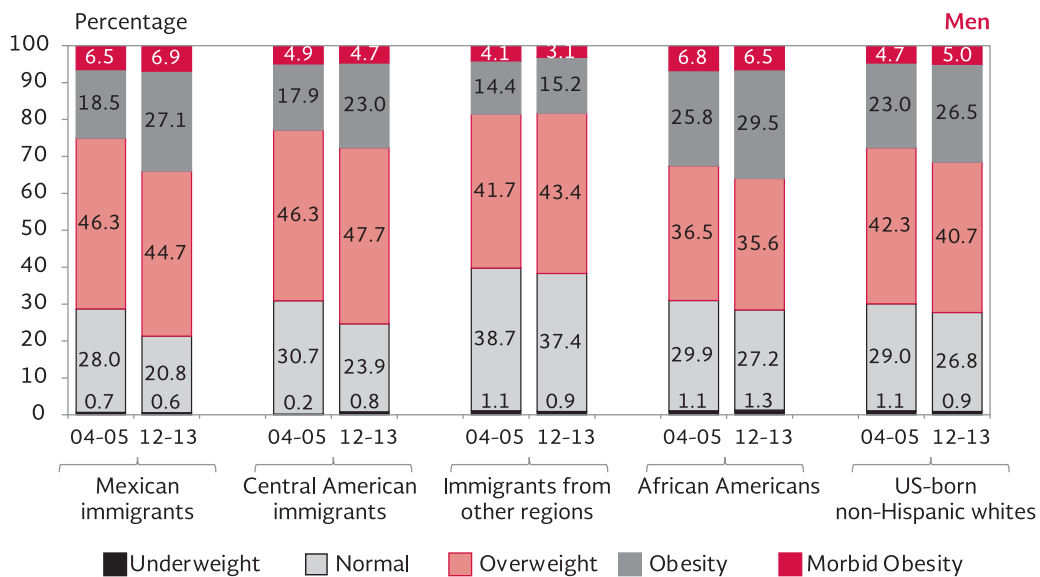
Obesity is a leading modifiable risk factor. The Body Mass Index (BMI) is the most often used measure for identifying this condition. Mexican men and women have the highest increase in BMI as measured by overweight, obesity and morbid obesity. Indeed, 71.3% of Mexican men were in these three categories in 2004-2005, rising to 78.7% in 2012-2013. The percentage of Mexican women in these categories increased from 65.5% to

72.2%. As a result, in 2012-2013 Mexican men were the group with the highest rates of overweight and obesity, while Mexican women had a rate lower only than that of African Americans (Figure 40).

Migrants incorporate new foods from the country of destination into their diets, but Mexicans do not usually undergo a drastic change in diet after migration. Yet some studies have shown that, although they continue to consume typical foods from their national cuisine, they also incorporate new foods that are high in concentrated sugar and saturated fats (Arenas et al., 2013; Popkin, 2006).

The percentage of the Mexican population who are overweight and obese is higher among long-term residents (77%) than recent arrivals (68%). This reflects the migrants' diet in the receiving country, conditions of socioeconomic integration and higher average age of longer-resident migrants. Recent Mexican arrivals display higher rates of overweight and obesity than a decade ago (seven out of ten, previously six out of ten), which can partly be explained by the higher average weight in the country of origin (Figure 41).

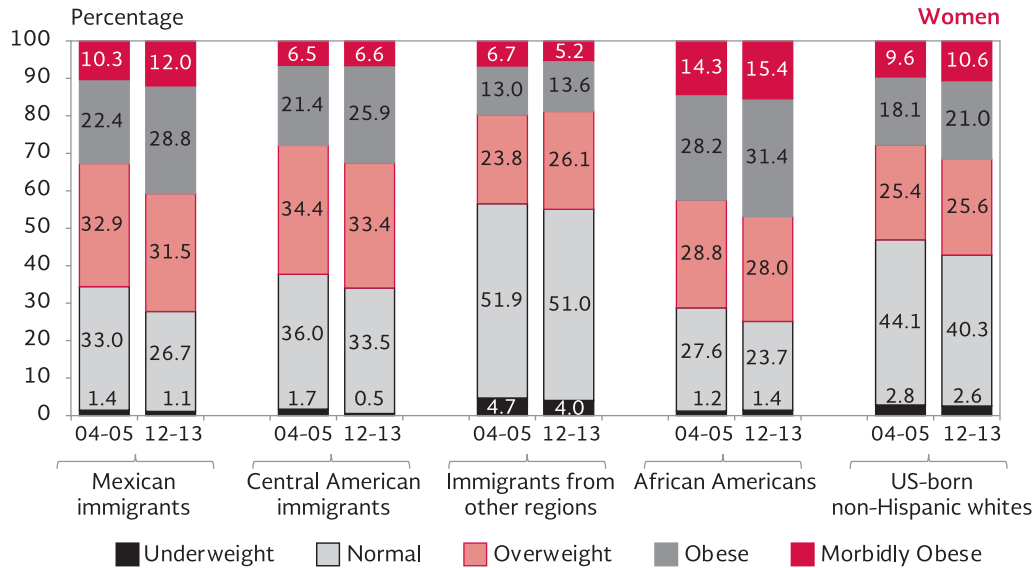
Figure 40. Population over age 18 living in the United States, by BMI Category*, based on region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Continue...



Figure 40. Population over age 18 living in the United States, by BMI Category*, based on region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Note: *Underweight: BMI < 18.5; Normal: BMI ≥ 18.5 and < 25.0; Overweight: BMI ≥ 25.0 and < 30.0; Obese: BMI ≥ 30 and < 40.0; Morbidly Obese: BMI ≥ 40.0.
 Source: Estimates by CONAPO, based on the National Health Interview Survey (NHIS), 2004-2005, 2012-2013.

Mexican adults remain the group with the highest rate of physical inactivity

Physical activity can reduce the risk of many illnesses and improve the outcomes of some of those conditions. Changes in technology and working conditions have fostered more sedentary lifestyles, with brief periods of physical activity. Physical inactivity is thus the fourth highest risk factor of mortality worldwide (ss, 2012c).¹

Though the percentage of persons engaging in physical activity increased between the two periods, Mexicans had the highest levels of inactivity during the period 2012-2013 (39.7%) (Figure 42). However, Mexicans saw the most significant decrease in sedentary lifestyle (16.4%), over twice that recorded among non-Hispanic US-born whites (7%). A comparison of the percentage of Mexican population and the US-born population without physical activity by

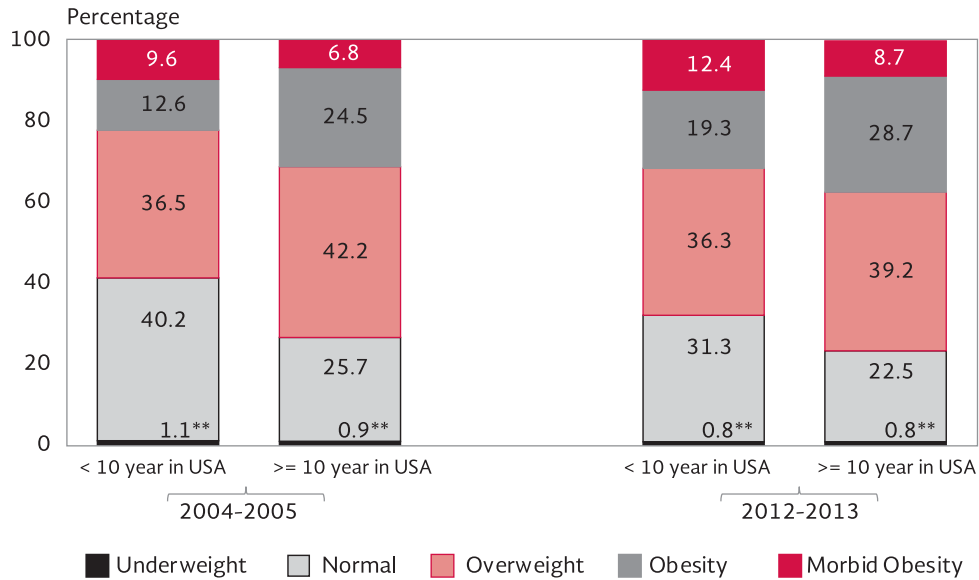
¹ Here the definition of engaging in physical activity is taking part at least once a week in moderate, vigorous or heavy activities.

gender follows the same pattern. For example, during 2012-2013, 39% of Mexican men and 40% of Mexican women did not engage in regular physical activity, while non-Hispanic US-born whites reported percentages of 24% and 28%, respectively (Figure 43). Importantly, Mexicans have an extremely low tendency to engage physical activity, which, as will be examined later, is reflected in higher levels of obesity and diabetes for both genders.

Alcohol abuse and tobacco are important preventable causes of illness and death

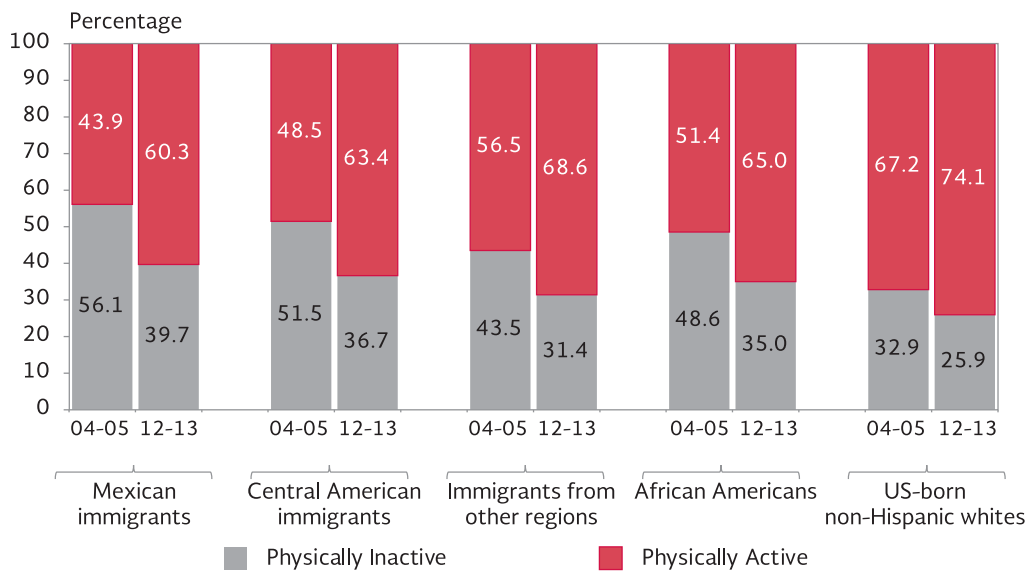
Alcohol and cigarette abuse are risk factors that can also be modified. These habits are linked to each other and other chronic diseases. Excessive alcohol use is a direct cause of risk behavior, accidents and severe hepatic diseases such as cirrhosis (Guerrero et al., 2013). Cigarette use is a risk factor responsible for cardiovascular illnesses, diseases of the oral cavity, saliva glands and jaw, buildup around the teeth

Figure 41. Mexicans living in the United States, by BMI Category*, based on length and year of residency, 2004-2005 and 2012-2013



Notes: *Underweight: BMI<18.5; Normal: BMI >=18.5 and <25.0; Overweight: BMI >=25.0 and <30.0; Obese: BMI >=30 and <40.0; Morbidly Obese: BMI >=40.0.
 ** Non-representative information.
 Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

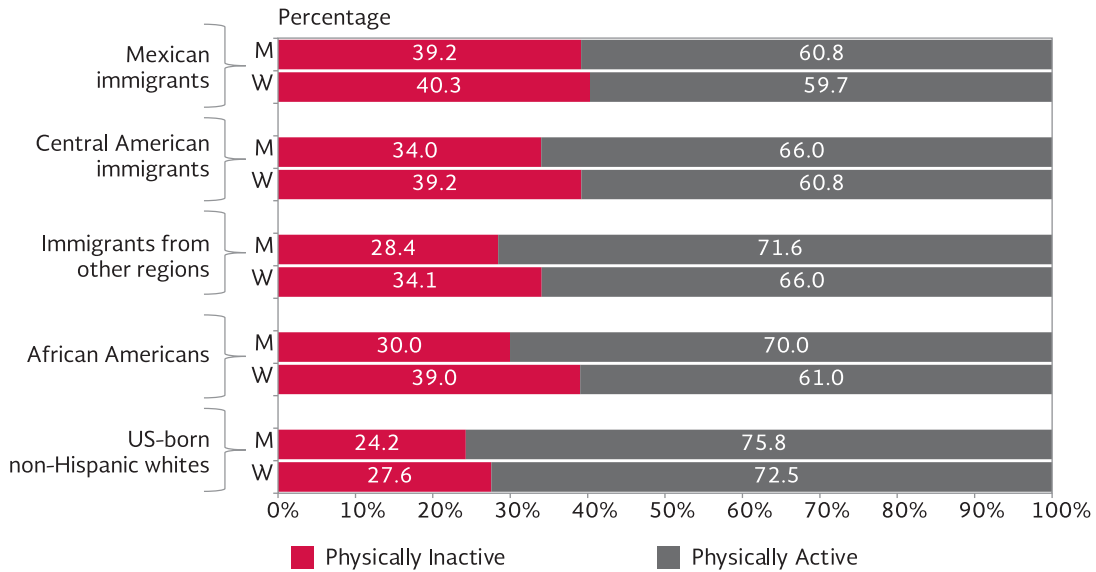
Figure 42. Population ages 18 to 64 living in the United States, by physical condition, based on region of origin and ethnicity and race, by period, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.



Figure 43. Population ages 18 to 64 living in the United States, by level of physical activity and gender, based on region of origin and ethnicity or race, 2012-2013



Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013.

and complications in the respiratory system, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and malignant trachea, bronchus and lung tumors. Moreover, in women it is associated with complications during pregnancy and childbirth (Fiore *et al.*, 2001).

Alcohol use has increased among Mexicans in recent years

On average Mexicans who drink consume more alcohol than other groups per occasion (3.5 drinks at a time). Only they and Central Americans (whose average consumption of 2.6 drinks is equal to that of non-Hispanic US-born whites) recorded a slight increase between 2004-2005 and 2012-2013 (Figure 44).

