



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

Análisis del prejuicio hacia migrantes centroamericanos en
tránsito por México en el personal de los servicios públicos de
salud

Tesis presentada por
Jesús Miguel Flores Castillo

Para obtener el grado de
DOCTOR EN ESTUDIOS DE MIGRACIÓN

Tijuana, B.C., México
2022

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis: Dra. Ietza Rocío Bojórquez Chapela

Aprobada por el Jurado Examinador

1. Dra. Silvia Elena Mejía Arango, Lector interno
2. Dr. Cesar Infante Xibille, Lector externo
3. Dra. Báltica Cabieses Valdés, Sinodal
4. Dra. Nelly Salgado De Snyder, Sinodal

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico brindado a lo largo del programa.

A El Colegio de la Frontera Norte por darme la oportunidad de seguir preparándome académica y profesionalmente.

A mis profesores por los conocimientos transmitidos a mi persona. Particularmente quiero agradecer a la Dra. Ietza Bojórquez por su apoyo, orientación y paciencia durante la realización de este trabajo, así como a la Dra. Silvia Mejía, al Dr. Cesar Infante, a la Dra. Nelly Salgado y a la Dra. Báltica Cabieses por sus valiosos comentarios al mismo.

CRIMENES CANTADOS

Samba pide zapatillas porque no quiere ir descalza
y un agente le dirá que para andar no le hacen falta
pero apenas puede hacerlo, tiene el cuerpo entumecido
y es que en el Centro de Aluche el suelo está siempre muy frío.

Así que escoge un rincón y se tumba acurrucada
y otra interna se le acerca y la tapa con unas mantas
y le dice a la enfermera que Samba está tiritando
y le inyectan diazepam, dicen que irá mejorando.

Pero Samba no mejora y siente un fuerte dolor
para pasar la noche le dan paracetamol
y pasa así una, dos, tres, cuatro y cinco semanas
el 3-1-0-6 es el número de Samba.

Y en diciembre una mañana dicen que suba a consulta
vuelve a pedir zapatillas y ahora el agente la insulta
y cuando pide que la ayude a subir las escaleras
él dice "ese no es mi curro, que lo haga una enfermera".

Pero Samba se desmaya y apenas llega a escuchar
nos llevamos al 3-1-0-6 al hospital
y llega en un coche patrulla, pero ingresa ya sin vida
y el agente que la acompañó murmura: "pero si ella estaba viva,
si estaba viva, si estaba viva hace un rato".

Muere también la verdad
si no podemos cantar
que la historia de Samba es la de un asesinato.

Mohamed, dice su hermano, siempre fue buen deportista
Mohamed saltó una valla, la más alta de su vida
por ello está en una celda fría, sin luz ni comida
donde pasará sus últimas 18 horas de vida.

18 horas son, 18 aislado
y en la hora 19 se lo encuentran ahorcado
y aunque mil jueces insistan que no hay causa penal
mientras haya un CIE abierto habrá un gobierno criminal.

De los que da ruedas de prensa en las que anuncia el Ministerio
con un vídeo muy moderno que este año van a abrir un nuevo infierno
un nuevo infierno
y harán con el diablo un trato.

Y morirá la verdad
si no podemos cantar
que lo que llaman suicidio en realidad fue un asesinato.

Hay otros Mohamed, hay muchas Samba
de nada sirve mi canto, si no es tiempo de luchar
que yo no quiero cantar, lo juro por la verdad
más historias de asesinatos.

Ignacio González Vega

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue analizar la frecuencia de los tipos de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, y su asociación con el grado de identidad nacional y con la cantidad y calidad del contacto con estos migrantes en médicos, profesionales en enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud. Para el análisis fueron retomadas las aportaciones de Pettigrew y Meertens sobre el prejuicio manifiesto y sutil, la teoría de la identidad social y la teoría del contacto intergrupalo. El trabajo tiene un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental de tipo transversal-correlacional. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario en línea y participaron 153 personas. Para determinar la relación entre las variables explicativas y el tipo de prejuicio se ajustó un modelo de regresión logística. Los resultados indican que el tipo de prejuicio más frecuente es el de igualitario, seguido por el sutil y, por último, se ubica el intolerante. Asimismo, la cantidad de contacto con personas migrantes mostró relación con el tipo de prejuicio, de tal manera que un mayor contacto con personas migrantes reduce las probabilidades de ser del tipo sutil. El estudio contribuye en el análisis del prejuicio y de los factores asociados él, en el personal de los servicios públicos de salud respecto a las personas migrantes que transitan por territorio mexicano.

Palabras clave: prejuicio, personal de los servicios públicos de salud, identidad nacional, contacto, migrantes centroamericanos.

ABSTRACT

The objective of the current research work was analyzing the frequency of the types of prejudice towards central American migrants in transit through Mexico, and their association with the degree of national identity as well as with the quantity and quality of contact with these migrants in doctors, nursery professionals, social work professionals and administrative staff at public health services. For this analysis, we turned back to the contributions made by Pettigrew and Meertens about blatant and subtle prejudice, the social identity theory and the intergroup contact theory were also considered. This work has a quantitative focus with a non-experimental design in a correlational cross-sectional type. Data was collected through an online questionnaire and 153 people participated. A logistic regression model was adjusted to determine the relation between the explanatory variables and the type of prejudice. Results indicate that the most frequent type of prejudice is the egalitarian type, followed by the subtle type and the intolerant one is located last. Furthermore, the amount of contact with migrants showed to relate to the type of prejudice, so that a greater contact with migrants reduces the probability of being of a subtle type. The study contributes to the analysis of prejudice and its associated factors on the employees at public services of health regarding the migrants in transit through the Mexican territory.

Key words: prejudice, public health service staff, national identity, contact, central American migrants.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES	
Introducción.....	7
1.1. Migración y acceso a los servicios de salud.....	7
1.2. Los burócratas de nivel de calle (Street-Level Bureaucrats).....	11
1.3. El prejuicio.....	13
1.3.1. Teoría de la identidad social.....	15
1.3.2. Teoría del contacto intergrupal.....	17
1.4. Las expresiones contemporáneas del prejuicio.....	20
1.4.1. El prejuicio manifiesto y el prejuicio sutil.....	21
1.5. El análisis de las actitudes, percepciones y prejuicios de los proveedores de salud hacia poblaciones migrantes.....	23
CAPÍTULO II. MARCO CONTEXTUAL	
Introducción.....	27
2.1. El flujo migratorio de origen centroamericano en tránsito irregular por México y algunas de sus características sociodemográficas.....	27
2.2. Rutas migratorias, condiciones de viaje, problemas de salud y acceso a los servicios de salud de los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por México.....	30
2.3. Los mexicanos frente al fenómeno migratorio centroamericano en tránsito por México.....	34
2.4. Discriminación por parte del personal de los servicios públicos de salud hacia los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por México.....	36
2.5. El Sistema Nacional de Salud en México y el fenómeno migratorio.....	38
CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	
Introducción.....	45
3.1. Tipo de investigación.....	45
3.2. Unidad de análisis.....	45
3.3. Variables e instrumentos.....	45

3.4. Tamaño y selección de la muestra.....	49
3.4.1. Tamaño de la muestra.....	49
3.4.2. Selección de la muestra.....	51
3.4.3. Consideraciones éticas.....	52
3.5. Análisis de la información.....	53

CAPITULO IV. RESULTADOS

Introducción.....	55
4.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra.....	55
4.2. Distribución por tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México	57
4.3. Distribución por grado de identidad nacional, cantidad y calidad de contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	58
4.4. Análisis bivariado de las variables asociadas al prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por México.....	60
4.5. Variables relacionadas con el prejuicio sutil hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México	69
CONCLUSIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	99

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 4.1- Características sociodemográficas de los participantes en el estudio.....	56
Cuadro 4.2- Distribución de los participantes por tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	58
Cuadro 4.3- Distribución de los participantes por grado de identidad nacional.....	59
Cuadro 4.4- Distribución de los participantes por cantidad de contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	59
Cuadro 4.5- Distribución de los participantes por calidad de contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	60
Cuadro 4.6- Distribución de los participantes por grupo de edad según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	60
Cuadro 4.7- Distribución de los participantes por género según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	61
Cuadro 4.8- Distribución de los participantes por estado de residencia según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	62
Cuadro 4.9- Distribución de los participantes por nivel máximo de estudios según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	63
Cuadro 4.10- Distribución de los participantes por puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	64
Cuadro 4.11- Distribución de los participantes por nivel socioeconómico según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	65
Cuadro 4.12- Distribución de los participantes por experiencia migratoria internacional según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	66
Cuadro 4.13- Distribución de los participantes por grado de contacto según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	67
Cuadro 4.14- Distribución de los participantes por calidad de contacto según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.....	68
Cuadro 4.15- Resultados estimados de la regresión logística binomial.....	72

ÍNDICE DE RECUADROS

Recuadro 2.1- Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales del programa sectorial de salud 2020-2024 que involucran a población migrante.....	43
Recuadro 4.1- Variables consideradas para la regresión logística binomial.....	70

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 3.1- Poder estadístico en función del tamaño de la muestra y la magnitud del efecto. Comparación de proporciones: $p_1=42.2\%$ y $p_2=49.2\%$	50
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1- Diagrama de flujo sobre el tamaño y selección de la muestra.....	52
--	----

INTRODUCCIÓN

México es un país de origen, tránsito, destino y retorno de migrantes (París et al., 2016; SEGOB, 2014). Cada año por territorio mexicano transitan de forma irregular miles de personas provenientes de Guatemala, Honduras y El Salvador con la intención de alcanzar la frontera norte e internarse en Estados Unidos (Canales et al., 2019; Fernández et al., 2014; Rodríguez, 2016). Diferentes estudios (Carrasco, 2013; CNDH, 2018; González y Aikin, 2015; Nájera, 2016; París, 2016; París et al., 2016) documentan las situaciones que enfrentan las personas migrantes a lo largo de su recorrido por el país. Los trabajos coinciden en que son víctimas de diversos delitos: extorsión, robo, violencia sexual, etc. A lo anterior se suman las condiciones propias de los ambientes aislados por donde transitan (climas extremos, flora y fauna peligrosas, largas distancias, etc.), un acceso limitado al agua potable, alimentos y condiciones básicas de higiene, así como los riesgos derivados de los medios que utilizan para transportarse (Castillo, 2016; CNDH; 2018, París et al., 2016).

En este contexto, se ha señalado (CNDH, 2018; Leyva et al., 2015; 2016; Paz et al., 2016) que las condiciones del viaje exponen a los migrantes en tránsito irregular por México a situaciones de riesgos para su salud, así como el hecho de que las enfermedades y afectaciones que presenta esta población, como son las infecciones respiratorias y gastrointestinales, dolores de cabeza, heridas, hongos en los pies, deshidratación, estrés, entre otras, son resultado de las circunstancias adversas que experimentan durante el trayecto. Estos problemas de salud requieren de atención médica, así como asistencia psicológica para las personas víctimas de delitos, violencia sexual o de otro tipo. No obstante, se ha registrado (CNDH, 2018; Leyva et al., 2015; 2016) que del total de migrantes usuarios de casas y albergues para migrantes que reportan algún problema de salud, únicamente entre el 59 y 66% recibe asistencia médica. De este porcentaje, más del 70% es atendido en los espacios disponibles de las casas o albergues, mientras que menos de un 10% acude a los centros de salud, clínicas, hospitales o centros médicos de carácter público gubernamental (CNDH, 2018; Leyva et al., 2015; 2016).

Bajo este escenario, diferentes trabajos sugieren la presencia de barreras en el acceso a los servicios públicos de salud para los migrantes en tránsito irregular por México, entre ellas, los actos de discriminación ejercidos por los proveedores de los servicios (Bojórquez et al., 2019; GTM, 2011; López, 2014; Paz et al., 2016; Stoessle y González, 2019).

La discriminación, entendida como conductas que niegan a las personas una igualdad de tratamiento (Allport, 1954), por parte del personal de salud hacia personas migrantes podría estar basada en percepciones negativas o actitudes prejuiciosas (Aizenberg et al., 2015; Liberona y Mancilla, 2017; Jelin et al., 2006a). Al respecto, diversos autores (Dias et al., 2012; Guilfoyle et al., 2008; Rousseau et al., 2017; Van Ryn y Burke, 2000) han señalado que las percepciones, actitudes y prejuicios¹ del personal de salud potencialmente pueden influir en el acceso a los servicios de atención médica de los migrantes, así como en las decisiones médicas y calidad de atención hacia ellos. A su vez, la percepción por parte de los pacientes de actitudes negativas o de prejuicios en su contra, puede derivar en una menor satisfacción con la atención, incumplimiento de los tratamientos y baja utilización de los servicios (Dias et al., 2012; Stepanikova y Cook, 2008).

Estudios sobre el tema se han llevado a cabo en países europeos (Dias et al., 2012; Hudelson et al., 2010; Michaelsen et al., 2004), Canadá (Rousseau et al., 2017; Ruiz et al., 2011) y Estados Unidos (Hall et al., 2015; Sabin et al., 2008; Van Ryn y Burke, 2000). En lo que respecta a países de habla hispana, Antonín y Sábado (2004) desarrollaron en España la Escala de Actitud ante la Inmigración en Enfermería (AEIE), mientras que en Latinoamérica se han realizado investigaciones, principalmente en Argentina y Chile, bajo un enfoque cualitativo (Aizenberg et al., 2015; Liberona y Mancilla, 2017; Jelin et al., 2006a; Jelin et al., 2006b). Los resultados de los trabajos generados en países latinoamericanos apuntan a que las percepciones negativas o prejuiciosas, aunado a las facultades discrecionales de los proveedores de los servicios de salud, pueden socavar los derechos asentados en las legislaciones y acuerdos internacionales (Liberona y Mancilla, 2017; Jelin et al., 2006a; Molina, 2019).

¹ De acuerdo con diferentes autores (Acuña y Oyuela, 2006; Casas, 2008; Del Olmo, 2005; Feldman, 2009; Segato, 2017) el prejuicio también puede tener carácter positivo. El prejuicio positivo es definido como un sentimiento favorable infundado respecto a una persona o cosa, es decir, anterior a la experiencia o no basado en ella (Allport, 1954). Sin embargo, en este trabajo nos ocuparemos únicamente del prejuicio de carácter negativo.

En México, las opiniones, percepciones y actitudes hacia los migrantes centroamericanos en tránsito han sido abordadas por ejercicios como la Encuesta Nacional de Migración y la Encuesta México, las Américas y el Mundo, llevadas a cabo por el Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), respectivamente. Los resultados de estos ejercicios ofrecen un panorama general de las percepciones y actitudes de la población mexicana respecto a los migrantes. No obstante, no se identificaron trabajos que traten el tema específicamente con personal de los servicios públicos de salud.

De esta forma, el presente trabajo de investigación pretende contribuir al análisis del prejuicio hacia los migrantes por parte de los servidores públicos del sistema de salud mexicano, particularmente, médicos, profesionales en enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo, vistos como lo que Lipsky (1980) denomina burócratas de nivel de calle (Street-Level Bureaucrats), es decir, funcionarios que interactúan directamente con los usuarios de los servicios, gozan de facultades discrecionales en el ejercicio de sus funciones y eventualmente pueden involucrar valores, percepciones y actitudes en su toma de decisiones (Cohen, 2018; Dessauge et al., 2018; Salej et al., 2016; Schram et al., 2009). En este sentido, diferentes trabajos (Alshammari y Nalubega, 2021; Grit, 2012; Hoyle, 2014; Meza et al., 2021; Perna, 2021; Ramani et al., 2021; Trappenburg et al., 2020; Walker y Gilson, 2004) documentan como los médicos, profesionales en enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios de salud hacen uso de la discrecionalidad durante su trabajo diario para hacer frente a una diversidad de factores, influyendo en la forma en que son implementadas las políticas.

Desde la perspectiva psicosocial, el prejuicio es definido como una actitud negativa hacia un grupo o hacia un individuo percibido como miembro de ese grupo (Allport, 1954; Ashmore, 1970). Ahora bien, para algunos investigadores (Gaertner y Dovidio, 1986; McConahay, 1986; Pettigrew y Meertens, 1995; Sears, 1988) los valores democráticos y de igualdad que caracterizan a las sociedades contemporáneas inhiben las manifestaciones abiertas de prejuicio, haciendo que este se revele de forma más sutil e indirecta. Pettigrew y Meertens (1995) proponen la existencia de dos expresiones de este fenómeno: el prejuicio manifiesto y el prejuicio sutil. Para el estudio de estas expresiones diseñaron dos escalas Likert, así como una

tipología de individuos con base en el cruce de las puntuaciones alcanzadas en dichas escalas. De acuerdo con los autores, el tipo de prejuicio² de las personas se asocia con posiciones particulares respecto a los derechos del exogrupo, la política a seguir por el gobierno respecto a ellos y las acciones a implementar para mejorar las relaciones entre los grupos involucrados.

Por otra parte, para explicar las causas del prejuicio se han formulado diferentes teorías. Algunas de ellas centran su análisis en factores de carácter individual mientras que otras lo hacen en factores sociales o de las relaciones intergrupales, tal es el caso de la teoría de la identidad social propuesta por Tajfel y Turner (1979; 1986), la cual da soporte al trabajo de diferentes autores (Mummendey et al., 2001; Pehrson et al., 2009) quienes ven en la identidad nacional un tipo particular de identidad social. Asimismo, se han desarrollado teorías que intentan explicar ya no las causas del prejuicio sino su reducción, siendo la teoría del contacto intergrupala (Allport, 1954) la más reconocida. Allport (1954) sostiene que el contacto entre grupos, bajo ciertas condiciones, puede reducir de forma paulatina y efectivamente el prejuicio intergrupala.

En función de lo anteriormente expuesto, este trabajo intenta responder las siguientes interrogantes de investigación: ¿cuál de los tipos de prejuicio propuestos por Pettigrew y Meertens es el más frecuente en médicos, profesionales de enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud respecto a los migrantes centroamericanos en tránsito por México? y ¿cómo se asocia el tipo de prejuicio con el grado de identidad nacional y con la cantidad y calidad del contacto con estos migrantes por parte de los trabajadores de salud?

De esta manera, el objetivo general de la presente investigación es analizar la frecuencia de los tipos de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, y su asociación con el grado de identidad nacional y con la cantidad y calidad del contacto con estos migrantes en médicos, profesionales de enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud. De este objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos: i) identificar cuál es el tipo de prejuicio más frecuente en médicos, profesionales de enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud respecto a los migrantes centroamericanos en tránsito por

² Las definiciones de los tipos de prejuicio se presentan en el capítulo teórico.

México; ii) analizar la asociación entre el grado de identidad nacional y el tipo de prejuicio respecto a los migrantes centroamericanos en tránsito por México en estos trabajadores de salud; iii) analizar la asociación entre la cantidad y calidad del contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México por parte de los trabajadores de salud y el tipo de prejuicio respecto a ellos.

Por otra parte, las hipótesis de investigación que se plantean son: i) el tipo de prejuicio más frecuente en médicos, profesionales de enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud respecto a los migrantes centroamericanos en tránsito por México es el igualitario, seguido por el tipo sutil, mientras que en tercer lugar se ubica el intolerante; ii) el grado de identidad nacional se asociará con el tipo de prejuicio respecto a los migrantes centroamericanos en tránsito por México, de tal manera que a mayor grado de identidad nacional se incrementará la probabilidad de que las personas sean del tipo sutil o intolerante; iii) la cantidad y calidad del contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México se asociarán con el tipo de prejuicio respecto a ellos, de tal manera que a mayor y más cercano contacto se reducirá la probabilidad de que las personas sean del tipo sutil o intolerante.

Para alcanzar los objetivos planteados, la investigación tiene un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental de tipo transversal-correlacional, el cual consiste en describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado (Hernández et al., 2014). Se diseñó un cuestionario en línea a través de la plataforma *Google forms*. El cuestionario recoge información sobre las características sociodemográficas de los participantes, la identidad nacional, la cantidad y calidad de contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México e integra una versión adaptada de las escalas de prejuicio manifiesto y sutil diseñadas por Pettigrew y Meertens (1995). Para determinar la existencia o ausencia de relación entre las variables independientes (identidad nacional y cantidad y calidad de contacto) y la variable dependiente (tipo de prejuicio), se ajustó un modelo de regresión logística.

El trabajo está dividido en cuatro capítulos. El capítulo uno se refiere a los aspectos teóricos conceptuales de la investigación. Se aborda el tema de las barreras en el acceso a los servicios de salud que experimentan los migrantes en condición irregular, así como el enfoque propuesto por Lipsky sobre los burócratas de nivel de calle. De igual forma, se define al

prejuicio, se desarrolla la teoría de la identidad social y del contacto intergrupal y se realiza una aproximación a los enfoques sobre las expresiones contemporáneas del prejuicio, centrándonos en la propuesta de Pettigrew y Meertens. El capítulo cierra presentando los resultados de trabajos realizados en países de habla hispana sobre las percepciones, actitudes y prejuicios del personal de salud hacia poblaciones migrantes.

El capítulo dos presenta los aspectos contextuales del trabajo. Se describen el volumen y algunas características del flujo migratorio de origen centroamericano en tránsito irregular por México, las rutas que siguen los migrantes, las condiciones que enfrentan a lo largo del viaje, los problemas de salud que presentan y su acceso a los servicios de atención médica. Asimismo, se aborda el tema de las opiniones y percepciones de la población mexicana respecto a los migrantes centroamericanos en tránsito y los actos de discriminación por parte de los trabajadores de los servicios públicos de salud. Finalmente, se muestran algunas características del Sistema Nacional de Salud y las acciones implementadas por el Gobierno Federal actual en materia de salud y migración.

En el capítulo tres se desarrolla la estrategia metodológica. Se define el diseño de la investigación y se describen la unidad de análisis, las variables y los instrumentos para su medición. Posteriormente, se aborda lo relativo al tamaño y selección de la muestra, así como las consideraciones éticas del trabajo. Finalmente, se discute la manera en que fueron analizados los datos.

En el capítulo cuatro se exponen los resultados de la investigación. Se presentan las características sociodemográficas de los participantes en el estudio, la distribución por tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, así como por grado de identidad nacional, cantidad de contacto con personas migrantes y calidad de contacto. Posteriormente se muestran los resultados del análisis bivariado entre las variables sociodemográficas, grado de identidad nacional, cantidad y calidad de contacto con el tipo de prejuicio, así como del modelo de regresión logística llevado a cabo.

Finalmente, se presentan las conclusiones del trabajo de investigación, la bibliográfica consultada y los anexos.

I. ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES

Introducción

El presente capítulo expone los aspectos teórico-conceptuales de la investigación y se encuentra dividido en cinco apartados. El primer apartado se refiere a las barreras en el acceso a los servicios de salud que experimentan los migrantes en condición irregular, haciendo énfasis en los actos de discriminación por parte de los proveedores de los servicios, vistos como una manifestación del prejuicio. En el segundo apartado se desarrolla el tema de los burócratas de nivel de calle, y se presentan algunos trabajos que sugieren que los prejuicios de estos funcionarios hacia los usuarios de los servicios públicos pueden influir en sus acciones discrecionales. En el apartado tres se define el prejuicio y se desarrollan las teorías de la identidad social y del contacto intergrupal, las cuales han sido utilizadas para explicar el origen del prejuicio y su reducción, respectivamente. El cuarto apartado es una aproximación a los enfoques sobre las expresiones contemporáneas del prejuicio. Nos hemos centrado en la propuesta de Pettigrew y Meertens (1995) quienes considera dos expresiones de este fenómeno: el prejuicio manifiesto y el prejuicio sutil. Finalmente, en el quinto apartado se presentan algunos resultados de investigaciones realizadas en países de habla hispana en torno a las percepciones, actitudes y prejuicios del personal de salud hacia poblaciones migrantes.

1.1 Migración y acceso a los servicios de salud

En la agenda internacional se reconoce la importancia de incorporar las necesidades sanitarias y las vulnerabilidades de los migrantes en las políticas, planes y estrategias nacionales de salud (A/RES/70/1, 2015; A/73/12, 2018; A/RES/73/195, 2019; WHA 61.17, 2008; WHA 70.15, 2017). Desde el año 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014, p.1). Esta definición manifiesta la necesidad de pensar a la salud de manera holística, es decir, como resultado de una diversidad de factores, denominados determinantes de la salud (Lalonde, 1974; Vearey et al., 2019). Los determinantes de la salud pueden ser de tipo biológico o social, estos últimos se refieren a todas aquellas

condiciones que rodean la vida de las personas, que son parte de la estructura jerárquica de las sociedades, y que ejercen influencia en el nivel de salud y bienestar de los grupos poblacionales (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008; Van der Laet, 2017).

En este sentido, existe cierto acuerdo en considerar a la migración como un determinante social de la salud, aunque se reconoce el hecho de que el proceso migratorio, en sí mismo, no es un elemento que aumente los riesgos ante las enfermedades, sino que son las condiciones en las que tiene lugar este proceso las que colocan a las poblaciones migrantes, particularmente aquellas en condición irregular, en situaciones de vulnerabilidad y desprotección ante potenciales daños a la salud (Leyva, 2018; OIM, 2013; OIM, 2015; Van der Laet, 2017; Van der Laet y Maquieira, 2012).

Uno de los temas en salud asociado a la migración internacional es el acceso a los servicios de salud para las personas migrantes, mismo que está involucrado en las diferentes etapas del proceso migratorio: fase previa a la migración u origen, fase de tránsito, fase de llegada o destino y fase de retorno (Gushulak et al., 2010; OIM, 2013; OIM, 2015; Van der Laet, 2017; Vearey et al., 2019). Este acceso a los servicios es un tema particularmente sustancial en el caso de los migrantes en condición irregular quienes, además de las barreras comunes a todos los migrantes como el desconocimiento de cómo opera el sistema de salud y las diferencias lingüístico-culturales (Brandenberger et al., 2019; Rahman, 2016), se enfrentan a políticas que limitan el acceso, la falta de recursos financieros para costearlos y/o el miedo a ser denunciados (Abubakar et al., 2018; Cabieses et al., 2012; HUMA, 2009; Larenas y Cabieses, 2019; OIM, 2015; Rosales, 2019).

A partir de un análisis sistemático de la literatura y de los documentos que se han generado en torno a las barreras experimentadas por los migrantes en condición irregular para acceder a la asistencia médica, Hacker et al. (2015) señalan que estas barreras pueden ser agrupadas en tres ámbitos diferentes: 1) la esfera de lo político; 2) a nivel individual y; 3) las del sistema de salud.

En el ámbito político se ubican las leyes y políticas implementadas por los Estados que restringen la atención médica a los servicios de emergencia por enfermedad grave, parto, accidente o cuando la situación representa un riesgo para la salud pública (Biswas et al., 2012;

Cuadra, 2011; Fernández et al., 2018; Grit et al., 2012); los mecanismos legales que limitan y prohíben el acceso a seguros médicos para estas poblaciones (Biswas et al., 2012; Rosales, 2019, Voorend y Fonseca, 2019) y; la exigencia de que las personas muestren documentos para obtener los servicios de salud (Hacker et al., 2011; Larenas y Cabieses, 2019; Magalhaes et al., 2010).

El nivel individual engloba aspectos como el miedo a la deportación (Hacker et al., 2011; Magalhaes et al., 2010; Rosales, 2019); las habilidades de comunicación y desafíos culturales (Hilfinger et al., 2015; Vargas et al., 2012; Woodward et al., 2013); la falta de recursos financieros personales para costear los servicios (Chavez, 2012; Grit et al., 2012; Magalhaes et al., 2010; Woodward et al., 2013); la vergüenza que se puede experimentar al solicitar la atención (Carney, 2015), así como el desconocimiento de cómo funciona el sistema y de cómo conducirse en él (Edward, 2014; Vargas et al., 2012).

En cuanto al sistema de salud se refiere, se encuentran las limitaciones externas de recursos, es decir, la falta de transporte e información sobre la ubicación geográfica de los servicios, el tiempo de traslado y la capacidad limitada de atención (Carney, 2015; Larchanché, 2010; Magalhaes et al., 2010); el laberinto burocrático, que se traduce en la solicitud de información, sistemas de registro para la inscripción a programas, así como trámites frecuentes para renovar la permanencia en el sistema (Hacker et al., 2011; Martínez et al., 2013); y los actos de discriminación basados en el estado de la documentación, el país de origen, idioma, cultura y/o el color de piel (Aizenberg et al., 2015; Cabieses et al., 2017; Larenas y Cabieses, 2019; Liberona, 2015).

