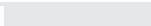


Índice

Presentación	7
Cincuentenario de la revista <i>Notas de Población</i>: palabras desde América Latina en homenaje a Carmen Miró, su fundadora	11
El CELADE-División de Población de la CEPAL y los 50 años de <i>Notas de Población</i>	13
<i>Jorge Martínez Pizarro y Jorge Dehays Rocha (Editores)</i>	
Carmen Miró, hacedora de la demografía crítica latinoamericana	15
<i>Dídimo Castillo Fernández</i>	
Carmen Miró, constructora de espacios para la generación de conocimiento y la formación en demografía: su labor en El Colegio de México	18
<i>Silvia E. Giorguli</i>	
Pequeño homenaje a Carmen Miró, la más grande demógrafa de América Latina	22
<i>Laura Rodríguez Wong</i>	
La ampliación de la brecha socioeconómica entre los hogares monoparentales y biparentales en el Uruguay (1986-2018)	27
<i>Wanda Cabella, Mariana Fernández Soto y Gabriela Pedetti</i>	
El efecto del denominado “sesgo del salmón” en la migración de retorno, ¿depende del contexto? Datos sobre los migrantes colombianos en los Estados Unidos y España, 2008-2015	53
<i>Henrique Miranda Figueiredo, Gisela P. Zapata y Gilvan Ramalho Guedes</i>	
La reinserción laboral de personas retornadas de España en el Uruguay, 2012-2017	77
<i>Martín Koolhaas</i>	
Transiciones del curso de vida y migración interna en el Brasil: un análisis basado en datos de múltiples períodos	105
<i>Reinaldo Onofre dos Santos, Alisson Flávio Barbieri y Ernesto Friedrich de Lima Amaral</i>	
Etapas de la migración internacional e intrarregional en América Latina y el Caribe	137
<i>Julieta Bengochea y Adela Pellegrino</i>	

Integración al mercado laboral de los inmigrantes intrarregionales en Chile: análisis de las trayectorias de empleo y de los logros ocupacionales basado en las encuestas de hogares de 2013, 2015 y 2017	159
<i>José Ignacio Carrasco y Pau Baizán</i>	
Cambio climático y asentamientos de migrantes del norte de Centroamérica en México: vulnerabilidades y riesgos.....	195
<i>Rodolfo Casillas</i>	
El viaje de los migrantes de los países del norte de Centroamérica a los Estados Unidos: costo monetario, contratación de coyotes y probabilidad de endeudamiento	223
<i>Víctor Manuel Isidro Luna y Rafael López Vega</i>	
Medición de la compresión y expansión de la morbilidad en la Argentina: análisis de indicadores alternativos	251
<i>Octavio Bramajo, Malena Monteverde y Laura D. Acosta</i>	



El efecto del denominado “sesgo del salmón” en la migración de retorno, ¿depende del contexto? Datos sobre los migrantes colombianos en los Estados Unidos y España, 2008-2015

Henrique Miranda Figueiredo¹

Gisela P. Zapata²

Gilvan Ramalho Guedes³

Recibido: 07/03/2023

Aceptado: 15/04/2023

Resumen

Además de la influencia de la salud en la propensión a migrar y retornar, también se ha demostrado que los efectos culturales y estructurales, como la asimilación de hábitos de salud y el acceso a la asistencia sanitaria en los países de destino, repercuten en la salud de los migrantes. Utilizando datos del Proyecto sobre Migración Latinoamericana (LAMP) (2008-2015), en este artículo se analiza la relación entre salud y migración para migrantes colombianos en dos contextos diferentes de recepción: Estados Unidos y España. Los resultados sugieren que los migrantes retornados de los Estados Unidos tienen más probabilidades de declarar un peor estado de salud que los que retornan

¹ Henrique Miranda Figueiredo es Magíster en Demografía del Centro de Desarrollo y Planificación Regional (CEDEPLAR) de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) (Brasil) y Doctorando en Demografía del CEDEPLAR/UFMG. Correo electrónico: henriquemirandao10@gmail.com.

² Gisela P. Zapata es Doctora en Geografía Humana por la Universidad de Newcastle (Reino Unido) y Profesora Adjunta del Departamento de Demografía del Centro de Desarrollo y Planificación Regional (CEDEPLAR) de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) (Brasil). Correo electrónico: gpzapata@cedepplar.ufmg.br.

³ Gilvan Ramalho Guedes es Doctor en Demografía del Centro de Desarrollo y Planificación Regional (CEDEPLAR) de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) (Brasil). Correo electrónico: grguedes@cedepplar.ufmg.br.

de España, mientras que los migrantes que viven actualmente en España tienden a declarar un peor estado de salud que los que viven en los Estados Unidos. Entre las posibles explicaciones de estos resultados se encuentran la mayor dificultad para acceder al sistema sanitario en los Estados Unidos, especialmente para los migrantes indocumentados, así como la existencia de redes de apoyo mejor estructuradas en Colombia que facilitan la migración de retorno.