Among both Mexican immigrants and non-Hispanic US-born whites, the amount of alcohol consumed on each occasion decreased with age, and consequently in 2012-2013, while young Mexicans between 18 and 29 years had a little over four drinks every time they consumed alcohol, adults

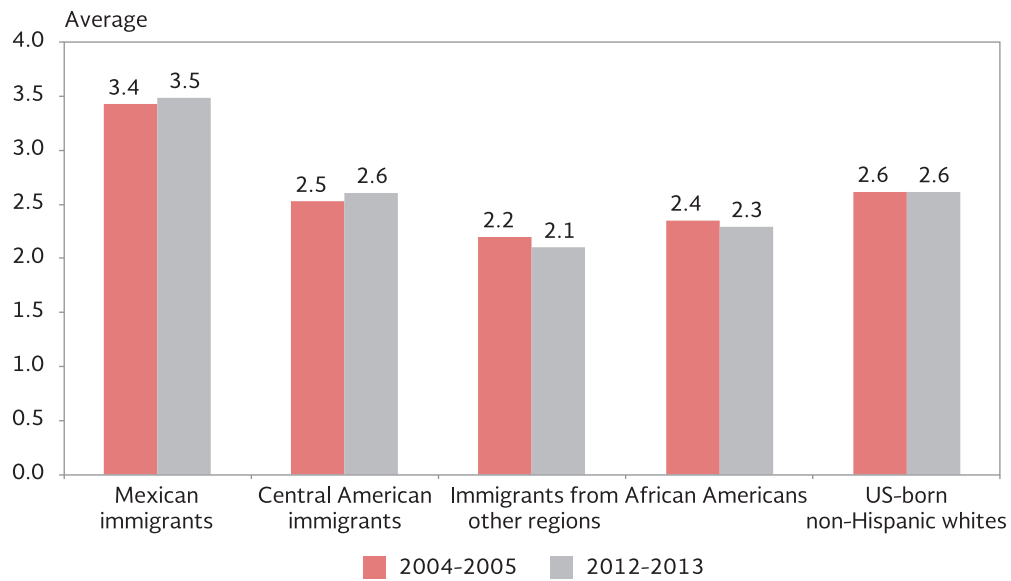
between 45 and 64 years had one drink less. A similar pattern emerged among non-Hispanic whites in these age groups (Figure 45). In addition, the average number of drinks by younger Mexican immigrants ages 18-29 years increased over the past 10 years to just over four drinks at a time, while the average of drinks in the same age group of US-born non-Hispanic whites decreased. Since binge drinking is defined as five or more drinks on a single occasion for men, and four drinks for women, this data suggests high levels of dangerous binge drinking among the Mexican immigrant population that drinks alcohol.

Mexicans smoke fewer cigarettes than other groups

The data show a downward trend in smoking over time for all groups (Figure 46). The smoking rate for Mexican immigrants (11%) is about half that of African-Americans and non-Hispanic whites (20% and 19% respectively). Only Central Americans have lower

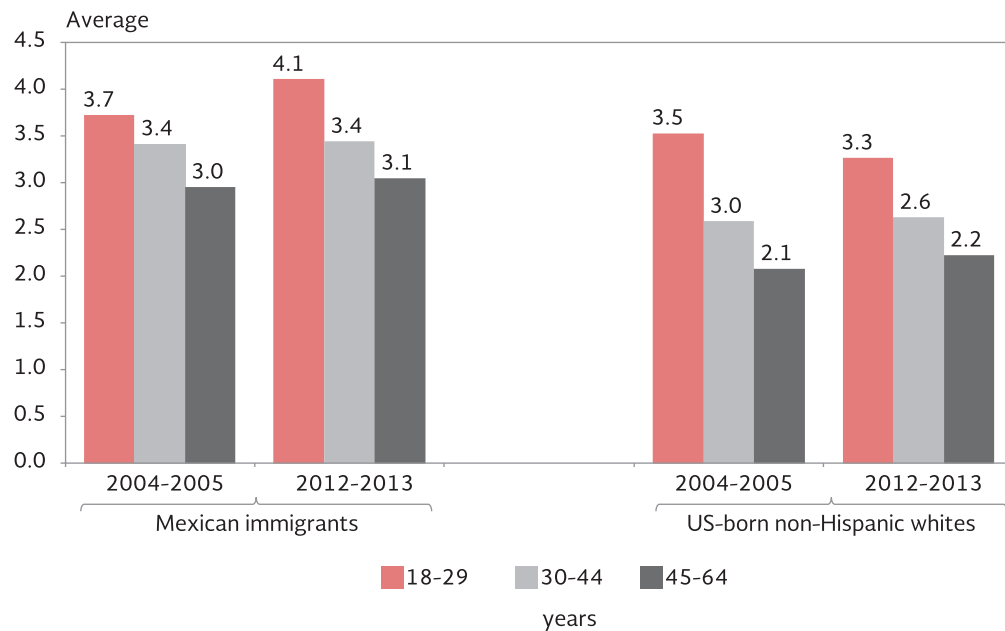


Figure 44. Population ages 18 to 64 living in the United States by average consumption of alcohol, based on region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

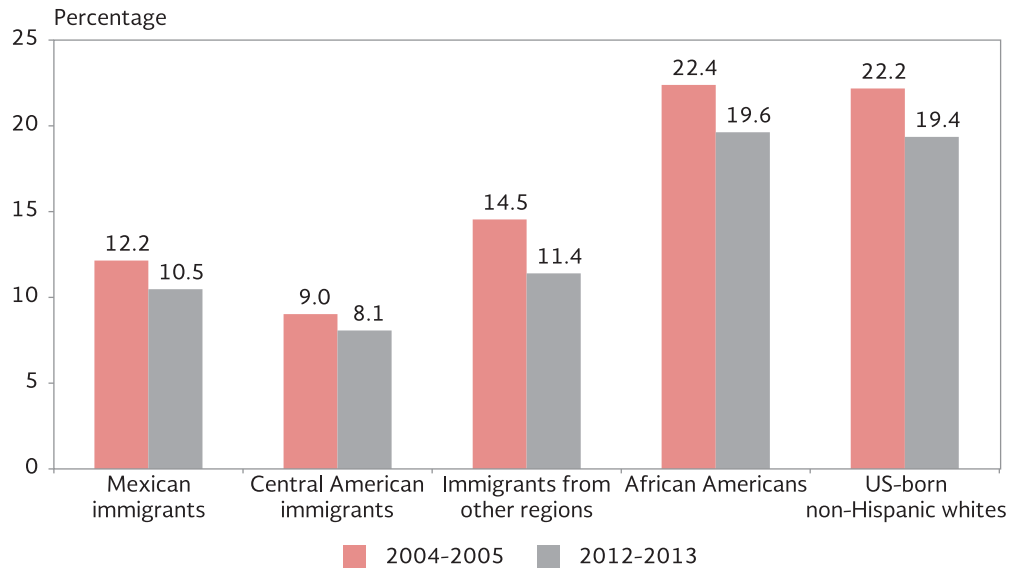
Figure 45. Population living in the United States by average consumption of alcohol per occasion, based on age group and region of origin, ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.



Figure 46. Population ages 18 to 64 living in the United States that currently smokes, by region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Estimates by CONAPO, based on *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

smoking rates (8%). These trends present an improvement in the health risk profile for Mexican and Central American immigrants and an advantage over the US-born population.

Among Mexican immigrants, the greatest decline in smoking was recorded among 30 to 44 year-olds (Figure 47). That age group now has the lowest smoking rates among Mexican immigrants.

In 2012-2013, daily cigarette consumption among Mexican immigrants who smoked was half that of US-born non-Hispanic whites (7.4 and 15.2 cigarettes, respectively), while there was a difference of one cigarette between occasional smokers of both origins (Figure 48). Especially for regular smokers, the much lower number of cigarettes smoked per day by Mexican immigrants provides a modest health risk advantage.

HEALTH CONDITIONS

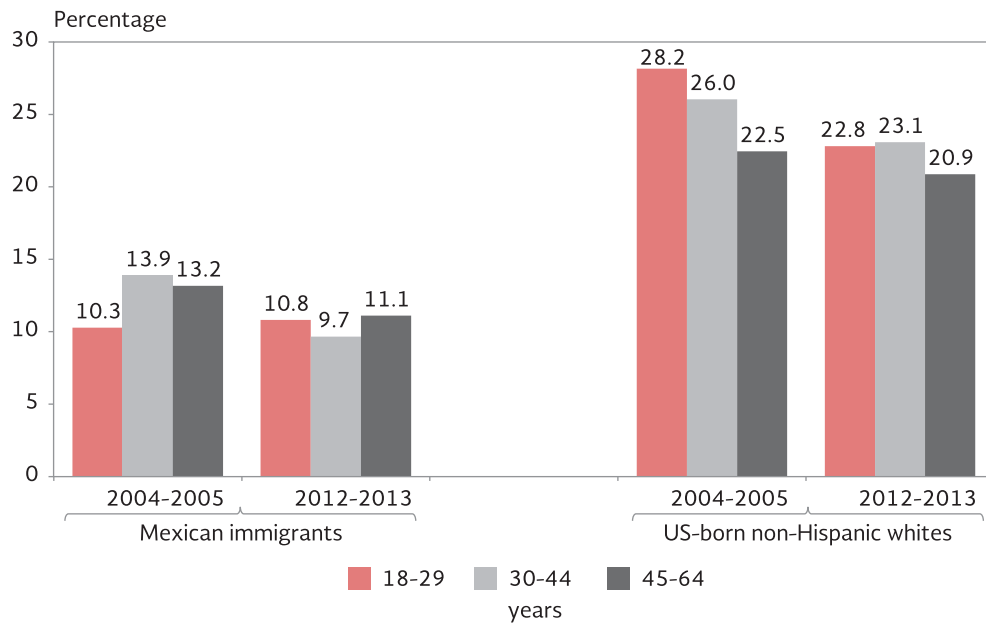
Children

Hispanic children are very similar to non-Hispanic whites in their rates of hospital admissions for diabetes complications

In recent years, diabetes has increased among children and adolescents, and Type 2 diabetes mellitus, formerly considered an exclusively adult ailment, has occurred with increasing frequency. Type 2 diabetes is associated with physical inactivity, poor diet and overweight and obesity. These trends are being seen in both wealthy and middle-income countries.

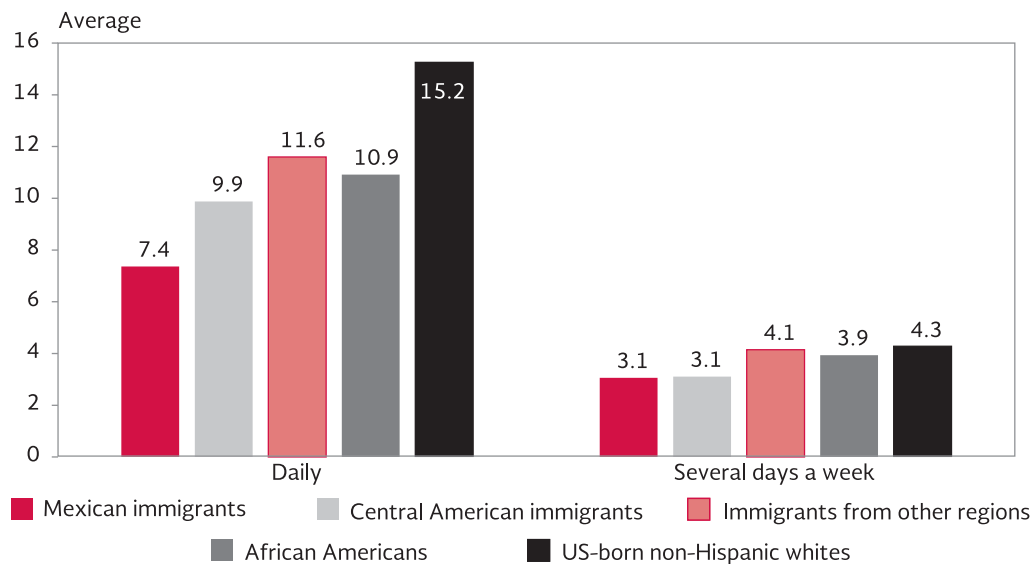
Between 2008 and 2009 in the United States, 18 000 children and adolescents under age 20 were newly diagnosed with diabetes. Among children under ten years, whites and African Americans displayed the highest rates during that period, while among children over age ten the incidence was highest among African Americans and Hispanics (CDC, 2014).

Figure 47. Population living in the United States that currently smokes, by age group, based on region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

Figure 48. Population between 18 and 64 years living in the United States that currently smokes, by average consumption and frequency, based on region of origin and ethnicity or race, 2012-2013



Note: During the period 2012-2013, 48.8% of the Mexican population that smoked did so daily, and the remaining 51.2% did so several days a week.

Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013.



In 2009, according to data from the Agency for Health Research and Quality (AHRQ), African Americans between ages six and 19 years had the highest rate of hospital admissions for diabetes complications (53 per 100 000), followed by non-Hispanic whites (32 per 100 000), and finally the Hispanic population at 25 per 100 000 (Figure 49). Although Hispanics had the lowest rate of hospital admissions, the differences between Hispanics and non-Hispanic whites was much lower when examined over a ten year period.

Hispanic adolescents have the second highest percentage of treatment for depressive episodes

In 2010, the percent of adolescents receiving treatment for a depressive episode was slightly higher among non-Hispanic whites (41%) than among the Hispanic population (38%), followed by much lower rates for African Americans (23%) (Figure 50).