Así, una de las barreras en el acceso a los servicios de las personas migrantes en condición irregular es la discriminación ejercida por los proveedores de servicios de salud. Los funcionarios de los servicios de salud pueden tener gran influencia en la concesión o negación del acceso a los servicios, más allá de los derechos formales, ya que si bien es cierto que los proveedores responden a las políticas públicas también gozan de cierto grado de discrecionalidad en su implementación (Fouratt y Voorend, 2019; Grit, 2012; Hoyle, 2014; Perna, 2021; Ramani et al., 2021; Voorend y Fonseca, 2019).

En este sentido, se ha registrado que en ocasiones los funcionarios acusan a los migrantes de mentir, por lo que estos últimos son sometidos a procedimientos meticulosos para obtener la cobertura médica (Larchanché, 2012), o bien se les niega la atención bajo el argumento de que es complicado cobrarles las cuotas establecidas (Liberona y Mansilla, 2017). Otros trabajos han documentado que la retórica político-estatal antiinmigrante surte efecto en las actitudes y comportamientos de algunos proveedores de salud para atender las necesidades de los migrantes en condición irregular, dando como resultado que se condicione o niegue el servicio (Liberona, 2015; Martínez et al., 2013).

Estos actos de discriminación, a su vez, pueden estar basados en percepciones y actitudes negativas del personal de salud hacia las personas migrantes. En Argentina, Jelin et al. (2006a) señalan que acciones como solicitar documentos de identificación, bajo el argumento de evitar posibles estafas, pero con la verdadera intención de limitar las posibilidades de acceso, se basan en la percepción, por parte del personal de salud, del inmigrante irregular como usurpador de los recursos públicos, culpable de las tasas de desempleo y el incremento de la delincuencia. Asimismo, Molina (2019) considera que la vulneración del derecho a la atención en salud de los migrantes no es resultado de una falta de normas, sino que deriva de cierto sentido común de algunos trabajadores de la salud que estereotipa a los migrantes que solicitan asistencia como mal educados e ilegítimos apropiadores de recursos, y que designa como legítimas y normales tanto las desigualdades como las omisiones flagrantes.

En esa misma línea, Liberona y Mansilla (2017) a partir de un trabajo realizado en Chile sobre acceso a la salud de los inmigrantes en condición irregular, sostienen que la xenofobia y los prejuicios de los proveedores de salud hacia los migrantes en condición irregular, sumados a la capacidad discrecional que poseen, puede anular los derechos contemplados en las legislaciones o en los acuerdos internacionales. Finalmente, Schütze (2019) combinando las teorías de formación de actitudes, especialmente la teoría del contacto, y la teoría de los burócratas a nivel de calle, analiza las actitudes de los trabajadores de la Agencia Sueca de Seguridad Social hacia los migrantes y sus percepciones de los encuentros con estos usuarios. Sus resultados registran que la identidad nacional, el contacto personal con migrantes y el contexto organizacional tienen una asociación fuerte con las actitudes de los trabajadores, así como el hecho de que los funcionarios que tienen actitudes más negativas hacia los inmigrantes

tienden a percibir su trabajo como más difícil cuando de usuarios migrantes se trata. La autora concluye señalando que las actitudes negativas hacia los migrantes tienen consecuencias en el bienestar de estos últimos.

Bajo estos argumentos, las percepciones negativas o prejuiciosas hacia las personas migrantes en condición irregular, aunado a las facultades discrecionales de los proveedores de salud, son factor potencial de la discriminación hacia estas poblaciones. Con respecto a la discrecionalidad de los proveedores de los servicios de salud que tienen contacto directo con la población en riesgo, en este caso migrantes en situación irregular, se retoman las aportaciones de Lipsky (1980; 2018) acerca de los burócratas de nivel de calle, mismas que se revisan en el siguiente apartado.

1.2 Los burócratas de nivel de calle (*Street-Level Bureaucrats*)

El término burócratas de nivel de calle (*Street-Level Bureaucrats*), fue acuñado por Lipsky (1980) para referirse a los funcionarios que interactúan directamente con los usuarios de los servicios públicos y que gozan de considerable autonomía o discrecionalidad en el ejercicio de sus labores. Profesores, policías, trabajadores sociales, abogados de oficio, jueces y trabajadores de la salud son algunos ejemplos (Lipsky, 1980; 2018).

Los burócratas de nivel de calle (en adelante BNC) constituyen el rostro visible del Estado (Salej et al., 2016), al ser los responsables de materializar los objetivos, lineamientos y programas de las instituciones públicas. En esta labor, de acuerdo con Dessauge et al. (2018), si bien sus decisiones son reguladas por los planes, reglamentos y reglas de operación, sus acciones inevitablemente se tornan discrecionales por las tensiones entre la generalidad de las políticas y las particularidades de los ciudadanos, las ambigüedades, contradicciones y vacíos en la normatividad que dan espacio a la interpretación, así como por las condiciones que enfrentan en su ambiente laboral, es decir, entornos de recursos limitados en términos de tiempo, capacitación, espacios y presupuesto, largas jornadas laborales y constantes exigencias ciudadanas. Todo lo anterior hace que los BNC desarrollen y pongan en práctica estrategias, comportamientos, métodos y rutinas que les permitan lidiar con estos escenarios complejos (Dessauge et al., 2018; Lipsky, 1980; 2018).

Esta conceptualización propuesta por Lipsky posiciona al burócrata como un actor político, más que como simplemente un ejecutor de las políticas (Araya, 2016). En este sentido, señala que las decisiones que toman los BNC, las rutinas que establecen, así como los dispositivos y mecanismos que diseñan para enfrentar las presiones e incertidumbres del trabajo llegan a convertirse en las políticas que efectivamente se llevan a cabo o son aplicadas (Lipsky, 1980).

La discrecionalidad de los BNC, entendida como la libertad que tienen para determinar el tipo, cantidad y calidad de las sanciones y recompensas durante la implementación de políticas (Tummers y Bekkers, 2014), tiene efectos en la vida y oportunidades de la gente, especialmente cuando se trata de personas de recursos escasos (Lipsky, 1980; 2018), ya que puede derivar en métodos que les permita tratar con los usuarios de los servicios de manera más o menos justa, adecuada y cuidadosa, incluso hacer posible apoyos “fuera de la norma”, pero también puede dar lugar a comportamientos arbitrarios, inequitativos e injustos (Lipsky, 2018). Si bien las acciones discrecionales de estos burócratas están basadas en su experiencia práctica y conocimientos especializados, también se ven involucrados sus valores, percepciones y actitudes hacia los usuarios de los servicios (Cohen, 2018; Salej et al., 2016; Schram et al., 2009). Así, la implementación de políticas a nivel de calle es, simultáneamente, impartición de justicia, redistribución de beneficios y de castigos con base en las valoraciones de los BNC (Dussauge et al., 2018).

Algunos trabajos han analizado la relación entre las actitudes, estereotipos y prejuicios de los BNC y la manera en que interpretan la información, perciben sus encuentros con los usuarios y su toma de decisiones (Pfaff et al., 2020; Sommer, 2018). Sommer (2018), por ejemplo, en su estudio sobre la implementación de políticas de prevención dentro de la atención médica, el cuidado infantil y la educación, encontró que las enfermeras y maestros activan y aplican estereotipos de clase. Por su parte, Pfaff y colaboradores (2020) señalan que los prejuicios y la percepción de que musulmanes y ateos son propensos a hacer demandas ilegítimas, son motivo de discriminación por razones religiosas en escuelas públicas de los Estados Unidos. Asimismo, las investigaciones presentadas en la sección anterior (Jelin et al., 2006a; Liberona y Mansilla, 2017; Molina, 2019; Schütze, 2019) muestran que las percepciones negativas y los prejuicios pueden influir en las acciones discrecionales de los BNC.

1.3 El prejuicio

El prejuicio ha sido objeto de interés para investigadores tanto de la psicología social como de otras disciplinas científicas, ya que es un fenómeno recurrente que enfrentan las sociedades y que de una u otra manera afecta a los individuos que las integran (Gómez et al., 2010; Molero, 2007). Literalmente, el término prejuicio hace referencia a un juicio u opinión prematura, generalmente desfavorable, acerca de algo. Desde una perspectiva psicosocial el prejuicio se caracteriza por tres aspectos: 1) se refiere a juicios previos que involucran una evaluación de carácter negativo; 2) está unido al contexto de las relaciones intergrupales y; 3) es relativamente estable y resistente al cambio (Navas, 1997).

Una de las definiciones del prejuicio más difundida en la actualidad es la propuesta por Allport (1954, p. 9): “una antipatía basada en una generalización defectuosa e inflexible que puede sentirse o expresarse y puede estar dirigida hacia un grupo o hacia un individuo como miembro de ese grupo”. Años más tarde, Ashmore (1970) define al prejuicio como “una actitud negativa hacia un grupo determinado y/o hacia cualquier persona percibida como parte de ese grupo” (p. 253). En la definición se encuentran los cuatro aspectos que, de acuerdo con el autor, caracterizan al prejuicio: es un fenómeno intergrupar; representa una orientación negativa hacia el objeto del prejuicio (puede implicar agresión, evitación u otras conductas negativas); es injusto y generalizado y; es una actitud.

De esta manera, en la tradición psicosocial existe cierto consenso en considerar al prejuicio como una actitud (Ashmore, 1970; Devine, 1995; Huici; 1996; Molero, 2007; Puertas, 2004, Smith, 2006). Esta conceptualización del prejuicio tiene implicaciones tanto empíricas como teóricas (Morales, 1996). Los aspectos empíricos se refieren a la manera en que, normalmente, se ha estudiado y medido el prejuicio (escalas de actitud), mientras que los aspectos teóricos están vinculados con la definición, estructura y funciones de las actitudes. En este sentido, el prejuicio comparte las características que definen a las actitudes: evaluación de los objetos de la actitud, naturaleza estable y duradera, así como el carácter motivador de la conducta. En otras palabras, el prejuicio es una evaluación desfavorable, cuyo objeto es un exogrupo y sus miembros, es un fenómeno relativamente estable, y una vez formado guía el comportamiento del individuo hacia los miembros del exogrupo (Morales, 1996; Navas, 1997).

Desde el modelo tripartito (Rosenberg y Hovland, 1960), que considera que las respuestas que expresan evaluación pueden ser afectivas, cognitivas y conductuales, el prejuicio, como cualquier actitud, está conformado por estos tres componentes (Devine, 1995):

- a) El componente afectivo o evaluativo, considerado como el más importante y esencial, se refiere a los sentimientos y emociones que experimenta el individuo en relación con el objeto de actitud.
- b) El componente cognitivo, denominado estereotipo, consiste en el conocimiento que la gente cree tener sobre los objetos actitudinales, en otras palabras, son asociaciones entre el objeto y varios atributos.
- c) El componente conativo o conductual, que se refiere a la intención de conducta o a las acciones manifiestas que las personas exhiben respecto al objeto actitudinal (Navas, 1997).

Bajo esta perspectiva, los prejuicios tienden a manifestarse en comportamientos negativos denominados discriminación (Pettigrew, 2008; Prevert et al., 2012). Sin embargo, de acuerdo con Navas (1997), no es posible señalar que exista una relación causa-efecto generalizada entre el prejuicio y la discriminación. En otras palabras, la actitud prejuiciosa no siempre conlleva a actos discriminatorios, ya que la conducta también está influida por las exigencias de las situaciones y las normas sociales.

Ahora bien, a lo largo del siglo XX se han desarrollado diferentes modelos y teorías que intentan explicar las causas del prejuicio. Estas teorías se ubican en diferentes niveles de análisis (Duckitt, 1992; Huici, 1996; Smith, 2006), algunas se han centrado en factores individuales (Adorno et al., 1950; Berkowitz, 1962; Dollard et al., 1939), mientras que otras lo hacen en factores sociales o de las relaciones intergrupales (Sherif, 1967; Sherif y Sherif, 1979; Tajfel y Turner, 1979; 1986; Tajfel, 1981). Pese a los esfuerzos, para algunos investigadores (Duckitt, 1992; Navas, 1997; Pettigrew 1958) estos enfoques no logran explicar la totalidad del fenómeno, no obstante, añaden que es necesario considerarlos complementarios más que contradictorios, en el sentido de que cada uno aporta elementos particulares para la conformación de un marco analítico integrador, más amplio y adecuado para abordar su complejidad.

Para cumplir los objetivos de este trabajo nos referimos particularmente a la teoría de la identidad social (Tajfel y Turner, 1979; 1986), así como a la teoría del contacto (Allport, 1954; Pettigrew, 1998) que, si bien es cierto no intenta explicar las causas del prejuicio, ha sido ampliamente utilizada para entender y explicar su reducción en una variedad de contextos (Dovidio et al., 2003; Pettigrew, 1998; Pettigrew y Tropp, 2006; Smith, 2006).

1.3.1 Teoría de la identidad social

Frente a los modelos que enfatizan los factores individuales para explicar el prejuicio, surge la teoría de la identidad social, formulada por los psicólogos sociales europeos Tajfel y Turner (1979;1986) (Duckitt, 1992). Esta teoría sostiene que las personas tienden a favorecer a los miembros del propio grupo sobre el grupo externo, aún en ausencia de conflictos de interés o de hostilidad previa entre estos grupos. A esta tendencia se le ha denominado como favoritismo endogrupal o sesgo endogrupal. De esta manera, en palabras de Tajfel y Turner (1979; 1986), la mera percepción de pertenencia a grupos distintos, vale decir, la categorización social es factor suficiente para desencadenar la discriminación intergrupal que favorece al endogrupo.

Asociado al proceso de categorización social se encuentra la identidad social, entendida como “aquella parte del auto-concepto de un individuo que deriva del conocimiento de su pertenencia a un grupo social (o grupos sociales) junto con el significado valorativo y emocional que el mismo le otorga a dicha pertenencia” (Tajfel, 1981, p. 292), así como la comparación social, la cual permite “poner en perspectiva las características propias y la de los otros grupos para establecer diferenciaciones” (Saldivia et al., 2016, p. 2). De esta manera, la categorización social además de actuar como una herramienta cognitiva que clasifica, ordena y simplifica el mundo social, provee a las personas de una identidad social, misma que es evaluada como positiva o negativa con base en comparaciones con otros grupos específicos y, dado que las personas luchan por un concepto positivo de sí mismos, se esforzarán por lograr o mantener una identidad social positiva a través de comparaciones favorables entre su grupo y algunos grupos externos relevantes (Tajfel y Turner, 1979).

Así, para los autores, el prejuicio es resultado de un proceso cognitivo, es decir, la categorización social y de un proceso motivacional, el esfuerzo de los individuos por mantener o mejorar su autoimagen positiva. En otras palabras, la categorización social permite que las personas se definan como miembros de un grupo y se identifiquen con él. Al mismo tiempo, tratarán de que este grupo sea evaluado positivamente en atributos y características valoradas socialmente en comparación a otros grupos. Estas comparaciones no están libres de sesgos cognitivos, ya que las personas harán lo posible por diferenciarse positivamente respecto al exogrupo (Huici, 1996; Navas, 1997; Tajfel y Turner, 1979; 1986). Esta necesidad de diferenciación positiva es particularmente fuerte en personas altamente identificadas con su grupo, ya que son precisamente los más necesitados de autoafirmación por medio de sus categorías sociales, lo que puede orillarlos a la hostilidad intergrupala (Smith, 2006).

Desde esta perspectiva teórica, diferentes autores han señalado que la identidad nacional, vista como una de las membresías grupales que tienen las personas (Mummendey et al., 2001; Pehrson et al., 2009), está positivamente relacionada con el prejuicio y las actitudes antiinmigrantes (Bagci y Birinci, 2017; Espinosa et al., 2018; Falomir y Frederic, 2013; Pettigrew, 2007; Pettigrew et al., 2007). La identidad nacional es definida por Murillo y colaboradores como “el grado en que una persona se reconoce y acepta como miembro de una nacionalidad o país y la valoración emocional que para ella tiene dicha pertenencia (2012, p. 103; 2015, p. 39). Esta definición sigue los planteamientos de Tajfel (1981) acerca de la identidad social, reconociendo los tres componentes que el autor distingue en dicha conceptualización, vale decir, el componente cognitivo, el evaluativo y el emocional (Laca et al., 2010; Smith, 2002).

El componente cognitivo o de auto-identificación, hace referencia al conocimiento o conciencia de las personas de pertenecer a un grupo, en este caso a una nacionalidad o país, diferenciándose de los integrantes de otros grupos o categorías a través del uso de etiquetas (Basabe et al., 2004; Grad y Sanz, 2008; Smith, 2002). El componente evaluativo, por su parte, se refiere a las valoraciones, positivas o negativas, derivadas de la pertenencia a un grupo, mismas que pueden ser expresadas en términos de valores personales (Grad y Sanz, 2008), adjetivos (Aguilar, et al., 2005; Ichiyama et al., 1996) o de orgullo (Basabe et al., 2004; Rosenthal y Feldman, 1992). Finalmente, el componente emocional o afectivo puede describirse

como el vínculo emocional o cercanía que las personas tienen con el grupo de pertenencia y puede expresarse como apego (Roccas et al., 2006), o bien, como intensidad de sentimientos (Grad y Sanz, 2008).

Si bien en la literatura relativa a la identidad social algunos investigadores han añadido otros componentes al constructo (Espinosa et al., 2018; Grad y Sanz, 2008; Phinney, 1992), en el presente trabajo, al igual que Laca y colaboradores (2010), se considera que el componente cognitivo, evaluativo y emocional cubren la multidimensionalidad de la identidad social y, en consecuencia, de la identidad nacional definida en esos términos.

1.3.2 Teoría del contacto intergrupar

A partir de la década de 1940 y hasta nuestros días, la relación entre el contacto intergrupar y el prejuicio ha sido un importante objeto de análisis para diferentes investigadores (Allport, 1954; Dovidio et al., 2003; Lett, 1945; Pettigrew; 1998; Pettigrew y Tropp; 2006; Williams, 1947). En su obra *La naturaleza del prejuicio*, Allport (1984) sostiene que el contacto entre grupos puede reducir, de forma paulatina y efectivamente, el prejuicio intergrupar. Sin embargo, también señala que el contacto por sí mismo no es factor suficiente para lograr un cambio, es decir, una efectiva reducción del prejuicio tendrá lugar cuando el contacto ocurra bajo ciertas condiciones (contacto óptimo). Las condiciones a las que se refiere el autor son: a) igualdad de estatus entre los grupos; b) objetivos y/o metas comunes; c) cooperación entre los grupos y; d) apoyo institucional, en el sentido de leyes, normas y regulaciones que faciliten el contacto óptimo (Smith, 2006).

Décadas más tarde, Pettigrew (1998) amplía la teoría inicialmente propuesta por Allport. Pettigrew parte del planteamiento de que, si bien es cierto que la hipótesis ha demostrado ser útil y es apoyada por diversas investigaciones, enfrenta cuatro problemas fundamentales: 1) un sesgo de selección, ya que las personas prejuiciosas evitan el contacto intergrupar; 2) los investigadores tienden a ampliar la lista de condiciones para un contacto óptimo al confundirlas con factores facilitadores, lo que podría anular el interés en la hipótesis ya que demasiadas condiciones excluirían la mayoría de las situaciones intergrupales; 3) no aborda los procesos mediante los cuales el contacto cambia las actitudes y el comportamiento, en otras palabras, solo

predice cuándo el contacto conducirá a resultados positivos, pero no el cómo ni el porqué de tales resultados y; 4) no explica cómo se generalizan los efectos a otras situaciones más allá del contacto inmediato, es decir, hacia el grupo externo en general o hacia otros grupos externos no involucrados.

De acuerdo con el autor, la primera de estas limitaciones puede superarse utilizando métodos estadísticos adecuados y con la implementación de diseños de investigación de tipo longitudinal, en tanto que para la segunda es necesario establecer claramente la diferencia entre factores esenciales y procesos subyacentes. Respecto al tercer problema, sugiere que cuatro procesos interrelacionados operan mediante el contacto: el aprendizaje sobre el grupo externo; el cambio de comportamiento; la generación de vínculos afectivos y; la reevaluación del endogrupo³. Finalmente, sobre la generalización de los efectos a otras situaciones, sostiene que, actuando secuencialmente, la decategorización (Brewer y Miller, 1984), la categorización distintiva (Hewstone y Brown, 1986) y la recategorización (Gaertner et al. 1996) favorecen la generalización⁴, la cual puede extenderse a grupos no involucrados, como se observa en Pettigrew (1997).

Con base en esto, Pettigrew señala que la amistad intergrupal es importante porque potencialmente invoca los cuatro procesos mediadores, y ya que el contacto intergrupal requiere tiempo para que se generen amistades, es necesario adoptar una perspectiva a largo plazo que permita a la amistad desarrollar la decategorización, la categorización destacada y la subsecuente recategorización. De esta manera, añade una quinta condición a la hipótesis del contacto: la situación de contacto debe proporcionar a los participantes la oportunidad de

³ De manera general, Pettigrew (2018) señala que el contacto permite la obtención de nueva información sobre el grupo externo, lo que puede conducir a una mejora en las actitudes hacia ellos. Asimismo, genera cambios en el comportamiento, lo que conlleva a cambios en las actitudes, ya que para resolver la disonancia cognitiva entre viejos prejuicios y un nuevo comportamiento es necesaria la revisión de dichas actitudes. Por otro lado, crea lazos afectivos que favorecen la reducción de la ansiedad y el desarrollo de empatía. Y, por último, el contacto óptimo proporciona información sobre el grupo externo, lo que puede propiciar una reconfiguración en la manera en que se concibe tanto al exogrupo como al propio grupo.

⁴ El modelo de *decategorización* sostiene que una situación óptima de contacto deriva en cambios en la percepción de los miembros de los grupos, resaltando la información personalizada sobre los otros, independientemente de su categoría social (Brewer y Miller, 1984).

El modelo de *categorización destacada* señala que los beneficios del contacto están en el mantenimiento de las respectivas categorías de los involucrados, ya que es más probable que el cambio positivo observado sea transferido a otros miembros del exogrupo (Hewstone y Brown, 1986)

El modelo de *recategorización* considera que los efectos positivos del contacto ocurren porque se introduce una categoría más amplia que incluye a los participantes de la interacción (Gaertner et al., 1996)

convertirse en amigos. Esto significa que ese potencial de amistad es una condición esencial y no solamente un facilitador de los efectos positivos del contacto y su generalización.

Ya en este siglo, el mismo Pettigrew en colaboración con Tropp (2006), mediante un meta-análisis concluyen que las condiciones óptimas propuestas por Allport no son esenciales, sin embargo, aumentan los efectos positivos del contacto intergrupales. De esta forma, postulan que “el proceso subyacente en la capacidad del contacto para reducir el prejuicio es la generación de familiaridad y agrado” (p. 766). Así, la familiaridad y el subsecuente desarrollo de agrado juegan un papel importante, ya que contribuyen a la reducción de los sentimientos de ansiedad, amenaza e incertidumbre que experimentan las personas en contextos intergrupales y, en última instancia, del prejuicio.

De esta forma, el contacto intergrupales, entendido como la interacción social entre miembros de diferentes grupos (Carmona-Halty et al., 2018; Pettigrew, 1998), ha sido utilizado para explicar la reducción del prejuicio antinmigrante en diferentes contextos (Islam y Hewstone. 1993; Pettigrew, 1997). Estas investigaciones, como las realizadas en países de habla hispana (Cárdenas et al., 2011; Carmona-Helty et al., 2018; Cervantes et al., 2019; Civalero et al., 2018; González et al., 2010; Herrero et al., 2014), respaldan la hipótesis de que el establecimiento de relaciones de amistad y el contacto cercano, acompañado de experiencias positivas, contribuye efectivamente a la reducción del prejuicio hacia los inmigrantes.

1.4 Las expresiones contemporáneas del prejuicio

A partir de las últimas dos décadas del siglo XX, algunos investigadores han argumentado que los valores democráticos y de igualdad que caracterizan a las sociedades contemporáneas han inhibido las expresiones abiertas de prejuicio, no obstante, ello no significa que no se exprese de otras formas más sutiles e indirectas, socialmente aceptadas y que pueden pasar desapercibidas incluso por el propio individuo. Estas nuevas expresiones han recibido diferentes denominaciones como racismo moderno (McConahay, 1986), racismo aversivo (Gaertner y Dovidio, 1986) o prejuicio sutil (Pettigrew y Meertens, 1995), y han dado lugar a modelos explicativos que, a pesar de sus particularidades, comparten el objetivo de interpretar por qué las personas, a pesar de afirmar no tener prejuicios hacia ciertos grupos, los discriminan (Navas, 1997).

Las expresiones contemporáneas del prejuicio se traducen no en manifestaciones abiertas de odio y hostilidad hacia el grupo externo, sino en incomodidad, inseguridad, disgusto y miedo (Gaertner y Dovidio, 1986), o bien, como señala Pérez (1996), en prácticas simbólicas abstractas que no son aplicadas directamente al grupo objeto, sino a través de diferentes vías indirectas, es decir, se ataca al grupo por aspectos distintos a su grupo de pertenencia (delincuencia, tráfico de drogas, oficios desempeñados), y suelen pasar desapercibidas incluso por el propio individuo que las ejerce, no perjudicando su autoimagen democrática e igualitaria valorada socialmente (Navas, 1997; Rueda y Navas, 1996).

De esta forma, McConahay (1986) sostiene que el racista moderno considera que el racismo es cosa del pasado, que los miembros del exogrupo violan los valores socialmente apreciados, presionan muy fuerte y muy rápido para instalarse en espacios donde no son queridos y que sus demandas además de injustas son inmerecidas lo que, desde su perspectiva, son hechos empíricos y no creencias de carácter racista. Por otro lado, el racismo aversivo se caracteriza porque las personas se conciben como no prejuiciosas, no obstante, albergan sentimientos y creencias negativas hacia el exogrupo, de esta manera, en situaciones en donde existen normas claras que determinen el comportamiento antidiscriminación, el racista aversivo no mostrará sus actitudes negativas, pero cuando estas normas no estén presentes o sean ambiguas exhibirá dichas actitudes (Gaertner y Dovidio, 1986).

1.4.1 El prejuicio manifiesto y el prejuicio sutil

Pettigrew y Meertens (1995), señalan que el estudio del prejuicio se ha centrado en su forma más evidente y tradicional, no obstante, en la actualidad pueden observarse formas sutiles e indirectas de este fenómeno. Partiendo de la definición de Allport (1954), proponen la existencia de dos expresiones de este fenómeno: el prejuicio manifiesto o evidente y el prejuicio sutil. En este trabajo utilizaremos este enfoque para describir los prejuicios de los trabajadores de los servicios públicos de salud, por incluir aspectos de carácter cognitivo y afectivo, así como por la diversidad de investigaciones que se han desarrollado en países de habla hispana basadas en las aportaciones de estos dos autores (Cárdenas et al., 2007; Cárdenas et al., 2011; Civalero et al., 2018; Civalero et al., 2019; Muller et al., 2017; Palacio et al., 2020; Romero et al., 2020; Rueda y Navas, 1996).

El prejuicio manifiesto es la forma tradicional del fenómeno. Los componentes de esta expresión son: 1) la percepción de amenaza y el rechazo del exogrupo, que en casos extremos incluye la creencia en la inferioridad biológica de los miembros del grupo externo y 2) la oposición al contacto íntimo con el exogrupo, que se refiere a la resistencia emocional contra cualquier contacto intergrupales de carácter sexual o matrimonial. Asimismo, cualquier situación que implique estar bajo la supervisión de un miembro del grupo externo es rechazada.

Por otra parte, el prejuicio sutil se caracteriza por tres componentes que se expresan en formas normativas y aceptables en las sociedades contemporáneas. Estos componentes son: 1) la defensa de los valores tradicionales, 2) la exageración de las diferencias culturales y 3) la ausencia de emociones positivas hacia el grupo externo. El primer componente está relacionado con la percepción de que el exogrupo no respeta los valores del endogrupo, es decir, sus miembros actúan de manera inaceptable por lo que son culpables de no tener éxito. De esta manera, el comportamiento aceptable se interpreta en términos de los valores tradicionales. El segundo componente implica exagerar las diferencias culturales (valores, creencias, tradiciones, lengua, religión, hábitos de higiene y sexuales) entre el endogrupo y el exogrupo. Así, las diferencias culturales, y no los aspectos biológico-genéticos, se presentan como la causa de la posición subordinada y en desventaja del exogrupo. Respecto al tercer y último componente, si

bien las personas no exhiben emociones negativas o perjudiciales hacia el exogrupo, también están ausentes aquellas emociones de carácter positivo.