Palabras clave: migración internacional, migración de retorno, migrantes, salud, condiciones de salud, prestación de servicios de salud, Colombia, España, Estados Unidos.

Abstract

In addition to the influence of health on the propensity to migrate and return, cultural and structural effects, such as assimilation of health habits and access to health care in destination countries, have also been shown to have an impact on migrants' health. Using data from the Latin American Migration Project (2008–2015), this article analyses the relationship between health and migration for Colombian migrants in two different contexts of reception: the United States and Spain. The results suggest that migrants returning from the United States are more likely to report worse health status than those returning from Spain, while migrants currently living in Spain tend to report worse health status than those living in the United States. Possible explanations for these results include the greater difficulty in accessing the health-care system in the United States, especially for undocumented migrants, and the existence of better structured support networks in Colombia that facilitate return migration.

Keywords: international migration, return migration, migrants, health, health conditions, health-care delivery, Colombia, Spain.

Résumé

Outre l'influence de la santé sur la propension à émigrer et à revenir, il a aussi été démontré que les effets culturels et structurels, tels que l'assimilation des habitudes sanitaires et l'accès aux soins de santé dans les pays de destination, ont une incidence sur la santé des migrants. À partir des données du Latin American Migration Project (2008-2015), cet article analyse la corrélation entre la santé et la migration pour les migrants colombiens dans deux contextes d'accueil différents: Les États-Unis d'Amérique et l'Espagne. Les résultats indiquent qu'il est plus probable que les migrants revenant des États-Unis se déclarent en moins bonne santé que ceux qui reviennent d'Espagne, tandis que les migrants vivant actuellement en Espagne ont tendance à se déclarer en moins bonne santé que ceux qui vivent aux États-Unis. Pour expliquer ces résultats, on peut citer la plus grande difficulté d'accès au système de santé aux États-Unis, en particulier pour les sans-papiers, ainsi que l'existence de réseaux de soutien mieux structurés en Colombie, qui facilitent la migration de retour.

Mots clés: migration internationale, migration de retour, migrants, santé, état sanitaire, prestations de soins de santé, Colombie, Espagne.

Introducción

Muchos estudios (Marmot, Adelstein y Bulusu, 1984; Courbage y Khlat, 1995; Abraído-Lanza y otros, 1999; Palloni y Arias, 2004) han encontrado diferencias de salud entre migrantes y nativos en diversos contextos, tanto en los países de origen como en los de destino. El estado de salud actual de los migrantes puede afectar al proceso migratorio, dado que determinadas características de salud podrían alterar su propensión a migrar, la ruta seguida y el destino elegido. Varios estudios han señalado también la importancia de los efectos culturales, contextuales y estructurales en la salud de los migrantes (Cho, Frisbie y Rogers, 2004; Pandey y Kagotho, 2010; Diaz, Koning y Martinez-Donate, 2016; Zufferey, 2016).

Utilizando datos del Proyecto sobre Migración Latinoamericana (LAMP) (2008-2015), en este artículo se examina la relación entre la migración internacional y la salud de los migrantes colombianos a través de la lente de la hipótesis del “sesgo del salmón”. Este análisis se centra en dos grupos en particular, que abarcan a los migrantes colombianos que aún viven en los Estados Unidos y España y a los migrantes retornados de esos países, con especial atención a las respectivas diferencias de los sistemas sanitarios de cada país. Se sometió a prueba la hipótesis del “sesgo del salmón” utilizando dos modelos logísticos, incluida una prueba general sin distinción entre países y un segundo modelo para dilucidar posibles variables que puedan explicar las diferencias entre los dos contextos de recepción. Encontramos diferencias en la propensión al retorno por motivos de salud entre los migrantes colombianos en ambos países, lo que sugiere que el contexto de recepción puede afectar las decisiones de migración de retorno por motivos de salud. Las pruebas empíricas derivadas de este estudio contribuyen a colmar dos lagunas existentes en la literatura. La primera se refiere a la atención prestada a un único país de destino, lo que limita las posibilidades de comparar los efectos de los contextos de acogida sobre la hipótesis principal sometida a prueba. Además, nuestra investigación busca abordar la falta de estudios sobre la relación entre la salud y la migración sudamericana, en general, y colombiana, en particular, a pesar de su importancia en la actual dinámica global de la migración internacional.