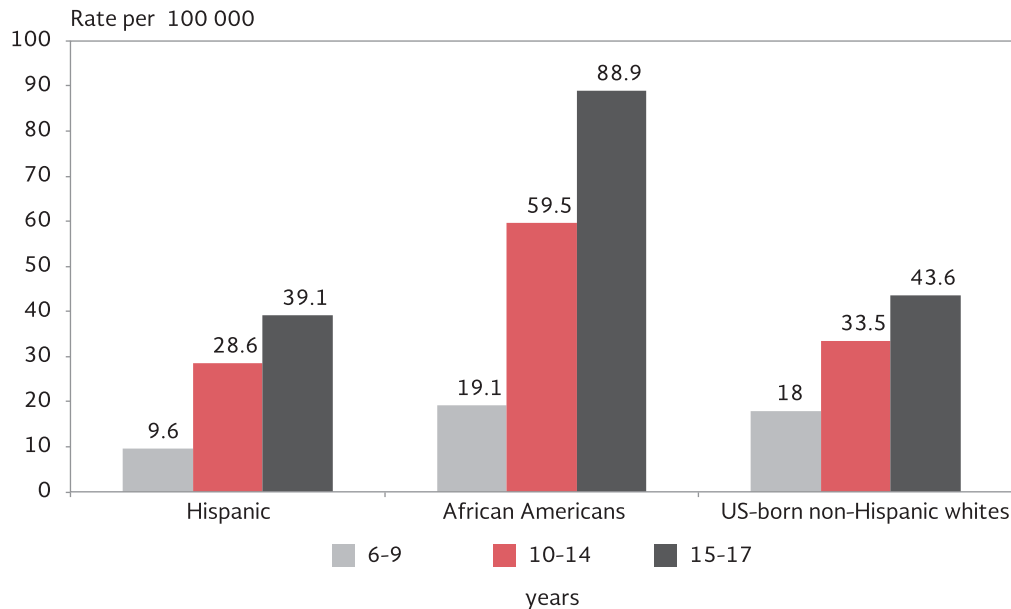
Adults

Mexican immigrants display the lowest percentage of heart disease, cancer and hypertension diagnosed by a health professional in comparison to other groups (Figure 51). Nonetheless, this could be partly a reflection of their lower use of medical services that leads to lower rates of diagnosis, rather than an indication of lower disease rates. In addition, Mexican immigrant adults are younger than the US-born population, and each of these conditions becomes more common with increasing age.

Mexican adults reported the highest increase in persons diagnosed with diabetes

Diabetes, which is directly related to overweight and physical inactivity, is a growing problem among the Mexican and Hispanic populations. The percent of diagnosed diabetes among Mexican immigrant adults (8.1%) is only lower than that of African Americans

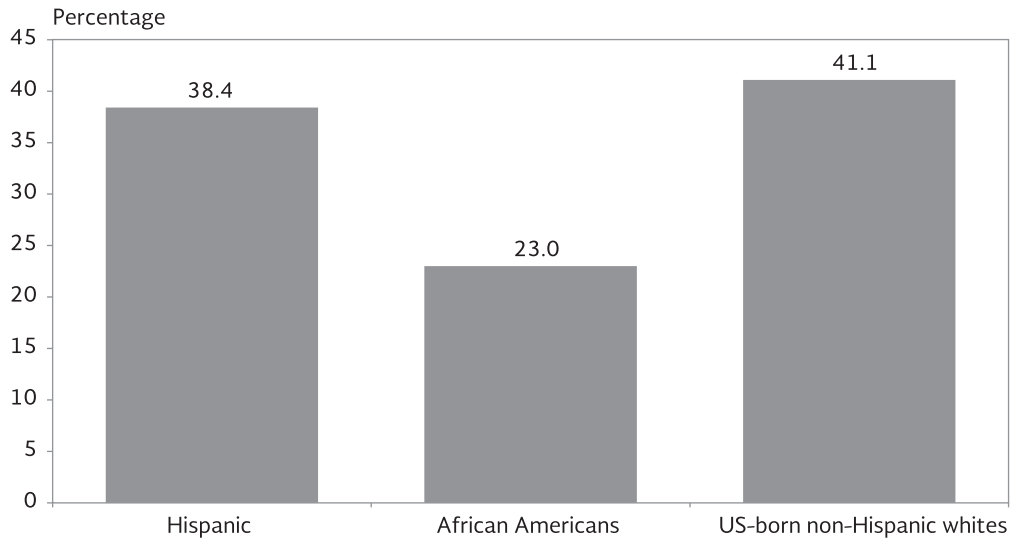
Figure 49. Minors in the United States having been admitted to hospital for diabetic complications, by age group and ethnicity or race, 2009



Source: Produced by CONAPO, based on the Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.

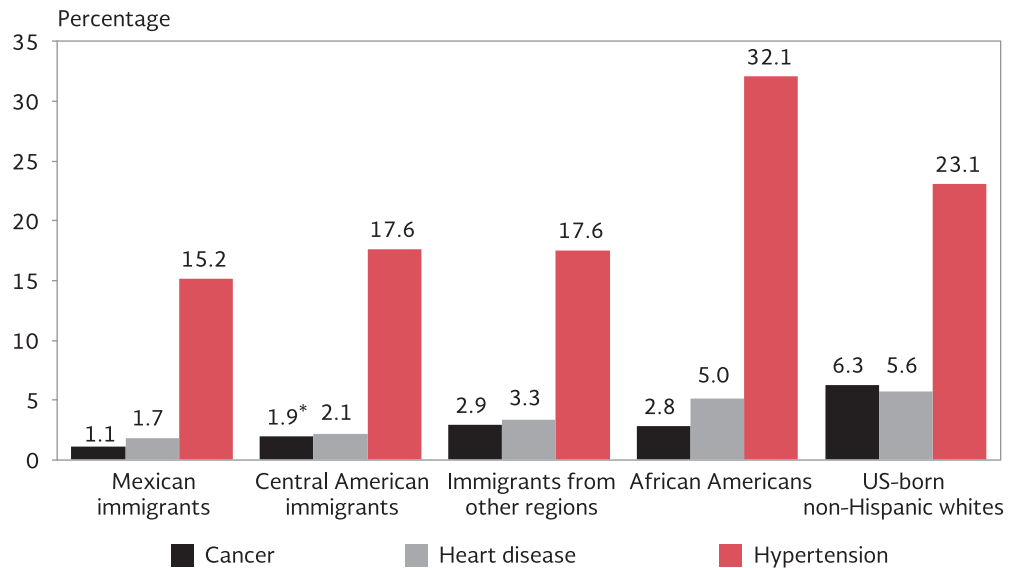


Figure 50. Population ages 12 to 17 in the United States having received treatment for depressive episodes, by region of origin and ethnicity or race, 2010



Source: Produced by CONAPO, based on the Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.

Figure 51. Population ages 18 to 64 in the United States diagnosed with Cancer, Heart Disease or Hypertension, based on region of origin and ethnicity or race, 2012-2013



Note: * Estimate based on under 30 sample cases.

Source: Migration Policy Bureau, SEGOB, based on U.S. State Health Access Data Assistance Center, *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013. Integrated Health Interview Series. Minneapolis: University of Minnesota.



(11.3%). Mexican immigrants also had the second highest increase in the proportion of their group with diabetes between 2004-2005 and 2012-2013, after African Americans (Figure 52).

Across all population groups, diabetes is most frequently diagnosed in the 45 to 64-year-old age group. Indeed, 17% of Mexican immigrants in that age group report a diagnosis of diabetes, a proportion only exceeded by that of African Americans (19%) (Figure 53).

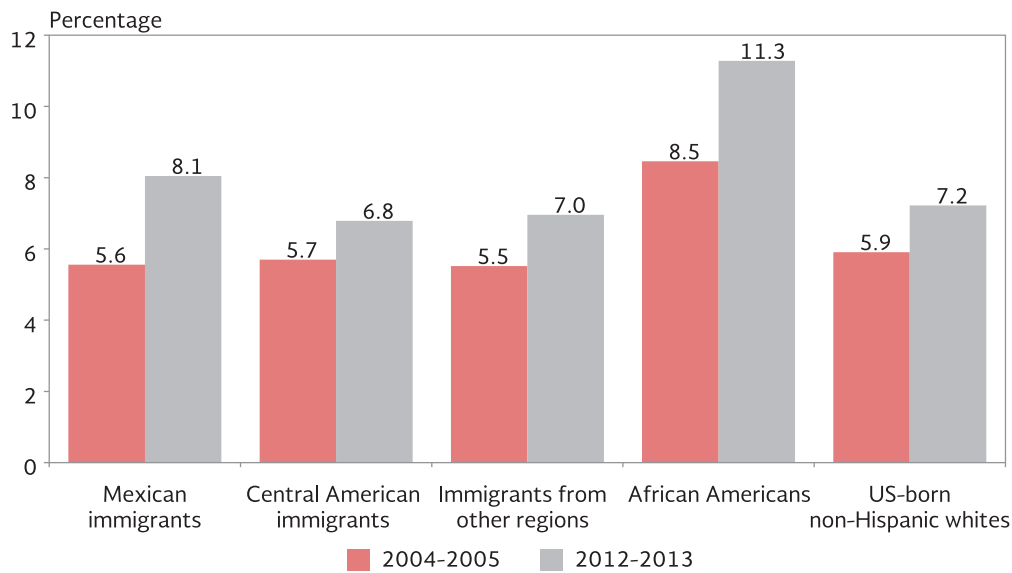
Among the immigrant population, length of residence in the United States is a key determinant in the diagnosis of diabetes. Although most of those were not suffering from the illness when they arrived in the US, for others it was not detected until complications appeared. For the majority of those who migrated without diabetes, they encountered additional risk fac-

tors in the US including changes in their socioeconomic level, diet, and physical activity that increased their risk for the development of the disease.

In the three groups of immigrants, the proportion of working-age adults diagnosed with diabetes is clearly higher among long-term residents than recent arrivals. This can be explained by the older age of those who have lived for over ten years in the United States, but also their improved access to medical services that increases the chances of being diagnosed and their adoption of unhealthy habits in the host country.

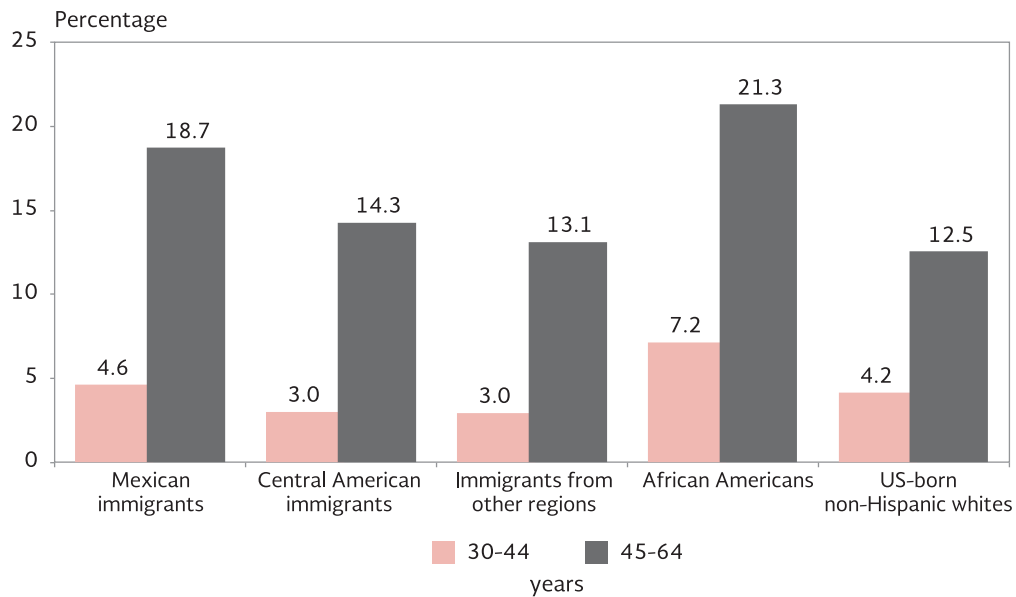
According to data for the period from 2010 to 2013, Mexicans have a higher prevalence of diagnosed diabetes among long-term adult residents (9.6%) than Central American and all other immigrants. On the other hand, among recent arrivals, Mexicans have the lowest percentage of diagnosis (2.3%) (Figure 54).

Figure 52. Population ages 18 to 64 in the United States having been diagnosed with diabetes, by region of origin and ethnicity or race, for periods 2004-2005 and 2012-2013



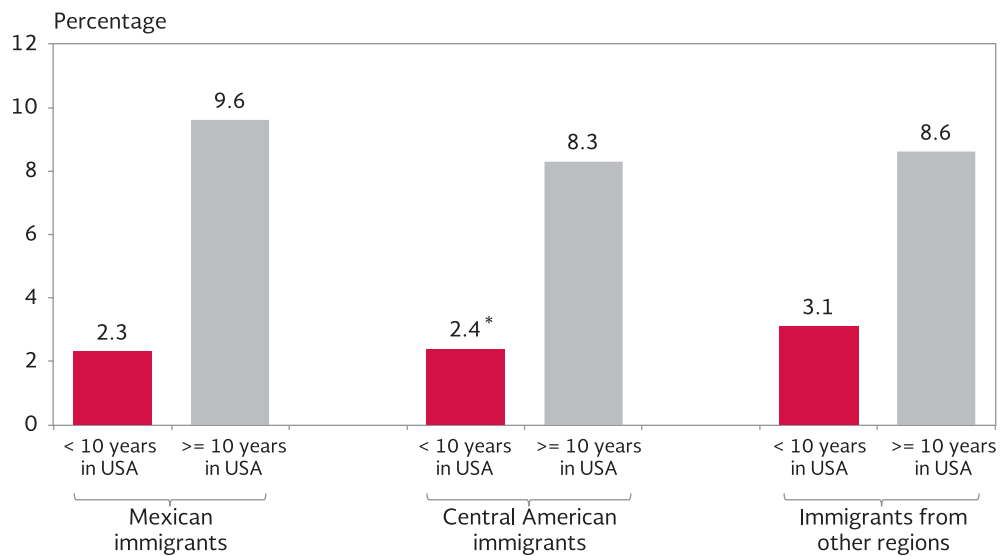
Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

Figure 53. Population living in the United States having been diagnosed with diabetes, by age group, by region of origin and ethnicity or race, 2012-2013



Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013.

Figure 54. Population between 18 and 64 years in the United States diagnosed with diabetes, based on origin by length of residence during the period from 2010 to 2013



Note: * Estimate based on under 30 sample cases.

Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2010-2013.



The Hispanic population has higher rates of detection of new cases of HIV and cervical cancer than US-born whites

In 2009, the Hispanic population displayed higher rates of new cases of HIV cases per 100 000 persons over 13 years old than that of non-Hispanic whites (18.8 and 5.5, respectively). The highest incidence rate was among African Americans (55.2). An analysis by gender shows that men have a higher incidence across all population groups (Figure 55), although it should be noted that it is less common for men to have an HIV test than women as shown in the previous chapter.