Para la medición de estas expresiones del prejuicio, Pettigrew y Meertens (1995) desarrollaron dos escalas Likert compuestas por diez ítems cada una. La escala de prejuicio manifiesto consta de seis ítems para la medición del componente de amenaza y rechazo y cuatro ítems para el componente de intimidación. Por otra parte, la escala sutil se compone de cuatro ítems correspondientes al componente de valores tradicionales, cuatro ítems relativos al componente de diferencias culturales y, finalmente, dos ítems para la medición de emociones positivas hacia el exogrupo. Asimismo, desarrollaron una tipología de individuos con base en el cruce de las puntuaciones obtenidas en las escalas, colocando como línea divisoria el punto medio de los valores teóricos posibles. De esta manera, los resultados potenciales son:

Tipo 0) error⁵, ocurre cuando se obtiene una puntuación alta en la escala de prejuicio manifiesto y baja en la escala de prejuicio sutil.

Tipo 1) igualitarios, se refiere a los individuos que alcanzan puntuaciones bajas en ambas escalas.

Tipo 2) sutiles, son aquellos individuos que puntúan bajo en la escala de prejuicio manifiesto pero alto en la de prejuicio sutil.

Tipo 3) intolerantes, se refiere aquellos individuos que presentan puntuaciones altas en ambas escalas de prejuicio.

De acuerdo con los autores, los tipos antes descritos, es decir, intolerantes, sutiles e igualitarios, responden de forma diferenciada a aspectos relativos al exogrupo (en este caso inmigrantes), particularmente en cuanto a derechos de los inmigrantes, política a seguir por el gobierno respecto a los inmigrantes y las acciones a implementar para mejorar las relaciones entre personas nativas e inmigrantes.

⁵ Se denomina así por considerarse una forma inconsistente de respuesta (Pettigrew y Meertens, 1995; Rueda y Navas, 1996; Cárdenas et al, 2007). Los autores señalan que en la práctica no debería darse, o bien, es poco frecuente.

En este sentido, los individuos intolerantes consideran, mayoritariamente, que deben restringirse los derechos de los inmigrantes y que el gobierno debería expulsar a todos los que no han nacido en el país o no contribuyen a la economía. Las personas igualitarias, por el contrario, tienden a manifestarse a favor de ampliar los derechos de los inmigrantes y de no expulsarlos, de igual forma, muestran apoyo a acciones contundentes para mejorar las relaciones entre las personas nativas y los inmigrantes, como castigar a los racistas y facilitar la naturalización. Los sutiles por su parte, asumen una posición intermedia, es decir, no consideran que los derechos de los inmigrantes deban restringirse o ampliarse, sino que estos deben quedarse como están. Asimismo, están a favor de su expulsión sólo cuando hay una razón aparentemente no prejuiciosa, como cometer un delito o no contar con documentos migratorios, y se oponen a medidas contundentes como las apoyadas por los igualitarios, favoreciendo en cambio acciones más graduales, menos comprometedoras y directas (Pettigrew y Meertens, 1995).

Las escalas propuestas por Pettigrew y Meertens (1995) han sido adaptadas y validadas en diferentes países de habla hispana como España (Rueda y Navas, 1996), Chile (Cárdenas, et al., 2007), Argentina (Civalero et al., 2019) y Colombia (Palacio et al., 2020), para analizar las expresiones manifiestas y sutiles del prejuicio hacía otros grupos en general y hacia poblaciones inmigrantes en particular. Estos trabajos han orientado investigaciones posteriores (Cárdenas et al., 2011; Gómez y Huici, 1999; Gómez y Navas, 2000; Romero et al., 2020), así como la adaptación de las escalas al contexto mexicano, respecto a los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por el país, que aquí se propone.

1.5 El análisis de las actitudes, percepciones y prejuicios de los proveedores de salud hacia poblaciones migrantes

De acuerdo con diferentes autores (Dias et al., 2012; Guilfoyle et al., 2008; Rousseau et al., 2017; Van Ryn y Burke, 2000) las actitudes, percepciones y prejuicios de los proveedores de salud potencialmente pueden influir en el acceso a los servicios de atención médica de inmigrantes, solicitantes de refugio y grupos étnicos minoritarios, así como en las decisiones médicas y calidad de atención hacia estas poblaciones. A su vez, cuando de actitudes prejuiciosas se trata, estas pueden conducir a los pacientes a una menor satisfacción con la

atención, incumplimiento de los tratamientos, menor probabilidad de recibir atención médica preventiva y a una reducida utilización de los servicios, lo que impacta negativamente los resultados en salud (Dias et al., 2012; Stepanikova y Cook, 2008). En este sentido, existen diversas investigaciones en torno al tema que se han llevado a cabo en países europeos (Dias et al., 2012; Hudelson et al., 2010; Michaelsen et al., 2004), Canadá (Rousseau et al, 2017; Ruiz et al., 2011) y Estados Unidos (Hall et al., 2015; Sabin et al., 2008; Van Ryn y Burke, 2000).

De igual forma, en países hispanohablantes se han generado algunos trabajos al respecto. En España, Antonín y Sábado (2004) desarrollaron la Escala de Actitud ante la Inmigración en Enfermería (EAIE) con el objetivo de evaluar las actitudes de los profesionales de la salud ante el fenómeno de la inmigración. La EAIE ha sido aplicada en profesionales de enfermería por Plaza del Pino y colaboradores (2007) y Plaza del Pino (2012) en la provincia de Almería, así como por Sánchez-Ojeda y colaboradores (2017) en la ciudad de Melilla. Los resultados indican que los profesionales tienden a considerar que los migrantes tienen la obligación de adaptarse a las costumbres del país receptor, que abusan de los recursos sanitarios y sociales, reciben más ayudas que los autóctonos y aumentan los índices de delincuencia. Asimismo, consideran que el colapso de los servicios públicos de salud es consecuencia del incremento de la migración y que la llegada masiva de migrantes provocará problemas sanitarios y sociales. Esto, de acuerdo con los autores, impide el desarrollo de cuidados integrales y atención adecuada para las poblaciones inmigrantes.

Asimismo, en España se han realizado investigaciones de carácter cualitativo, como la de Terraza y colaboradores (2011), quienes encontraron que los profesionales de la salud en Cataluña establecen diferencias entre los grupos de inmigrantes que hacen uso de los servicios, colocando etiquetas como agresivos (marroquíes), pasivos (subsaharianos) o exigentes (latinoamericanos). De igual forma, perciben una falta de interés por parte de los inmigrantes por adoptar la cultura, idioma, normas y hábitos de higiene del país, lo que consideran una dificultad para brindar atención médica a estos colectivos.

En Latinoamérica, los trabajos identificados que han tocado el tema de las percepciones, actitudes y prejuicios del personal de salud hacia poblaciones migrantes son esencialmente de carácter cualitativo. En Argentina (Aizenberg et al., 2015; Baeza et al., 2019; Jelin et al., 2006b), se ha documentado que el personal de salud percibe a las pacientes peruanas como instruidas

educativamente, capaces de adaptarse a la cultura local, con conocimientos de los derechos que poseen, por tanto, más demandantes. En contra parte, las pacientes bolivianas son caracterizadas como mujeres con bajo nivel educativo, sumisas, dóciles, calladas, con mayor resistencia al dolor, con dificultades para seguir instrucciones y poco higiénicas. En ambos casos, las mujeres son concebidas como un grupo homogéneo con base en su nacionalidad. Esta homogenización, en el caso de las mujeres bolivianas, es utilizada para justificar mala praxis o baja calidad de la atención médica (Aizenberg et al., 2015).

En Chile, Liberona y Mancilla (2017) identifican que parte del personal de salud percibe a los pacientes inmigrantes como personas a las que les cuesta trabajo adaptarse a la cultura chilena, son exigentes, demandantes y policonsultantes. Asimismo, consideran que representan un problema de salud pública y una carga económica para el sistema. Estas percepciones, de acuerdo con los autores, dificulta el acceso de los migrantes en condición irregular a la atención médica, ya que los coloca como un elemento que ejerce presión al sistema público de salud y no como parte legítima de la comunidad de usuarios.

Los trabajos antes señalados muestran un creciente interés por el análisis de las percepciones, actitudes y prejuicios de los profesionales de la salud hacia poblaciones migrantes. Los estudios realizados en países latinoamericanos (Aizenberg et al., 2015; Baeza et al., 2019; Jelin et al., 2006b; Liberona y Mancilla, 2017) ponen de manifiesto la existencia de actitudes prejuiciosas, lo que aunado a las facultades discrecionales del personal de salud (Liberona y Mancilla, 2017), potencialmente pueden influir en el acceso a la atención médica de estas poblaciones migrantes, o bien, en la calidad de los servicios que reciben.

II. MARCO CONTEXTUAL

Introducción

Este capítulo aborda los aspectos contextuales del trabajo y se compone de cinco apartados. En el primer apartado se describe el volumen del flujo migratorio de origen centroamericano en tránsito irregular por México, así como algunas de sus características sociodemográficas. El segundo apartado se enfoca en las rutas que siguen los migrantes, las condiciones que enfrentan en el viaje, los problemas de salud que presentan y su acceso a los servicios de salud. Posteriormente, el tercer apartado aborda el tema de las opiniones y percepciones de los mexicanos respecto a los migrantes centroamericanos en tránsito por México, a través de los resultados de la Encuesta Nacional de Migración y de la Encuesta México, las Américas y el Mundo. En el apartado cuatro se presentan algunos trabajos que documentan actos de discriminación por parte de los proveedores de los servicios públicos de salud hacia los migrantes en tránsito por México. Por último, el apartado cinco, describe las características del Sistema Nacional de Salud y las acciones implementadas por el Gobierno Federal actual en materia de salud y migración.

2.1 El flujo migratorio de origen centroamericano en tránsito irregular por México y algunas de sus características sociodemográficas.

Derivado de su ubicación geográfica y particular historia, México es considerado un país de origen, tránsito, destino y retorno de migrantes (París et al., 2016; SEGOB, 2014). Por territorio mexicano transitan de manera irregular migrantes provenientes de Asia, África, Sudamérica y el Caribe, sin embargo, la gran mayoría proviene de los países del denominado Norte de Centroamérica, es decir, Guatemala, El Salvador y Honduras (Canales et al., 2019; Díaz, 2020; Fernández et al., 2014; Rodríguez, 2016).

El fenómeno migratorio de origen centroamericano en tránsito irregular por México ha llamado la atención de la esfera gubernamental, académica y de la sociedad civil, tanto por el volumen que ha alcanzado como por las condiciones que enfrentan los migrantes en su camino hacia los Estados Unidos y, más recientemente, por la llegada de las denominadas Caravanas

Migrantes a finales del año 2018 y principios de 2019, las acciones puestas en marcha por el Gobierno Federal en materia de migración, así como por la implementación del protocolo *Quédate en México* o *Migrant Protection Protocols* (MPP por sus siglas en inglés) impuesto por el gobierno de Estados Unidos para recibir a los solicitantes de asilo que desean pedir refugio en aquel país mientras sus casos son revisados (El Colef, 2018; Frausto y Parra, 2019; Hernández y Porraz, 2020; Servicio Jesuita a Refugiados, 2019).

Se calcula que el flujo de migrantes centroamericanos en tránsito irregular por México presenta una primera etapa de crecimiento entre el año 1995 y 2005, pasando de los 184 mil eventos al inicio del periodo a cerca de los 418 mil en 2005, año en que se alcanzó un máximo histórico. A partir de ese año se observa una progresiva reducción hasta alcanzar un mínimo de 126 mil eventos, aproximadamente, en el año 2011. Sin embargo, a partir del 2012 se retoma la senda del crecimiento, pasando de los 206 mil eventos en ese año hasta alcanzar 392 mil en 2014 (Rodríguez et al., 2011; Rodríguez, 2016). Un trabajo más reciente de Canales y colaboradores (2019), reporta que en el año 2015 se alcanzó los 415 mil eventos, mientras que para el 2016 se llegó a los 457 mil, cifra superior a la máxima alcanzada once años atrás.

Para el año 2017, 2018 y 2019, de acuerdo con la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas de la Secretaría de Gobernación (2018; 2019; 2020), el número de eventos de extranjeros presentados ante la autoridad migratoria mexicana ascendió a 93,846, 131,445 y 182,940 respectivamente, de los cuales 79,760, 115,008 y 152,138 correspondían a personas originarias de algún país del Norte de Centroamérica.

La estructura sociodemográfica de este flujo migratorio, de acuerdo con algunos autores, ha experimentado cambios en los últimos años. Estos cambios están relacionados, especialmente, con una mayor participación de mujeres, así como de niñas, niños y adolescentes (NNA) en la composición del mismo. Al respecto, Rodríguez (2016) y Canales et al. (2019) señalan que el porcentaje de aprehensiones de mujeres, efectuadas por autoridades migratorias de México, pasó del 12% en 2012 al 25% en 2016, así como el hecho de que en el año 2012 se hablaba de 5,800 eventos de retorno asistido de NNA, mientras que cuatro años más tarde ese número se elevó a 37,800 aproximadamente (SEGOB, 2013; 2017).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México (Emif Sur)⁶, el flujo de personas migrantes que transitaron por territorio mexicano en el año 2019, que fue devuelto a los países del norte de Centroamérica por las autoridades migratorias de México o de Estados Unidos, era mayoritariamente masculino. Del total de devoluciones realizadas por las autoridades migratorias mexicanas, solo un 27.89% correspondía al género femenino, mientras que ese porcentaje decrece al 15.68% cuando se trata de las devoluciones efectuadas por las autoridades migratorias estadounidenses. Si se consideran ambos casos, el número se acerca a los 22 puntos porcentuales⁷.

De igual forma, la encuesta arroja que este flujo migratorio se caracteriza por ser predominantemente joven. Poco más del 60% no supera los 30 años de edad, esto aplica tanto en el caso de los devueltos por autoridades de México como en el de devueltos por autoridades estadounidenses. El grupo de edad más nutrido en ambos casos es el de 20-24, seguido por el grupo 25-29 años, esto es así cuando se observan los datos de manera general pero también cuando se analiza de manera particular alguno de los tres países.

Finalmente, los niveles de escolaridad que presentan los migrantes de Guatemala y Honduras son relativamente bajos, en ambos casos las categorías sin escolaridad y primaria representan entre el 50% y 60%. Situación contraria ocurre con los migrantes salvadoreños quienes, además de presentar la mitad de casos en los niveles sin escolaridad y primaria respecto a los otros dos países, se concentran en los niveles de estudio secundarios y bachillerato, que representan poco más del 70%. Observando a los países de manera conjunta, entre el 70 y 80% de los casos quedan incluidos en los niveles de primaria y estudios secundarios.

⁶ La Emif-Sur está diseñada para captar el número de desplazamientos (eventos) realizados por un conjunto de personas en una misma dirección y en un periodo de tiempo determinado, este número eventos puede ser igual o mayor al número de personas de este conjunto. Los aspectos metodológicos, cuestionarios y bases de datos pueden consultarse en la página de internet: <https://www.colef.mx/emif/>

⁷ En el caso de los devueltos por las autoridades migratorias de México, los datos fueron filtrados a partir del reactivo: En este viaje, ¿su destino final era México o Estados Unidos?, incluyendo únicamente los casos que manifestaron tener como destino final Estados Unidos.

Para los devueltos por las autoridades migratorias de Estados Unidos, los datos fueron filtrados a partir del reactivo: ¿En qué mes y año fue la última vez que cruzó a Estados Unidos desde la frontera norte de México?, incluyendo únicamente los casos que manifestaron que la última vez fue en el año 2019.

En lo que respecta a NNA, la Unidad de Política Migratoria, Registro e identidad de Personas de la Secretaría de Gobernación (2020) señala que, en el año 2019, el número de eventos de retorno asistido de menores provenientes del norte de Centroamérica fue de 45,919. De ese número 12,350 corresponde a niñas; 13,835 a niños; 6,358 adolescentes del género femenino y, por último, 13,376 a adolescentes masculinos. Del total de eventos relativos a niños y niñas (de 0-11 años), 3,064 o el 11.70% viajaban en condición de no acompañados. Ese porcentaje es aún más alto en los adolescentes (de 12 hasta 17 años), alcanzando los 44.4 puntos porcentuales, lo que se traduce en un total de 8,763 de eventos de adolescentes bajo esa condición de viaje.

Las características sociodemográficas que presentan las personas migrantes devueltas a los países del norte de Centroamérica por las autoridades migratorias tanto de México como de Estados Unidos en el año 2019, coinciden con los resultados que han obtenido trabajos realizados previamente sobre el tema (González et al., 2017; REDODEM, 2016), es decir, que el flujo de migrantes de origen centroamericano en tránsito irregular por México está compuesto, principalmente, por masculinos en edad laboral y con bajos niveles de escolaridad. Sin embargo, tal como señala Rodríguez (2016) y Canales et al. (2019), se observa una mayor participación de mujeres (poco más del 20%) y de NNA en la composición del flujo, en comparación a lo registrado a principios de la década (INM et al., 2013; SEGOB, 2010).

2.2 Rutas migratorias, condiciones de viaje, problemas de salud y acceso a los servicios de salud de los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por México

Las rutas que emplean los migrantes centroamericanos para llegar a Estados Unidos son diversas, estas pueden ser aéreas, marítimas o terrestres, siendo estas últimas las más utilizadas (Casillas, 2008). En este sentido, diferentes trabajos (Amnistía Internacional, 2010a; 2010b; Carrasco, 2013; Casillas, 2008; González y Aikin, 2015; Li, 2020) coinciden en que, de las rutas terrestres, aquellas que siguen a las vías ferroviarias son las que presentan mayor afluencia. Esto no significa que todos los migrantes se transporten en el tren ya que, de acuerdo con datos de la Emif sur 2019, los medios de transporte a los que recurren para atravesar el territorio mexicano son principalmente autobuses y camionetas, o bien, como documenta González y Aikin (2015) es una combinación de medios. Sin embargo, paralelo a las vías ferroviarias se encuentran

algunas casas o albergues dedicados a la ayuda y protección de personas migrantes, por lo que seguir estos trayectos puede subsanar los riesgos que enfrentan (Li, 2020).

En la actualidad se identifican seis rutas terrestres principales por donde transitan los migrantes provenientes de Guatemala, Honduras y el Salvador. Dos se localizan en la región sur del país, una en la región central y tres en la región norte (Guillén y Pérez, 2014; Li, 2020; Médicos sin Fronteras, 2020). En el sur, las rutas inician en Tapachula, Chiapas (ruta del suroeste) y Tenosique, Tabasco (ruta del sureste), ambas desembocan en Acayucan, Veracruz, aunque algunos migrantes que ingresan por Tapachula, optan por seguir hacia la ciudad de Oaxaca y de ahí a la zona centro del país.

La ruta del centro comienza en Acayucan y continua hasta la Ciudad de México, Puebla, Apizaco en Tlaxcala y algunos municipios del Estado de México como Tultitlan. De Acayucan se puede seguir hacia el norte cruzando el resto del Estado de Veracruz y posteriormente Tamaulipas (ruta más corta hacía la frontera norte de México), sin embargo, Li (2020) señala que la utilización de esta ruta ha disminuido debido a los riesgos que supone para los migrantes, como ser víctimas de agresiones, secuestro o asesinato (Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, 2020; Yee y Torre, 2016).

Las rutas en la región norte de México son: ruta hacia la frontera noreste; ruta del norte o a Ciudad Juárez, Chihuahua y; ruta del pacifico (Li, 2020; Médicos sin fronteras, 2020). La ruta hacia la frontera noreste inicia en Querétaro, atravesando los Estados de Guanajuato y San Luis Potosí hasta llegar a Saltillo, Coahuila. En este punto los migrantes pueden optar por seguir hacia Ciudad Acuña o Piedras negras, o bien, dirigirse a Monterrey, desde donde pueden trasladarse a Nuevo Laredo o a las ciudades de Reynosa y Matamoros. Esta ruta es la más corta (Casillas, 2008) pero también es considerada como más peligrosa, no obstante, es ampliamente utilizada por los migrantes, particularmente, de origen hondureño (Yee y Torre, 2016). En cuanto a la ruta del norte, esta comienza en el Estado de Guanajuato y recorre las ciudades de Aguascalientes, Zacatecas, Torreón y Chihuahua hasta Ciudad Juárez (Li, 2020). Por último, la ruta del pacifico inicia en las ciudades guanajuatenses de Salamanca, Irapuato o León, avanzando por las entidades federativas de Jalisco, Nayarit, Sinaloa y Sonora. En Santa Ana, Sonora se divide en dos direcciones, una de ellas llega a Nogales, Naco o Agua Prieta, mientras que la otra conduce a Caborca o a Altar, desde donde se puede llegar a diferentes puntos

fronterizos como El Sásabe, Sonoyta, San Luis Rio Colorado, Mexicali y Tijuana (González y Aikin, 2015; Guillén y Pérez, 2014; Li, 2020; Médicos sin Fronteras, 2020). Esta última ruta es la que implica mayor recorrido, sin embargo, es empleada por los migrantes que tienen como destino Estados como California en los Estados Unidos (Casillas, 2008), así como por aquellos que la perciben como menos peligrosa (González y Aikin, 2015).

Las situaciones que enfrentan los migrantes a lo largo de estas rutas han sido documentadas en diversas investigaciones (Carrasco, 2013; CNDH, 2018; González y Aikin, 2015; Nájera, 2016; París, 2016; París et al., 2016). En general, los trabajos coinciden en que los migrantes son víctimas de diversos delitos: cobro por derecho de paso, extorsiones, robo, agresiones físicas, secuestro, tráfico ilegal de personas y, en el caso de las mujeres, violencia sexual. Sobre esto último, se considera que entre un 60 y 70% de las mujeres migrantes sufre de algún tipo de agresión de carácter sexual durante el trayecto por México (Amnistía Internacional, 2010a; Nájera, 2016; Sin Fronteras, 2012). Estos delitos son perpetrados mayoritariamente por grupos del crimen organizado, pero también se tiene registro de actos delictivos cometidos por autoridades de los tres niveles de gobierno, delincuentes comunes y particulares (Armijo, 2011; Canales et al. 2019; Carrasco, 2013; REDODEM, 2016). Sin embargo, como ha señalado Carrasco (2013), la gran mayoría de los mismos, quedan impunes.

A lo anterior se suman las condiciones propias de los entornos aislados e irregulares por donde transitan los migrantes. En este sentido, los migrantes pueden experimentar exposición prolongada al frío, al calor o las lluvias, encuentros con flora y fauna peligrosas, completar grandes distancias a pie, dormir a la intemperie bajo climas extremos, así como un acceso limitado al agua potable y/o alimentos (Castillo, 2016; CNDH; 2018, París et al., 2016). Asimismo, se encuentran los riesgos relacionados con los medios que utilizan para transportarse que incluye trenes, camionetas y camiones de carga, mismos que no están diseñados para el transporte de personas. Entre los riesgos asociados al uso de este tipo de medios se hallan las caídas, lesiones menores, caídas del tren, atropellamiento, asfixia y pérdida de miembros (CNDH, 2018; París et al., 2016).

En este contexto, diferentes trabajos (CNDH, 2018; Leyva et al., 2015; 2016; Paz et al., 2016) sostienen que las condiciones del viaje exponen a los migrantes en tránsito irregular a situaciones de riesgos para su salud, así como el hecho de que las enfermedades y afectaciones

que presenta esta población son resultado en buena medida de las circunstancias adversas que experimentan durante el trayecto. Entre los problemas de salud predominantes se encuentran las infecciones respiratorias y gastrointestinales, dolores de cabeza, laceraciones en pies y piernas, torceduras, dolores musculares, micosis en los pies, lesiones por accidentes, heridas por agresiones con arma de fuego, cuchillos y golpes, cansancio intenso, deshidratación y estrés (CNDH, 2018; Leyva et al., 2015; 2016).

Los problemas de salud antes mencionados requieren de atención médica, así como asistencia psicológica para las personas víctimas de delitos, violencia sexual o de otro tipo. No obstante, en un trabajo realizado por Leyva et al. (2016) se encontró que del total de migrantes usuarios de casas y albergues para migrantes que reportó problemas de salud, sólo el 66.2% acudió a algún tipo de servicio de salud, de ese porcentaje poco menos del 6% recurrió a los servicios gubernamentales de primer nivel o a algún sanatorio u hospital. En su gran mayoría (85.8%) son atendidos en las instalaciones disponibles en las casas o albergues para migrantes. Estos resultados son relativamente diferentes a los hallados por la CNDH (2018), a través de la Encuesta Nacional de Personas Migrantes en Tránsito por México. De acuerdo a este organismo, únicamente el 59.8% de los migrantes que reportó problemas de salud recurrió a algún servicio de atención en salud, de ese porcentaje cerca del 70% fue atendido en los albergues o casas para migrantes, mientras que un 10.5% acudió a los servicios que ofrece el gobierno mexicano. Por su parte, la Emif sur (2019) encuentra que, del número de devoluciones realizadas por las autoridades mexicanas en 2019 que reportó haber recibido atención médica en México, en un 87% de los casos los servicios fueron brindados por las casas y albergues para migrantes. Ese porcentaje desciende a un 78.4%, cuando se trata de los eventos de devolución efectuados por las autoridades de Estados Unidos.

De acuerdo con estos datos, los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por México que presentan problemas de salud normalmente no acuden a los servicios gubernamentales de atención médica. Al respecto, el Grupo de Trabajo sobre Migraciones-México (2011) sostiene que el desconocimiento de la población migrante sobre sus derechos dentro del territorio mexicano tiene como consecuencia que no exijan su derecho a la salud. Asimismo, López (2014) documenta que los principales obstáculos que enfrentan los migrantes para acceder a los servicios son: los requisitos solicitados, entre ellos la certificación de su

estancia legal en el país, el pago de los servicios y el trato diferenciado. Por otra parte, Paz et al. (2016) describen que los migrantes evitan acudir a los servicios de salud por el miedo a ser denunciados ante las autoridades migratorias, aunado al hecho de que en algunos centros de salud públicos se les niega la atención, no se les brinda manera adecuada o se les exige un cobro.

Así, se ha señalado que los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por México enfrentan barreras para acceder a los servicios públicos de atención en salud, entre ellas: el desconocimiento sobre los servicios a los que tienen derecho y de los mecanismos para acceder a ellos, el temor de ser identificados como indocumentados y ser retornados a su lugar de origen, los costos en términos de tiempo y dinero que implica el traslado a clínicas y hospitales, así como la discriminación por parte de los servidores públicos de las instituciones de salud (Bojórquez et al., 2019; GTM-México, 2011; López, 2014; Paz et al., 2016; Sin Fronteras, 2012; Stoessle y González, 2019).

2.3 Los mexicanos frente al fenómeno migratorio centroamericano en tránsito por México

A finales del año 2018 y principios del 2019 arribaron a territorio mexicano las denominadas caravanas migrantes, integradas principalmente por personas originarias de los países del norte de Centroamérica, con la intención de cruzar la frontera con Estados Unidos. Este acontecimiento dio lugar a muestras de solidaridad y apoyo por parte de algunos sectores de la población, pero también a expresiones de rechazo y hostilidad (El Colef, 2018; Frausto y Parra, 2019; Hernández y Porraz, 2020), mismas que recibieron una importante atención mediática (Barragán, 2018; Cuéllar, 2018; Langner, 2019; Sánchez, 2018; Vega, 2018). Previo a este suceso, en México ya se habían realizado algunos ejercicios para conocer las opiniones, percepciones y actitudes de la sociedad mexicana respecto a los migrantes de origen centroamericano en tránsito por México, entre ellos, la Encuesta Nacional de Migración y la Encuesta México, las Américas y El Mundo, llevadas a cabo por el Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), respectivamente.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Migración⁸, la cual fue aplicada a 1,200 personas de 15 años o más distribuidas en todo el país (49.3% mujeres), muestran que un 19.3% de los mexicanos cree que en el país se respetan “mucho” los derechos de las personas procedentes de Centroamérica, 27.6% que se respetan “algo”, 44.6% que se respetan “poco” o “nada” sus derechos y un 8.5% indica desconocer del tema o no contesta. Asimismo, sobre las acciones que el gobierno mexicano debería o no debería implementar con respecto a los inmigrantes indocumentados que vienen a México, el estudio revela que el 56.6% considera que debería aumentar los controles fronterizos, 37.9% deportar a los migrantes a su país de origen y 22.8% construir un muro en la frontera sur, en tanto que, 38.4% considera que el gobierno mexicano no debería permitir la entrada sin obstáculos de los migrantes. Finalmente, poco más del 78% piensa que el gobierno mexicano debe proteger del crimen organizado a los migrantes centroamericanos y de otros países que cruzan el país, frente al 7.4% que manifestó que el gobierno mexicano no tiene la obligación de brindarles protección (Caicedo y Morales, 2015).