Dos hipótesis principales intentan explicar cómo la salud puede influir en la migración: la hipótesis del migrante sano y la hipótesis del “sesgo del salmón”. La hipótesis del emigrante sano afirma la existencia de un efecto de selección, según el cual los individuos más sanos tienen más probabilidades de migrar y superar los riesgos y costos asociados al proceso migratorio (Abraído-Lanza y otros, 1999). La hipótesis del “sesgo del salmón” predice que los migrantes con peor estado de salud en los países de destino tienden a retornar a sus países de origen para “morir en casa” (Abraído-Lanza y otros, 1999). La hipótesis del “sesgo del salmón” afirma que esta migración de retorno se produce porque los migrantes con peor salud pueden tener una menor productividad laboral, se enfrentan a mayores dificultades para acceder a los sistemas de atención de la salud y tratar enfermedades crónicas en los países de destino, y poseen redes asistenciales y de apoyo más amplias en sus países de origen (Diaz, Koning y Martinez-Donate, 2016).

Estudios más recientes indican que el proceso de asimilación y las diferencias en el acceso a la asistencia sanitaria entre los migrantes en los países de destino pueden causar variaciones en la propensión de los migrantes a migrar, a permanecer en los países de destino o a retornar a sus países de origen (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016; Zufferey, 2016). Uno de estos efectos se produce a través de las diversas formas de asimilación a las que se ven sometidos los migrantes en sus lugares de destino. La aculturación de los hábitos de salud, especialmente de los grupos socialmente marginados, puede provocar un deterioro de la salud de los migrantes relacionada con la duración de su estancia en los países de destino (Cho, Frisbie y Rogers, 2004). El acceso a la asistencia sanitaria en los destinos de la migración también influye en los resultados sanitarios de los migrantes, ya que este acceso puede ser limitado en función de la situación migratoria (por ejemplo, la situación de refugiado, irregular, residente permanente, entre otros), lo que también puede dar lugar a un deterioro del estado de salud de los migrantes a lo largo del tiempo (Pandey y Kagotho, 2010). Aunque la comprensión de estas variables contextuales es esencial para analizar la relación entre migración y salud, la mayoría de los estudios se han centrado en un solo país de destino, principalmente debido al acceso limitado a datos comparables.

Aunque hay estudios que abarcan distintos continentes de origen, como África (Courbage y Khlát, 1995; Deboosere y Gadeyne, 2005), Asia (Jasso y otros, 2004), y América Latina, especialmente México, (Abraído-Lanza y otros, 1999; Palloni y Arias, 2004; Elo y otros, 2004; Turra y Elo, 2008), los análisis de los migrantes sudamericanos son escasos. La atención prestada a los inmigrantes mexicanos en los Estados Unidos ha eclipsado la investigación sobre la relación entre salud y migración entre los migrantes de otros países latinoamericanos, como Colombia. La escasez de investigaciones sobre otros países latinoamericanos es especialmente relevante en el caso de Colombia, que ocupa el segundo lugar entre los países latinoamericanos por volumen de migrantes internacionales. En 2012, se estimaba que la diáspora colombiana oscilaba entre 2,1 millones y más de 4,1 millones de personas, si se tienen en cuenta los descendientes directos de los migrantes, lo que representa aproximadamente el 10% de la población total del país (Mejía, 2012). Actualmente, España y los Estados Unidos son los principales destinos de los migrantes colombianos y representan algo más del 80% de los flujos migratorios colombianos entre 2005 y 2007 y aproximadamente el 75% entre 2008 y 2010 (Mejía, 2012). A pesar de la importancia de la migración colombiana en el contexto de la actual dinámica migratoria internacional mundial, la relación entre la migración internacional y la salud de los migrantes colombianos aún no se ha explorado en profundidad (véase una excepción en Riosmena, 2016).

A. La relación entre migración internacional y salud

El interés de los demógrafos por la relación entre migración internacional y salud creció tras el descubrimiento de las diferencias de mortalidad entre hispanos y blancos no hispanos en los Estados Unidos (Liao y otros, 1998). A pesar de su mejor situación socioeconómica

general, los blancos no hispanos de los Estados Unidos presentaban tasas de mortalidad muy próximas o superiores a las de los individuos de origen hispano (Markides, 1983; Markides y Coreil, 1986). Estas diferencias eran aún más pronunciadas entre los grupos de mayor edad (Liao y otros, 1998; Turra y Elo, 2008), lo que contradice la literatura existente, que destaca una relación positiva entre situación socioeconómica y salud (Adler y otros, 2013). Este fenómeno pasó a conocerse como la paradoja de la mortalidad latina (Abraído-Lanza y otros, 1999), la paradoja de la mortalidad hispana (Palloni y Arias, 2004) o, en términos más generales, la paradoja epidemiológica (Markides y Coreil, 1986).