According to the *National Healthcare Disparities Report*, between 2004 and 2008, the Hispanic population displayed the lowest rate of Pap tests within the recommended time frame. This in turn contributes to

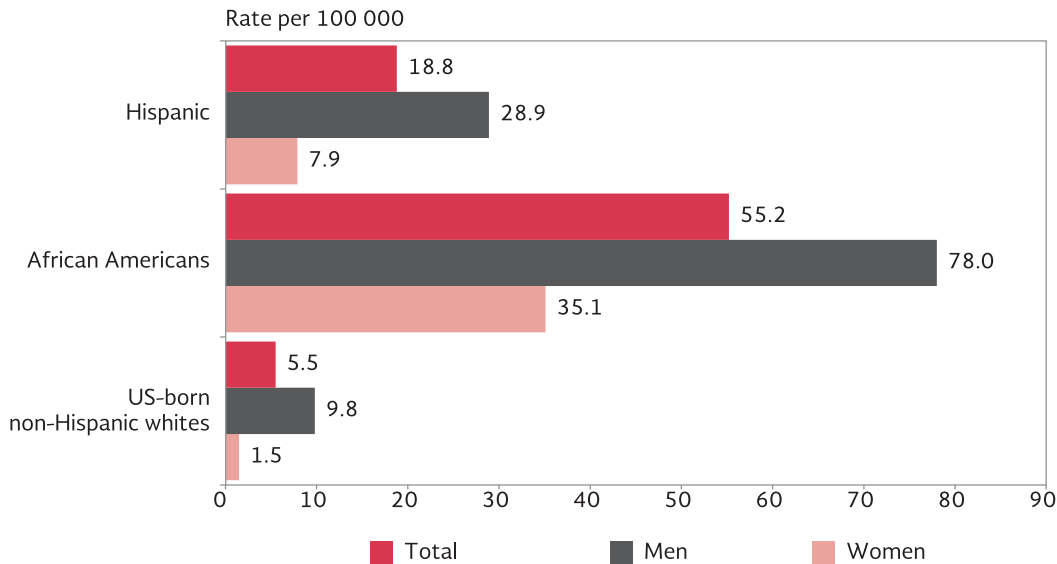
higher rates of advanced stages of cervical cancer at diagnosis among Hispanic women over 20 years (17.1 per 100 000 persons) (Figure 56).

Older adults

Mexican immigrants and African Americans age 65 and over have the highest rates of diagnosed diabetes

It is crucial to know the health conditions faced by Mexican older adult immigrants, as some are undocumented and cannot obtain health coverage, while many more live on inadequate incomes, making it difficult for them to seek treatment. Moreover, many immigrant workers delay preventive and timely care, which increases the likelihood of diseases at later ages.²

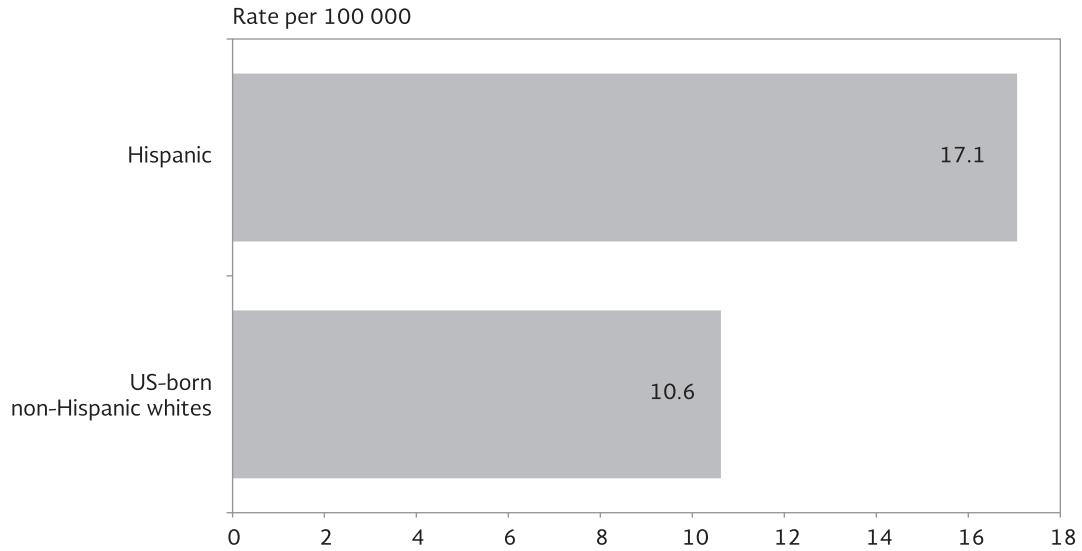
Figure 55. Population over 13 years among new cases of HIV, by gender and based on region of origin and ethnicity or race, 2009



Source: Produced by CONAPO based on the National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (NCHHSTP), HIV/AIDS of the Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.

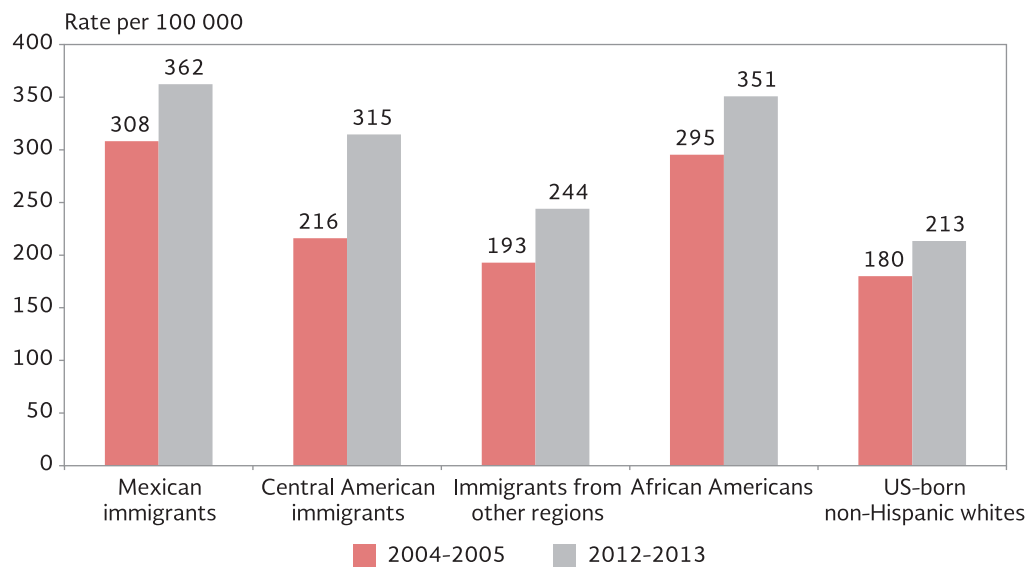
² A recent study states that half of short-term Mexican migrants in this age group are unknowingly suffering from the illness (Barcelo et al., 2012). Another study indicates that this is directly linked to the period of time spent in the United States, and that a longer stay tends to undermine the health advantages of immigrants in comparison with US-born population (López and Golden, 2014).

Figure 56. Women over age 20 living in the United States having been diagnosed with an advanced stage of cervical cancer, by region or origin and ethnicity or race, 2004-2008



Source: Produced by CONAPO based on the Centers for Disease Control and Prevention and the National Cancer Institute, National Program of Cancer Registries, United States Cancer Statistics, at the Agency for Healthcare Research and Quality, 2004-2008.

Figure 57. Population over 65 years living in the United States having been diagnosed with diabetes, by region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.



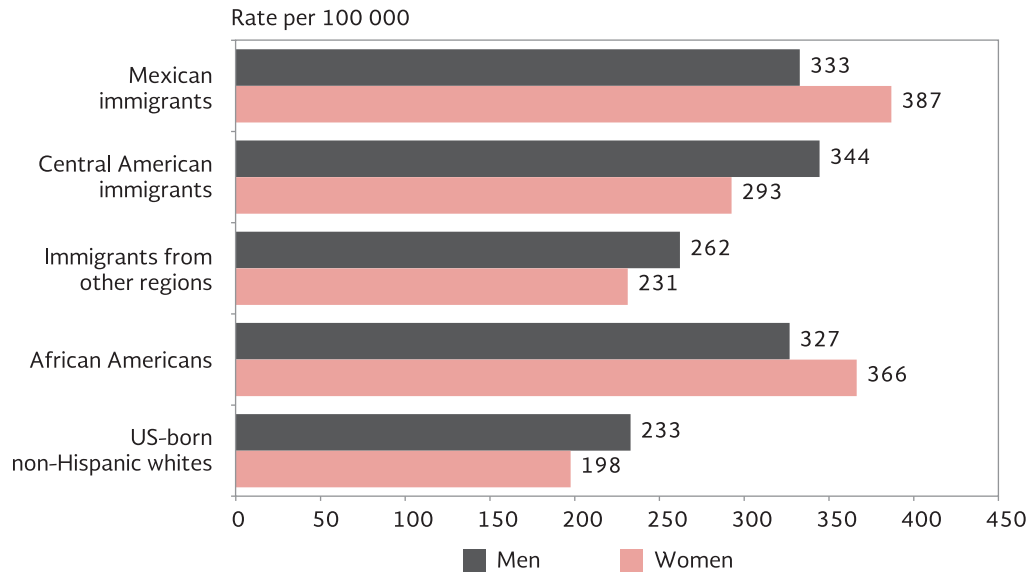
During the 2012 to 2013 period, Mexicans and African Americans had the highest rates of diabetes diagnosis, with 362 and 351 per 1 000 respectively, far higher than that of non-Hispanic whites (213 per 1 000) (Figure 57). This is a priority issue since the limited access to health services experienced by Mexican immigrants reduces their access to timely diagnosis and adequate treatment, which is exacerbated by economic, social and language barriers.

Moreover, elderly Mexican immigrant and African American women display a higher prevalence than men, whereas in other groups, the situation is reversed. Importantly, Mexicans and Central Americans have the greatest gender gaps out of the five population groups (54 and 51 per 1 000, respectively) (Figure 58).

Women experience more difficulty than men in performing daily activities in old age

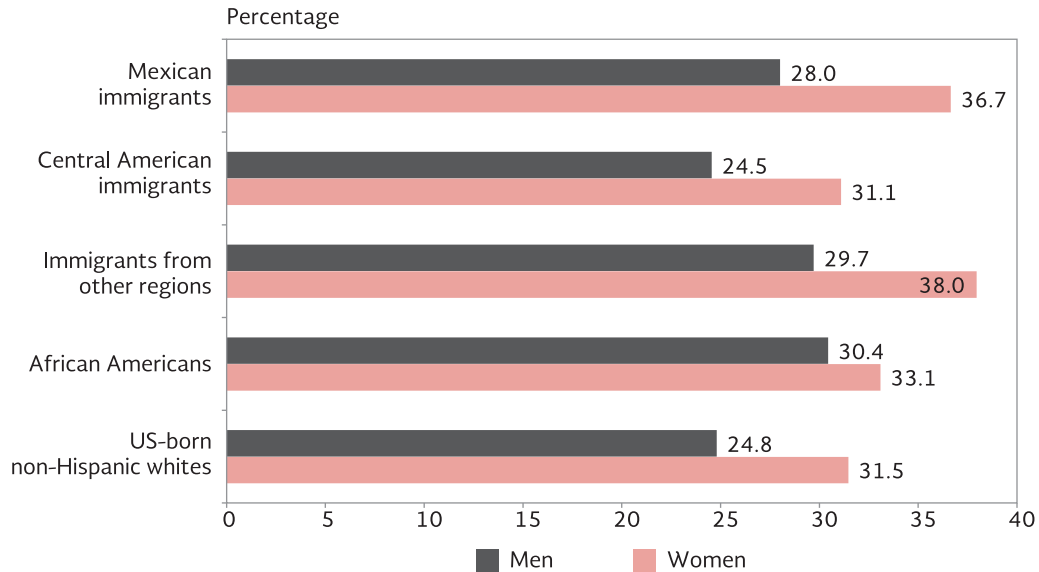
In 2012-2013, across all population groups, women over 65 had a higher rate of functional limitations than men over 65. Mexican immigrant women have the second highest rate of functional limitations (37%) after other immigrants (38%), and the rate for Mexican immigrant men (28%) is lower than African Americans and other immigrants, but higher than that of US-born non-Hispanic whites (25%). Mexicans have the highest gender gap of all the five population groups (8.7 percentage points) (Figure 59).

Figure 58. Population over age 65 living in the United States having been diagnosed with diabetes, by gender, based on region of origin and ethnicity or race, 2012-2013



Source: Estimates by CONAPO, based on National Health Interview Survey (NHIS), 2012-2013.

Figure 59. Population above 65 years living in the United States, with a functional limitation,* by gender, based on region of origin and ethnicity or race, 2012-2013



Note: * Functional limitation refers to a physical, mental or emotional health problem or illness.
 Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2012-2013.

Mexican immigrants age 65 and over living in the United States have the highest rate of feeling sad

Persistent sadness, mourning or melancholy indicates depression, a condition that is insufficiently diagnosed since it is often overlooked when patients present with other physical and mental ailments (Sánchez *et al.*, 2008).