Por su parte, la Encuesta México, las Américas y el Mundo del año 2016⁹ (última disponible), aplicada a 2,400 personas de 18 años o más distribuidas en todo el país (50% mujeres), registra que un 39% de los mexicanos expresa tener una impresión algo desfavorable o muy desfavorable sobre los migrantes centroamericanos en México. Este porcentaje es inferior a lo reportado en el año 2006 y 2008 cuando alcanzó un 46 y 41% respectivamente, pero superior a lo registrado en 2010 (30%), 2012 (37%) y 2014 (35%) (Maldonado et al., 2018). Por otro lado, la impresión sobre los migrantes centroamericanos presenta una variación según la calidad migratoria de estos, en este sentido, cuando los migrantes cuentan con documentos el porcentaje de personas con una impresión algo desfavorable o muy desfavorable se reduce a un 31%, sin

⁸ La Encuesta Nacional de Migración forma parte del proyecto de investigación *Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales*, cuyo objetivo es conocer las percepciones, opiniones, actitudes y valores de los mexicanos de 15 años o más respecto a los temas más importantes que atraviesan la vida de la sociedad mexicana (Caicedo y Morales, 2015). Para la realización de este trabajo se llevaron a cabo 25 encuestas nacionales de 1,200 casos cada una, cuyos cuestionarios fueron aplicados cara a cara en viviendas durante los meses de octubre y noviembre de 2014. Los aspectos metodológicos, cuestionarios y bases de datos pueden consultarse en la página de internet: <http://www.losmexicanos.unam.mx/index.html>

⁹ La encuesta México, las Américas y el Mundo es un proyecto del Centro de investigación y Docencia Económicas (CIDE) que inició en el año 2004, desde entonces se aplica cada dos años a muestras de la población nacional y líderes. Se trata de un instrumento que permite recabar información sobre opiniones, actitudes y valores de los mexicanos de 18 años o más respecto a temas internacionales. En su versión del año 2016, el cuestionario se aplicó cara a cara en viviendas a una muestra de 2,400 personas durante el mes de octubre y la primera semana de noviembre de ese año. Los cuestionarios, bases de datos y reportes pueden consultarse en la página de internet: <https://www.lasamericasyelmundo.cide.edu/>

embargo, cuando de migrantes en tránsito o sin documentos se trata los resultados son muy similares a los generales, vale decir, se alcanza los 37 y 38 puntos porcentuales en cada caso. Con base en esto, Maldonado et al. (2018) señalan que las actitudes de los mexicanos son más favorables hacia los centroamericanos cuando estos poseen una situación legal regular, pero menos favorables cuando se encuentran en condición de irregularidad o en tránsito por el país.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Migración y la Encuesta México, las Américas y el Mundo, nos permiten apreciar que aproximadamente 4 de cada 10 mexicanos tiene una impresión “algo” o “muy” desfavorable sobre los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por México, porcentaje similar al de personas que considera pertinente que el gobierno mexicano deporta a los migrantes a su país de origen y al de aquellos que piensan que no se les debería permitir ingresar sin obstáculos al país. Si bien, hasta el momento en que realizaron estos trabajos, estas percepciones y opiniones no constituyen una mayoría, la llegada de las caravanas migrantes al país pudo contribuir a un cambio en el escenario, ya que como documenta Chan (2019), CONAPRED (2018), Frausto y Parra (2019); Hernández y Porraz (2020), Ruiz y Varela (2020), en diferentes ciudades se dieron expresiones de rechazo y xenofobia hacia estos colectivos, describiendo a los migrantes como holgazanes, pandilleros, delincuentes e invasores para quienes se destinan recursos que pertenecen a los mexicanos.

2.4 Discriminación por parte del personal de los servicios públicos de salud hacia los migrantes centroamericanos en tránsito irregular por México.

De acuerdo con diferentes investigaciones (CNDH, 2018; Leyva et al., 2015; 2016), menos del 70% de los migrantes en tránsito por México que presenta algún problema de salud recibe atención médica, de ese porcentaje, la gran mayoría es atendido en las instalaciones de las casas o albergues para migrantes, mientras que menos del 10% recurre a los centros de salud, clínicas u hospitales gubernamentales. En este sentido, algunos trabajos (Bojórquez et al., 2019; GTM-México, 2011; López, 2014; Paz et al., 2019; Sin Fronteras, 2012; Stoessle y González, 2019) han señalado que el desconocimiento por parte de los migrantes sobre los servicios de salud a los que tienen derecho, el miedo a ser denunciados por su condición migratoria, los costos monetarios y de tiempo que implica el traslado a los servicios, así como la discriminación

por parte de los servidores públicos de las instituciones de salud, constituyen barreras en el acceso a los servicios de salud para esta población.

Sobre los actos de discriminación por parte del personal de los servicios público de salud, el Grupo de Trabajo sobre Migraciones-México (2011) señala que además del desconocimiento de los migrantes sobre sus derechos, otro elemento que contribuye a la violación de su derecho a la salud es la falta de sensibilidad y capacitación por parte del personal encargado de proveer la atención médica, lo cual se ve traducido en discriminación y malos tratos hacia los migrantes. En esa misma línea, López (2014) argumenta que el derecho a la no discriminación no es un derecho del que puedan disfrutar plenamente los migrantes, ya que las personas entrevistadas para su investigación que lograron cubrir los requisitos para acceder a los servicios médicos, reportaron haber experimentado un trato incómodo y diferente al que reciben los nacionales.

Por su parte, Paz et al. (2016) documentan que en el contexto chiapaneco los proveedores de salud en las instituciones públicas sostienen que la discriminación hacia los migrantes es algo que ha sido superado o que son casos aislados, sin embargo, los testimonios de los migrantes y del personal de los albergues parecen contradecir esta afirmación, ya que argumentan que en algunos centros de salud se les niega la atención, no se les brinda adecuadamente o se les exige un pago por los servicios. Para los autores, la discriminación hacia la población migrante en condición irregular existe en los servicios públicos de salud de la entidad y la misma se agudiza cuando de mujeres o indígenas se trata, por lo que concluyen señalando que “en la práctica, el acceso de migrantes a servicios de salud no responde al marco jurídico de garantía de derechos existente en el país, sino a la discrecionalidad del personal de salud pública que generalmente ignora sus responsabilidades hacia poblaciones móviles, o a las estrategias que siguen los migrantes para invisibilizarse y ocultar su identidad” (p. 232).

Asimismo, Stoessle y González (2019) a través de una investigación sobre el acceso a la salud de los migrantes irregulares en Nuevo León, señalan que en ese contexto el principio de la no discriminación es quebrantado a consecuencia de procesos de alterización (Liberona, 2012) que, aunado a la discrecionalidad que impera en la interpretación y aplicación de las normas, leyes y reglas de operación entre los prestadores de los servicios de salud, desemboca en tratos diferenciados. De acuerdo con los autores esto desacredita a las instituciones de salud y

contribuye a explicar el poco uso de los servicios públicos de salud por parte de las personas migrantes en condición irregular.

Estos trabajos muestran que en los servicios públicos de salud mexicanos tienen lugar actos de discriminación hacia los migrantes en tránsito irregular por el país y que constituyen una potencial barrera en el acceso a los servicios para estas poblaciones. Estos actos de discriminación en muchas ocasiones derivan de la falta de sensibilización y capacitación del personal de las instituciones encargadas de proveer la atención médica, aunado a las facultades discrecionales de las que gozan estos servidores públicos. A esta falta de sensibilización y capacitación pueden sumarse las percepciones desfavorables hacia los migrantes en tránsito, particularmente de origen centroamericano, que como se observa en el apartado anterior posee un porcentaje importante de la población mexicana y que, eventualmente, pudieron haberse agudizado con el arribo de las caravanas migrantes a finales de 2018 y principios de 2019.

2.5 El Sistema Nacional de Salud en México y el fenómeno migratorio

A partir de las reformas realizadas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el año de 1983, el artículo cuarto decreta que “Toda persona tiene derecho a la protección en salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”. Con esta modificación a la Constitución, el derecho a la salud se constituye como un derecho ciudadano y ya no solo como un derecho ocupacional o laboral como lo establecía originalmente la Constitución de 1917 o la Ley del Seguro Social de 1943 (Gómez y Frenk, 2019).

Para atender las condiciones de salud, el sistema de salud mexicano comprende dos sectores, el privado y el público. El primero incluye a las empresas aseguradoras y los prestadores de servicios que laboran en consultorios, clínicas y hospitales privados. La prestación de servicios en este sector se da a través de planes privados de seguro o mediante pagos de bolsillo.

Por otro lado, dentro del sector público se ubican los institutos de seguridad social, es decir, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), así como los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), cuyos beneficiarios son los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias. Asimismo, se encuentran los programas e instituciones que atienden a las personas sin seguridad social (desempleados, autoempleados, trabajadores del sector informal o personas fuera del mercado de trabajo), entre ellas, la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA), el Programa IMSS-Bienestar y, de 2003 hasta el año 2019, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo era el Seguro Popular (FunSalud, 2013; Gómez et al., 2011; Gómez y Frenk. 2019; Secretaría de Salud, 2020).

El Sistema de Protección Social en Salud fue creado en 2003 con el objetivo de instaurar un sistema que permitiera extender la cobertura médica explícita a la población no asegurada (FunSalud, 2013). No obstante, a finales del 2019 el Gobierno Federal publicó el decreto de reforma, con vigor a partir del primero de enero de 2020, mediante el cual se adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, dando lugar a la desaparición de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de operar el Seguro Popular, y al mismo tiempo decreta la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (en adelante INSABI) (DOF, 2019).

De esta forma, el capítulo VIII de la Ley General de Salud (DOF, 1984) señala que el INSABI es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, cuyo objetivo es proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social. Asimismo, el Artículo 77 bis 7 de señalada Ley indica que, para ser beneficiario de la prestación de servicios de salud, medicamentos y demás insumos, se deberán reunir ciertos requisitos: 1) encontrarse en el territorio nacional; 2) no ser derechohabiente de la seguridad social y; 3) contar con Clave Única de registro Población, o en su defecto presentar acta de nacimiento, certificado de nacimiento o los documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentarias. Esto, aunado a las demás adiciones y derogaciones a la ley, de

acuerdo con la Secretaría de Salud (2020) permite que todas las personas que se encuentren en el país, independientemente de su condición social, que no cuenten con seguridad social tenga derecho a recibir de manera gratuita la prestación de servicios públicos de salud, en conformidad con el artículo cuarto constitucional.

En materia de migración, específicamente, sobre el derecho a la salud de los migrantes internacionales que transitan de forma irregular por territorio nacional, la Ley de Migración (DOF, 2011) en su artículo octavo establece: “los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables” y “los migrantes independientemente de su situación migratoria, tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida”. Más adelante, en su artículo 27, señala: “Corresponde a la Secretaría de Salud promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables”.

En función de esto, a finales del año 2014, el Gobierno Mexicano facilitó la incorporación temporal de las personas migrantes que transitan por México en condición de irregularidad al Sistema de Protección Social en Salud, con el objetivo de otorgarles la prestación del servicio financiado por el Seguro Popular, sin la necesidad de presentar documentos, hasta por un periodo de 90 días (Bojórquez et al., 2020; CNPSS, 2014; Leyva, 2015; 2016). De acuerdo con Pérez (2018), para mayo de 2018 el número de personas extranjeras afiliadas al Seguro Popular era de 11, 468¹⁰. Sin embargo, con las reformas a la Ley General de Salud y Ley de los Institutos Nacionales de Salud, antes señaladas, esta disposición también fue suprimida.

La actual Administración Federal hace alusión a los derechos en general y al derecho a la salud en particular de las personas migrantes que transitan por México en diferentes planes y programas (Presidencia de la República, 2019; Secretaría del Bienestar, 2020). En lo que respecta al tema de salud, la Secretaría de Salud (2020) en su Programa Sectorial 2020-2024, se

¹⁰ De acuerdo con el autor, las características de la iniciativa no permiten establecer la condición migratoria de las personas extranjeras que hasta esa fecha se encontraban afiliadas al Seguro Popular.

refiere a poblaciones migrantes en cuatro acciones puntuales. Estas acciones derivan de las estrategias para alcanzar los objetivos prioritarios planteados por dicho organismo. Los objetivos, estrategias y acciones a los que nos referimos se presentan en el recuadro 2.1.

De igual manera, en la segunda mitad del año 2019 la Secretaría de Salud presentó el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante (2019), cuyo objetivo es “otorgar atención integral a la salud de la población migrante que transita en la República Mexicana, con apego al respeto de los derechos humanos, con eficacia, calidad y justicia, en cumplimiento de los principios humanitarios básicos establecidos por la legislación mexicana, la ONU y los acuerdos internacionales en la materia” (p.18). De este objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- 1) Coordinar la atención a la salud de primer contacto requerida por la población migrante como eje principal de la respuesta humanitaria de México, con énfasis en los derechos humanos y las pautas internacionales de atención.
- 2) Favorecer el acceso a la atención médica, incluyendo la psicológica en otros niveles de atención –de urgencias, hospitalario, rehabilitación o paliativo- sin importar la condición migratoria cuando se requiera, para preservar la salud o la vida tanto del migrante como de algún familiar en el territorio nacional.
- 3) Realizar referencia oportuna de riesgos potenciales a la salud pública para un abordaje epidemiológico integral.
- 4) Monitorear los riesgos potenciales a la salud pública (Secretaría de Salud, 2019)

La implementación de este plan, de acuerdo con el documento, se realizará bajo el esquema de “Componentes de acción en salud”. De esta forma, los componentes de acción se agrupan de la siguiente manera:

- a) Atención médica: i) atención médica y prehospitalaria; ii) atención psicológica.
- b) Salud pública: i) entornos saludables; ii) comunicación educativa; iii) comunicación de riesgos; iv) vigilancia epidemiológica; v) laboratorio de diagnóstico; vi) control de vectores; vii) vacunación; viii) salud sexual y reproductiva, incluyendo salud materna y perinatal; ix) prevención, detección y atención del VIH y otras ETS; x) prevención de accidentes; xi) prevención de adicciones; xii) prevención de la violencia de género; xiii) prevención de cáncer de mama y cérvico uterino.
- c) Vigilancia sanitaria: i) verificación sanitaria; ii) fomento sanitario; iii) saneamiento básico (Secretaría de Salud, 2019).

En cuanto a la organización y coordinación para su implementación, se describe que este plan es aplicable para todas las instancias del sector salud, incluyendo instituciones y organizaciones (nacionales e internacionales) del sector público, social y privado que participen de la atención en salud de la población migrante. Asimismo, se indica que corresponde a las diferentes dependencias y entidades de la administración pública de los tres niveles de gobierno, con sus recursos materiales, financieros y humanos, llevar a cabo la planeación, operación y seguimiento de las acciones implementadas, así como identificar necesidades específicas para gestionar los recursos de apoyo.

Recuadro 2.1- Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales del programa sectorial de salud 2020-2024 que involucran a población migrante

<p>Objetivo prioritario 1.- Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.</p>
<p>Estrategia prioritaria 1.3.- Brindar a la población sin seguridad social, especialmente a quienes habitan en regiones con alta o muy alta marginación, acciones integrales de salud que ayuden a prolongar su vida con calidad, evitar la ocurrencia de enfermedades o en su caso, detectarlas tempranamente a través de la participación de todas las instituciones de SNS.</p>
<p>Acción puntual 1.3.8.- Fomentar y consolidar acciones en beneficio de la población migrante considerando a quienes recorren el territorio nacional mexicano, así como a la población mexicana que radica en Estados Unidos, en coordinación con las dependencias competentes.</p>
<p>Estrategia prioritaria 1.5.- Fomentar la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGBTTTI, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afroamericanas.</p>
<p>Acción puntual 1.5.5.- Implementar Caravanas de salud y brigadas de atención ambulatoria para brindar servicios a población afectada por contingencias emergentes, que vivan en localidades alejadas de las ciudades o que transitan en condición migrante.</p>
<p>Objetivo prioritario 4.- Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.</p>
<p>Estrategia prioritaria 4.1.- Fortalecer la vigilancia sanitaria con base en la investigación científica y articulación del SNS para anticipar acciones y estrategias que correspondan a las necesidades y requerimientos desde una perspectiva territorial, epidemiológica y sensible a las condiciones críticas o de emergencia.</p>
<p>Acción puntual 4.1.8.- Promover y concertar convenios específicos de colaboración interinstitucional en materia de emergencia en salud, considerando los desafíos que representa la seguridad alimentaria, el cambio climático, las migraciones masivas o cualquier condición que resulte crítica o de emergencia.</p>
<p>Estrategia prioritaria 4.4.- Fortalecer la promoción e investigación sobre hábitos y estilos de vida saludable bajo un enfoque diferenciado, con pertinencia cultural y perspectiva de derechos para disminuir padecimientos prevenibles y procurar el disfrute pleno de la salud de la población.</p>
<p>Acción puntual 4.4.9.- Fortalecer los servicios y programas de asistencia social, dirigidos a la población en cualquier momento del curso de vida, con discapacidad, en contexto de migración, en abandono o desamparo, entre otras, sujeta a asistencia social, para incrementar su acceso.</p>

Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud, 2020

A partir de lo anterior, los esfuerzos del Gobierno Mexicano por facilitar el acceso de las personas migrantes, independientemente de su condición migratoria, a los servicios de salud han sido reconocidos, no obstante, también se le han realizado señalamientos al respecto, entre estos: la desconexión entre la política de migración y la política de salud (Bojórquez et al., 2020; Pérez, 2018), la escasa difusión de los programas entre la población migrante, así como la ausencia de capacitación y sensibilización del personal de los centros de salud y hospitales en materia de derechos humanos, grupos en situación de vulnerabilidad y temas migratorios (Pérez, 2018), tal como lo recomienda la Organización Panamericana de la Salud (2019).

Por su parte, Solano y Huddleston (2020) en su informe sobre el Índice de Políticas de Integración de Migrantes (MIPEX por sus siglas en inglés), señalan que en 2019 México obtuvo un puntaje general de 51 sobre 100, lo que se clasifica como “igualdad en el papel”, es decir, que las personas migrantes en nuestro país disfrutaban de derechos básicos, pero no gozan de igual de oportunidades. Entre los aspectos negativos en los indicadores MIPEX se encuentran la discrecionalidad administrativa y el restringido acceso a la documentación para migrantes legales, solicitantes de asilo y migrantes en condición irregular. En cuanto a políticas de salud, México obtuvo 42 puntos, lo que es considerado como medianamente favorable. En otras palabras, los migrantes enfrentan cargas administrativas adicionales y experimentan un apoyo limitado, lo que debilita su acceso a servicios de salud. De manera general, se apunta que México no ha mejorado sus políticas de integración en los últimos cinco años, en cambio, retrocedió un punto a consecuencia del incremento de los obstáculos administrativos para acceder a la asistencia en salud (Solano y Huddleston, 2020).

De esta forma, si bien es cierto que el Gobierno Mexicano ha incorporado el tema de la atención en salud de los migrantes que transitan de forma irregular por México en diferentes planes y programas, algunos trabajos señalan la necesidad de atender y poner en práctica las recomendaciones realizadas por organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil y académicos, como la adecuación de la normatividad migratoria y de salud, la difusión de los programas que ofrece el gobierno entre la población migrante, la generación de sistemas de evaluación de las políticas, la capacitación y sensibilización del personal de los servicios de salud, el combate a la xenofobia y los actos de discriminación, entre otras recomendaciones (Bojórquez et al., 2020; OPS, 2019; Pérez, 2018).

III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Introducción

En este capítulo se describe la estrategia metodológica empleada para alcanzar los objetivos de la investigación. Se encuentra dividido en cinco apartados. En el primer apartado se define el enfoque y diseño de investigación. En el segundo y tercer apartado se describe la unidad de análisis, así como las variables e instrumentos para su medición, respectivamente. El cuarto apartado se refiere al tamaño y selección de la muestra, así como a las consideraciones éticas. En el quinto se describe como fueron analizados los datos.

3.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo transversal-correlacional, el cual consiste en describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado (Hernández et al., 2014).

3.2 Unidad de análisis

La unidad de análisis de este trabajo son los médicos, profesionales de enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud que atienden a personas sin seguridad social, específicamente, aquellos ofertados por la Secretaría de Salud (SSa).

3.3 Variables e instrumentos

Para la obtención de datos empíricos se diseñó un cuestionario en línea a través de la plataforma *Google Forms* (Anexo 2). Las variables e instrumentos para su medición se describen a continuación:

a) Variables sociodemográficas.

i) Edad. Se mide con el reactivo: ¿Cuál es su edad actual (en años cumplidos)? Las opciones de respuesta van desde los 18 hasta los 89 años. Para fines analíticos, se agrupó a las edades en dos categorías: 1) adultos jóvenes (20-39 años); y 2) adultos (40-64 años) (Huenchuan, 2018).

ii) Género. Se mide con el reactivo del cuestionario: ¿Cuál es su género? Tiene tres opciones de respuesta: 1) femenino; 2) masculino; 3) otro. Sin embargo, no se presentaron casos que seleccionaran la opción “otro”.

iii) Nacionalidad. Se mide con el reactivo: ¿De qué nacionalidad es usted? Las opciones de respuesta son: 1) mexicana; 2) otra. Sin embargo, no se presentaron casos que seleccionaran la opción “otra”.

iv) Nivel máximo de estudios. Se mide a través del reactivo: ¿Cuál es su nivel máximo de estudios? Las opciones de respuesta son: sin instrucción; primaria incompleta; primaria completa; secundaria incompleta; secundaria completa; preparatoria o bachillerato incompleto; preparatoria o bachillerato completo; licenciatura incompleta; licenciatura completa; posgrado. Para fines analíticos, las respuestas fueron recodificadas en tres categorías: 1) hasta estudios preparatorios, incluye primaria incompleta; primaria completa; secundaria incompleta; secundaria completa; preparatoria o bachillerato incompleto; preparatoria o bachillerato completo; 2) estudios de licenciatura, incluye licenciatura incompleta y licenciatura completa; 3) posgrado.

v) Estado de residencia actual. Se mide con el reactivo del cuestionario: ¿En qué estado de la República vive actualmente? Las opciones de respuesta incluyen las 32 entidades federativas que componen el territorio nacional. Para fines analíticos las respuestas fueron recodificadas en cuatro categorías: 1) Baja California; 2) Ciudad de México; 3) Estado de México; 4) otra entidad federativa.

vi) Puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud. Se mide con el reactivo del cuestionario: ¿Cuál de los siguientes puestos ocupa en el hospital, clínica u otra unidad médica de gobierno en el que labora? Tiene 5 opciones de respuesta: 1) médico; 2) enfermero/a; 3) trabajador/a social; 4) trabajador/a administrativo/a; 5) otro puesto. Los casos de la categoría “otro puesto” fueron excluidos de los análisis.

vii) Nivel socioeconómico. Se mide a través de la regla AMAI-2018 de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (2018). La regla AMAI-2018 genera un índice que clasifica a los hogares en siete niveles socioeconómicos, considerando seis variables: escolaridad del jefe del hogar; número de dormitorios; número de baños completos; número de personas ocupadas de 14 años y más; número de autos, camionetas y vans; tenencia de internet fijo en la vivienda. Los niveles reconocidos son: E; D; D+; C-; C; C+; A/B¹¹, siendo los hogares del nivel E los que tienen menor capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes. Para fines analíticos las respuestas fueron recodificadas en dos categorías: 1) nivel E/D; y 2) nivel C/B/A. Para la recodificación se tomó como referencia la distribución de los hogares mexicanos según nivel socioeconómico del año 2018 (Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión, 2021), donde el 52.1% de los hogares se ubicó en los niveles E, D y D+, mientras que el 47.9% se ubicó en los niveles C-, C, C+ y A/B.

viii) Experiencia migratoria internacional. Se mide con el reactivo: ¿Ha vivido en otro país? Tiene dos opciones de respuesta: 1) no; 2) sí.

b) Identidad nacional

Se mide a través de tres reactivos que cubren las dimensiones del constructo (cognitivo, evaluativo y emocional): ¿En qué medida se ve a sí mismo como mexicano?, ¿Qué tan orgulloso se siente de ser mexicano? y ¿Qué tan unido o apegado se siente usted emocionalmente a México? La primera fue adaptada de Besabe et al. (2004), mientras que la segunda y tercera fueron retomadas de la Encuesta Nacional de Identidad y Valores (Flores, 2015). La opción de respuesta, en los tres casos, adopta la forma de una escala Likert de cuatro puntos: 0) nada; 1) poco; 2) algo; 3) mucho. Para fines analíticos, el grado de identidad nacional se determinó calculando la media de las puntuaciones alcanzadas en los tres reactivos, una vez teniendo estos valores se construyeron dos categorías: 1) nada o poca identidad nacional, que incluye los valores que van de 0 hasta 1; y 2) algo o mucha identidad nacional, que incluye los valores que van de 1.1 hasta 3.

¹¹ Los aspectos metodológicos y el cuestionario pueden consultarse en la página de internet: <https://amai.org/NSE/index.php?queVeo=2018>

c) Contacto intergrupar

Se emplean dos reactivos adaptados de la escala de Islam y Hewstone (1993), tomando en cuenta la traducción y adaptación realizada por Cervantes et al. (2019). El primero mide la cantidad de contacto en tres lugares distintos: el trabajo, el lugar de residencia y lugares públicos. La opción de respuesta adopta la forma de una escala Likert de cuatro puntos: 0) nada; 1) poco); 2) algo; 3) mucho. Para fines analíticos, la cantidad de contacto se determinó calculando la media de las puntuaciones alcanzadas en los reactivos correspondientes a los tres lugares, una vez teniendo estos valores se construyeron dos categorías: 1) nada o poco contacto, que incluye los valores que van de 0 hasta 1; y 2) algo o mucho contacto, que incluye los valores que van de 1.1 hasta 3.

El segundo reactivo mide la calidad del contacto en los tres lugares antes mencionados, la opción de respuesta toma la forma de una escala Likert de cuatro puntos: 1) muy superficial; 2) superficial); 3) cercano); 4) muy cercano/de amistad. La pregunta se realizó únicamente a quienes señalaron tener poco, algo o mucho contacto con migrantes, y se asignó un valor de 0 a quienes indicaron tener nada de contacto. Para fines analíticos, la calidad de contacto se determinó calculando la media de las puntuaciones alcanzadas en los reactivos correspondientes a los tres lugares, una vez teniendo estos valores se construyeron dos categorías: 1) nulo o superficial contacto, que incluye los valores que van de 0 hasta 2; y 2) cercano o muy cercano contacto, que incluye los valores que van de 2.1 hasta 4.

d) Tipo de prejuicio.

Para la medición del prejuicio se utiliza una versión adaptada de las escalas de prejuicio manifiesto y sutil de Pettigrew y Meertens (1995). Cada una de las escalas consta de diez ítems que toman la forma de una escala Likert de seis puntos, por lo tanto, el rango de puntuaciones para cada escala va de 10 a 60. Una mayor puntuación significa mayor prejuicio. Tres ítems de la escala manifiesta (No me molestaría si un migrante centroamericano en tránsito por México debidamente preparado fuera mi profesor o jefe (a); No me molestaría tener relaciones sexuales con un(a) migrante centroamericano(a) en tránsito por México; No me molestaría que un migrante centroamericano en tránsito por México, con una situación económica parecida a la mía, se casara con alguien de mi entorno familiar) y dos de la escala de prejuicio sutil (¿Has sentido admiración por los migrantes centroamericanos en tránsito por México?; ¿Con que

frecuencia has sentido compasión por la situación en la que se encuentran los migrantes centroamericanos en tránsito por México?) se califican de forma invertida. Para el proceso de adaptación lingüística y cultural se tuvo en cuenta la versión en español de Rueda y Navas (1996) y se realizó un estudio piloto con nueve personas con características similares a la muestra seleccionada que permitió identificar dificultades de comprensión, con lo que se hicieron cambios en la versión aplicada (Anexo 1).