Los estudios relativos a diversos grupos de migrantes en varios países europeos, como Francia (Courbage y Khat, 1995), Alemania (Razum y otros, 1998), Bélgica (Deboosere y Gadeyne, 2005) y Suiza (Zufferey, 2016), también hallaron resultados sanitarios divergentes entre nativos y migrantes. Además, los estudios mencionados también han puesto de manifiesto diferencias sanitarias en función del país de origen de los migrantes. Por ejemplo, se observó que los inmigrantes turcos y marroquíes tenían tasas de mortalidad más bajas que los inmigrantes europeos y subsaharianos en Bélgica (Deboosere y Gadeyne, 2005). Los migrantes de segunda generación también mostraron tasas de mortalidad inferiores a las de los nativos (Razum y otros, 1998), aunque esta ventaja sanitaria fue inferior a la encontrada entre los migrantes de primera generación (Zufferey, 2016). Esta ventaja de salud se anula por completo o incluso pasa a ser una desventaja para los niños de segunda generación en familias exogámicas (familias en las que uno de los progenitores es migrante y el otro es nativo), especialmente para los trastornos psicopatológicos (Loi y otros, 2021). Sin embargo, un estudio reciente relativo a los migrantes en el Brasil concluyó que los migrantes internacionales se enfrentaban a una desventaja comparativa de mortalidad, especialmente a edades más tempranas (Passarelli-Araujo, 2022).

1. Explicaciones de las diferencias de salud y mortalidad

Los tres grupos de hipótesis más citados en la literatura que tratan de explicar las diferencias de salud y mortalidad entre nativos y migrantes abarcan los errores en los datos, los efectos de la migración y los efectos culturales. El primer grupo de hipótesis se refiere a los errores en los datos relacionados con la identificación étnica, la tergiversación de la edad y la incompatibilidad de los registros. Los datos de edad mal declarados, ya sea por defecto o por exceso, o que contengan distribuciones de error simétricas, pueden reducir la mortalidad a edades avanzadas, alterando la precocidad de este efecto (Preston, Elo y Stewart, 1999).

A pesar de su importancia, los errores en los datos no bastan por sí solos para explicar estas diferencias, dado que, incluso después de corregir la infranotificación, se mantienen las diferencias de mortalidad (Elo y otros, 2004) y esperanza de vida (Courbage y Khat, 1995). En consecuencia, el segundo grupo de hipótesis que busca explicar la paradoja de la mortalidad se refiere a los denominados efectos migratorios y se divide en dos hipótesis principales: la hipótesis del migrante sano y la hipótesis del “sesgo del salmón”.

La hipótesis del migrante sano sugiere que la salud es un factor de selección para la migración internacional (Marmot, Adelstein y Bulusu, 1984; Abraído-Lanza y otros, 1999), lo que significa que los individuos más sanos son también los más propensos a migrar, ya que pueden esperar mayores beneficios de su inversión en el proceso migratorio. Por lo tanto, los migrantes componen un grupo que, en promedio, es más saludable que los nativos no migrantes en sus países de origen, así como que los nativos en sus países de destino, ya que estos grupos no experimentan la autoselección migratoria (Palloni y Arias, 2004).

Según la hipótesis del “sesgo del salmón”, las diferencias de mortalidad entre migrantes y nativos en los países de destino se explican por las mayores tasas de retorno entre los migrantes con peor estado de salud. El deseo de los migrantes de morir en su país de origen les haría más propensos a retornar en caso de enfermedad grave, sobre todo si están desempleados o jubilados. La salida de migrantes menos sanos o de mayor edad genera individuos “estadísticamente inmortales” (Abraído-Lanza y otros, 1999) al reducir el número de muertes entre este grupo de migrantes en los países de destino y producir tasas de mortalidad más bajas.

Díaz, Koning y Martínez-Donate (2016) examinaron tres mecanismos que explican la migración de retorno de individuos con peor salud. El primero se refiere a las ventajas o dificultades médicas a las que se enfrentan los migrantes en los países de destino, sobre todo en lo que respecta al acceso al sistema sanitario y su uso. Los migrantes pueden tener más dificultades para utilizar los sistemas sanitarios de los países de destino como consecuencia de las barreras lingüísticas, los costos o las restricciones de acceso debidas a la situación migratoria, o porque prefieren someterse a tratamientos sanitarios en sus países de origen (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016).