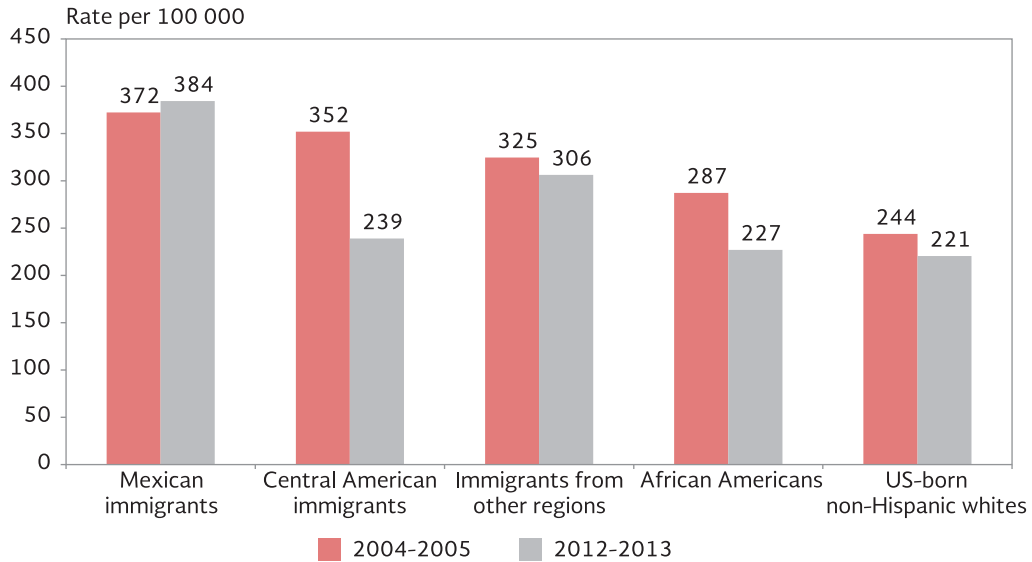
All immigrants report the highest rates of experiencing sadness in the past 30 days, both in 2004-

2005 and 2012-2013, while Mexican immigrants have the highest rate of 384 per 1 000 persons. There has been a slight increase among Mexicans, while the four other groups saw decreases, particularly among Central Americans, which has placed them at a nearly similar level to the US-born population in the most recent period (Figure 60).

Across the five groups, women have a greater tendency to feel sad than men, although Mexicans display the smallest gender gap (Figure 61).

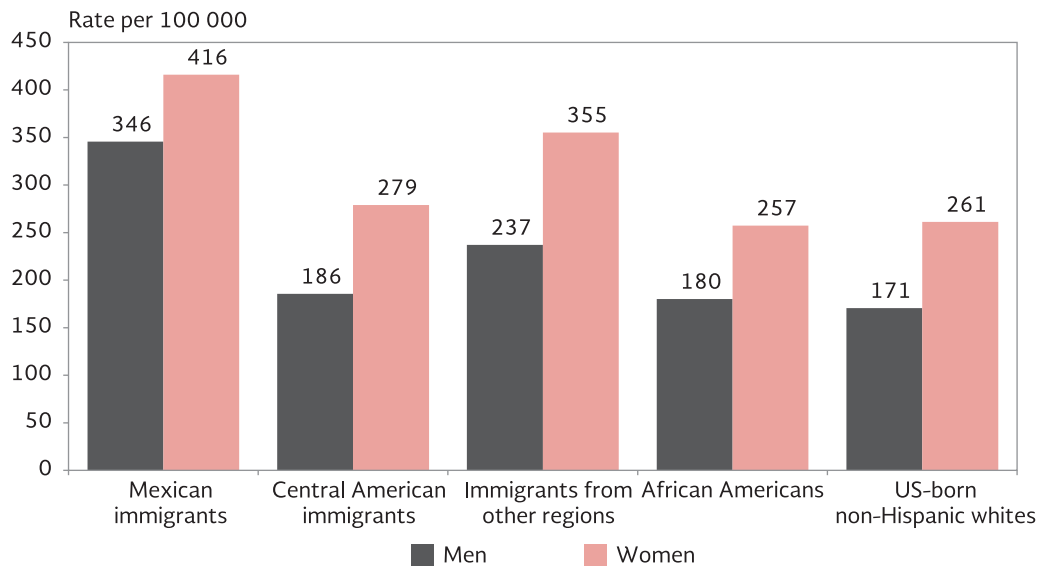


Figure 60. Population above 65 years living in the United States that has felt sad in the previous year,* by region of origin and ethnicity or race, 2004-2005 and 2012-2013



Note: * Persons who felt rarely, occasionally, often or constantly sad in the 30 days previous to the interview.
 Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey (NHIS)*, 2004-2005, 2012-2013.

Figure 61. Population above 65 years living in the United States that have felt sad in the previous year,* by gender, based on region of origin and ethnicity or race, 2012-2013



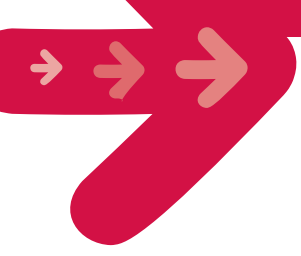
Note: * Persons who rarely occasionally, often or constantly felt sad during the 30 days previous to the interview.
 Source: Estimates by CONAPO, based on the *National Health Interview Survey*, 2012-2013.



CONCLUSIONS

The results of this chapter show that despite positive indicators for certain health conditions and health risk factors over the past ten years, the poor health of Mexican immigrants in terms of certain diseases, particularly diabetes, is of concern. Given the low socioeconomic level, low rates of access to care and the aging of this population, immediate efforts are required to prevent further deterioration in health.

Overall, there has been improvement in the health risk profile for Mexican and Central American immigrants in terms of decreases in smoking rates. Mexican immigrant adults also enjoy lower rates of cardiovascular disease, cancer and hypertension. However, diabetes is a condition that supposes a significant current threat to health, as Mexican immigrant adults are the group for which diagnosis of this condition is increasing most rapidly. It is also problematic that Mexican immigrant adults over 65 make up the group with the highest rates of diabetes, as they are also more likely to live with low incomes and lack health care. And for newly arrived migrants, changes adopted in the host country put them at increased risk for developing the disease in future years. With the relationship of diabetes to other chronic diseases, these trends point to a growing public health problem that needs addressing. Improvement in prevention, diagnosis and treatment of the disease can be more successful if carried out in conjunction with improvements in health insurance coverage and access to quality care for the immigrant population.



CHAPTER IV

FERTILITY AND MORTALITY AMONG THE HISPANIC POPULATION

INTRODUCTION

Migration is one of many factors of demographic change which, together with mortality and fertility, can affect the growth and composition of the population. This chapter presents information on fertility and mortality rates, in addition to other key indicators, based on vital statistics.¹ These rates are also often used as an indicator of well-being and health status of the population, this chapter further analyzes the principal causes of death that can provide insights into the health of immigrant and other population groups in the United States, as well as their need for health services.

The data used to calculate vital statistics² are based on the inter-censal estimates produced since 2000 by the National Center for Health Statistics (NCHS) in collaboration with the National Cancer Institute (NCI) and the United States Census Bureau. These institutions use data on ethnicity and origin in their estimates, when the estimate considers origin; it not only recognizes a person's place of birth, but also his heritage, nationality and descent. Using these criteria, this chapter identifies the principal changes in fertility and mortality among the Hispanic, non-Hispanic African American

and non-Hispanic white population. In the case of the Hispanic population, the analysis focuses on persons of Mexican, Central American and South American origin. The degree of specificity and the period of analysis depend on the information provided by the NCHS.

FERTILITY

Since 2007 there has been a decline in total births, particularly among Mexican mothers

The period between 2004 and 2007 saw an increase in total births across all the population groups, however after 2007 there was a downward trend, and by 2012 the largest decrease was recorded among Mexican women (23%), almost equal to Central and South American women³ (22%). The decline in total births was lower in non-Hispanic whites (8%) and non-Hispanic African Americans (7%) (Figure 62).

Two states alone, California and Texas, account for approximately six out of ten births to Mexican mothers. There was no significant change in the geographic distribution in those births between 2004 and 2012 (Figure 63).

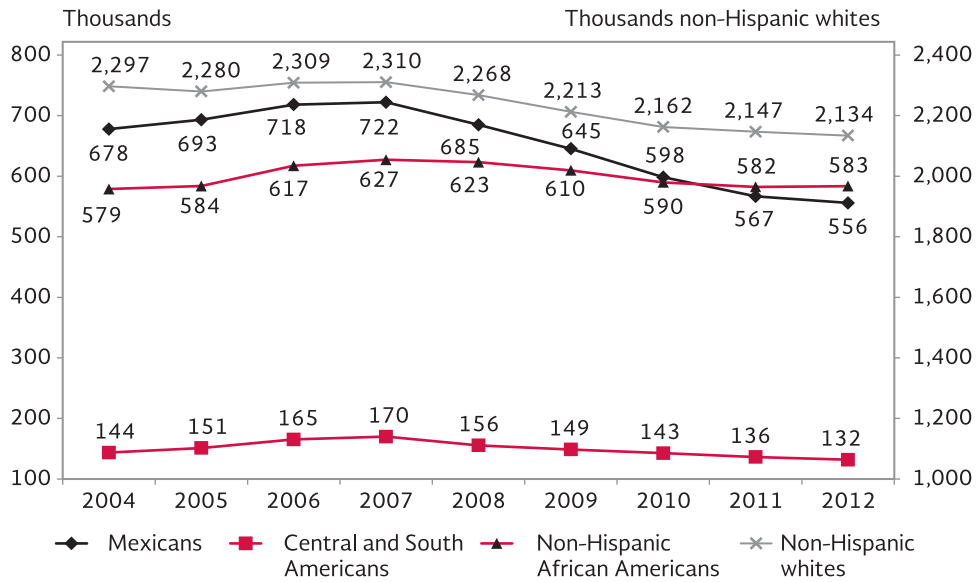
¹ In the United States, each state is responsible for recording vital statistics. These jurisdictions (50 states, five territories and two cities) are tasked with recording the information, taking minutes and sending copies of these to citizens. The Federal Government publishes these vital statistics through the National Vital Statistics System (NVSS), and data are provided by NCHS and local civil registry offices.

² For more details about the indicators used in this chapter see the definitions of the National Association for Public Health Statistics and Information Systems (NAPHIS) in <http://www.naphis.org/Pages/StatisticalMeasuresandDefinitions.aspx>

³ These are presented as a single population group (the Central and South American).

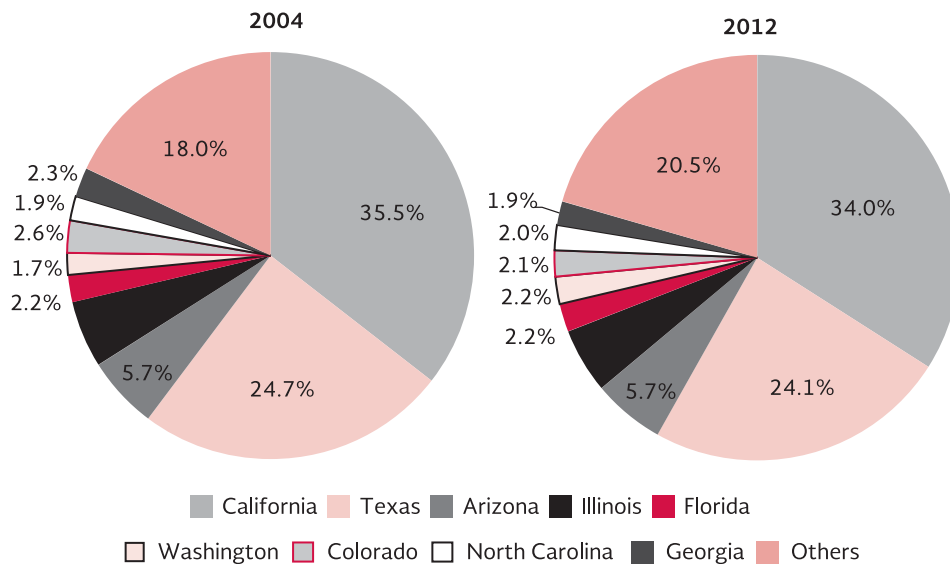


Figure 62. Total births in the United States, by origin and ethnicity or race of mother, 2004-2012



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Births, 2012.

Figure 63. Percentage distribution of live births born to mothers of Mexican origin, by US States, 2004 and 2012



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Births, 2012.

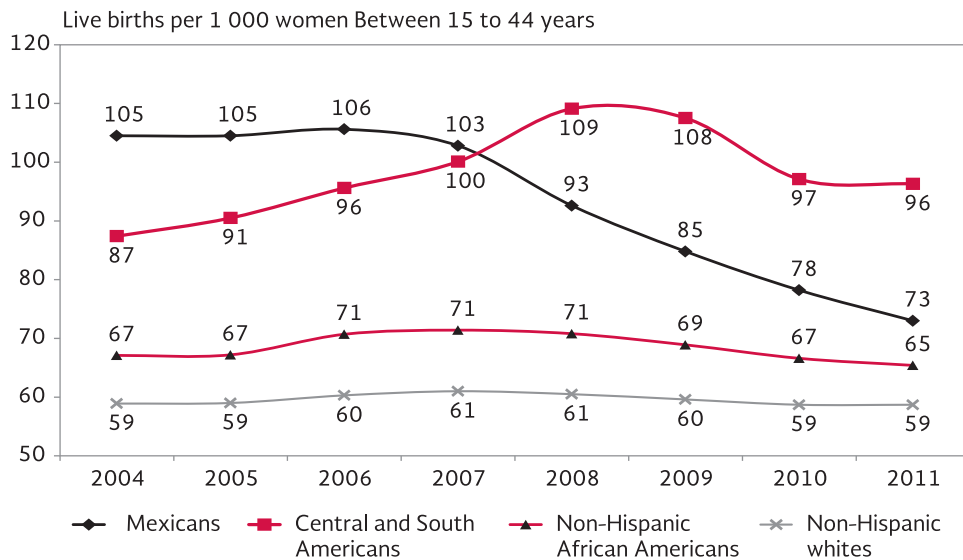


Mexican mothers have reduced their fertility for the period 2004-2011

The general fertility rate of Mexican women dropped considerably, from 105 live births per 1,000 women in 2004 to 73 in 2011. Conversely, the rate among Central and South American women increased from 87 to 96 live births over the same period. Among non-Hispanic African American and non-Hispanic white women the trend was more stable (Figure 64).