Siguiendo la propuesta de Pettigrew y Meertens (1995) para la construcción de la tipología del prejuicio, se tomaron como base las puntuaciones (altas o bajas) alcanzadas por los individuos en cada una de las escalas. Para la división entre puntuaciones altas y bajas, se tomó como referencia el punto medio de los valores posibles. En este sentido, dado que el rango de puntuación para cada escala oscila entre 10 y 60, el punto medio es 35. Así, puntajes inferiores o iguales a 35 son considerados como bajos y mayores a 35 como altos. De esta forma, los individuos fueron definidos como 1) igualitarios (puntuación baja en ambas escalas); 2) sutiles (puntuación baja en la escala de prejuicio manifiesto pero alta en la de sutil); e 3) intolerantes (puntuación alta en ambas escalas) (Pettigrew y Meertens, 1995; Rueda y Navas, 1996; Cárdenas et al., 2007).

3.4 Tamaño y selección de la muestra

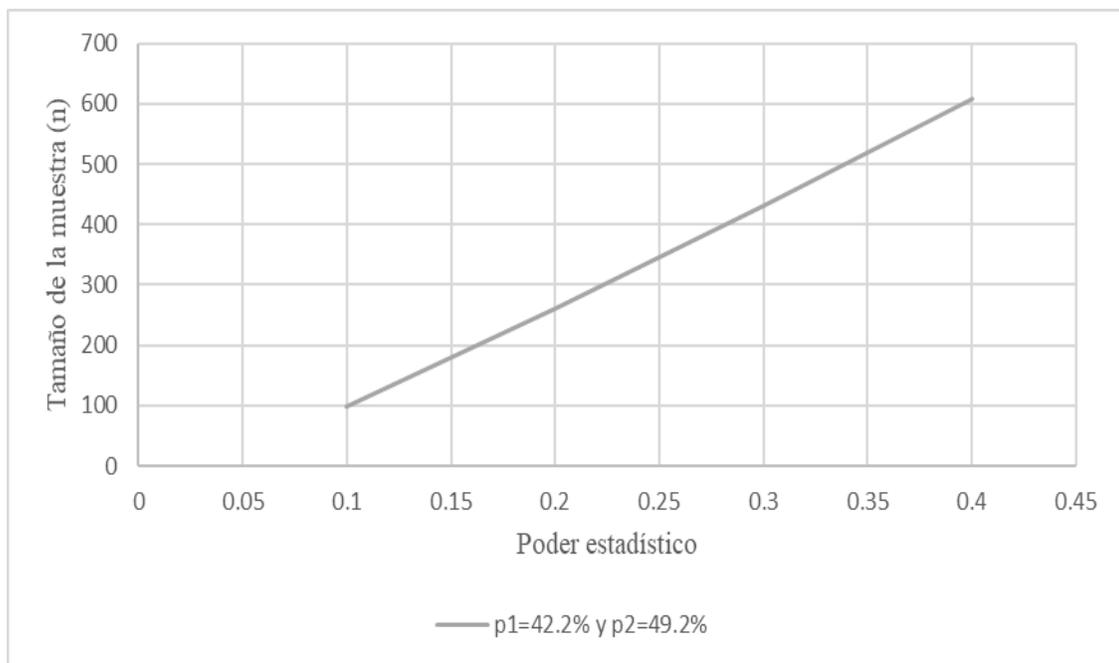
3.4.1 Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se empleó la fórmula para la comparación de proporciones, la cual se muestra a continuación:

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Se consideró un nivel de confianza ($Z_{1-\alpha}$) del 95% y una potencia ($Z_{1-\beta}$) del 80%. El valor de la probabilidad de éxito (p) y fracaso ($1-p$) fue retomado de un ejercicio previo efectuado con 106 estudiantes de medicina, enfermería y trabajo social en las ciudades de Tijuana, Baja California y Toluca, Estado de México. Los estudiantes completaron las escalas de prejuicio sutil y manifiesto, un 42.2% (p_1) de estudiantes de la ciudad de Tijuana presentó prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, frente a un 49.2% (p_2) alcanzado por los estudiantes de Toluca. De esta forma, se estableció un tamaño muestral de 1,500 participantes. Sin embargo, debido a las restricciones por la pandemia de SARS-CoV-2, un total de 161 personas completaron el cuestionario en línea, de las cuales 8 fueron excluidos por ocupar un puesto distinto al de médico, profesional en enfermería, profesional en trabajo social o trabajador administrativo, quedando una muestra de 153 personas. En la Gráfica 1 se presenta el poder estadístico en función del tamaño de la muestra, comparando las proporciones encontradas en las ciudades que formaron parte del estudio previo.

Gráfica 3.1- Poder estadístico en función del tamaño de la muestra y la magnitud del efecto. Comparación de proporciones: $p_1=42.2\%$ y $p_2=49.2\%$



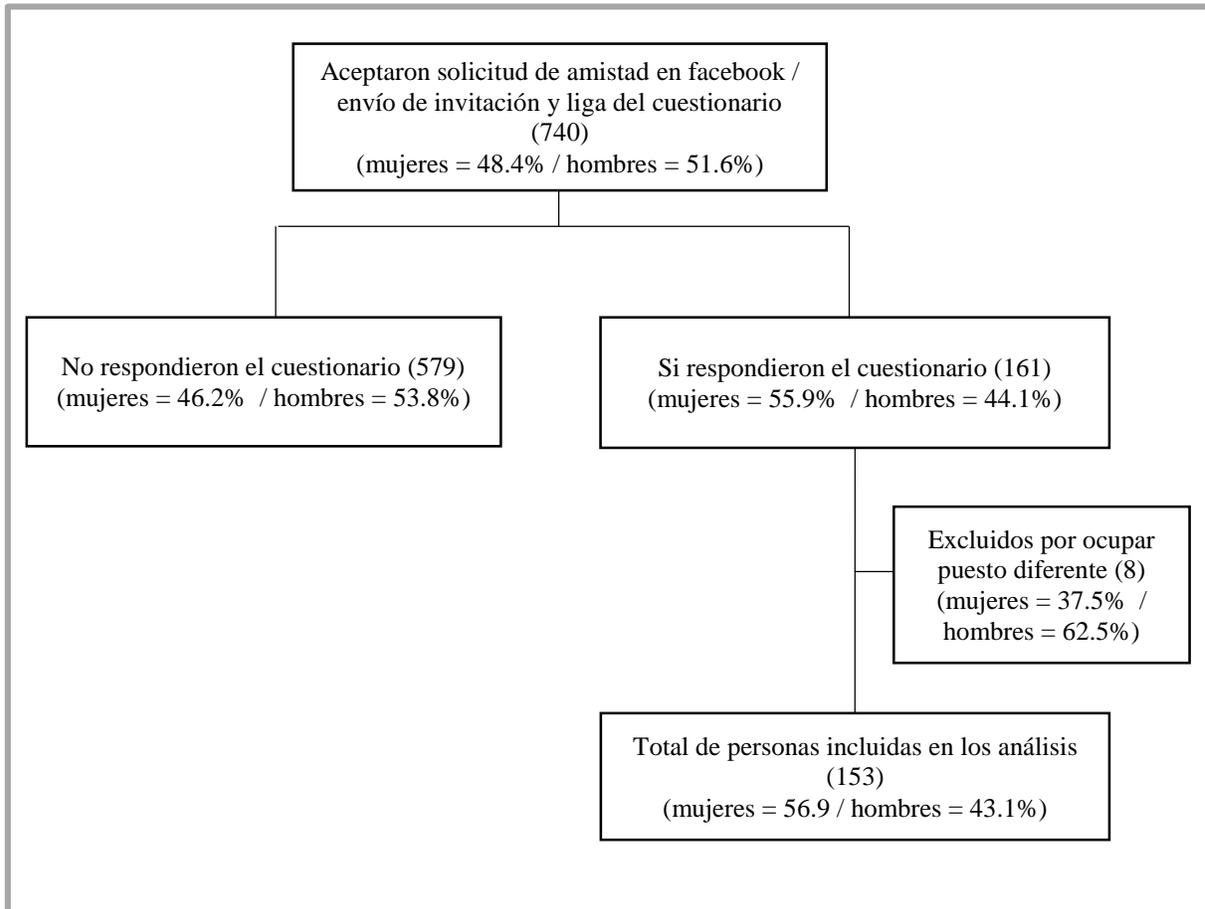
Fuente: Elaboración propia.

3.4.2 Selección de la muestra

La selección de participantes se realizó a través de la técnica de muestro no probabilístico intencional, que nos permite seleccionar aquellos individuos de fácil acceso y/o que manifiestan su deseo de formar parte del estudio, y que por criterio teórico se consideran apropiados como fuentes de información. Los criterios de selección que se establecieron fueron: 1) ser personal activo del sistema público de salud (que atiende a personas sin seguridad social) que labore para un hospital, centro de salud, clínica u otra unidad médica donde se tenga contacto directo con la población y 2) ocupar alguno de los siguientes puestos en la estructura de atención: personal médico, profesional de enfermería, profesional en trabajo social o personal administrativo. Las personas que ocupaban un puesto distinto a los anteriormente señalados fueron excluidas de los análisis.

Derivado de la pandemia por SARS-CoV-2 y las restricciones para ingresar a las unidades de salud, se contactó a las personas a través de la red social *Facebook* enviándoles solicitud de amistad. Se envió solicitud de amistad a las personas que en su página personal de *Facebook* manifestaban ser personal médico, profesional de enfermería, profesional en trabajo social o trabajador administrativo en activo y que se laboraban en hospital, centro de salud, clínica u otra unidad médica de los servicios públicos de salud que atienden a personas sin seguridad social en México. Una vez que los individuos aceptaban la solicitud se les hacía llegar la invitación a participar en el estudio y la liga de acceso al cuestionario. Al acceder a la liga del cuestionario se presentaba una carta de consentimiento informado que indicaba el nombre del responsable, objetivo del estudio y tratamiento de la información proporcionada. Se envió un total de 740 invitaciones de amistad (48.4% mujeres), obteniendo respuesta de 161 personas, es decir, del 21.7% (55.9% mujeres) (Ver Figura 1). La aplicación del cuestionario se llevó a cabo entre los meses octubre de 2021 y marzo de 2022.

Figura 3.1- Diagrama de flujo sobre el tamaño y selección de la muestra



Fuente: Elaboración propia

3.4.3 Consideraciones éticas

El protocolo del estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de El Colegio de la Frontera Norte, con número de referencia de protocolo: 069_102120.

Se presentó a los potenciales participantes una carta de consentimiento informado (véase Anexo 2), dividida en dos secciones. En la primera sección se expone el objetivo de la investigación, el tiempo aproximado de la participación, la manera en que se tratan los datos y el carácter voluntario de la participación, así como el nombre del investigador responsable y el correo electrónico para contactarlo. En la segunda sección, el participante manifiesta su consentimiento de participar en la investigación, así como el hecho de que ha sido informado

sobre el objetivo de la misma, el tratamiento de los datos, el carácter voluntario de su participación y de que puede abandonarla en cualquier momento, el nombre del investigador responsable y el correo electrónico para contactarlo. De esta manera, todos los participantes autorizaron voluntariamente formar parte del estudio.

La participación en el estudio no implicó ningún riesgo potencial sobre la seguridad y salud física y/o mental de las personas. Sin embargo, si los participantes tenían alguna pregunta antes, durante o después de su participación podían ponerse en contacto con el responsable, vía correo electrónico, para aclarar sus dudas, mismas que fueron tratadas en privado.

La información generada tiene carácter confidencial y es resguardada en un archivo electrónico al que sólo tiene acceso el encargado de la investigación, a través de una contraseña personal. Los nombres y correos electrónicos de los participantes no aparecen en las bases de datos. Los casos tienen un número de registro (clave) y no es posible ligar la información a los participantes en el estudio.

Para la divulgación de los resultados también se protege la confidencialidad de los participantes, ya que ni los nombres, correos electrónicos o cualquier otro dato personal de los participantes son revelados.

3.5 Análisis de la información

Para el análisis de la información, en un primer momento, se llevó a cabo un análisis descriptivo. Se reportan las proporciones de las variables, ya que todas son categóricas, consideradas en el estudio.

Posteriormente, se efectuaron análisis bivariados entre el tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México y las restantes variables bajo estudio, es decir, grupo de edad, género, estado de residencia, nivel máximo de estudios, puesto ocupado en la estructura del servicio, experiencia migratoria internacional, cantidad de contacto con personas migrantes y calidad del contacto con personas migrantes. La asociación entre las variables fue analizada mediante el Test exacto de Fisher, dada la distribución de los datos (Dagnino, 2014).

Para analizar la relación entre las características sociodemográficas, el grado de identidad nacional, la cantidad y calidad de contacto con personas migrantes (variables independientes) con el tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México (variable dependiente), se optó por ajustar un modelo de regresión logística. En un primer momento se pretendió ajustar un modelo de regresión logística multinomial ya que la variable dependiente posee más de dos categorías (igualitarios, sutiles e intolerantes), sin embargo, dado el número de personas en la categoría “intolerante” (7 personas) se decidió ajustar un modelo de regresión logística binomial, donde la variable dependiente posee dos categorías: “igualitario” y “sutil”, excluyendo la categoría “intolerante”.

La regresión logística binomial es una técnica estadística que permite analizar de manera explicativa y predictiva la relación entre un conjunto de variables explicativas independientes, que pueden ser de carácter cuantitativo o categóricas, con una variable dependiente cualitativa dicotómica que asume los valores de 0 y 1 aludiendo a la ausencia o presencia de un evento (en este caso 0 = igualitario y 1= sutil). El propósito de este tipo de análisis es: 1) determinar la existencia o ausencia de relación entre una o más variables independientes (X_i) y la variable dependiente (Y). En caso de existir relación mide la magnitud de la misma; 2) estimar o predecir la probabilidad de que se produzca un suceso o acontecimiento definido como “ $y=1$ ” en función de los valores que asumen las variables explicativas independientes; y 3) establecer que variables aumentan o disminuyen la probabilidad de que ocurra el suceso en cuestión.

El modelo de regresión logística puede expresarse de la siguiente manera:

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3, \dots, B_nX_n$$

En donde $X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$ son las variables independientes, las $B_1, B_2, B_3, \dots, B_n$ son los coeficientes asociados a las variables y $\ln\left(\frac{p}{1-p}\right)$ es la probabilidad de ocurrencia o no de la variable de la variable independiente.

El análisis de los datos se realizó a través del software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 21.0.

IV. RESULTADOS

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación y se compone de cinco apartados. En el primer apartado se realiza una caracterización sociodemográfica de los participantes en el estudio. En el apartado dos se presenta la distribución de los participantes por tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, mientras que el apartado tres se refiere a la distribución por grado de identidad nacional, cantidad de contacto con personas migrantes y calidad del contacto. Posteriormente, en el apartado cuatro se muestran los resultados del análisis bivariado entre las variables sociodemográficas, la cantidad de contacto y calidad de contacto con el tipo de prejuicio. Finalmente, en el apartado cinco, se presentan los resultados estimados de la de regresión logística.

4.1 Caracterización sociodemográfica de la muestra

Como se ha señalado en el apartado metodológico, 161 personas completaron el cuestionario en línea, sin embargo, las personas que declararon ocupar un cargo distinto al de médico, profesional de enfermería, profesional en trabajo social o trabajador(a) administrativo (a) fueron excluidos de los análisis, de esta forma la muestra quedó conformada por 153 individuos. En este apartado se presentan algunas características sociodemográficas de los participantes en el estudio, particularmente, edad, género, nacionalidad, estado de residencia, nivel máximo de estudios, puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud, nivel socioeconómico y experiencia migratoria internacional.

Cuadro 4.1- Características sociodemográficas de los participantes en el estudio

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Grupo de Edad		
20-39	87	56.9%
40-64	66	43.1%
Género		
Femenino	87	56.9%
Masculino	66	43.1%
Nacionalidad		
Mexicana	153	100%
Edo. de residencia		
Baja California	50	32.7%
Ciudad de México	37	24.2%
Estado de México	39	25.5%
Otro	27	17.6%
Nivel máximo de estudios		
Hasta estudios preparatorios	14	9.2%
Estudios de licenciatura	75	49.0%
Posgrado	64	41.8%
Puesto ocupado en la estructura del servicio		
Médico	48	31.4%
Enfermero (a)	58	37.9%
Trabajador (a) social	18	11.7%
Trabajador(a) administrativo(a)	29	19.0%
Nivel Socioeconómico		
E/D	14	9.2%
C/B/A	139	90.8%
Experiencia migratoria internacional		
No	143	93.5%
Si	10	6.5%
n =	153	100%

Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en el cuadro 4.1, poco más del 56% de los participantes en el estudio pertenece al grupo de edad 20-39 años o de “adultos jóvenes” (Huenchuan, 2018), mientras que el resto pertenece al grupo de edad 40-64 o de “adultos”, con una edad promedio de 39.2 años y una desviación estándar de 9.9. En cuanto al género, el 56.9% corresponde al género femenino y el porcentaje restante al género masculino, no presentándose casos de personas que se identificaran con otro género. El 100% de los participantes señaló ser de nacionalidad mexicana.

Respecto al estado de residencia actual, un mayor porcentaje de participantes radica en el estado de Baja California (32.7%), seguido por el Estado de México (25.5%) y Ciudad de México (24.2%), mientras que un menor porcentaje indicó radicar en otra entidad federativa (17.6%). Por otro lado, cerca del 50% alcanza un nivel máximo de estudios de licenciatura, ya sea trancos o completos, poco más del 41% cuenta con estudios de posgrado, y sólo el 9.2% alcanza un nivel máximo de estudios preparatorios o inferiores.

En cuanto al puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud, cerca del 70% de los participantes son médicos o profesionales de enfermería, es decir, 31.4% y 37.9% respectivamente, mientras que el 30.7% restante se divide entre profesionales en trabajo social (11.7%) y personal administrativo (19%).

En lo que a nivel socioeconómico se refiere, el 90.8% pertenece a los niveles socioeconómicos C/B/A, mientras que el 9.2% se ubica en los niveles E/D. Asimismo, el 93.5% declaró no haber radicado en otro país, mientras que el 6.5% señaló haber radicado en otro país en algún momento.

4.2 Distribución por tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Se construyó la tipología del prejuicio propuesta por Pettigrew y Meertens (1995) con base en el cruce de las puntuaciones altas o bajas alcanzadas por los participantes en las escalas de prejuicio sutil y manifiesto. Como se ha señalado en el apartado metodológico, las categorías o tipos posibles son: 1) igualitario (puntuación baja en ambas escalas); 2) sutil (puntuación baja en la escala de prejuicio manifiesto pero alta en la de sutil); e 3) intolerante (puntuación alta en ambas escalas). Teóricamente existe una cuarta categoría denominada como error (puntuación baja en la escala de prejuicio sutil pero alta en la de manifiesto) por considerarse una forma inconsistente de respuesta, sin embargo, en este trabajo no se presentaron casos con tales características.

En el cuadro 4.2 se presenta la distribución de los participantes en el estudio por tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México. Se aprecia que un mayor porcentaje se concentra en la categoría de “igualitario”, alcanzando 64.3 puntos porcentuales,

seguida por la categoría “sutil” que representa el 32% y, finalmente, se única la categoría “intolerante” con el 4.6%.

Cuadro 4.2- Distribución de los participantes por tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Tipo de prejuicio	Frecuencia	Porcentaje
Igualitario	97	63.4%
Sutil	49	32.0%
Intolerante	7	4.6%
n =	153	100%

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con estos resultados es posible señalar que poco más del 36% de los participantes en el estudio posee algún tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, siendo el prejuicio sutil el más frecuente.

4.3 Distribución por grado de identidad nacional, cantidad y calidad de contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México

En este apartado se presenta la distribución de los participantes por grado de identidad nacional, cantidad de contacto con migrantes y calidad de contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México.

En el cuadro 4.3 se presenta la distribución por grado de identidad nacional. Se observa que el 100% de los casos se concentran en la categoría de “algo o mucha” identidad nacional, es decir, no se presentan casos que señalen tener “nada o poca” identidad nacional. Estos resultados son consistentes con los de ejercicios como la Encuesta Nacional de Identidad y Valores (Flores, 2015) y la Encuesta Nacional en México sobre Identidad Nacional (Instituto de Mercadotecnia y Opinión, 2015), donde más del 80% de los participantes señaló sentirse “algo” o “muy” apegado a México, y cerca del 90% refiere sentirse “algo” o “muy” orgullo de ser mexicano.

Cuadro 4.3- Distribución de los participantes por grado de identidad nacional

Identidad nacional	Frecuencia	Porcentaje
Nada o poca	-	-
Algo o mucha	153	100%
n =	153	100%

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, en el cuadro 4.4 se presenta la distribución por cantidad de contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México. Se aprecia que el porcentaje de la categoría “nulo o poco” contacto con personas migrantes duplica al de la categoría “algo o mucho” contacto, es decir, mientras la primera alcanza un 66.7% la segunda sólo llega a los 33.3 puntos porcentuales.

Cuadro 4.4- Distribución de los participantes por cantidad de contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México

Cantidad de contacto con migrantes	Frecuencia	Porcentaje
Nada o poco	102	66.7%
Algo o mucho	51	33.3%
n =	153	100%

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en cuanto a calidad de contacto (cuadro 4.5), un mayor porcentaje se concentra en la categoría que refiere a un “nulo o superficial” contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México alcanzando 80.4 puntos porcentuales, mientras que el restante 19.6% se ubica en la categoría de “cercano o muy cercano” contacto con las personas migrantes.

Cuadro 4.5- Distribución de los participantes por calidad de contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México

Calidad de contacto con migrantes	Frecuencia	Porcentaje
Nada o superficial	123	80.4%
Cercano o muy cercano	30	19.6%
n =	153	100%

Fuente: Elaboración propia

4.4 Análisis bivariado de las variables asociadas al tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

En este apartado se presenta el análisis bivariado de las variables edad, género, estado de residencia, nivel máximo de estudios, puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud, nivel socioeconómico, experiencia migratoria internacional, así como de la cantidad de contacto con personas migrantes y la calidad de este contacto, asociadas al tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México.

Cuadro 4.6- Distribución de los participantes por grupo de edad según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Variable			Grupo de edad		Total
			30-39 años	40-64 años	
Tipo de prejuicio	Igualitario	Absolutos	53	44	97
		%	60.9%	66.7%	63.4%
	Sutil	Absolutos	30	19	49
		%	34.5%	28.8%	32.0%
	Intolerante	Absolutos	4	3	7
		%	4.6%	4.5%	4.6%
Total		Absolutos	87	66	153
		%	100%	100%	100%

Test exacto de Fisher: .641; P-value: .780; tamaño del efecto (w): .06; potencia (1- β): .09

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 4.6 se presenta la distribución por grupo de edad según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México. Se aprecia que en el grupo de edad 20-39 años el 60.9% de los casos se ubica en la categoría “igualitario”, 34.5% en la “sutil”

y 4.6% en la categoría “intolerante”, mientras que en el grupo de edad 40-64 años los porcentajes son del 66.7%, 28,8% y 4.5% respectivamente.

Con base en la información presentada en el cuadro, el grupo de edad 20-39 años o adultos jóvenes concreta un mayor porcentaje de personas tanto en la categoría “sutil” como en la “intolerante” respecto al grupo de edad 40-64 años o de adultos.

Cuadro 4.7- Distribución de los participantes por género según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Variable			Género		Total
			Femenino	Masculino	
Tipo de prejuicio	Igualitario	Absolutos	57	40	97
		%	65.5%	60.6%	63.4%
	Sutil	Absolutos	28	21	49
		%	32.2%	31.8%	32.0%
	Intolerante	Absolutos	2	5	7
		%	2.3%	7.6%	4.6%
Total		Absolutos	87	66	153
		%	100%	100%	100%

Test exacto de Fisher: 2.342; P-value: .331; tamaño del efecto (w): .13; potencia (1- β): .31

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 4.7 se presenta la distribución por género según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México. Se observa que en las categorías “igualitario” y “sutil” el género femenino alcanza un 65.5% y 32.2% respectivamente, superando al porcentaje que presenta el género masculino, es decir, 60.6% y 31.8% en las mismas categorías. Sin embargo, en la categoría “intolerante” el porcentaje de personas del género masculino (7.6%) supera al del género femenino (2.3%) en 5.3 puntos porcentuales.

De acuerdo con lo anterior es posible señalar que un mayor porcentaje de personas del género masculino (39.4%) se ubica en las categorías “sutil” e “intolerante” respecto a las del género femenino (34.5%). No obstante, el género femenino presenta un mayor porcentaje en la categoría “sutil” en relación con el género masculino, mientras que el género masculino concentra un mayor porcentaje en la categoría “intolerante” respecto al género femenino.

Cuadro 4.8- Distribución de los participantes por estado de residencia según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Variable			Estado de residencia				Total
			Baja California	Ciudad de México	Estado de México	Otro	
Tipo de prejuicio	Igualitario	Absolutos	31	24	23	19	97
		%	62.0%	64.9%	59.0%	70.4%	63.4%
	Sutil	Absolutos	17	11	13	8	49
		%	34.0%	29.7%	33.3%	29.6%	32.0%
	Intolerante	Absolutos	2	2	3	0	7
		%	4.0%	5.4%	7.7%	0%	4.6%
Total		Absolutos	50	37	39	27	153
		%	100%	100%	100%	100%	100%

Test exacto de Fisher: 2.535; P-value: .891; tamaño del efecto (w): .08; potencia (1- β): .10

Fuente: Elaboración propia.

En la distribución por estado de residencia según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México (cuadro 4.8) se observa que de las personas que radican en el estado de Baja California 62.0% se ubica en la categoría “igualitario”, 34.0% en la “sutil” y 4.0% en la categoría “intolerante”, mientras que para las personas radicadas en la Ciudad de México los porcentajes son del 64.9%, 29.7% y 5.4% respectivamente. Asimismo, para las personas que tienen su residencia en el Estado de México, las categorías de tipo de prejuicio presentan los siguientes valores: “igualitario” (59.0%), “sutil” (33.3%) e intolerante (7.7%), en tanto que para las personas con residencia en otro estado de la republica los porcentajes son del 70.4%, 29.6% y 0% respectivamente.

De acuerdo con la información presentada en el cuadro, un mayor porcentaje de personas que radican en otro estado de la república se concentra en la categoría “igualitario”, seguido de la Ciudad de México, Baja California y el Estado de México. Mientras tanto, el estado de Baja California presenta un mayor porcentaje de personas en la categoría “sutil” y el Estado de México un mayor porcentaje en la categoría “intolerante” respecto a otras entidades federativas.

Cuadro 4.9- Distribución de los participantes por nivel máximo de estudios según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Variable			Nivel máximo de estudios			Total
			Hasta preparatorios	Estudios de licenciatura	Posgrado	
Tipo de prejuicio	Igualitario	Absolutos	6	45	46	97
		%	42.9%	60.0%	71.9%	63.4%
	Sutil	Absolutos	6	26	17	49
		%	42.9%	34.7%	26.6%	32.0%
	Intolerante	Absolutos	2	4	1	7
		%	14.2%	5.3%	1.5%	4.6%
Total		Absolutos	14	75	64	153
		%	100%	100%	100%	100%

Test exacto de Fisher: 7.176; P-value: .107; tamaño del efecto (w): .22; potencia (1- β): .60

Fuente: Elaboración propia.

En la distribución por nivel máximo de estudios según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México (cuadro 4.9) se aprecia que, de las personas con un nivel máximo de estudios preparatorios, un 42.9% se concentra en la categoría “igualitario”, 42.9% en la categoría “sutil” y 14.2% en la categoría “intolerante”. Asimismo, para las personas con estudios de licenciatura, 60.0% se ubica en la categoría “igualitario”, 34.7% en la “sutil” y 5.3% en la categoría “intolerante”, mientras que para las personas con estudios de posgrado los porcentajes alcanzan el 71.9%, 26.6% y 1.5% respectivamente.

De acuerdo con lo anterior, un mayor porcentaje de personas con estudios de posgrado se concentra en la categoría “igualitario”, mientras que las personas con un nivel máximo de estudios preparatorios alcanzan mayor porcentaje en las categorías “sutil” e “intolerante” respecto de aquellas con estudios de licenciatura y posgrado.