El segundo mecanismo está relacionado con las repercusiones de las enfermedades graves o crónicas en la productividad laboral de los migrantes. Dado que los migrantes suelen ocupar los estratos más bajos del mercado laboral (Piore, 1979; Massey y otros, 1993), es más probable que dependan de su salud física al desempeñar estos trabajos. La situación migratoria irregular y la falta de empleo formal entre muchos migrantes pueden conducir a niveles más bajos de seguridad financiera y jurídica a la hora de tratar enfermedades crónicas. Así, las características que rodean la inserción laboral de los migrantes pueden traducirse en mayores tasas de desempleo o en el retorno como alternativa a la reducción de ingresos.

El tercer mecanismo de la migración de retorno se refiere a la reunificación familiar y las redes de asistencia. Los migrantes con peor salud pueden volver a casa para estar con sus familias en los momentos difíciles o para buscar el apoyo de familiares y amigos cercanos cuando tratan enfermedades crónicas (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016).

El último grupo de hipótesis trata de explicar las diferencias de salud entre migrantes y nativos a través de factores culturales (Palloni y Arias, 2004). Las distintas características sociales y culturales pueden afectar a los hábitos de salud, las estructuras familiares y los estilos de vida de los migrantes, lo que podría explicar las diferencias entre grupos. Aunque importante, es el efecto más difícil de medir mediante análisis puramente cuantitativos.

B. El papel de la asimilación y el acceso al sistema sanitario

Los aspectos divergentes de la inserción de los migrantes en las sociedades de los países de destino y su asimilación de hábitos sociales, culturales y sanitarios también pueden alterar sus comportamientos en materia de salud. El proceso de asimilación puede ser completamente diferente para cada individuo y viene determinado por tres factores principales: las características personales de los migrantes, como la edad, la educación, los conocimientos lingüísticos y la ocupación; el contexto de acogida y el tamaño de la diáspora en el país de destino; y la estructura familiar de los migrantes (Portes y Rumbaut, 2001). Esta asimilación segmentada puede repercutir en diversas decisiones a lo largo de la vida de los migrantes, incluidas las relacionadas con la salud.

Cho, Frisbie y Rogers (2004) estudiaron el proceso de (dis)continuidad sanitaria diferencial entre cubanos, puertorriqueños, mexicanos y otros hispanos en relación con blancos y negros en los Estados Unidos. Los autores hallaron una relación inversa entre el tiempo de residencia en los Estados Unidos y las diferencias de salud entre migrantes y blancos no hispanos, incluso después de introducir variables de control por edad y situación socioeconómica. Este fenómeno se explica por la asimilación de hábitos de salud nocivos por parte de los migrantes a lo largo del tiempo. Dado que los migrantes suelen pertenecer a estratos sociales y económicos más bajos, los efectos negativos de sufrir constantemente discriminación y prejuicios se ven exacerbados por su tendencia a asimilar comportamientos sanitarios negativos comunes entre los grupos socioeconómicos desfavorecidos. Así, las diferencias iniciales derivadas de la selectividad sanitaria de los migrantes se erosionan progresivamente junto con una mayor duración de la residencia en los países de destino (Cho, Frisbie y Rogers, 2004). La privación material también puede acelerar la convergencia negativa de la salud de los migrantes, ya que los migrantes que viven en esas condiciones declaran tener peor salud que los que viven en mejores situaciones socioeconómicas (Loi y Hale, 2019).

Esta asimilación sanitaria segmentada (Portes y Rumbaut, 2001) no se limita únicamente al ámbito de los cambios de hábitos durante el tiempo que los migrantes residen en su lugar de destino, sino que también abarca el papel clave del acceso a la asistencia sanitaria en el proceso de segmentación. El acceso a la atención sanitaria suele tener efectos que contrastan con los derivados de la asimilación de hábitos de salud, ya que los períodos de residencia más largos en los países de destino suelen asociarse a un mayor acceso al sistema sanitario debido a los cambios en la situación migratoria que suelen derivarse de la regularización o la naturalización (Antecol y Bedard, 2006).

El sistema sanitario público estadounidense cuenta con dos importantes programas que proporcionan asistencia sanitaria a determinados grupos de población: Medicare (para personas mayores de 65 años) y Medicaid (para personas con bajos ingresos que cumplen criterios adicionales específicos de cada estado). El resto de la población estadounidense depende de sus propios recursos para financiar sus gastos sanitarios, ya sea mediante gastos

directos o a través de planes de seguro médico privados frecuentemente subvencionados por los empleadores o el gobierno federal. En este sentido, los migrantes tienen aún más dificultades para acceder al sistema sanitario o adquirir planes de seguro médico debido a los retos que plantean las barreras lingüísticas, los salarios más bajos y el hecho de trabajar en ocupaciones más precarias (Pandey y Kagotho, 2010; Solís y otros, 1990). El limitado acceso y el escaso uso de los servicios sanitarios básicos empuja a los migrantes a utilizar más los servicios hospitalarios de urgencias (Solís y otros, 1990) y a vivir con mayores riesgos de muerte por enfermedades crónicas (Becker, 2004).