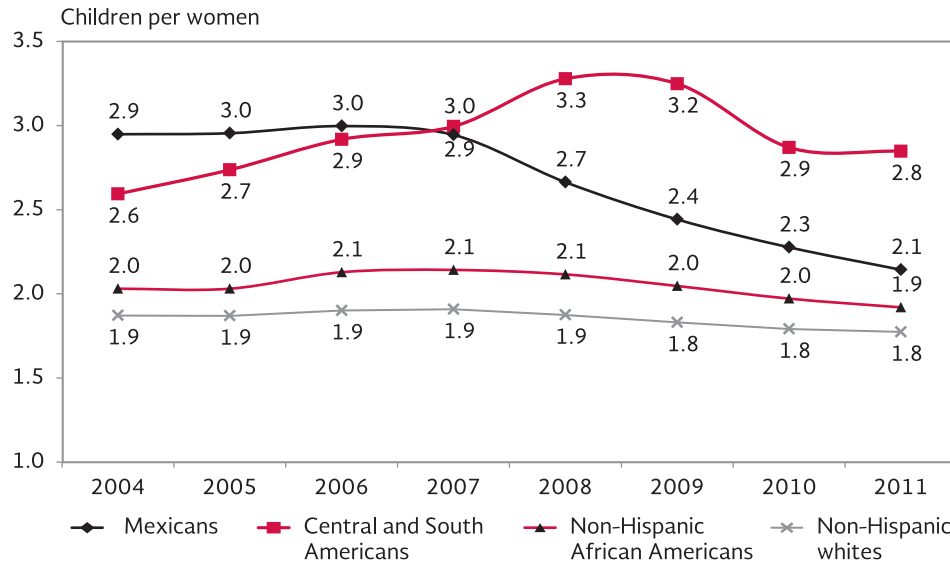
The total fertility rate among Mexican women fell by almost one child, from 2.9 children per women in 2004 to 2.1 in 2011, a decrease that seem excessive, and that need greater studies to explain it. The only group that showed an increase was Central and South Americans, where rates rose from 2.6 to 2.8 children per woman (Figure 65).

Figure 64. General fertility rate in the United States, by origin and ethnicity or race of mother, 2004-2011



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Births, 2012.

Figure 65. Total fertility rate in the United States, by origin and ethnicity or race of mother, 2004- 2011



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Births, 2012.

Mexican women have reduced their likelihood of becoming mothers at an early age

Significant changes took place in the specific fertility rates by age group for women of Mexican descent in the period between 2004 and 2011. Whereas in 2004 the fertility structure was characterized by an early peak curve, with the highest fertility among 20 to 24-year-olds (112 births per 1,000 women), by 2011 it had become a dilated peak curve, typical of populations with a low fertility rate, with the highest fertility among 20 to 24-year-olds and 25 to 29-year-olds (112 and 118 births per 1,000 women, respectively) (Figure 66). During the same period, the fertility rate for Mexican adolescents of Hispanic origin fell from 90 to 48 births per 1,000 women. This speaks of the decline of motherhood in the number of teenagers and young Mexican women.

In the case of women ages 30 to 44, although their fertility rate decreased, this did not happen as quickly as among younger age groups (Figure 66). The reduction in birth and fertility rates can be attributed,

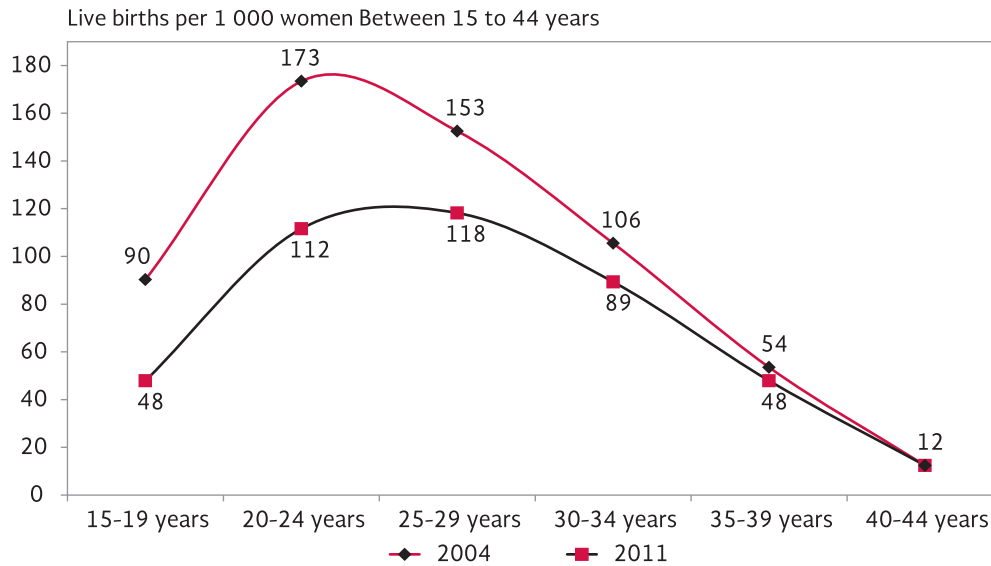
among other factors, to the adoption of the predominant reproductive pattern of the host society as well as the replication of the reproductive pattern of the society of origin since these rates are also falling in Mexico and the decrease in the migratory flow (РНС, 2011).

The average age at which Mexican women have their first child increased by almost a year

The change in Mexican women's fertility patterns is also reflected in the average age at which their first child is born. Over the past nine years, Mexican, Central American, South American and African American women have delayed the birth of their firstborn by almost a year. In 2012, Mexican and African American women had the youngest average ages of becoming first-time mothers (23.2 and 23.6 years, respectively), followed by Central American and South American women and non-Hispanic white women, who had an average age that was three years older (26.2 and 26.6 years, respectively) (Figure 67).



Figure 66. Specific fertility rate by age group among women of Mexican Origin in the United States, 2004 and 2011



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Births, 2012.

Another factor that changed significantly is the mothers' marital status at the birth of the first child. After 2004, the percentage of unmarried women increased across almost all population groups. In 2012 half of Mexican, Central American and South American women were unmarried or cohabiting when their first child was born. Conversely, seven out of ten African Americans and only three out of ten non-Hispanic white women were unmarried (Figure 68).

MORTALITY

The Hispanic population has lower mortality rates than the African American and non-Hispanic white population

Between 2004 and 2011, the total number of deaths among the Hispanic population increased by almost 22%, whereas the rise among the non-Hispanic white population was only 3.8% and the rate remained relatively stable among African Americans (Figure 69).

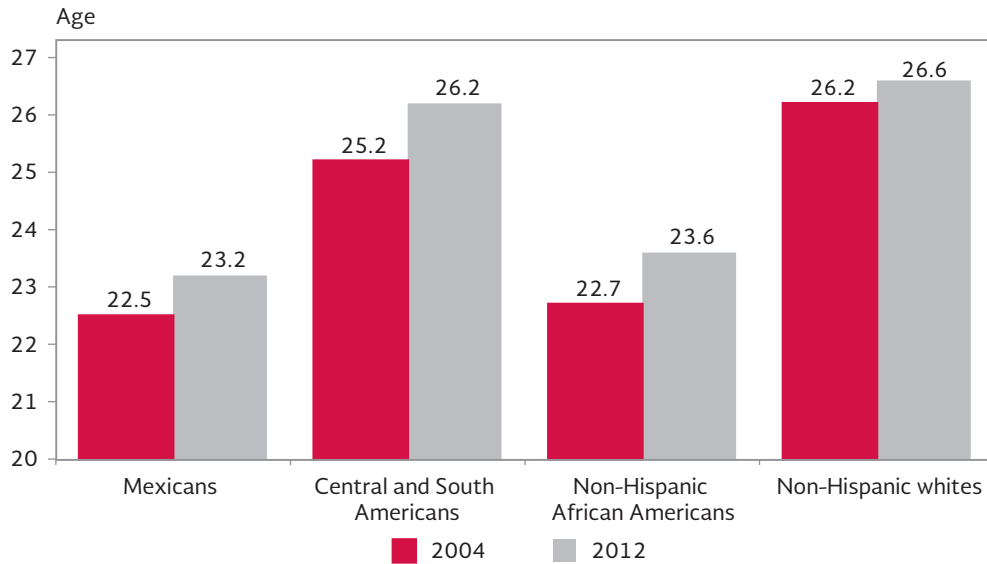
However, adjusted mortality rates show a decrease in mortality among almost all population groups, 15.2% among African Americans (from 1 063 to 902 per 100,000 people), 12.3% among Hispanics (from 617 to 541 per 100 000 people) and 6.7% among non-Hispanic whites (from 808 to 754 per 100 000 people) (Figure 70).

The incidence of the four leading causes of death is lower among Hispanics than non-Hispanic whites, with the exception of diabetes mellitus

Four important causes of death in the United States for the period from 2008 to 2010 are cardiovascular diseases, cancers, diabetes mellitus and non-intentional lesions.⁴ The Hispanic population has the lowest mortality rates across all age groups, both for cardio-

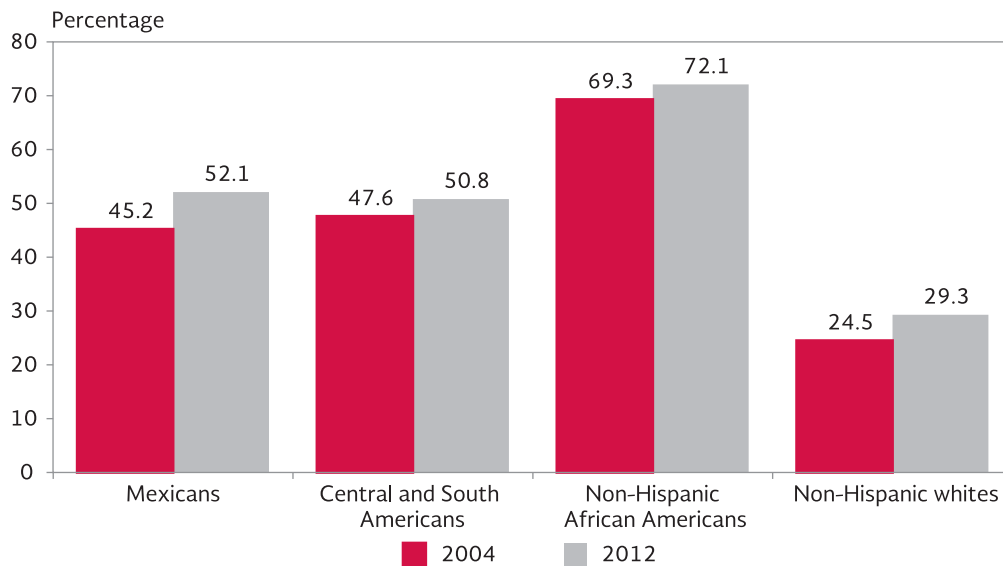
⁴ Since persons under 55 have very low rates of death caused by illness, only the age groups in which the differences between population groups can be perceived more clearly are shown.

Figure 67. Average age of mother when giving birth to first child in the United States, by origin and ethnicity or race, 2004 and 2012



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Births, 2012.

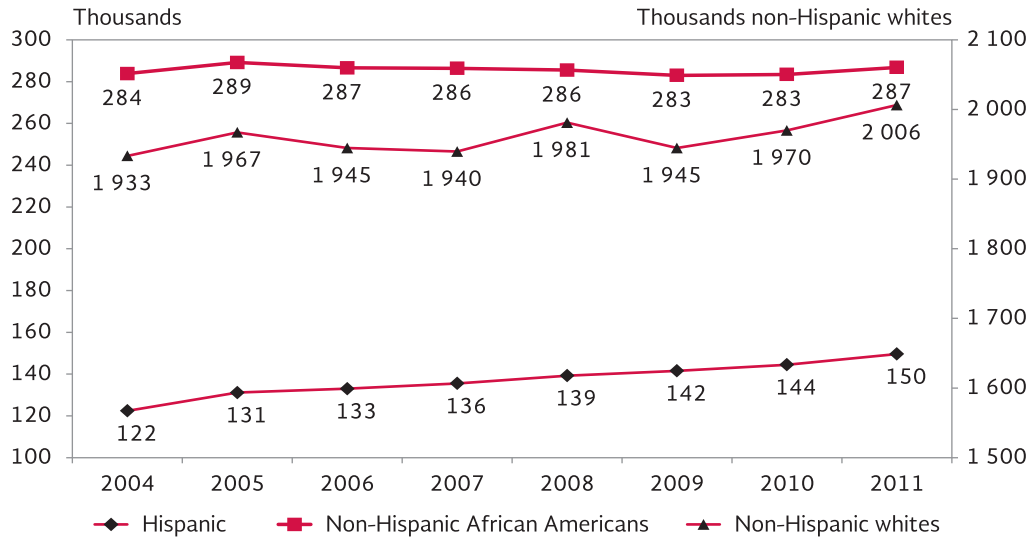
Figure 68. Percent of mothers who are unmarried when giving birth to their first child, United States, by origin and ethnicity or race, 2004 and 2012



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System, Births, 2012.

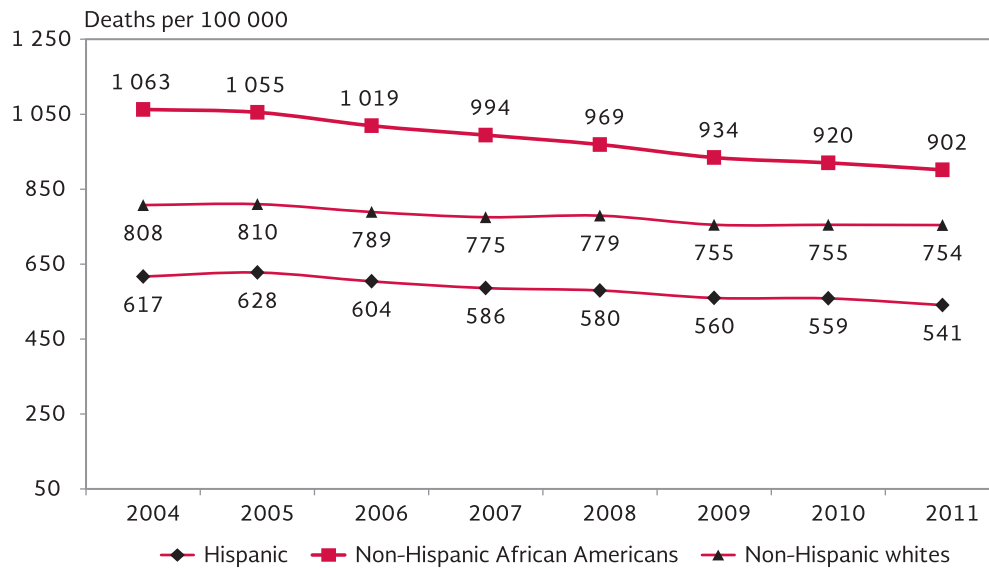


Figure 69. Total deaths in the United States, by origin and ethnicity or race, 2004-2011



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Deaths, 2011.