Cuadro 4.10- Distribución de los participantes por puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Variable			Puesto ocupado en la estructura del servicio				Total
			Médico(a)	Profesional de enfermería	Profesional en trabajo social	Trabajador administrativo	
Tipo de prejuicio	Igualitario	Absolutos	36	26	17	18	97
		%	75.0%	44.8%	94.4%	62.1%	63.4%
	Sutil	Absolutos	12	29	1	7	49
		%	25.0%	50.0%	5.6%	24.1%	32.0%
	Intolerante	Absolutos	0	3	0	4	7
		%	0%	5.2%	0%	13.8%	4.6%
Total		Absolutos	48	58	18	29	153
		%	100%	100%	100%	100%	100%

Test exacto de Fisher: 24.462; P-value: .000; tamaño del efecto (w): .50; potencia ($1 - \beta$): .99

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 4.10 se presenta la distribución por puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México. Se observa que para el caso de los médicos el 75.0% se concentra en la categoría “igualitario”, 25.0% en la “sutil” y 0.0% en la categoría “intolerante”. En cuanto a los profesionales en enfermería, las categorías de tipo de prejuicio presentan los siguientes valores: “igualitario” (44.8%), “sutil” (50.0%) e “intolerante” (5.2%), mientras que para los profesionales en trabajo social los porcentajes son del 94.4%, 5.6% y 0% respectivamente. Finalmente, el 62.1% de los administrativos se ubica en la categoría “igualitario”, 24.1% en la categoría “sutil” y 13.8% en la categoría “intolerante”.

De acuerdo con la información presentada en el cuadro, los profesionales en trabajo social alcanzan un mayor porcentaje de personas en la categoría “igualitario”, seguido de los médicos, administrativos y profesionales en enfermería, mientras que estos últimos concentran un mayor porcentaje de personas en la categoría “sutil” y los administrativos en la categoría “intolerante” respecto a otros puestos en la estructura del servicio.

Cuadro 4.11- Distribución de los participantes por nivel socioeconómico según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Variable			Nivel socioeconómico		Total
			E/D	C/B/A	
Tipo de prejuicio	Igualitario	Absolutos	6	91	97
		%	42.9%	65.5%	63.4%
	Sutil	Absolutos	7	42	49
		%	50.0%	30.2%	32.0%
	Intolerante	Absolutos	1	6	7
		%	7.1%	4.3%	4.6%
Total		Absolutos	14	139	153
		%	100%	100%	100%

Test exacto de Fisher: 3.309; P-value: .182; tamaño del efecto (w): .13; potencia (1- β): .29

Fuente: Elaboración propia.

En la distribución por nivel socioeconómico según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México (cuadro 4.11) se observa que, de las personas del nivel socioeconómico E/D, 42.9% se ubica en la categoría “igualitario”, 50.0% en la categoría “sutil” y 7.1% en la categoría “intolerante”, frente al 65,5%, 30.2% y 4.3% alcanzado por las personas del nivel socioeconómico C/B/A en las mismas categorías.

De esta forma, el porcentaje de personas del nivel socioeconómico C/B/A que se ubica en la categoría “igualitario” supera al de las personas del nivel socioeconómico E/D que se encuentra en esa misma categoría, mientras que en las categorías “sutil” e “intolerante” el porcentaje de personas del nivel E/D es superior al porcentaje alcanzado por las personas del nivel socioeconómico C/B/A.

Cuadro 4.12- Distribución de los participantes por experiencia migratoria internacional según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Variable		Experiencia migratoria internacional		Total	
		No	Si		
Tipo de prejuicio	Igualitario	Absolutos	90	7	97
		%	62.9%	70.0%	63.4%
	Sutil	Absolutos	49	0	49
		%	34.3%	0%	32.0%
	Intolerante	Absolutos	4	3	7
		%	2.8%	30.0%	4.6%
Total		Absolutos	143	10	154
		%	100%	100%	100%

Test exacto de Fisher: 12.669; P-value: .001; tamaño del efecto (w): .24; potencia (1- β): .76

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 4.12 se muestra la distribución por experiencia migratoria según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México. Se aprecia que, de las personas que señalan no tener experiencia migratoria internacional, 62.9% se única en la categoría “igualitario”, 34.3% en la sutil y 2.8% en la categoría “intolerante”, mientras que para las personas que señalan tener experiencia migratoria internacional los porcentajes son de 70.0%, 0.0% y 30.0% respectivamente.

De esta manera, los porcentajes alcanzados por las personas que señalan tener experiencia migratoria internacional son superiores en las categorías “igualitario” e “intolerante” respecto de aquellas sin experiencia migratoria internacional en esas categorías, sin embargo, en la categoría “sutil” el porcentaje de personas sin experiencia migratoria internacional supera al alcanzado por aquellas con experiencia migratoria.

Cuadro 4.13- Distribución de los participantes por grado de contacto según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Variable		Cantidad de contacto		Total	
		Nada o poco	Algo o mucho		
Tipo de prejuicio	Igualitario	Absolutos	58	39	97
		%	56.9%	76.5%	63.4%
	Sutil	Absolutos	38	11	49
		%	37.3%	21.6%	32.0%
	Intolerante	Absolutos	6	1	7
		%	5.8%	1.9%	4.6%
Total		Absolutos	102	51	153
		%	100%	100%	100%

Test exacto de Fisher: 5.541; P-value: .057; tamaño del efecto (w): .21; potencia (1- β): .66

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 4.13 se muestra la distribución por grado de contacto según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México. Se observa que, de las personas con algo o mucho contacto con personas migrantes, el 76.5% se concentra en la categoría “igualitario”, 21.6% en la “sutil” y 1.9% en la categoría intolerante, mientras que para las personas con nada o poco contacto los porcentajes son de 56.8%, 37.3% y 5.8% respectivamente.

Con base en lo anterior, las personas con algo o mucho contacto con personas migrantes alcanzan un mayor porcentaje en la categoría “igualitario” respecto de aquellas con nada o poco contacto, mientras que para las categorías “sutil” e “intolerante” la situación se revierte, es decir, las personas con nada o poco contacto presentan un mayor porcentaje en señaladas categorías respecto de aquellas con algo o mucho contacto.

Cuadro 4.14- Distribución de los participantes por calidad de contacto según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Variable		Calidad de contacto		Total	
		Nada o poco	Algo o mucho		
Tipo de prejuicio	Igualitario	Absolutos	76	21	97
		%	61.8%	70.0%	63.4%
	Sutil	Absolutos	41	8	49
		%	33.3%	26.7%	32.0%
	Intolerante	Absolutos	6	1	7
		%	4.9%	3.3%	4.6%
Total		Absolutos	123	30	153
		%	100%	100%	100%

Test exacto de Fisher: .604; P-value: .818; tamaño del efecto (w): .07; potencia (1- β): .11

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 4.14 se presenta la distribución por calidad de contacto según tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México. Se aprecia que, de las personas con nada o superficial contacto con personas migrantes, el 61.8% se ubica en la categoría “igualitario”, 33.3% en la “sutil” y 4.9% en la categoría “intolerante”, mientras que para las personas con cercano o muy cercano contacto los porcentajes son de 70.0%, 26.7% y 3.3% respectivamente.

De esta forma, el porcentaje de personas con un cercano o muy cercano contacto con personas migrantes alcanzan un mayor porcentaje en la categoría “igualitario” respecto de aquellas con nulo o superficial contacto, mientras que las personas con nulo o superficial contacto con personas migrantes presentan porcentajes más elevados en las categorías “sutil” e “intolerante” respecto aquellas con un cercano o muy cercano contacto.

4.5 Variables relacionadas con el prejuicio sutil hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Con el objetivo de determinar la existencia o ausencia de relación entre las variables independientes y la dependiente, medir la magnitud de dicha relación y estimar la probabilidad de que se produzca el suceso o acontecimiento definido como $y=1$ en la variable dependiente, se decidió ajustar un modelo de regresión logística binomial. Como se ha señalado en el apartado metodológico, se consideró ajustar un modelo de regresión logística multinomial, dado que la variable dependiente presenta tres categorías (igualitario, sutil e intolerante), sin embargo, debido al número de personas en la categoría “intolerante” se optó por ajustar un modelo de regresión logística binomial, donde la variable dependiente posee únicamente dos categorías: “igualitario” y “sutil”, excluyendo la categoría “intolerante”.

En el recuadro 4.1 se presentan las variables consideradas en la regresión logística binomial y la manera en que fueron codificadas. La variable dependiente se refiere al tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, la cual es categórica; en donde 0 hace referencia al tipo “igualitario” y 1 al tipo “sutil”.

En cuanto a las variables independientes, fueron consideradas las características sociodemográficas de los participantes, es decir, el grupo de edad, género, estado de residencia actual, nivel máximo de estudios, puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud, nivel socioeconómico y experiencia migratoria internacional; la cantidad de contacto con personas migrantes centroamericanas en tránsito por México; y la calidad del contacto con personas migrantes. La variable grado de identidad nacional no fue considerada, dada la distribución de los datos.

Recuadro 4.1- Variables consideradas para la regresión logística binomial

	Variable	Tipo de variable	Codificación
Variable dependiente	Tipo de prejuicio	Catagórica	0 = Igualitario 1 = Sutil
Variables independientes	Grupo de edad	Catagórica	0 = 20-39 años 1 = 40-64 años
	Género	Catagórica	0 = Femenino 1 = Masculino
	Estado de residencia	Catagórica	1 = Baja California 2 = Ciudad de México 3 = Estado de México 4 =Otro
	Nivel máximo de estudios	Catagórica	1 = Hasta estudios preparatorios 2 = Estudios de licenciatura 3 = Posgrado
	Puesto ocupado en la estructura del servicio	Catagórica	1 = Médico 2 = Profesional en enfermería 3 = Profesional en trabajo social 4 = Administrativo
	Nivel socioeconómico	Catagórica	0 = E/D 1 = C/B/A
	Experiencia migratoria internacional	Catagórica	0 = No 1 = Si
	Cantidad de contacto con personas migrantes	Catagórica	0 = Nada o poco 1 = Algo o mucho
	Calidad de contacto con personas migrantes	Catagórica	0 = Nada o superficial 1 = Cercano o muy cercano

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la regresión logística binomial se presentan en el cuadro 4.15. El modelo de regresión fue estadísticamente significativo ($X^2 = 33.244$, $p < 0.01$). Explica el 28.2% (R^2 de Nagelkerke) de la varianza en la variable dependiente y clasifica correctamente el 75.3% de los casos. La sensibilidad fue del 67.5%, la especificidad del 77.9%, el valor predictivo positivo del 51% y el valor predictivo negativo del 87.6%. Asimismo, la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow arrojó un valor de $X^2 = 4.84$, $p = .774$, es decir, no hay diferencia estadísticamente significativa entre los resultados observados y los predichos por el modelo (Ortega et al., 2022).

De acuerdo con los resultados, las variables sociodemográficas “grupo de edad”, “género”, “estado de residencia”, “nivel máximo de estudios”, “nivel socioeconómico” y “experiencia migratoria internacional”, así como la variable “calidad de contacto con personas migrantes” no tienen efecto estadísticamente significativo sobre la razón de probabilidades, mientras que la variable “puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud” y la variable “cantidad de contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México” tienen un efecto estadísticamente significativo.

En este sentido, cuando de la variable “puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud” se trata, los resultados del modelo de regresión logística muestran que las personas que se identificaron como profesionales en trabajo social tienen 11.6 veces menor probabilidad de presentar prejuicio sutil hacia las personas migrantes de origen centroamericano en tránsito por México, con un nivel de significancia de .040. Asimismo, en lo que respecta a la “cantidad de contacto” con personas migrantes, los resultados de la regresión indican que las personas con algo o mucho contacto tienen 3.4 veces menor probabilidad de presentar prejuicio sutil hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, respecto de aquellas personas con nulo o poco contacto. El nivel de significancia en este último caso es de .043.

De esta manera, es posible señalar que solo dos de las variables consideradas en el modelo de regresión contribuyen en la estimación de la probabilidad de que las personas presenten prejuicio sutil hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, vale decir, una variable sociodemográfica como es el “puesto ocupado en la estructura del servicio público de salud” y una variable de contacto, particularmente, la “cantidad de contacto” con personas migrantes de origen centroamericano.

4.15- Resultados estimados de la regresión logística binomial (X = igualitario, Y= sutil)

Variable	B	Wald	Sig.	Exp (B)
Constante	.552			
Grupo de edad				
40-64 años	-.447	.964	.326	.640
Género				
Masculino	-.484	1.022	.312	.617
Edo. de residencia				
Baja California	.096	.024	.876	1.101
Ciudad de México	-.532	.591	.442	.587
Estado de México	-.746	1.187	.276	.474
Nivel máximo de estudios				
Hasta estudios preparatorios	1.215	2.290	.130	3.370
Estudios de licenciatura	.273	.291	.589	1.313
Puesto ocupado				
Médico	.088	.017	.895	1.092
Profesional de enfermería	.728	1.521	.217	2.070
Profesional en trabajo social	-2.449	4.205	.040*	.086
Nivel socioeconómico				
C/B/A	-.623	.782	.377	.537
Experiencia migratoria internacional				
Sí	-20.594	.000	.999	.000
Cantidad de contacto con personas migrantes				
Algo o mucho	-1.240	4.105	.043*	.290
Calidad de contacto con personas migrantes				
Cercano o muy cercano	.365	.286	.593	1.440

n = 146
R cuadrado de Cox & Snell = 0.204
R cuadrado de Nagelkerke = 0.282
Porcentaje correcto = 75.3

Niveles de significancia
.0001***
.01**
.05*

CONCLUSIONES

Cada año por el territorio mexicano transitan de forma irregular personas migrantes provenientes de los países que conforman el denominado Norte de Centroamérica, es decir, Guatemala, Honduras y El Salvador, con el objetivo de alcanzar la frontera norte e ingresar a Estados Unidos (Canales et al., 2019; Fernández et al., 2014; Rodríguez, 2016). Diferentes estudios (Carrasco, 2013; CNDH, 2018; González y Aikin, 2015; Nájera, 2016; París, 2016; París et al., 2016) dan cuenta de las situaciones adversas que enfrentan los migrantes en su tránsito por el país. Los trabajos coinciden en que son víctimas de diferentes delitos, a lo que se suman las condiciones propias de los espacios por donde transitan, es decir, climas extremos, encuentros con flora y fauna peligrosas, acceso limitado al agua potable, alimentos y condiciones básicas de higiene, entre otras (Castillo, 2016; CNDH, 2018, París et al., 2016).

Bajo este escenario, se argumenta (CNDH, 2018; Leyva et al., 2015; 2016; Paz et al., 2016) que las condiciones del viaje exponen a las personas migrantes a situaciones de riesgo para su salud, así como el hecho de que las enfermedades que presentan derivan de las circunstancias hostiles que experimentan a lo largo de su trayecto. Sin embargo, se ha documentado que menos del 66% de los migrantes, usuarios de las casas y albergues para migrantes, que reportan problemas de salud recibe asistencia médica. De este porcentaje, poco menos de un 10% recurre a los centros de salud, clínicas u hospitales del sector público gubernamental (CNDH, 2018; Leyva et al., 2015; 2016).

Por lo anterior, se ha sugerido la existencia de barreras en el acceso a los servicios públicos de salud para las personas migrantes de origen centroamericano en tránsito irregular por México. Entre señaladas barreras se encuentran los actos de discriminación ejercidos por los proveedores de los servicios públicos de salud hacia esta población (Bojórquez et al., 2019; GTM, 2011; López, 2014; Paz et al., 2016; Stoessle y González, 2019).

Los actos de discriminación por parte de los proveedores de los servicios públicos de salud hacia las personas migrantes, a su vez, podrían estar basados en actitudes prejuiciosas de estos últimos en contra de los primeros (Aizenberg et al., 2015; Liberona y Mancilla, 2017; Jelin et al., 2006a). En este sentido, algunos autores sostienen que las percepciones, actitudes y prejuicios de los proveedores de servicios de salud potencialmente pueden influir en el acceso

a los servicios de atención médica de personas migrantes, así como en sus decisiones médicas y calidad de atención hacia ellas (Dias et al., 2012; Guilfoyle et al., 2008; Rousseau et al., 2017; Stepanikova y Cook, 2008; Van Ryn y Burke, 2000).

De esta forma, en este trabajo de investigación se planteó como objetivo general analizar la frecuencia de los tipos de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, y su asociación con la identidad nacional y la cantidad y calidad del contacto con estos migrantes en médicos, profesionales en enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud.

Para el análisis fueron retomadas las aportaciones de Pettigrew y Meertens (1995) sobre el prejuicio manifiesto y sutil, la teoría de la identidad social desarrollada por Tajfel y Turner (1979; 1986), así como la teoría del contacto intergrupal de Allport (1954) y posteriormente complementada por Pettigrew (1998), las cuales dieron soporte teórico al trabajo de investigación.

La recolección de los datos se realizó mediante un cuestionario en línea a través de la plataforma *google forms*. El cuestionario recogió información de carácter sociodemográfico, de identidad nacional, sobre contacto con personas migrantes centroamericanas en tránsito por México y la calidad de dicho contacto. De igual forma, incluyó una versión adaptada de las escalas de prejuicio manifiesto y sutil desarrolladas por Pettigrew y Meertens (1995). Para el análisis de la información se efectuó un análisis descriptivo de las variables bajo estudio, así como un análisis bivariado entre los tipos de prejuicio y las variables sociodemográficas, de identidad y contacto con personas migrantes. Para determinar la existencia o ausencia de relación entre el tipo de prejuicio (variable dependiente) y la cantidad y cantidad de contacto (variables independientes) se ajustó un modelo de regresión logística, donde también se incorporaron las variables de carácter sociodemográfico como variables independientes.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el tipo de prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México más frecuente en médicos, profesionales en enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud es el tipo “igualitario”, seguido por el “sutil” y, finalmente, se encuentra el tipo “intolerante”. Lo anterior pone de manifiesto, por un lado, que las personas participantes en el

estudio con prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, si bien constituyen una minoría, representan poco más de un tercio de la totalidad, lo que coincide con los resultados de ejercicios como la Encuesta México, las Américas y el Mundo (Morales et al., 2018) donde un porcentaje similar expresa tener una impresión muy desfavorable o desfavorable sobre las personas migrantes, es decir, que las impresiones y actitudes de los trabajadores de los servicios públicos de salud respecto a los migrantes en tránsito no están tan alejadas de las de la población mexicana en general. Y por otro lado, que las expresiones abiertas o manifiestas de prejuicio como es la percepción de amenaza, la creencia en la inferioridad genética de los miembros del exogrupo y la oposición al contacto íntimo con ellos, efectivamente, han sido remplazadas por expresiones más sutiles e indirectas del fenómeno, vinculadas con diferencias culturales, la defensa de los valores considerados como tradicionales y la ausencia de emociones positivas para con las personas del grupo externo, tal como sostiene Pettigrew y Meertens (1995).

Respecto a las variables asociadas al prejuicio, los resultados respaldan parcialmente la teoría del contacto intergrupal (Allport, 1954; Pettigrew, 1998), ya que, si bien es cierto que se encontró relación entre la cantidad de contacto con el tipo de prejuicio hacia las personas migrantes centroamericanas en tránsito por México, de tal manera que “algo o mucho” contacto reduce las probabilidades de ser del tipo “sutil”, no se halló evidencia de que la calidad del contacto incremente o reduzca las probabilidades de ser del tipo “sutil”. Lo anterior sugiere que, para el caso de médicos, profesionales de enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud en México, un mayor contacto con las personas migrantes es factor suficiente para reducir el prejuicio, lo que haría prescindibles las condiciones de contacto óptimo propuestas por Allport (1954), así como la condición añadida por Pettigrew (1998) décadas más tarde.

Por otro lado, la identidad nacional no fue considerada para el análisis bivariado ni para el modelo de regresión logística, ya que de acuerdo al análisis descriptivo la totalidad de los participantes en el estudio se ubicó en la categoría “algo o mucha” identidad nacional. Este resultado, si bien no era algo esperado, no se encuentra alejado de los hallazgos de ejercicios como la Encuesta Nacional de Identidad y Valores (Flores, 2015) y de la Encuesta Nacional en México sobre Identidad Nacional (Instituto de Mercadotecnia y Opinión, 2015), donde más del

80% de las personas señaló sentirse “algo” o “muy” apegado a México, mientras que casi nueve de cada diez personas indicó sentirse “algo” o “muy” orgullo de ser mexicano. No obstante, el resultado parece alejarse de lo planteado por la teoría de la identidad social, así como de los resultados de otras investigaciones (Espinosa et al., 2018; Pettigrew, 2007) donde una fuerte identidad nacional se relaciona positivamente con el prejuicio hacia los inmigrantes. Bajo el escenario encontrado en este trabajo, se esperaría que el porcentaje de personas sutiles e intolerantes fuese, al menos, algo más elevado. Una posible explicación a esto puede encontrarse en lo denominado como representaciones sociales de la nación (Brubaker, 1990; Reijerse et al., 2013), ya que diferentes trabajos (Espinosa et al., 2018; Gran y Sanz, 2008; Maddens et al., 2000; Reijerse et al. 2013) documentan que son las representaciones étnicas de nación las que se relacionan positivamente con actitudes xenófobas y prejuicios en contra de las personas inmigrantes, mientras que las representaciones cívicas lo hacen de manera negativa.

En cuanto a las variables sociodemográficas incluidas en el análisis bivariado y el modelo de regresión, los resultados indican que variables como la edad, género, estado de residencia, nivel máximo de estudios, nivel socioeconómico y experiencia migratoria internacional no presentan relación estadísticamente significativa con el tipo de prejuicio. No obstante, el puesto ocupado en la estructura del servicio mostró relación con la variable dependiente, de tal manera que los profesionales en trabajo social tienen menor probabilidad de ser del tipo “sutil”, lo que podría estar vinculado con la formación académica de estos profesionales, es decir, en el área social (Civalero, et al., 2018).

El análisis del prejuicio y de los factores asociados al mismo en médicos, profesionales en enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud se considera importante, ya que como funcionarios de gobierno son los responsables de materializar los objetivos, planes y programas de las instituciones públicas (Dussauge, 2018). En esta labor gozan de considerable discrecionalidad (Alshammari y Nalubega, 2021; Grit, 2012; Hoyle, 2014; Meza et al., 2021; Perna, 2021; Ramani et al., 2021; Trappenburg et al., 2020; Walker y Gilson, 2004), donde pueden verse involucrados sus valores, percepciones y actitudes hacia los usuarios de los servicios, dando lugar a tratos adecuados y justos, pero también a comportamientos arbitrarios, inequitativos e injustos (Lipsky, 2018).

En este trabajo se muestra que cerca de un 40% de los participantes en el estudio presenta prejuicio hacia las personas migrantes centroamericanas en tránsito por México, siendo el prejuicio sutil el más frecuente. La percepción de profundas diferencias culturales y una postura de defensa de los valores considerados como tradicionales, que es en lo que consiste el prejuicio sutil, por parte de los proveedores de los servicios de salud respecto a las personas migrantes, puede tener implicaciones en la calidad de atención que se les brinda (Plaza del Pino, 2012; Sánchez-Ojeda et al., 2017), en la evaluación de los encuentros con estos pacientes, considerándolos como difíciles de tratar en comparación con los nacionales (Terraza et al., 2011), e incluso puede ser utilizada para justificar una mala praxis (Aizenberg et al., 2015).

En abril del año 2019, la Organización Panamericana de la Salud publicó el Documento de Orientación sobre Migración y Salud (OPS), con la finalidad de “servir de recurso para que los Estados Miembros aborden los desafíos de salud pública y sistemas de salud relacionados a la migración, incluida la promoción y protección de la salud de los migrantes a lo largo de su proceso migratorio” (OPS, 2019, p. 8). Entre las líneas de acción estratégica de este documento se encuentra: mejorar la comunicación e intercambio de información con el fin de contrarrestar la xenofobia, el estigma y la discriminación en contra de las poblaciones migrantes. Meses más tarde, el gobierno mexicano presentó el Plan Integral de Atención a la salud de la Población Migrante (Secretaría de Salud, 2019), sin embargo, este plan no incorpora intervenciones clave que se desprenden de la línea de acción propuesta por la OPS , como llevar a cabo capacitaciones sobre sensibilización/concientización en conjunto con los proveedores de atención médica y demás funcionarios de gobierno sobre las necesidades de salud de los migrantes y los servicios que se encuentran disponibles, tomando en cuenta las diferencias culturales, lo que a la luz de los resultados de este trabajo se torna necesario si se desea atender de manera integral las necesidades en salud de las personas migrantes en tránsito por el país.

Una de las principales limitaciones de este estudio es la muestra con la que se ha trabajado, tanto por su tamaño y composición como por la técnica de muestreo utilizada y la forma en que se contactó a los participantes, todo ello derivado de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 que ha significado cargas excesivas de trabajo para el personal de los servicios públicos de salud, confinamientos prolongados y restricciones para ingresar a las unidades médicas. Por tal motivo, los resultados no son ni pretenden ser representativos de toda la

población de médicos, profesionales en enfermería, profesionales en trabajo social y trabajadores administrativos que laboran en los servicios públicos de salud que atienden a personas sin seguridad social, es decir, se limitan a los participantes en el estudio, futuras investigaciones con muestras más representativas podrán corroborar o corregir los resultados aquí presentados.

Pese a las limitaciones de la investigación, se considera que este trabajo representa uno de los primeros acercamientos al análisis del prejuicio hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México, y de los factores asociados a él, en médicos, profesionales en enfermería, profesionales en trabajo social y personal administrativo de los servicios públicos de salud, contribuyendo al conocimiento de los elementos que podrían subyacer en los actos de discriminación en contra de esta población, y que potencialmente pueden constituir una barrera en el acceso a la atención médica para estas personas. No obstante, se recomienda que futuras investigaciones al respecto, además de trabajar con muestras más amplias y representativas, profundicen en el tema de la identidad nacional considerando otros elementos como el de las representaciones sociales (étnicas y cívicas) que se pueden tener sobre la nación, así como el hecho de que se exploren otras variables no incluidas en este trabajo y que podrían estar relacionadas con el prejuicio hacia las personas migrantes que año tras año transitan de forma irregular por el territorio mexicano.

BIBLIOGRAFÍA

- Abubakar, I., Aldridge R., Devakumar D., Orcutt M., Burns R., Barreto M., Dhavan P., Fouad F., Groce N., Guo Y., Hargreaves S., Knipper M., Miranda J., Madise N., Kumar B., Mosca D., McGovern T., Rubenstein L., Sammonds P.,...Zimmerman C. (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*, Vol. 392 (10164), 2606-2654.
- Acuña, A. y Oyuela R. (2006). Diferencias en los prejuicios frente a la homosexualidad masculina en tres rangos de edad en una muestra de hombres y mujeres heterosexuales. *Psicología desde el Caribe*, núm. 18, 58-88.
- Adorno, T., Frenkel-Brunswik E., Levinson D. y Nevitt R. (1950). *The Authoritarian Personality*, New York: Harper & Brothers.
- Aguilar, J., Valencia A., González D. y Romero P. (2005). Identidad nacional y estereotipos entre estudiantes universitarios. *Psicología y ciencia social*, vol. 7, núm. 1-2, 13-21.
- Aizenberg, L., Rodríguez M. y Carbonetti A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, Vol. 8, Núm. 1, 65-94.
- Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley.
- Alshammari, M. y Nalubega S. (2021). Nurses as Street Level Bureaucrats: Experiences from Diabetes Care Nurses in Kuwait. *Open Journal of Nursing*, 11, 315-319. <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.115028>
- Amnistía Internacional. (2010a). *Víctimas invisibles. Migrantes en movimiento en México*. Madrid: EDAI.
- Amnistía Internacional. (2010b). *Viajes de esperanza y temor. Migrantes en movimiento en México*. Madrid: EDAI.
- Antonín, M. y Sábado J. (2004). La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: validación preliminar. *Enfermería científica*, Núm. 262, 77-82.
- Araya, J. (2016). Influencia burocrática en la formulación de políticas públicas: el caso del sistema de alta dirección pública en Chile. *Revista de Ciencia Política*, Vol. 54, No. 2, 277-298.
- Armijo, N. (2011). Frontera sur de México: los retos múltiples de la diversidad. En N. Armijo (Ed.), *Migración y seguridad: nuevo desafío en México*, (pp. 35-51). México: CASEDE.