Mientras que el sistema sanitario estadounidense suele restringir mucho el acceso de los migrantes, el sistema sanitario español suele ser mucho más accesible. España cuenta con un sistema sanitario público para todos los ciudadanos desde mediados de la década de 1980 (Antón y Bustillo, 2010) y amplió el acceso universal a la asistencia sanitaria a todos los migrantes internacionales mediante leyes aprobadas en 2000 (Romero-Ortuño, 2004), que establecen que todos los migrantes menores de 18 años, las mujeres embarazadas y las personas inscritas en el Padrón Municipal de Habitantes tienen acceso gratuito al sistema sanitario. Dado que la inscripción en el Padrón Municipal es independiente de la situación migratoria, también permitió el acceso universal de los migrantes en situación irregular (Antón y Bustillo, 2010). A pesar de los impactos del Real Decreto-Ley 16/2012, que revocó el derecho de los migrantes en situación irregular a acceder al sistema sanitario público, 12 de las 17 comunidades autónomas españolas han adoptado medidas legales para mantener la atención a los migrantes en situación irregular, mientras que 10 han tomado medidas administrativas paralelas para garantizar al menos algún tipo de cobertura para enfermedades específicas (Cimas y otros, 2016). En respuesta a las medidas adoptadas por los gobiernos regionales, el gobierno nacional modificó el Decreto Ley en 2015, concediendo un acceso limitado a la atención primaria a los migrantes en situación irregular. Una revisión sistemática del uso de los servicios sanitarios por parte de los migrantes en todo el mundo mostró que los migrantes y los españoles nativos mostraron niveles similares de uso de los servicios sanitarios básicos, especialmente en el caso de los migrantes latinoamericanos (Carmona y otros, 2014). En este sentido, la proximidad cultural y lingüística puede explicar algunos de los contrastes entre el acceso respectivo de los migrantes a los sistemas sanitarios español y estadounidense, ya que las diferencias lingüísticas y culturales pueden actuar como barreras adicionales en el contexto estadounidense.

C. Migración colombiana: breve historia y perfil

Colombia es un país con una notable historia de migración internacional. En 2012, se estimó que el tamaño de la diáspora colombiana oscilaba entre 2,1 y más de 4,1 millones de personas, si se consideran los migrantes de segunda generación, lo que corresponde aproximadamente al 10% de la población del país (Mejía, 2012). La migración internacional ha desempeñado un papel crucial en Colombia desde la década de 1940, intensificándose

a partir de la década de 1960 debido a un período de inestabilidad política conocido como La Violencia y al desempeño insatisfactorio del modelo económico del país basado en la sustitución de importaciones (Zapata, 2011). Durante esta primera oleada migratoria, la estabilidad democrática y el crecimiento económico, producto del auge del petróleo, convirtieron a la República Bolivariana de Venezuela y, en menor medida, al Ecuador, en importantes receptores de migrantes colombianos. Estos flujos migratorios disminuyeron significativamente a partir de la década de 1980 con la caída de los precios del petróleo y el estancamiento de la economía venezolana (Mejía, 2012). En los años siguientes, esta corriente migratoria consistió principalmente en residentes de regiones fronterizas que buscaban refugio debido a la intensificación del conflicto armado en Colombia durante las décadas de 1980 y 1990 (Mejía, 2012).

Desde la década de 1960, los Estados Unidos ha sido otro destino clave para los migrantes colombianos. El rápido desarrollo de la economía estadounidense tras la Segunda Guerra Mundial vino acompañado de una creciente demanda de mano de obra, lo que convirtió al país en un importante destino para los migrantes latinoamericanos y de otros países. Los primeros flujos migratorios consistían principalmente de ingenieros y médicos (Mejía, 2012); Sin embargo, el origen geográfico y la composición socioeconómica de los migrantes colombianos se han diversificado desde la década de 1990 debido al deterioro de la situación política y económica del país. Las fuertes caídas de los precios del café tras la disolución del Convenio Internacional del Café en 1989, combinadas con las reformas neoliberales aplicadas por el Gobierno de Gaviria (1990-1994), profundizaron las disparidades sociales y económicas de Colombia (Zapata, 2011). Además, la violencia vinculada al narcotráfico, la aparición de grupos paramilitares y la guerra apoyada por los Estados Unidos contra la producción de drogas agravaron las crisis socioeconómicas y políticas, lo que llevó a millones de personas a migrar interna e internacionalmente (Zapata, 2011)⁴.