Figure 70. Adjusted death rate in the United States, by origin and ethnicity or race, 2004-2011



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Deaths, 2011.



vascular diseases and cancers, and are only higher than those of African Americans for unintentional injuries for this age group. However, they have the second highest rate of diabetes mellitus, after African Americans (Figure 71).

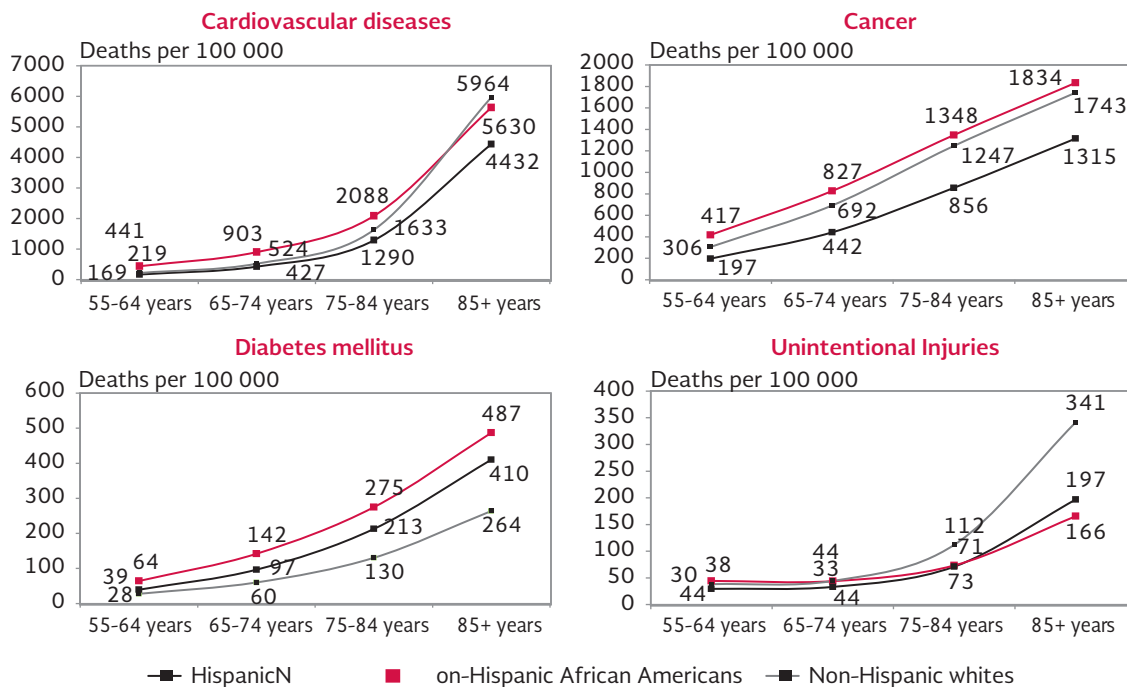
The prevalence of diabetes mellitus among the Hispanic population represents a severe health problem, since after the age of 55 it exceeds the mortality rate of the white population, a gap that increases with age. The difference for the age group 75 to 84 years is particularly striking, as diabetes accounts for 213 deaths per 100 000 persons, while for whites it is only 130 deaths. The magnitude of this gap is maintained in the oldest age group (85 and above), where Hispanics have a rate of 410 deaths per 100 000 persons, compared to 264 deaths for the non-Hispanic white population (Figure 71). This situation can be explained by a combination of factors, including the high percentage of overweight persons in the Hispanic community, in-

sufficient physical activity, higher alcohol consumption and a lack of adequate primary medical care management following the diagnosis, which the Hispanic population shares with African Americans. Diabetes risk factors, including poor diet, lack of diagnosis and timely care, and unhealthy lifestyles, are highest among those with the lowest incomes (PHC, 2002).

The leading causes of infant deaths among the Hispanic population are congenital anomalies

During the period 2002-2004 and 2008-2010, there has been a decrease in infant mortality rates in all population groups, though the decline was less in the Hispanic population (3.9%) and the highest was in the African American population (11%). In contrast, in the non-Hispanic white population the decline was 6.6% (see Figure 72).

Figure 71. Principal causes of mortality among the population above 55 Years in the United States by age groups, by origin and ethnicity or race, 2008-2010



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Deaths, 2008-2010.

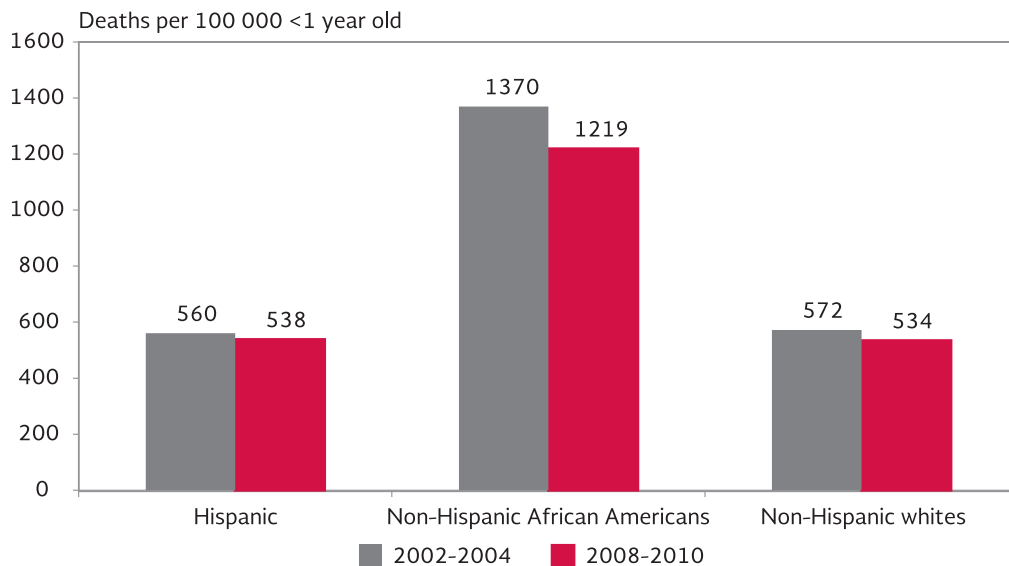


The four leading causes of death among children under one year of age in the United States during the period 2008-2010 are congenital anomalies, premature birth or low birth weight, complications during pregnancy and sudden infant death syndrome. There is a higher prevalence of these four factors among African Americans, while the Hispanic population has higher rates than the non-Hispanic white population for congenital anomalies and premature birth or low birth weight (140 and 87 death per 100 000 births, as opposed to 121 and 73, respectively). In contrast, for complications during pregnancy and sudden infant death syndrome, the non-Hispanic white population has higher rates than the Hispanic population (32 and 53 deaths per 100 000, compared to 31 in both, respectively) (Figure 73).

In 2011, the Hispanic population had a life expectancy at birth of 81.4 years

Life expectancy at birth has increased across all the population groups since 2006. In 2011 the Hispanic population had a life expectancy of 81.4 years, 2.6 years more than that of the non-Hispanic white population and 6.5 years higher than that of non-Hispanic African Americans (Figure 74). The difference between life expectancy of Hispanics and non-Hispanic whites is known as the Hispanic paradox.

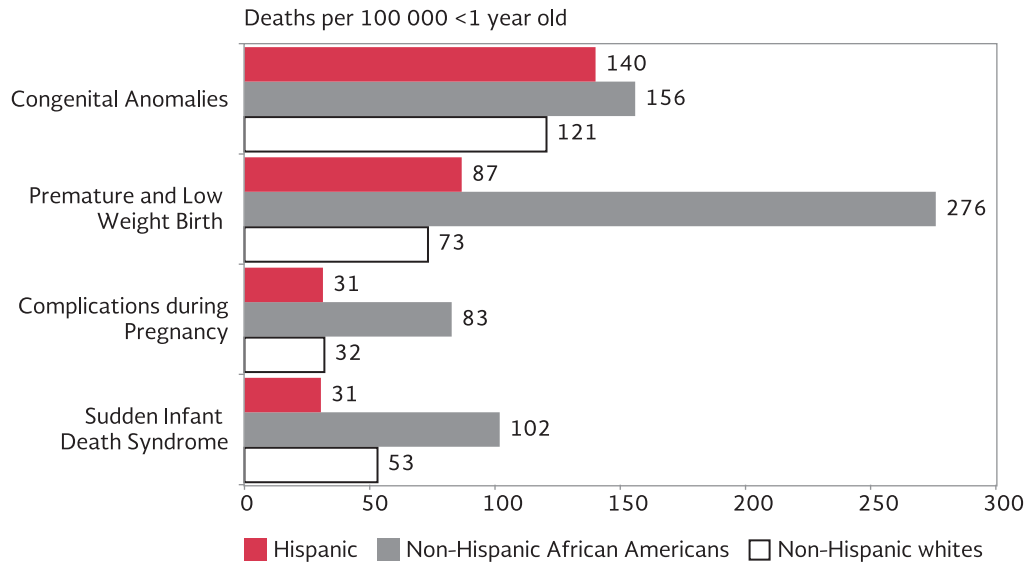
Figure 72. Infant mortality rate (< 1 year old) in the United States by origin and ethnicity or race, 2002-2004 y 2008-2010



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Deaths, 2002-2010.

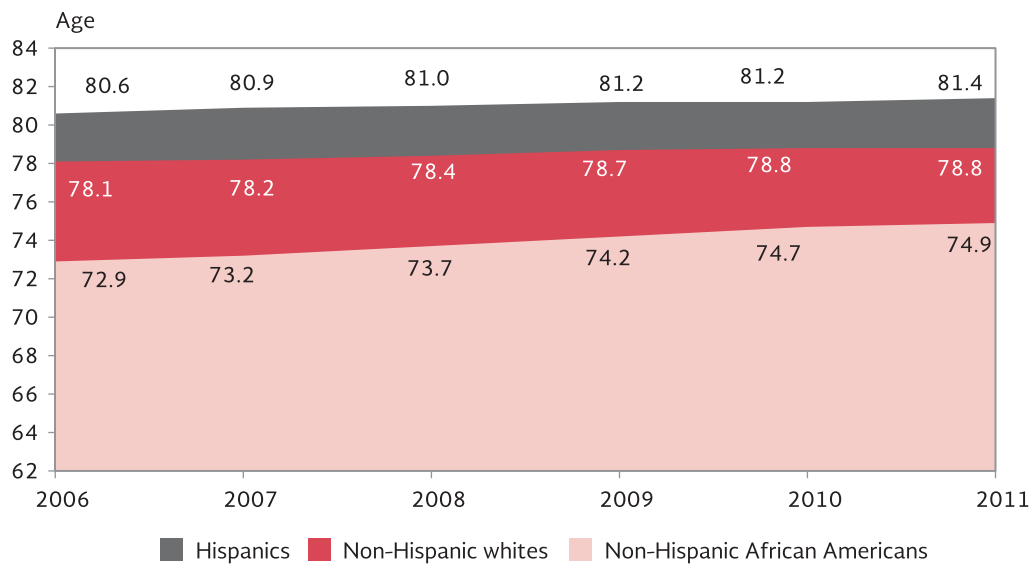


Figure 73. Principal causes of infant mortality (< 1 year old) in the United States, by origin and ethnicity or race, 2008-2010



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Deaths, 2008-2010.

Figure 74. Life expectancy at birth, United States, by origin and ethnicity or race, 2006-2011



Source: Produced by CONAPO based on data from Centers for Disease Control (CDC) and Prevention and the National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System (NVSS), Deaths, 2011.

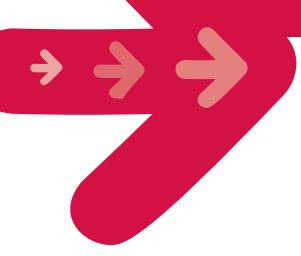


CONCLUSIONS

The Mexican-origin population, including both immigrants and people of Mexican descent, until recently had the highest fertility rates of all population groups observed in this study. The decrease is such and so fast that in the last 10 years, and Central and South Americans have higher fertility rates only slightly above that of non-Hispanic African Americans.

Changes in the pattern of fertility of women of Mexican origin mean that the social and cultural contexts in which they operate are changing, since women are reducing their number of children and have their first pregnancy at older ages (though still earlier than non-Hispanic white women). This suggests that families may be able to devote more resources to the education and upbringing of each child. This in turn could be contributing to an improvement in the health conditions of children and could predict better adult health in the coming years.

While Hispanics have the longest life expectancy and overall lowest death rates, they experience a substantial disadvantage in their mortality due to diabetes. Moreover, given risk factors and reduced access to health care, it is important to address these issues through campaigns of care, promoting health and diagnosis, in addition to advocating for better social integration of the Hispanic population in the United States.



CONCLUSIONS

The United States hosts the largest number of international migrants with 20% of the global total (over 200 million according to IOM). Currently, Latin Americans in the United States make up accounts for half of the foreign-born population living in the country (21.8 million people); 11.8 million born in Mexico. The number of Mexican origin persons living in the United States totals 34.3 million, including those born in Mexico and the descendants of earlier Mexican immigrants. Their presence has important demographic and social implications for the nation as well as for the world. The Mexican origin population is an important part of the workforce and helps to counter the decrease in the working age population in the United States; they also contribute culturally and linguistically to the diversity of the country, which is one of the most important assets of the nation.

This report analyzes, the trends of the past ten years in Mexican immigration to the United States, focusing on the key areas of health, wellbeing and social integration. The data are presented in comparison with immigrants from Central America, immigrants from other region, African-Americans and the non-Hispanic white population to document the relative advantages and disadvantages they face. These areas have each been covered for single years in previous reports for this series on migration and health. This is the first time trend data has been reported across the topics.

The past ten years have witnessed the increasing dispersion of the Mexican origin population throughout the United States. Mexican immigrants are still concentrated in urban geographic areas, particularly in states along the US-Mexico border, but they are increasingly moving to other parts of the country. The

growth of the Mexican origin population in the US is now less related to new immigration, this, due to a reduction of the flow of undocumented, and relies more on the growth of a second generation and subsequent.