- Ashmore, R. (1970). Prejudice: causes and cures. En B. Collins (Ed.), *Social Psychology: social influence, attitude change, group processes and prejudice*. Massachusetts: Adisson-Wesley.
- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. (2018). *Nivel Socioeconómico AMAI 2018. Nota metodológica*. Comité de Nivel Socioeconómico AMAI. <https://www.amai.org/descargas/Nota-Metodolo%CC%81gico-NSE-2018-v3.pdf>
- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. (2021). *Nivel Socioeconómico AMAI 2022. Nota metodológica*. Comité de Nivel Socioeconómico AMAI. <https://www.amai.org/NSE/index.php?queVeo=NSE2020>
- Baeza, B., Aizenberg L. y Barría C., (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si somos americanos*, 19(1), 43-66.
- Bagci, S. y Birinci B. (2017). Religious and national identity levels predicting subtle and blatant prejudice towards Syrian refugees: Empathy and perspective-taking as mediators. En H. Arapgirlioglu, A. Atik, R. Elliott y E. Turgeon (Eds.), *Researches on Science and Art in 21st Century Turkey*, (pp. 874-882). Turquía: Gece-Kitapligi
- Barragán, A. (28 de octubre de 2018). El director mexicano Alfonso Cuarón criticó el racismo de los mexicanos durante el festival de Morelia. *El País*. https://verne.elpais.com/verne/2018/10/27/mexico/1540606889_580752.html
- Berkowitz, L. (1962). *Aggression: A social psychological analysis*. McGraw-Hill.
- Besabe, N., Zlobina A. y Páez D. (2004). *Cuadernos Sociológicos Vascos. Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco*. Gobierno Vasco.
- Biswas, D., Toebes B., Hjern A., Ascher H. y Norredam M. (2012) Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Health and Human Rights*, Vol. 12, No 2, 49-60.
- Bojórquez, I., Calderón, A., Carrasco M., Rosales, Y. y Orraca, P. (2019). Limitaciones en el acceso a servicios de salud de los migrantes centroamericanos en México. *Región Transfronteriza México-Guatemala*. <http://www.rtmg.org/post/limitaciones-en-el-acceso-a-servicios-de-salud-de>.
- Bojórquez, I., Flores V., Calderón A. y Fernández J. (2020). Health policies for international migrants: A comparison between México and Colombia. *Health Policy OPEN*, 1, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100003>

- Brandenberger, J., Tyleskär T., Sontag K., Peterhans B. y Ritz N. (2019). A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health*, 14; 19 (1): 755. DOI: 10.1186/s12889-019-7049-x
- Brewer, M. y Miller N. (1984). Beyond the contact hypothesis: Theoretical perspectives on desegregation. En N. Miller y M. Brewer (Eds.), *Groups in contact: The psychology of desegregation*, (pp. 281-302). Orlando: Academic: Press.
- Brubaker, R. (1990). Immigration, citizenship, and the nation state in France and Germany: A comparative historical analysis. *International Sociology*, 5, 379-407. <https://doi.org/10.1177/026858090005004003>
- Cabieses, B., Flaño J., Gálvez P. y Ajraz N. (2017). *Escenario actual de la vida y salud de migrantes en la comuna de Recoleta*. Chile: Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., Pickett K. y Tunstall H. (2012). What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *BMC Public Health*, 12, 1013, 1-15. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1013>
- Caicedo, M. y Morales, A. (2015). *Imaginario de la migración internacional en México. Una mirada a los que se van y a los que llegan. Encuesta Nacional de Migración*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Canales, A., Fuentes J. y De León C. (2019). *Desarrollo y migración. Desafíos y oportunidades en los países del norte de Centroamérica*. CDMX: CEPAL-FAO.
- Cárdenas, M., Music A., Contreras P., Hans Y. y Calderón C. (2007). Las nuevas formas de prejuicio y sus instrumentos de medida. *Revista de psicología*, Vol. XVI, núm. 1, 69-96.
- Cárdenas, M., Gómez F., Méndez L. y Yáñez S. (2011) reporte de los niveles de prejuicio sutil y manifiesto hacia inmigrantes bolivianos y análisis de su relación con variables psicosociales. *Psicoperspectivas*, Vol. 10, No. 1, 125-143.
- Carmona-Halty, M., Navas, M. y Rojas, P. (2018). Percepción de amenaza exogrupal, contacto intergrupar y prejuicio afectivo hacia colectivos migrantes latinoamericanos residentes en Chile. *Interciencia, enero*, Vol. 43, N° 1, 23-27.
- Carney, M. (2015). Eating and Feeding at the Margins of the State: Barriers to Health Care for Undocumented Migrant Women and the "Clinical" Aspects of Food Assistance. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 29 (2), 196-215.
- Carrasco, G. (2013). La migración centroamericana en su tránsito por México hacia los Estados Unidos. *Alegatos*, No 83, enero abril, 169-194.
- Casas, M. (2008). Prejuicios, estereotipos y discriminación. Reflexión ética y psicodinámica sobre la selección de sexo embrionario. *Acta Bioethica*, 14 (2), 148-156.

- Casillas, R. (2008). Las rutas de los centroamericanos por México, un ejercicio de caracterización, actores principales y complejidades. *Migración y desarrollo*, primer semestre, 157- 174.
- Castillo, M. (2016). Migración y salud en un marco de derechos humanos. En Leyva R., Infante C. y Quintino F. (Eds.), *Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud*, (pp. 16-22). Cuernavaca: INSP.
- Cervantes, L., Navas, M. y Cuadrado, I. (2019). Contacto intergrupar y actitudes en bibliotecas públicas: un estudio con usuarios marroquíes y españoles en Barcelona y Almería. *Revista Española de Documentación Científica*, 42(1), enero-marzo, 1-12.
- Chan, C. (2019). Flujos migratorios en el sur de Chiapas: una narrativa local del impacto de las caravanas migrantes y los grupos africanos. *Política, Globalidad y Ciudadanía*, Vol. 5, No 10, 43-62. [http:// revpoliticas.uanl.mx/index.php/RPGyC/article/view/123](http://revpoliticas.uanl.mx/index.php/RPGyC/article/view/123)
- Chavez, L. (2012). Undocumented immigrants and their use of medical services in Orange County, California. *Social Science & Medicine*, 74, 887-893.
- Civalero, L., Alonso D. y Brussino S. (2018). Estudio descriptivo del prejuicio hacia inmigrantes en estudiantes universitarios de CABA y GBA, Córdoba, Salta y Neuquén (AR). *Investigaciones en psicología*, Vol. 23, No 2, 9-18.
- Civalero, L., Alonso D. y Brussino S. (2019). Evaluación del prejuicio hacia inmigrantes: adaptación argentina de la escala de prejuicio sutil y manifiesto. *Ciencias psicológicas*, 13(1), 119-133.
- Cohen, N. (2018). How Culture Affects Street-level Bureaucrats ‘Bending the Rules in the Context of Informal Payments for Health Care: The Israeli Case. *American Review of Public Administration*, Vol. 48(2), 175-187.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). *Los desafíos de la migración y los albergues como oasis. Encuesta Nacional de Personas Migrantes en Tránsito por México*. México: CNDH-UNAM.
- Comisión Nacional de Protección en Salud (CNPSS). (2014). Otorgan seguro popular a migrantes. 28 de diciembre de 2014. <https://www.gob.mx/salud/prensa/otorgan-seguro-popular-a-migrantes-7519>
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2018). Mitos y realidades sobre la caravana migrante y las personas refugiadas. México: SEGOB-CONAPRED. https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/MR_Caravana_OK.pdf

- Cuadra, C. (2011). Right of Access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *European Journal of Public Health*, Vol. 22, No 2, 267-271.
- Cuéllar, M. (12 de noviembre de 2018). Las actitudes racistas hacia la caravana migrantes son “una vergüenza”. *La Jornada Baja California*. <https://jornada.com.mx/sin-fronteras/2018/11/12/las-actitudes-racistas-y-xenofobicas-con-los-integrantes-de-la-caravana-son-201cuna-vergüenza201d-tonatiuh-guillen-9929.html>
- Dagnino, J. (2014). Análisis de proporciones. *Rev Chil Anest*, 43(2), 134-138. doi:<https://doi.org/10.25237/revchilanestv43n02.12>
- Del Olmo, M. (2005). Prejuicios y estereotipos: un replanteamiento de su uso y utilidad como mecanismos sociales. *Revista de Educación*, 7, 13- 23.
- Dessauge, M., Cejudo G. y Pardo M. (2018). Estudio introductorio. En M. Dessauge, G. Cejudo y M. Pardo (Eds.). *Las burocracias a nivel de calle*, (pp. 9-23). Ciudad de México: CIDE.
- Devine, P. (1995). Prejudice and out-group perception. En A. Tesser (Ed.), *Advanced Social Psychology*, (pp. 467-524). Nueva York: McGraw Hill.
- Dias, S., Gama A., Cargaleiro H. y Martins M. (2012). Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health*, 10(14). doi:10.1186/1478-4491-10-14
- Díaz, M. (2020). Personas migrantes extracontinentales y extrarregionales en los flujos en tránsito por México. *Rutas. Estudios sobre movilidad y migración internacional*, Núm. 1. México: Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas.
- DOF. Diario Oficial de la Federación. (2019, 29 de noviembre). DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. México: Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/521359/2019_11_29_MAT_salud.pdf
- DOF. Diario Oficial de la Federación. (1984, última reforma: 19/02/2021). Ley General de Salud. México. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_070121.pdf
- DOF. Diario Oficial de la Federación. (2011, última reforma: 07/01/2021). Ley de Migración. México. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LMigra_070121.pdf
- Dollard, J., Dood L., Miller N., Mowrer O. y Sears R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Dovidio, J., Gaertner S. y Kawakami K. (2003). Intergroup Contact: The Past, Present, and the Future. *Group Processes & intergroup Relations*, 6 (1), 5-21.

- Duckitt, J. (1992). Psychology and Prejudice. A Historical Analysis and Integrative Framework. *American Psychologist*, Vol. 47, No. 10, 1182-1193.
- Edward, J. (2014). Undocumented Immigrants and Access to Health Care: Making a Case for Policy Reform. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(1-2), 5-14.
- El Colegio de la Frontera Norte. (2018). *La caravana de migrantes centroamericanos en Tijuana 2018. Diagnóstico y propuestas de acción*. Tijuana: El Colef.
- El Colegio de la Frontera Norte, Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, Consejo Nacional de Población, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Relaciones Exteriores, Secretaría de Bienestar. (2019). *Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México*. <https://www.colef.mx/emif/basescuestionarios.html>
- Espinosa, A., Guerra R., Sanatkar S., Paolini S., Damigella D., Licciardello O. y Gaertner S. (2018). Identity Inclusiveness and Centrality: Investigating Identity Correlates of Attitudes toward Immigrants and Immigration Policies. *Journal of Social Issues*, Vol. 74, No 4, pp. 674-699. <https://doi.org/10.1111/josi.12293>
- Falomir, J. y Frederic N. (2013). The dark side of heterogeneous in-group identities: National identification, perceived threat, and prejudice against immigrants. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49, 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.08.016>
- Feldman, R. (2009). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGraw-Hill.
- Fernández, M., Roo J., Dávila R., Montalvo J., Da Costa M., De Angulo A. (2018). La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina familiar en Iberoamérica. *Revista Brasileira de Medicina de Familia e Comunidade*, 13 (Supple 1), 84-112.
- Fernández, R., Casillas R. y Rodríguez E. (2014). *Migración centroamericana en tránsito por México hacia Estados Unidos: Diagnostico y recomendaciones. Hacia una visión integral, regional y de responsabilidad compartida*. México: ITAM. <https://www.comillas.edu/images/OBIMID/itam.pdf>
- Flores, J. (2015). *Sentimientos y resentimientos de la nación. Encuesta Nacional de Identidad y Valores*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fouratt, C. y Voorend K. (2019). Esquivando al Estado. Prácticas privadas en el uso de los servicios de salud entre inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos de Costa Rica*, 45, 373-403. DOI: 10.15517/AECA.V45I0.36863
- Frausto, J. y Parra J. (2019). Algunas consideraciones sobre la caravana migrante centroamericana en Piedras Negras, Coahuila. *Revista Población y desarrollo: astronautas y caminantes*, Vol. 15, 63-73. <https://doi.org/10.5377/pdac.v15i0.8117>

- Fundación Mexicana para la Salud. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, vol. 55, número especial, 1-64.
- Gaertner, S. y Dovidio, J. (1986). The aversive form of racism. En J. Dovidio y S. Gaertner (Eds.), *Prejudice, Discrimination and Racism*, (pp.61-89). San Diego: Academic Press.
- Gaertner, S., Dovidio J y Bachman B. (1996). Revisiting the contact hypothesis: The induction of a common in-group identity. *International Journal of Intercultural relations*, Vol. 20, 271-290. [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(96\)00019-3](https://doi.org/10.1016/0147-1767(96)00019-3)
- Gómez, A. y Huici C. (1999). Orientación política y racismo sutil y manifiesto: relaciones con la discriminación. *Revista de Psicología Social*, 14: 2-3, 159-180.
- Gómez, C. y Navas M. (2000). Predictores del prejuicio manifiesto y sutil hacia gitanos. *Revista de Psicología Social*, 15: 1, 3-30.
- Gómez, C., Navas M. y Cuadrado I. (2010). Variables psicosociales relacionadas con el proceso de aculturación. En M. Navas A.J. Rojas (Coords.), *Aplicación del Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR)*, (pp. 55-75). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Gómez, O. y Frenk J. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Pública de México*, vol. 61, no. 2, marzo-abril, 202-211.
- Gómez, O., Sesma S., Becerril V., Knaul F., Arreola H. y Frenk J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2, 220-232.
- González, A. y Aikin O. (2015). Migración de tránsito por la ruta del occidente de México: actores, riesgos y perfiles de vulnerabilidad. *Migración y desarrollo*, primer semestre, núm. 24, 81-115.
- González, J., Zapata R. y Anguiano M. (2017). Migración centroamericana en tránsito por México. En Consejo Nacional de Población, *Situación demográfica de México 2016*, (pp. 221-232). México: CONAPO.
- González. R., Sirlopú D. y Kessler T. (2010) Prejudice among Peruvians and Chileans as a Function of Identity, Intergroup Contact, Acculturation Preferences, and Intergroup Emotions. *Journal of Social Issues*, Vol. 66, No 4, 803-824.
- Grad, H. y Sanz A. (2008). La contribución de valores, nacionalismo étnico e identidad comparativa a la xenofobia: un estudio intercultural. *Revista de Psicología Social*, 23 (3), 315-327. <https://doi.org/10.1174/021347408785843033>
- Grit, K., Otter J. y Spreij A. (2012) Access to Health Care for Undocumented Migrants: A Comparative Policy Analysis of England and the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 37, No 1, February, 37-67.

- Grupo de Trabajo sobre Migraciones-México (GTM). (2011). *Informe sobre migración y derecho a la salud en México*. México: GTM-México.
- Guilfoyle, J., Kelly L. y St. Pierre N. (2008). Prejudice in medicine. Our role creating health care disparities. *Canadian Family Physician*, Vol. 54, 1511- 1513.
- Guillén, A. y Pérez M. (2014). *Solidaridad en el camino. Atlas de organizaciones de apoyo a personas migrantes centroamericanas*. México: Indesol-Propuesta cívica.
- Gushulak, B., Weekers J. y MacPherson D. (2010). Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerging Health Threats Journal*. 2:e10, 1-12.
- Hacker, K., Chu J., Leung C., Marra R., Pirie A., Brahimi M., English M., Beckmann J., Acevedo D. y Marlin R. (2011) The impact of Immigration and Customs Enforcement on immigrant health: Perceptions of immigrants in Everett, Massachusetts, USA. *Social Science & Medicine*, 73, 586-594.
- Hacker, K., Anies, M., Folb, B. y Zallman, L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 175-183.
- Hall, W., Chapman M., Lee K., Merino Y., Thomas T., Payne B., Eng E., Day S. y Coyne T. (2015). Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, Vol. 105, No. 12, 60-76.
- Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers (HUMA). (2009). *Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries*. Francia: HUMA
<https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/access-health-care-undocumented-migrants-and-asylum-seekers>
- Hernández, R., Fernández C. y Baptista M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill
- Hernández, R. y Porraz I. (2020). De la xenofobia a la solidaridad: etnografías fronterizas de la caravana migrante. *Frontera Norte*, Vol. 32, art. 18, 4-24. DOI: <https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.2024>
- Herrero, J., Rodríguez F. y Musitu G. (2014). Comparing intergroup contact effects on blatant and subtle prejudice in adolescents: A multivariate multilevel model. *Psicothema*, Vol. 26, No 1, 33-38.
- Hewstone, M. y Brown R. (1986). Contact is not enough: An intergroup perspective on the "Contact hypothesis". En M. Hewstone y R. Brown (Eds.), *Contact and conflict in intergroup encounters*, (pp. 1-44). Oxford: Basil Blackwell.

- Hilfinger, D., Morris M. y Clark L. (2015). The impact and implications of undocumented immigration on individual and collective health in the United States. *Nurs Outlook*, 63(1), 86-94.
- Hoyle, L. (2014). I mean, obviously you're using your discretion: Nurses use of discretion in policy implementation. *Social Policy and Society*, 13, 189-202. DOI: 10.1017/S1474746413000316,
- Hudelson, P., Junod N. y Perneger T. (2010). Measuring Physicians' and Medical Students' Attitudes Toward Caring for Immigrant Patients. *Evaluation & the Health Professions*, 33 (4), 452-472.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago: Comisión Económica Para América Latina y el Caribe.
- Huici, C. (1996). La psicología social de las relaciones intergrupales y del prejuicio. En F. Morales y S. Yubero (Coords.), *Del prejuicio al racismo: perspectivas psicosociales*, (pp. 23-35). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Ichiyama, M., McQuarrie E. y Ching K. (1996). Contextual Influences on Ethnic Identity Among Hawaiian Students in the Mainland United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 27, No 4, 458-475. <https://doi.org/10.1177/0022022196274005>
- Instituto de Mercadotecnia y Opinión (2015). *Encuesta Nacional en México sobre Identidad Nacional*. <http://www.imocorp.com.mx/imo2/index.php/encuestas/34-15-issp-encuesta-nacional-identidad-nacional>
- Instituto Nacional de Migración, Unidad de Política Migratoria, Consejo Nacional de Población, El Colegio de la Frontera Norte, Secretaría de Gobernación, Secretaría de Relaciones Exteriores, Secretaría de Salud y Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2013). *Encuesta sobre migración en la frontera sur de México, 2011. Serie histórica 2006-2011*. México: INM, UPM, CONAPO, El Colef, SEGOB, SER, SSA, STPS.
- Islam, M. y Hewstone, M. (1993). Dimensions of contact as predictors of intergroup anxiety, perceived out-group variability, and out-group attitude: an integrative model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(6), 700-710.
- Jelin, E., Grimson A. y Nina Zamberlin. (2006a). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, (pp. 33-45). Buenos Aires: IDES.
- Jelin, E., Grimson A. y Nina Zamberlin. (2006b). Los pacientes extranjeros en la mira. En E. Jelin (Dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, (pp. 47-56). Buenos Aires: IDES.

- Laca, F., Mejía J. y Yañez C. (2010). Identidad mexicana e interés político: Predictores de bienestar social y anomia. *Acta universitaria*, vol. 20, núm. 2, mayo-agosto, 40-49.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
- Langner, A. (28 de abril de 2019). Crece en redes sociales campaña de odio contra caravanas migrantes. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2019/04/28/politica/004n1pol>
- Larchanché, S. (2012). Intangible obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence and fear among undocumented immigrants in France. *Social Science & Medicine*, 24, 858-863.
- Larenas, D. y Cabieses B. (2019). Salud de migrantes internacionales en situación irregular: una revisión narrativa de iniciativas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 36 (3), 487-496. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4469>.
- Lett, H. (1945). *Techniques for achieving interracial cooperation. Proceedings of the Institute on Race relations and Community Organization*. Chicago: University of Chicago and the American Council on Race Relations.
- Leyva, R. (2018). Conceptos sobre migración y salud: entre las cuarentenas...y los determinantes de la salud. *Cuad Méd Soc*, 58(4), 33-39.
- Leyva, R., Infante, C., Serván, E., Quintino, F. y Silverman, O. (2015). Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México. *Policy Brief Series Salud*, PB#05, CANAMID.
- Leyva, R., Infante, C., Quintino, F., Gómez, M. y Torres, C. (2016). Migrantes en tránsito por México: Situación de salud y acceso a servicios de salud. En CONAPO, *Migración y salud. Perspectivas sobre la población inmigrante*, (pp. 85-94). México: CONAPO.
- Li, J. (2020). *Migración. Mapa 2020 de casas del migrante, albergues y comedores para migrantes México*. México: BBVA Research. <https://www.bbva.com/publicaciones/mapa-2020-de-casas-del-migrante-albergues-y-comedores-para-migrantes-en-mexico/>
- Liberona, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, núm. 28, 19-38.
- Liberona, N. (2015). Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, Vol. XV, No 2, 15-40.
- Liberona, N. y Mansilla M. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520.

- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy Dilemmas of the Individual in Public Services*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Lipsky, M. (2018). Dilemas del individuo en el servicio público. En M. Dessauge, G. Cejudo y M. Pardo (Eds.), *Las burocracias a nivel de calle*, (pp. 24-38). Ciudad de México: CIDE.
- López, M. (2014). *Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas*. México: Sin fronteras-UNAM.
- López, M., Longoni M. y Porcel E. (2012). Modelos estadísticos y conexiones para predecir el rendimiento académico de alumnos universitarios. *Investigación operativa*, No. 33, 135-157.
- Maddens, B., Billiet J. y Beerten R. (2000). National identity and attitude towards foreigners in multi-national states: the case of Belgium. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 26(1), 45-60. <https://doi.org/10.1080/136918300115633>
- Magalhaes, L., Carrasco C. y Gastaldo, D. (2010). Undocumented Migrants in Canada: A scope literature review on health, access to services, and working conditions. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12 (1), 132-151. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3084189/pdf/nihms861.pdf>
- Maldonado, G., Marín K., Gonzáles, G. y Schiavon, J. (2018). *Los mexicanos ante los retos del mundo: opinión pública, líderes y política exterior*. México: CIDE.
- Martínez, O., Wu E., Sandfort T., Dodge B., Carballo A., Pinto R., Rhodes S., Moya E. y Chavez S. (2013). Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-013-9968-4>.
- Meza, O., Pérez E., Campos S. y Varela S. (2021). Against the COVID-19 Pandemic: Analyzing role changes of healthcare Street-level bureaucrats in Mexico. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 23:1, 109-119. <https://doi.org/10.1080/13876988.2020.1846993>
- McConahay, J. (1986). Modern racism, ambivalence and the modern racism scale. En J. Dovidio y S. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination and racism*, (pp.91-125). San Diego: Academic Press.
- Médicos sin Fronteras. (2020). *Nuevo mapa de la ruta migrante*. México: MSF. https://www.msf.mx/sites/mexico/files/-nuevo_map_ruta_migrante.pdf
- Michaelsen, J., Krasnik A., Nielsen A., Norredam M. y Torres A. (2004). Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *Scand J Public Health*, 32, 287-295.

- Molero, F. (2007). El estudio del prejuicio en la Psicología social: definición y causas. En F. Morales, M. Moya, E. Gaviria e I. Cuadrado, *Psicología Social*, (pp. 591-616). Madrid. McGraw-Hill.
- Molina, C. (2019). La salud de los migrantes como desafío para la salud pública. *Escenarios*, Año 19, No. 29. <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/9223/8059>.
- Morales, F. (1996). El prejuicio racial como actitud negativa. En F. Morales y S. Yubero (Coords.), *Del prejuicio al racismo: perspectivas psicosociales*, (pp. 11-22). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Muller, M., Ungaretti J. y Etchezahar E. (2017). Validación argentina de la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto hacia villeros. *Revista de psicología*, 26(1), 1-13.
- Mummendey, A., Klink A. y Brown R. (2001). Nationalism and patriotism: National identification and out-group rejection. *British Journal of Social Psychology*, 40, 159-172. <https://doi.org/10.1348/014466601164740>
- Murillo, J. y Molero F. (2012). La satisfacción vital: su relación con el prejuicio, la identidad nacional, la autoestima y el bienestar material, en inmigrantes. *Acta colombiana de psicología*, 15 (2), 99-108.
- Murillo, J. y Salazar A. (2015). Factores psicosociales relacionados con la intención migratoria externa de colombianos residentes en varios municipios vallecaucanos. *Pensamiento psicológico*, Vol. 13, No 2, 33-48.
- Nájera, J. (2016). El complejo estudio de la actual migración en tránsito por México: Actores, temáticas y circunstancias. *Migraciones Internacionales*, vol. 8, núm. 3, enero-junio, 255-266.
- Navas, S. (1997). El prejuicio presenta un nuevo rostro: puntos de vista teóricos y líneas de investigación recientes sobre un problema familiar. *Revista de Psicología Social*, 12:22, 201-237. DOI: 10.1174/021347497761111402
- Organización Internacional para las Migraciones. (2013). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Ginebra: OIM.
- Organización Internacional para las migraciones. (2015). *Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica*. OIM.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos*. Italia: OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Documento de orientación sobre migración y salud*. Washington: OPS-OMS.

- Ortega, E., Ocho C. y Molina M. (2022). Regresión logística binaria simple. *Evid Pediatr*, 18: 11, 1-9. <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/7943/regresion-logistica-binaria-simple>
- Palacio, J., Ramos I., Llinas H., Doria A. y Noguera K. (2020). Adaptación y validación de la Escala de Prejuicio Sutil y Manifiesto hacia inmigrantes venezolanos en una muestra colombiana. *Revista de psicología*, Vol. 38 (1), 197-222
- Pando, V. y San Martín R. (2004). Regresión logística multinomial. *Sociedad española de ciencias forestales*, 18, 323-327.
- París, M. (2016). Trayectos peligrosos: inseguridad y movilidad humana en México. *Papeles de Población*, No 90, 145-172. DOI: <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2016.90.037>
- París, M., Ley M. y Peña J. (2016). *Migrantes en México, vulnerabilidad y riesgos. Un estudio teórico para el programa de fortalecimiento institucional "reducir la vulnerabilidad de migrantes en emergencias"*. México: OIM/ El Colef.
- Paz, M., Cerda, A. y Ledón, A. (2016). *Mirar las fronteras desde el sur. Salud y migración en la frontera México-Centroamérica*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Pehrson, S. Vignoles V. y Brown R. (2009). National Identification and anti-immigrant prejudice: Individual and contextual effects of national definitions. *Social Psychology Quarterly*, 72 (1), 24-38. <https://doi.org/10.1177/019027250907200104>
- Pérez, J. (1996). Nuevas formas de racismo. En F. Morales y S. Yubero (Coords.), *Del prejuicio al racismo: perspectivas psicosociales*, (pp. 79-102). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Pérez, M. (2018). El derecho a la salud de las personas migrantes en México: una revisión de la accesibilidad a través del Seguro Social y del Seguro Popular. *Métodos*, Núm. 15, julio-diciembre, 78-103. <http://revistametodos.cd hdf.org.mx/index.php/el-derecho-a-la-salud-de-las-personas-migrantes-en-mexico-una-revision-de-la-accesibilidad-a-traves-del-seguro-social-y-del-seguro-popular>
- Perna, R. (2021). Street-level workers, managers and institutional tensions: a comparative ethnography of healthcare practices of in/exclusion in three Italian public organizations. *Comparative Migration Studies*, 9:16, 2-18. <https://doi.org/10.1186/s40878-021-00224-6>
- Pettigrew, T. (1958). Personality and Sociocultural Factors in Intergroup Attitudes: A Cross-Nacional Comparison. *The Journal of Conflict Resolution*, Vol. 2, No 1, 29-42.
- Pettigrew, T. (1997). Generalized Intergroup Contact Effects on Prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 23, No. 2, 173-185.
- Pettigrew T. (1998). Intergroup Contact Theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-84.