Las crisis sociopolíticas y económicas de finales de los noventa, unidas al terremoto que asoló el Eje Cafetero colombiano en 1999, produjeron una diversificación de los destinos migratorios hacia los países europeos. El endurecimiento de los controles migratorios estadounidenses tras el 11-S dirigió a los migrantes colombianos hacia nuevos destinos (Mejía, 2012). En este contexto, España se convirtió rápidamente en uno de los nuevos destinos preferidos por los migrantes colombianos, sobre todo porque España no exigió visado de entrada como turista a los colombianos hasta 2003 (Mejía, 2012)⁵. El atractivo de España como destino migratorio se vio reforzado por el dinamismo económico del país y la creciente demanda de mano de obra femenina hasta la crisis económica de 2008.

Actualmente España y los Estados Unidos son los principales destinos de los migrantes colombianos y, combinados, representaron algo más del 80% de los flujos migratorios colombianos entre 2005 y 2007 (alrededor de 68.000 migrantes netos) y aproximadamente

⁴ A partir de 2021, aproximadamente 5,2 millones de colombianos se consideran desplazados internos, tras alcanzar un máximo de 7,2 millones de desplazados internos en 2016 (IDMC, 2022).

⁵ En diciembre de 2015, Colombia y la Unión Europea firmaron un acuerdo por el que se concedía de nuevo a los nacionales colombianos el acceso sin visado al espacio Schengen.

el 75% de los flujos de 2008 a 2010 (aproximadamente 55.000 migrantes netos) (Mejía, 2012). Según las estimaciones del Censo de Estados Unidos para 2017, la población de origen colombiano (1,2 millones de personas) comprende el mayor grupo de migrantes y descendientes sudamericanos en el país (Oficina del Censo de Estados Unidos, 2017). Según el Padrón Municipal de España, en 2016, los residentes nacidos en Colombia que se encontraban en España eran aproximadamente 369.000, y constituían el cuarto grupo de población nacida en el extranjero por detrás de ecuatorianos, rumanos y marroquíes (INE, 2016).

Otro rasgo definitorio de la migración internacional colombiana contemporánea es el predominio de mujeres tanto en Estados Unidos como en España (OIM, 2013; Mejía, 2012), en agudo contraste con la preponderancia de los hombres en los flujos migratorios hacia destinos sudamericanos y centroamericanos geográficamente más cercanos (Guarnizo, 2006). La situación social de los emigrantes colombianos en los Estados Unidos y España también difiere considerablemente. Debido a la existencia de redes más amplias y mejor establecidas, los migrantes colombianos en los Estados Unidos muestran una mayor inserción laboral que en Europa, donde se emplean con frecuencia en trabajos domésticos y de limpieza (Guarnizo, 2006).

A pesar del predominio histórico de la emigración, la migración de retorno también se ha hecho más frecuente a partir de mediados de la década de 2000 debido a la crisis económica de 2008 en los países desarrollados y a la adopción de políticas migratorias progresivamente más restrictivas en todo el mundo (Mejía y Castro, 2012). El mayor flujo de retornados colombianos provino de España, que concentró el 80% de la migración de retorno desde países de la OCDE entre 2005 y 2007 (6.032 personas) y el 85% entre 2008 y 2010 (13.381 personas) (Mejía, 2012). Este aumento de la migración de retorno y la frágil situación económica de España también redujeron la migración al país ibérico. Entre 2006 y 2008, el número de migrantes colombianos que ingresaron en España aumentó de aproximadamente 35.000 a 42.000, antes de descender a aproximadamente 25.000 en 2009 (Mejía y Castro, 2012).

D. Metodología

1. Datos

En este artículo se utilizan datos del Proyecto sobre Migración Latinoamericana (LAMP). LAMP es un proyecto de investigación creado como extensión del Proyecto sobre Migración Mexicana (MMP)⁶. Los datos se recopilan mediante etnosondeos, que consisten en una combinación de técnicas etnográficas y sociológicas junto con métodos de muestreo

⁶ El Proyecto sobre Migración Mexicana fue creado en 1982 por la Oficina de Investigación sobre Población de la Universidad de Princeton y la Universidad de Guadalajara. Recopila datos periódicos sobre las características económicas y sociales de los migrantes mexicanos en los Estados Unidos y sobre los migrantes de retorno en México (MMP, 2018).

convencionales (LAMP, 2018). El proyecto pretende estudiar comunidades de distintas regiones con una composición étnica y socioeconómica variada. El estudio se compone de tres fases: la primera consiste en la recogida de datos sociodemográficos básicos como la edad, el sexo y el estado civil de todos los miembros del hogar; la segunda fase consiste en preguntas retrospectivas sobre la trayectoria vital de quien sea cabeza de familia y su cónyuge; y la tercera fase, en que se recoge información sobre el historial de migración de quien sea cabeza de familia y su cónyuge. Solo se recogió información sobre la salud de los migrantes en unos pocos países, como Colombia, México, El Salvador y el Ecuador.