Although some health indicators show slight improvement over the past decade, Mexican and Central American immigrant populations are still among the most vulnerable groups in the nation both socially and economically. As in 2004, Mexican and Central American immigrants have the lowest rates of naturalization of all immigrant groups. While poverty increased from 2004 to 2013 among all of the groups studied in this report, Mexican immigrants show the greatest economic deprivation. In the labor market, Mexican immigrants are concentrated in the low-wage sectors, a distribution similar to that of ten years ago. These are key indicators for which Mexican immigrants have shown little improvement over the past decade and which are intricately linked to health in that the likelihood of having health insurance coverage and seeking services is related to citizenship, employment and income level.

In terms of access to health insurance, in 2013 as in 2004, Mexican immigrants in the US did not have adequate health care insurance or access to care. Fifty-two percent of Mexican immigrants in the US did not have health insurance in 2013, and although they represent 4% of the US population, they accounted for 13% of the uninsured population. Though this represents an improvement since 2007, this is probably the result of a decline in the undocumented population rather than improvement in coverage rates of documented immigrants. The *Affordable Care Act* will significantly increase affordable health insurance and access to services for eligible immigrants starting in



2014. But undocumented persons are excluded from the expansion and since Mexicans account for over half of the undocumented population, they will unfortunately continue to make up a disproportionate share of the remaining uninsured population. Lacking health insurance is a leading barrier to seeking health services.

For those with health insurance, the type of coverage and use of services has changed little over the past ten years. Mexican and Central American immigrants are still more likely to be covered by public health programs in contrast with the non-Hispanic white population, the majority of whom enjoy private health insurance coverage, which is thought to offer more personalized and higher quality care. While Mexican immigrants were less likely in 2013 to lack a regular sources of care than in 2004 (37% and 42% respectively), these rates are still inequitable since the rate is double that of immigrants from other regions and triple the rate of non-Hispanic whites and African-Americans.

Despite experiencing more barriers than others in accessing health care, Mexican and Central American immigrants have lower rates of some chronic diseases compared to the African American and non-Hispanic white populations. Hispanics (both immigrants and native born) have lower rates of several of the most frequent causes of death in the US, including cardiovascular disease and cancer. They also have the longest life expectancy (81.4 years) of all of the groups studied. They are still disadvantaged however, in that they have the second highest rate of diabetes –after African Americans– which is a leading cause of death and an important public health issue in both the United States and Mexico. Given the increasing risk factors for diabetes in the Mexican origin population in the US addressing this issue is a priority.

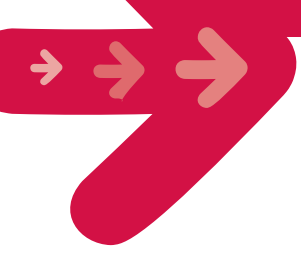
Overall, the pattern of births for the Mexican immigrant population during the period of 2004 through 2011 reflects the dynamics occurring in other population groups of declining fertility, reflecting a convergence towards the reproductive pattern of the US and reflecting the declining fertility rates in Mexico as well. In the US, women in most immigrant and racial/ethnic groups are having fewer children, though the decline in fertility is taking place most rapidly among

Mexican immigrants. Mexican families continue to be larger than others, but completed fertility is falling as Mexican women have reduced their likelihood of being young mothers and are starting their families at older ages. This may be beneficial in contributing to overall improved outcomes among infants. Mexican immigrant women are also following the trend of increasingly starting families while being unmarried, potentially signaling a shift in family structure.

It is our hope that this report contributes to framing the debate around equity in access to good health. With the growth and spreading of the Mexican origin population across the United States over the past ten years, preserving their health and wellbeing should be a top priority for policymakers. Legislation like the *Affordable Care Act* is a major step forward for improving health care equity, however, an effort must be made to find politically and socially acceptable mechanisms for also protecting the health of undocumented immigrants and other excluded groups.

Health is also related to social integration. Mechanisms that strengthen integration, such as acquiring American citizenship, which enables immigrants to exercise their rights and gain access to social and economic benefits, should be expanded. In addition, a more equitable balance in the labor market is needed that offers opportunity for skill development and advancement into higher wage occupations would help ease the concentration of Mexican and Central American immigrants in low-wage sectors. In addition, policy efforts to improve the minimum wage and establish “living wage” policies in many communities provide the prospect for improved incomes, health, and quality of life for the many low-waged Mexican immigrants.

Part of the wealth of the nation has historically been built on the social and economic contribution of immigrants. Health equity for immigrants is not only a basic human right but also an important element to sustain the social and economic benefits of immigration for sending and receiving societies. Mexican immigration to the US has been prominent over the past decade, no less so than in decades before. It is the health of these immigrants that will sustain the positive impact they have on the societies of origin and destination.



BIBLIOGRAPHY

- AHRQ (2014), "Guide to Clinical Preventive Services, 2014", Rockville, MD, Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, at: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>
- AAP (2014), "Recommendations for Preventive Pediatric Health Care", Elk Grove Village, IL, American Academy of Pediatrics, at: http://www.aap.org/en-us/professional-resources/practice-support/Periodicity/Periodicity%20Schedule_final.pdf
- Arenas Monreal, Luz *et al.* (2013), "Cambios Alimenticios en Mujeres Morelenses Migrantes a Estados Unidos", México, Salud Pública de México, vol. 55 (1), pp. 35-42, at: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000100007&script=sci_arttext
- Baker, Bruan y Rytina, Nancy (2013), "Estimates of the Unauthorized Population Residing in the United States: January 2012", Washington, DC, Department of Homeland Security.
- Barcelo, Silvia, Goldman, Dana , y Smith, James (2012), "Undiagnosed Disease, Especially Diabetes, Casts Doubt on some of Reported Health Advantage of Recent Mexican Immigrants", Health Affairs, vol. 32 (12), pp. 2722-2737.
- cdc (2004, 2005, 2012 y 2013), National Health Interview Survey (NHIS), Hyattsville, MD, Centers for Disease Control and Prevention, at: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>. y <https://www.ihis.us/ihis/>
- (2006), "Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings", Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports, 55 (RR14), pp. 1-17, at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm>
- (2014), "National Diabetes Statistics Report, 2014", Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, Division of Diabetes Translation, at: <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14/national-diabetes-report-web.pdf>
- (2014), "National Vital Statistics System, Birth Data and Mortality Data", Hyattsville, MD, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, at: <http://www.cdc.gov/nchs/nvss.htm>
- DHHS (2014), "Fact Sheet: The Affordable Care Act and Latinos. U.S. Department of Health and Human Services", Washington, DC, at: <http://www.hhs.gov/healthcare/facts/factsheets/2012/04/aca-and-latino-s04102012a.html>
- (2014b), "Health Insurance Marketplace: Summary Enrollment Report for the Initial Annual Open Enrollment Period", Washington, DC, Issue Brief, Department of Health and Human Services, at: http://aspe.hhs.gov/health/reports/2014/MarketPlaceEnrollment/Apr2014/ib_2014Apr_enrollment.pdf
- (2013), National Healthcare Quality and Disparities Report, 2012, Rockville, MD., Washington, at: <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhdr13/2013nhdr.pdf>
- Douglas S. Massey, Jorge Durand and Nolan J. Malone (2009), "Detrás de la trama. Políticas migratorias entre



México y Estados Unidos”, Colección América Latina y el Nuevo Orden Mundial. México: Miguel Ángel Porrua, UAZ, Cámara de Diputados LIX Legislatura.

Fiore, Michael, Jaén, Carlos, Baker, Timothy *et al.* (2008), “Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline”, Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services.

Giaconia, Rose, Reinherz, Helen *et al.* (2001), “Major Depression and Drug Disorders in Adolescence: General and Specific Impairments in Early Adulthood”, Atlanta, GA, *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*; vol. 40, núm.12, pp. 1426-1433.

Guerrero, Carlos Manuel *et al.* (2013), “Impacto del Consumo Nocivo de Alcohol en Accidentes y Enfermedades Crónicas en México”, México, *Salud Pública*, vol. 55 suplemento 2, pp. 282-288.

Heiss G. *et al.* (2014), “Prevalence of Metabolic Syndrome Among Hispanics/Latinos of Diverse Background: The Hispanic Community Health Study”, Alexandria VA, *Diabetes Care*, vol. 37, núm. 8, pp. 2391-2399.

KFF (2014), “Medicaid Enrollment: An Overview of the CMS April 2014 Update”, Menlo Park, CA. Kaiser Family Foundation, at: <http://kff.org/medicaid/fact-sheet/medicaid-enrollment-an-overview-of-the-cms-april-2014-update/>

— (2014b), “Total Medicaid and CHIP Enrollment, February-June, 2014, based on CMS, Medicaid and CHIP monthly applications, Eligibility Determinations and Enrollment Reports”, Menlo Park, CA. Kaiser Family Foundation, at: <http://kff.org/health-reform/state-indicator/total-monthly-medicaid-and-chip-enrollment/>

Hoefer, Michael *et al.* (2012), “Estimates of the Unauthorized Population Residing in the United States: January 2011”, Washington, Department of Homeland Security, Population Estimates.

Instituto Nacional del Cáncer, de los Institutos Nacionales de EE. UU., (2014), “Pruebas de Papanicolaou y del Virus del Papiloma Humano (VPH), hoja informati-

va”, Rockville, MD. at: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/papanicolaou-respuestas>

López, Lenny and Sherita Hill Golden (2014), “A New Era in Understanding Diabetes Disparities Among U.S. Latinos-All Are Not Equal”, Alexandria, VA., *Diabetes Care*, vol. 37, núm. 8, pp. 2081-2083, at: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/8/2081.full>

Nance, Douglas (2010), “Depresión en el Adulto Mayor. Una Visión Transdisciplinaria”, México, Instituto de Geriátría, pp. 239-248.

NAPHSIS (2014), “Statistical Measures and Definitions”, Silver Spring, MD, National Association of Public Health Statistics and Information Systems, at: <http://www.naphsis.org/Pages/StatisticalMeasuresandDefinitions.aspx>

Office on Women’s Health (2014), “Pap Test Fact Sheet”, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, at: <http://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/pap-test.html>

Passel, Jeffrey, Cohn, D’Vera y González, Ana (2013), “Population Decline of Unauthorized Immigrants Stalls, May Have Reversed”, Washington, DC, Pew Research Center, at: <http://www.pewhispanic.org/files/2013/09/Unauthorized-Sept-2013-FINAL.pdf>

PHC (2011), “The Mexican-American Boom: Births Overtake Immigration”, Washington, DC, Pew Hispanic Center, at: <http://www.pewhispanic.org/2011/07/14/the-mexican-american-boom-brbirths-overtake-immigration/>

— (2009), “A Portrait of Unauthorized Immigrants in the United States”, Washington, DC, Pew Hispanic Center, University of Southern California, at: <http://www.pewhispanic.org/files/reports/107.pdf>

— (2002), “Hispanic health: Divergent and Changing. Fact Sheet”, Washington, DC, Pew Hispanic Center, University of Southern California, at: <http://www.pewhispanic.org/files/2002/01/1.pdf>



- Popkin, Barry (2006), "Global Nutrition Dynamics: The World is Shifting Rapidly toward a Diet Linked with Non-communicable Diseases", Atlanta, GA, *Am J Clin Nutr*, vol. 84, núm. 2, at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/16895874>
- Saloner, Brendan *et al.* (2014), "Coverage For Low-Income Immigrant Children Increased 24.5 Percent In States That Expanded CHIPRA Eligibility", Bethesda, MD, *Health Affairs*, vol. 33, núm. 5, pp. 5832-839, at: <http://content.healthaffairs.org/content/33/5/832.full>
- Sánchez García, Sergio, *et al.* (2008), "Usefulness of Two Instruments in Assessing Depression among elderly Mexicans in Population Studies and for Primary Care", México, *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. 6.
- ss (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados Nacionales, 2012*, México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, at: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2012Resultados-Nacionales2Ed.pdf>
- (2012), "Obesidad en Adultos: los Retos de la Cuesta Abajo", *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, at: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>
- (2012), "Resultados de Actividad Física y Sedentarismo en Personas de 10 a 69 años", *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, at: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ActividadFisica.pdf>
- (2012), "Diabetes en Adultos: urgente mejorar la Atención y el Control", *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012*, México, en Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, at: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Calid_ProceDiabet.pdf
- (2012), "Depresión", México, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Pública, at: <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/depresion.html>
- (2008), "Programa de Acción Específico 2007-2012, en respuesta al VIH/SIDA e ITS", México, Secretaría de Salud, at: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ProgAc2007-2012.pdf>
- SEGOB, CONAPO y UPM (2013), "Migración y Salud. Inmigrantes Mexicanos en Estados Unidos", México, Consejo Nacional de Población y Unidad de Política Migratoria, at: http://www.omi.gob.mx/es/OMI/Migration_Health_Mexican_immigrants_in_the_US
- (2008), "Migración y Salud. Latinos en los Estados Unidos", México, Consejo Nacional de Población, at: http://www.omi.gob.mx/es/OMI/Migration_and_Health_Latinos_in_the_United_States
- United States Bureau of Labor Statistics (2014), *Census of Fatal Occupational Injuries (CFOI), Current and revised data*, Washington, DC, at: <http://www.bls.gov/iif/oshwc/cfoi/cfch0011.pdf>
- uscb (2004), *Current Population Survey 2004 (CPS), Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS), USA*, Minneapolis, MN, University of Minnesota, at: <https://cps.ipums.org/cps/>
- (2013), *Current Population Survey 2013 (CPS), Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS), USA*, Minneapolis, MN, University of Minnesota, at: <https://cps.ipums.org/cps/>
- (1960, 1970, 1980, 1990, 2000 y 2010), *United States Census*, at: <https://international.ipums.org/international/>
- (2012), *American Community Survey (ACS), Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010 y 2012*, Minneapolis, MN, University of Minnesota, at: <https://usa.ipums.org/usa/>
- Weissman, Myrna *et al.* (1999), "Depressed Adolescents Grown Up", *The Journal of the American Medical Association*, vol. 218, num. 18, pp. 1707-1713.