- Pettigrew T. (2007). Social Identity Matters: Predicting Prejudice and Violence in Western Europe. En J. Peacock, P. Thornton y P. Inman (Eds.), *Identity Matters. Ethnic and Sectarian Conflict*, (pp. 34-48). New York: Berghahn Books.
- Pettigrew, T. (2008). Intergroup prejudice: Its causes and cures. *Actualidades en Psicología*, 22, 115-124.
- Pettigrew T. y Meertens, R. (1995). Subtle and blatant prejudice in western Europe. *European Journal of Social Psychology*, Vol. 25, 57-75.
- Pettigrew, T. y Tropp, L. (2006). A Meta-Analytic Test of Intergroup Contact Theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 90, No. 5, 751–783.
- Pettigrew, T., Wagner U. y Christ O. (2007). Who opposes immigration. Comparing German with North American Findings. *Du Bois Review*, 4(1), 19-39. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1742058X07070038>
- Pfaff, S., Crabtree C., Kern H. y Holbein J. (2020). Do Street-Level Bureaucrats Discriminate Based on Religion? A Large-Scale Correspondence Experiment among American Public School Principals. *Public Administration Review*, Vol.00, 1-16. DOI:10.1111/puar.13235
- Phinney, J. (1992). The Multigroup Ethnic Identity Measure. A New Scale for Use With Diverse Groups. *Journal of Adolescents Research*, Vol, 7, No 2, 156-176. <https://doi.org/10.1177/074355489272003>
- Plaza del Pino, F. (2012). Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: una mirada desde el sur de España. *Enfermería Global*, No 27, 87-96.
- Plaza del Pino, F., Martínez L., Rodríguez J. y Plaza del Pino M. (2007). Enfermería hospitalaria ante pacientes inmigrantes. *Inquietudes*, No. 37, 33-39.
- Presidencia de la República. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Prevert, A., Navarro, O. y Bogalska, E. (2012). La discriminación social desde una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología*, Vol. 4, No. 1, enero-junio, 7-20.
- Puertas, S. (2004). Aspectos teóricos sobre el estereotipo, el prejuicio y la discriminación. *Seminario Médico*, Vol. 56, No. 2, 135-144.
- Rahman, A. (2016). Rising Up to the Challenge: Strategies to Improve Health Care Delivery for Resettled Syrian Refugees in Canada. *University of Toronto medical journal*, Vol. 94, No 1, December, 42-44. <http://utmj.org/index.php/UTMJ/article/view/252>

- Reijerse, A., Van Acker, K., Vanbeselaere, N., Phalet, K. y Duriez, B. (2013). Beyond the Ethnic-Civic Dichotomy: Cultural Citizenship as a New Way of Excluding Immigrants. *Political Psychology*, 34(4), 611-630. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2012.00920.x>
- Ramani, S., Gilson L., Sivakami M. y Gawde N. (2021). Sometimes resigned, sometimes conflicted, and mostly risk averse: primary care doctors in India as street level bureaucrats. *Int J Health Policy Manag*, 10 (7), 376-387.
- Red de Documentación de las Organizaciones defensoras de Migrantes. (2016). *Migración en tránsito por México: rostro de una crisis humanitaria internacional*. México: REDODEM.
- Resolución 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. “Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”. A/RES/70/1 (21 de octubre de 2015). https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S
- Resolución 73/12 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. “Pacto mundial sobre los refugiados”. A/73/12 (17 de diciembre de 2018). https://www.unhcr.org/gcr/GCR_Spanish.pdf
- Resolución 73/195 de la Asamblea General de las Naciones Unidas “Pacto mundial para la migración segura, ordenada y regular” A/RES/73/195 (11 de enero de 2019). <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/RES/73/195>
- Resolución WHA 61.17 de la Asamblea Mundial de la Salud “Salud de los migrantes” (24 de mayo de 2008). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23533/A61_R17-en.pdf;sequence=1
- Resolución WHA 70.15 de la Asamblea Mundial de la Salud “Promoción de la salud de refugiados y migrantes” (31 de mayo de 2017). https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/WHA_RES_70.15-Promoting-the-health-of-refugees-and-migrants.pdf
- Roccas, S., Klar Y. y Liviatan I. (2006). The Paradox of Group-Based Guilt: Modes of National Identification, Conflict Vehemence, And Reactions to the In-Group’s Moral Violations. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 91, No 4, 698-711. DOI: 10.1037/0022-3514.91.4.698
- Rodríguez, E., Berumen S. y Ramos L. (2011). Migración centroamericana de tránsito irregular por México. Estimaciones y características generales. *Apuntes sobre migración*, N° 1, julio, 1-8.
- Rodríguez, E. (2016). Migración centroamericana en tránsito irregular por México: Nuevas cifras y tendencias. *CANAMID Policy Brief Series Población*, PB#14, Guadalajara: CIESAS.

- Romero, J., Flores J., Mena P., Ramírez C., Henríquez D., Esper C., Zambrana P., Jiménez V. y Valencia J. (2020). Predictores de prejuicio sutil y manifiesto en el norte de Chile. *Revista de psicología*, No 23, 29-44.
- Rosales, Y. (2019). Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estado Unidos y México. *Estudios Fronterizos*, Vol. 20, e031, 1-25.
- Rosenberg, M. y Hovland C. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. En C. Hovland y M. Rosenberg (eds.). *Attitude organization and change: an analysis of consistency among attitude components*, (pág. 1-14). New Haven: Yale University Press.
- Rosenthal, D. y Feldman S. (1992). The Nature and Stability of Ethnic Identity in Chinese Youth. Effects of Length of Residence in Two Cultural Contexts. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 23, No 2, 214-227. <https://doi.org/10.1177/0022022192232006>
- Rousseau, C., Oulhote Y., Ruiz M., Cleveland J. y Greenaway C. (2017). Encouraging understanding or increasing prejudices: A cross-sectional survey of institutional influence on health personnel attitudes about refugee claimants' access to health care. *Plos one*, 12 (2). doi:10.1371/journal.pone.0170910
- Rueda, J., y Navas M. (1996). Hacia una evaluación de las nuevas formas del prejuicio racial: las actitudes sutiles del racismo. *Revista de Psicología Social*, 11(2), 131-149.
- Ruiz, M., Rousseau C., Laurin A., Anneke J., Zekowitz P., Crépeau F. y Steinmetz N. (2011). Access to Health Care for Undocumented Migrant Children and Pregnant Women: The Paradox Between Values and Attitudes of Health Care Professionals. *Matern Child Health J.*, Vol. 15, N. 1, DOI 10.1007/s10995-012-0973-3
- Ruiz, V. y Varela A. (2020). Caravanas de migrantes y refugiados en tránsito por México: el éxodo de jóvenes hondureños que buscan, migrando, preservar la vida. *Entre diversidades*, vol. 7, núm. 1(14), 92-129.
- Sabin, J., Rivara F. y Greenwald A. (2008). Physician Implicit Attitudes and Stereotypes About Race and Quality of Medical Care. *Medical Care*, Vol. 46, No. 7, 678- 685.
- Saldivia, K., Mansilla D. y Estrada C. (2016). Identificación Social y/o Percepción de similitud: Aproximación a los Efectos Diferenciales sobre el Esencialismo. *Psicología: teoría e pesquisa*, abril-junio, Vol. 32, No 2, 1-8.
- Salej, S., Ardila, A. y Bragato, J. (2016). De vuelta a Lipsky: el caso del programa estructural en áreas de riesgo (PEAR) del municipio de Belo Horizonte (Brasil). *Reis*, No. 154, junio, 119-136.
- Sánchez-Ojeda, M., Alemany I. y Gallardo M. (2017). Visión de enfermería hacia el colectivo de pacientes marroquíes. *Revista da escola de enfermagem da usp*, 51. 1-7.

- Sánchez, P. (19 de noviembre de 2018). La caravana migrante agita la xenofobia en Tijuana. *El Mundo*. www.elmundo.es/internacional/2018/11/18/5bf1a0a9468aebff028b463e.html
- Schram, S., Soss J., Roding R. y Houser L. (2009). Deciding to Discipline: Race, Choice, and Punishment at the Frontlines of Welfare Reform. *American Sociological Review*, Vol. 74, 398-422.
- Schütz, H. y Six B. (1996) How strong is the relationship between prejudice and discrimination? A meta-analytic. *International Journal of Intercultural Relations*, Vol. 20, No 3-4, 441-462. [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(96\)00028-4](https://doi.org/10.1016/0147-1767(96)00028-4)
- Schütze, C. (2019). Attitudes matter-welfare work and migration in Sweden. *Migration Studies*, 1-31. DOI:10.1093/mny/mny048
- Sears, D. (1988). Symbolic racism. En P. Katz y D. Tylor (Eds.). *Eliminating racism: Profiles in controversy*, (pp.53-84). New York: Plenum.
- Secretaría de Bienestar. (2020). *Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaria de Salud. (2019). *Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2020). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Segato, R. (2017). Racismo, discriminación y acciones afirmativas: herramientas conceptuales. En R. Campoalegre y K. Bidaseca (Eds.), *Más allá del decenio de los pueblos afrodescendientes*, (pp. 43-63). Buenos Aires: CLACSO.
- SEGOB. (2010). *Boletín mensual de estadísticas migratorias 2010*. México: SEGOB-INM, Centro de Estudios Migratorios. http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2010/Boletin_2010.pdf
- SEGOB. (2013). *Boletín mensual de estadísticas migratorias 2012*. México: SEGOB, Subsecretaría de población, migración y asuntos religiosos, Unidad de Política Migratoria, INM. http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2012/Boletin_2012.pdf
- SEGOB. (2017). *Boletín mensual de estadísticas migratorias 2016*. México: SEGOB, Subsecretaría de población, migración y asuntos religiosos, Unidad de Política Migratoria. http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2016/Boletin_2016.pdf

- SEGOB. (2018). *Boletín mensual de estadísticas migratorias 2017*. México: SEGOB, Subsecretaría de población, migración y asuntos religiosos, Unidad de Política Migratoria.
http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2017/Boletin_2017.pdf
- SEGOB. (2019). *Boletín mensual de estadísticas migratorias 2018*. México: SEGOB, Subsecretaría de población, migración y asuntos religiosos, Unidad de Política Migratoria.
http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2018/Boletin_2018.pdf
- SEGOB. (2020). *Boletín mensual de estadísticas migratorias 2019*. México: SEGOB, Subsecretaría de derechos humanos, población y migración, Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas.
http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2019/Boletin_2019.pdf
- SEGOB. (2014). *Programa Especial de Migración*. México: Secretaria de Gobernación.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/44579/Plan_Especial_de_Migracion.pdf
- Servicio Jesuita a Refugiados. (2019). *Informe de contexto. El contexto de movilidad humana en la región frente a los éxodos centroamericanos de México 2019-1*. México: JRS.
<https://jesuitas.lat/redes-sociales/documentos/cpal-social/informe-de-contexto-el-contexto-de-movilidad-humana-en-la-region-frente-a-los-exodos-centroamericanos-en-mexico-2019-1>
- Sherif, M. (1967). *Group conflict and cooperation. Their social psychology*. Londres: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Sherif M. y Sherif C. (1979). Research on intergroup relations. En W. Austin y S. Worchel (Eds.). *The social psychology of intergroup relations*, (pp. 7-18). California: Brooks/Cole.
- Sin Fronteras I.A.P. (2012). *Construyendo un modelo de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual, en México*. México: INCIDE social-Sin Fronteras.
- Smith, V. (2002). La escala de identidad étnica multigrado (EIEM) en el contexto costarricense. *Actualidades en psicología*, Vol. 18, No 105, 47-67. DOI: 10.15517/ap.v18i105.54
- Smith, V. (2006). La psicología de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis. *Actualidades en Psicología*, vol. 20, núm. 107, 45-71.
- Solano, G. y Huddleston T. (2020). *Migrant Integration Policy Index 2020*. Barcelona/Brussels: CIDOB-MPG

- Sommer, G. (2018). Stereotypes in Context: How and When Do Street-Level Bureaucrats Use Class Stereotypes? *Public Administration Review*, vol.79, 93-103. DOI:10.1111/puar.12952
- Spanikova, I. y Cook K. (2008). Effects of Poverty and Lack of Insurance on Perceptions of Racial and Ethnic Bias in Health Care. *Health Research and Educational Trust*, 43 (3), 915-930. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2007.00816.x
- Stoessle, P. y González F. (2019). De un Estado de leyes a un Estado de Derecho: obstáculos en el acceso a la salud de los migrantes irregulares en Nuevo León. *Tla-melaua, Revista de Ciencias Sociales*, año 13, Suplemento Especial de Invierno (diciembre 2019 - marzo 2020), 98-118.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, H. y Turner J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En W. Austin y S. Worchel (Eds.). *The social psychology of intergroup relations*, (pp. 33-47). California: Brooks/Cole
- Tajfel, H. y Turner J. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. En S. Worchel y W. Austin (Eds.). *Psychology of intergroup relations*, (pp. 7-24). Chicago: Nelson-Hall
- Terraza, R., Vázquez L., Vargas I. y Lizana T. (2011). Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. *Int. J Public Health*, 56 (5), 549- 557.
- Trappenburg, M., Kampen T. y Tonkens E. (2020). Social workers in a modernizing welfare state: professionals or street-level bureaucrats? *British Journal of Social Work*, 50, 1669-1687. doi: 10.1093/bjsw/bcz120
- Tummers, L. y Bekkers V. (2014) Policy implementation, street-level bureaucracy and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527-547.
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas. (2020). Morir en el camino: fallecimiento de personas migrantes en México. *Rutas*, Núm. 2. <http://politicamigratoria.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Rutas>
- Van der Laar, C. y Maquieira L. (2012). *Manual de referencia. Migración saludable en América Central*. Costa Rica: OIM-UNFPA.
- Van der Laar, C. (2017). La migración como determinante social de la salud. En B. Cabieses, M. Bernal y A McIntyre (coords.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile*, (pp. 29-38). Chile: Universidad del Desarrollo.
- Van Ryn, M. y Burke J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science & Medicine*, 50 (6), 813-828.

- Vargas, A., Fang H., Garza J., Carter O., Wallace S., Rizzo J. y Ortega, A. (2012) Variations in Healthcare Access and Utilization Among Mexican Immigrants: The Role of Documentation Status. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14, 146-155.
- Vearey, J., Hui C. y Wickramage K. (2019). Migración y salud: cuestiones actuales, gobernanza y lagunas en los conocimientos. En Organización Internacional para las Migraciones, *Informe sobre las migraciones en el mundo*, (pp. 226-247). Ginebra: OIM.
- Vega, A. (7 de noviembre de 2018). El rechazo a centroamericanos es racismo; no son una amenaza y no vienen a quitarnos nada. *Animal político*. <https://www.animalpolitico.com/2018/11/rechazo-a-centroamericanos-es-racismo-investigadores/>
- Voorend, K. y Fonseca R. (2019). De derechos a hechos. El acceso diferenciado entre nacionales y migrantes nicaragüenses a los servicios de salud en Costa Rica. *Migraciones*, 46, 121-150.
- Walker L. y Gilson L. (2004). We are bitter but we are satisfied: nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine*, 59, 1251-1261. doi:10.1016/j.socscimed.2003.12.020
- Wagner, U., Christ O. y Pettigrew T. (2008). Prejudice and group-related behavior in Germany. *Journal of Social Issues*, 64 (2), 403-416. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2008.00568.x>
- Williams, R. (1947). *The reduction of intergroup tensions*. New York: Social Science Research Council.
- Woodward, A., Howard N. y Wolffers I. (2013). Health and Access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy and Planning*, 29(7), 818-830.
- Yee, J. y Torre E. (2016). Lidiando con la frontera vertical: Estrategias migratorias de los hondureños en tránsito por México. *REMHU*, Año XXIV, n. 47, 97-114.

ANEXOS

Anexo 1.- Escalas de prejuicio manifiesto y sutil hacia migrantes centroamericanos en tránsito por México (Adaptada de Pettigrew y Meertens, 1995).

Escala de prejuicio manifiesto
Ítem 2. La mayoría de los políticos mexicanos se preocupan demasiado por los migrantes centroamericanos en tránsito por México y no lo suficiente por los ciudadanos mexicanos.
Ítem 4. No me molestaría si un migrante centroamericano en tránsito por México debidamente preparado fuera mi profesor o jefe (a).
Ítem 7. No me molestaría tener relaciones sexuales con un(a) migrante centroamericano(a) en tránsito por México.
Ítem 8. Pienso que los mexicanos y los migrantes centroamericanos en tránsito por México no pueden estar cómodos entre sí, incluso si son amigos.
Ítem 9. La mayoría de los migrantes centroamericanos en tránsito por México que reciben algún tipo de ayuda social o económica no la necesitan y podrían vivir sin ella.
Ítem 10. Los migrantes centroamericanos en tránsito por México ocupan trabajos, viviendas y espacios escolares que no saben utilizar y que deberían ser ocupados por otras personas.
Ítem 13. No me molestaría que un migrante centroamericano en tránsito por México, con una situación económica parecida a la mía, se casara con alguien de mi entorno familiar.
Ítem 15. No se puede confiar en los migrantes centroamericanos en tránsito por México porque ellos no conocen la honestidad.
Ítem 17. Los migrantes centroamericanos en tránsito por México proceden de razas menos capaces y eso explica porque viven en una situación peor que los mexicanos.
Ítem 20. Suponga que uno de sus familiares cercanos -hijos (as) o hermanos (as)- tuviese descendencia con un migrante centroamericano en tránsito por México, ¿cómo se sentiría usted si el hijo de tu familiar tuviera todos los rasgos físicos de esa persona migrante centroamericana.
Escala de prejuicio sutil
Ítem 1. En México existen grupos que salen adelante por sus propios esfuerzos. Los migrantes centroamericanos en tránsito por México deberían hacer lo mismo sin que se les tenga que dar un trato especial.
Ítem 3. El hecho de que los migrantes centroamericanos en tránsito por México no salgan adelante, es porque enseñan a sus hijos (as) valores y destrezas que no son las adecuadas en esta sociedad.
Ítem 5. El problema de que los migrantes centroamericanos en tránsito por México ingresen a determinados lugares (instituciones, lugares públicos, hospitales, etc.) es que no saben respetar las normas de convivencia establecidas.
Ítem 6. Los migrantes centroamericanos en tránsito por México se diferencian mucho de los mexicanos en sus hábitos de higiene.
Ítem 11. Por lo que conozco, los migrantes centroamericanos en tránsito por México son muy diferentes de los mexicanos en los valores que enseñan a sus hijos (as).
Ítem 12. Pienso que los migrantes centroamericanos en tránsito por México son muy diferentes a los mexicanos en sus ideas y valores sexuales o en su práctica.
Ítem 14. Si los migrantes centroamericanos en tránsito por México pusieran un poco de empeño podrían vivir tan bien como los mexicanos.
Ítem 16. Por lo que he podido ver, los migrantes centroamericanos en tránsito por México son muy diferentes de los mexicanos en su forma de hablar y de comunicarse con la gente.
Ítem 18. Has sentido admiración por los migrantes centroamericanos en tránsito por México?
Ítem 19. ¿Con que frecuencia has sentido compasión por la situación en la que se encuentran los migrantes centroamericanos en tránsito por México?

Anexo 2.- Cuestionario sobre migración, identidad y contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México

Carta de consentimiento informado

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio conducido por el Mtro. Jesús Miguel Flores Castillo, estudiante del programa de Doctorado en Estudios de Migración de El Colegio de la Frontera Norte. El objetivo de esta carta es informarle acerca del estudio, antes de que usted confirme su disposición a colaborar con la investigación.

Para el estudio, usted deberá proporcionar algunos datos generales y contestar algunas preguntas. La duración aproximada de su participación será de 20 minutos.

Es importante que usted sepa que el anonimato está garantizado. El responsable de la investigación mantendrá total confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en este estudio, ya que su nombre y correo electrónico no aparecerán en ningún documento ni en las bases de datos que se generen. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación y se analizarán de manera agregada, no individualmente. Su participación es totalmente voluntaria, por lo que no está obligado(a) de ninguna manera a participar. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento, sin que tenga que dar explicación alguna al responsable.

Su participación en este estudio no conlleva ningún riesgo, sin embargo, si tiene alguna pregunta antes, durante y después de su participación puede ponerse en contacto con el responsable a través del correo electrónico jflores.dem2019@colef.mx para aclarar sus dudas, mismas que serán tratadas en privado.

A cambio de su participación, usted recibirá, si así lo requiere, vía correo electrónico los resultados generales de la investigación. Los resultados pueden solicitarse al encargado a través del correo electrónico jflores.dem2019@colef.mx.

Desde ya agradecemos su participación.

Al responder este cuestionario doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación sobre migración, identidad y contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México, conducido por el Mtro. Jesús Miguel Flores Castillo. Asimismo, doy fe de que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial, por lo que no será revelada a otras personas. De igual forma, sé que los datos obtenidos se analizarán de manera agregada no identificable y que puedo dejar de participar en cualquier momento. Además, afirmo que se me proporcionó información sobre los aspectos éticos que involucra mi participación y puedo obtener más información en caso de que lo considere necesario a través del correo electrónico jflores.dem2019@colef.mx.

I. Datos sociodemográficos

Instrucciones: Por favor, lea cuidadosamente las siguientes preguntas y elija la respuesta que mejor describa su situación actual o experiencia.

1.- ¿Cuál es su edad actual? (en años cumplidos): _____

2.- ¿Cuál es su género?: Femenino Masculino Otro

3.- ¿De qué nacionalidad es usted?: Mexicana (pase a la pregunta 4) Otra (pase a la pregunta 3.1)

3.1.- ¿Cuál es su nacionalidad?: _____

4.- ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?

- | | |
|--|--------------------------|
| Sin instrucción | <input type="checkbox"/> |
| Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| Primaria completa | <input type="checkbox"/> |
| Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| Secundaria completa | <input type="checkbox"/> |
| Preparatoria o bachillerato incompleto | <input type="checkbox"/> |
| Preparatoria o bachillerato completo | <input type="checkbox"/> |
| Licenciatura incompleta | <input type="checkbox"/> |
| Licenciatura completa | <input type="checkbox"/> |
| Posgrado | <input type="checkbox"/> |

5.- ¿En qué Estado de la República vive actualmente?: _____

6.- ¿Cuál de los siguientes puesto ocupa en el hospital, clínica u otra unidad médica de gobierno en el que labora?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Médico | <input type="checkbox"/> |
| Enfermero(a) | <input type="checkbox"/> |
| Trabajador(a) social | <input type="checkbox"/> |
| Trabajador(a) administrativo(a) | <input type="checkbox"/> |
| Otro | <input type="checkbox"/> |

7.- Pensando en el jefe o jefa de su hogar, ¿Cuál fue el último nivel de estudios que aprobó en la escuela?

- Sin instrucción
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Preparatoria o bachillerato incompleto
- Preparatoria o bachillerato completo
- Licenciatura incompleta
- Licenciatura completa
- Posgrado

8.- ¿Cuántos automóviles tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

- 0
- 1
- 2 o más

9.- Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular, ¿su hogar cuenta con internet?

- No tiene
- Si tiene

10.- ¿Cuántos baños completos con regadera y excusados hay en su hogar?

- 0
- 1
- 2 o más

11.- En su hogar, ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 o más

12.- De todas las personas de 14 años o más que viven en su hogar, ¿Cuántas trabajaron en el último mes?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 o más

13.- ¿Ha vivido en otro país?

- Si
- No

II. Identidad

Instrucciones: Por favor, lea cuidadosamente las siguientes preguntas y elija la respuesta que mejor describa su experiencia.

14.- ¿En qué medida se ve a sí mismo como mexicano(a)?

- Nada
- Poco
- Algo
- Mucho

15.- ¿Qué tan unido(a) o apegado(a) se siente emocionalmente a México?

- Nada apegado(a)
- Poco apegado(a)
- Algo apegado(a)
- Muy apegado(a)

16.- ¿Qué tan orgulloso(a) se siente de ser mexicano(a)?

- Nada orgulloso(a)
- Poco orgulloso(a)
- Algo orgulloso(a)
- Muy orgulloso(a)

III. Contacto con migrantes centroamericanos en tránsito por México

Instrucciones: Por favor, lea cuidadosamente las siguientes preguntas y elija la respuesta que mejor describa su experiencia.

17.- En su trabajo, ¿Cuánto contacto tiene con migrantes centroamericanos en tránsito por México?

- Nada (pase a la pregunta 18)
- Poco
- Algo
- Mucho

17.1.- ¿Cómo califica el contacto que, en su trabajo, tiene con migrantes centroamericanos en tránsito por México?

- Muy superficial
- Superficial
- Cercano
- Muy cercano (de amistad)

18.- En el lugar donde vive, ¿Cuánto contacto tiene con migrantes centroamericanos en tránsito por México?

- Nada (pase a la pregunta 19)
- Poco
- Algo
- Mucho

18.1.- ¿Cómo califica el contacto que, en el lugar donde vive, tiene con migrantes centroamericanos en tránsito por México?

- Muy superficial
- Superficial
- Cercano
- Muy cercano (de amistad)

19.- En lugares públicos, ¿Cuánto contacto tiene con migrantes centroamericanos en tránsito por México?

- Nada (pase a la pregunta 20)
- Poco
- Algo
- Mucho

19.1.- ¿Cómo califica el contacto que, en lugares públicos, tiene con migrantes centroamericanos en tránsito por México?

- Muy superficial
- Superficial
- Cercano
- Muy cercano (de amistad)

IV. Actitudes hacia los migrantes centroamericanos en tránsito por México

Instrucciones: A continuación, usted encontrará una serie de afirmaciones y preguntas relacionadas con migrantes centroamericanos en tránsito por México, seguidas de una escala de seis puntos. Por favor, lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones o preguntas y elija la casilla que mejor describa su opinión. Si es complicado elegir una respuesta, piense en cuál es su opinión la mayor parte del tiempo.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
20.-En México existen grupos que salen adelante por sus propios esfuerzos. Los migrantes centroamericanos en tránsito por México deberían hacer lo mismo sin que se les tenga que dar un trato especial.	<input type="checkbox"/>					
21.-La mayoría de los políticos mexicanos se preocupan demasiado por los migrantes centroamericanos en tránsito por México y no lo suficiente por los ciudadanos mexicanos.	<input type="checkbox"/>					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
22.-El hecho de que los migrantes centroamericanos en tránsito por México no salgan adelante, es porque enseñan a sus hijos valores y destrezas que no son las adecuadas en esta sociedad.	<input type="checkbox"/>					
23.-No me molestaría si un migrante centroamericano en tránsito por México debidamente preparado fuera mi profesor o jefe.	<input type="checkbox"/>					
24.-El problema de que los migrantes centroamericanos en tránsito por México se introduzcan en determinados lugares (instituciones, hospitales, etc.) es que no saben respetar las normas de convivencia establecidas.	<input type="checkbox"/>					
25.-Los migrantes centroamericanos en tránsito por México se diferencian mucho de los mexicanos en sus hábitos de higiene.	<input type="checkbox"/>					
26.-No me molestaría tener relaciones sexuales con un(a) migrante centroamericano(a) en tránsito por México.	<input type="checkbox"/>					
27.-Pienso que los mexicanos y los migrantes centroamericanos en tránsito por México no pueden estar cómodos entre sí, incluso si son amigos.	<input type="checkbox"/>					
28.-La mayoría de los migrantes centroamericanos en tránsito por México que reciben algún tipo de ayuda social o económica no la necesitan y podrían vivir sin ella.	<input type="checkbox"/>					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
29.-Los migrantes centroamericanos en tránsito por México ocupan trabajos, viviendas y puestos escolares que no saben utilizar y que deberían ser ocupados por otras personas.	<input type="checkbox"/>					
30.-Por lo que conozco, los migrantes centroamericanos en tránsito por México son muy diferentes de los mexicanos en los valores que enseñan a sus hijos.	<input type="checkbox"/>					
31.-Pienso que los migrantes centroamericanos en tránsito por México son muy diferentes a los mexicanos en sus ideas y valores sexuales o en su práctica.	<input type="checkbox"/>					
32.-No me molestaría que un migrante centroamericano en tránsito por México, con una situación económica parecida a la mía, se casara con alguien de mi entorno familiar.	<input type="checkbox"/>					
33.-Si los migrantes centroamericanos en tránsito por México pusieran un poco de empeño podrían vivir tan bien como los mexicanos.	<input type="checkbox"/>					
34.-No se puede confiar en los migrantes centroamericanos en tránsito por México porque ellos no conocen la honestidad.	<input type="checkbox"/>					
35.-Por lo que he podido ver, los migrantes centroamericanos en tránsito por México son muy diferentes de los mexicanos en su forma de hablar y de comunicarse con la gente.	<input type="checkbox"/>					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
36.-Los migrantes centroamericanos en tránsito por México proceden de razas menos capaces y eso explica porque viven en una situación peor que los mexicanos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
37.- ¿Has sentido admiración por los migrantes centroamericanos en tránsito por México?	<input type="checkbox"/>					

38.- ¿Con que frecuencia has sentido compasión por la situación en la que se encuentran los migrantes centroamericanos en tránsito por México?	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	No me molestaría nada	No me molestaría	Me molestaría un poco	Me molestaría algo	Me molestaría bastante	Me molestaría demasiado
39.-Suponga que uno de sus familiares cercanos (hijos o hermanos) tuviese descendencia con un migrante centroamericano en tránsito por México, ¿cómo se sentiría si el hijo de tu familiar tuviera todos los rasgos físicos de esa persona migrante centroamericana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones (Usted puede hacer las observaciones y comentarios que desee respecto al ejercicio)

¡MUCHAS GRACIAS!