Las variables relacionadas con la salud que se examinan en las encuestas son la estatura, el peso, los antecedentes de tabaquismo, la calidad de la salud autodeclarada a los 14 años y en el año en curso (año de la entrevista) y en años anteriores, y la presencia de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, enfermedades pulmonares, enfermedades psiquiátricas y cáncer). En el caso de los migrantes internacionales y los migrantes retornados, las preguntas de la encuesta también incluyen la calidad sanitaria autodeclarada antes y después de la migración (esta última solo para los migrantes retornados). Los datos sobre la calidad de la salud autodeclarada se basan en una escala de Likert con cuatro respuestas posibles: salud mala, regular, buena y excelente.

En Colombia, en el marco del proyecto LAMP se realizaron encuestas en 14 comunidades entre 2008 y 2015, con un total de 2.799 hogares, además de entrevistar a 33 hogares de migrantes colombianos en los Estados Unidos y 189 en España. Los datos de la encuesta abarcan 14.958 observaciones, 5.001 de las cuales corresponden a cabezas de familia y cónyuges capaces de responder al cuestionario de salud. De estas 5.001 observaciones, analizamos 465 observaciones, correspondientes a 351 migrantes colombianos (aproximadamente el 7% del total) que vivían en España o los Estados Unidos cuando fueron entrevistados, además de 114 migrantes colombianos retornados de estos dos países (aproximadamente el 3% del total). Seis de estas observaciones correspondían a migrantes residentes en España que no facilitaron información sobre su estado de salud actual, lo que supone una tasa de falta de respuesta del 1,3%.

2. Métodos

Utilizamos dos modelos de regresión para comprobar la migración de retorno por motivos de salud. El primero es un modelo logístico ordinal en el que la salud actual es una función de la situación migratoria, ya sea como migrante retornado o como migrante que aún vive en el país de destino. Utilizamos el modelo logístico ordinal debido a la característica de la variable explicada, que es una variable tipo Likert con cuatro categorías clasificadas en un orden específico. En este modelo, el objetivo es comprender si los migrantes de retorno presentan un peor estado de salud que los migrantes que aún viven en el país de destino, lo que podría indicar que los flujos migratorios de retorno se debieron en parte al empeoramiento del estado de salud, suponiendo que el país de destino no altere la propensión de los migrantes a retornar. El modelo descrito posee la siguiente estructura:

$$E(\text{healthc} | X) = \beta_0 + \beta_1 \text{mig} + \beta_2 \text{healthpre} + \beta_3 \text{cron} + \beta_4 \text{sex} + \beta_5 \text{age} + \beta_6 \text{educ} \quad (1)$$

donde *healthc* es el estado de salud actual autodeclarado (0 = “malo/regular”, 1 = “bueno” y 2 = “excelente”), *mig* es la situación migratoria (1 = migrante de retorno y 0 = migrante que aún vive en el país de destino), *healthpre* es el estado de salud autodeclarado antes de la migración, *cron* es el número de enfermedades crónicas y *educ* es el número de años de estudio. Una limitación de la utilización de la salud actual es que las condiciones de salud comunicadas durante la entrevista podrían reflejar cambios de salud ocurridos tras el regreso de los migrantes a sus respectivos países de origen. En este sentido, sería ideal utilizar datos sanitarios recogidos inmediatamente después del retorno de los migrantes, como en el caso del Proyecto Migrante (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016). Sin embargo, esta información no aparece en los datos del LAMP.

Se introdujeron variables de control del estado de salud antes de migrar, reduciendo así las posibilidades de que el estado de salud actual de los migrantes reflejara condiciones de salud anteriores a sus procesos migratorios. El número de enfermedades crónicas también sirvió como control intermedio entre el estado de salud actual y el estado de salud antes de la migración. Como esta variable no contiene ninguna referencia temporal, no podemos estar seguros de si los migrantes adquirieron las enfermedades crónicas declaradas antes, después o incluso durante el proceso de migración.

La variable sexo se utiliza como control debido a las diferencias en la forma en que hombres y mujeres suelen informar sobre su estado de salud actual, ya que las mujeres informan de un peor estado de salud que los hombres, por término medio, incluso después de controlar por la edad. La variable edad también se utiliza como control, dada la relación negativa entre salud y edad después de la infancia. El estudio designó la variable años de estudio como variable sustitutiva de la situación socioeconómica. Dado que existen pruebas de una relación negativa entre la salud y la situación socioeconómica (Adler y otros, 2013), esto pone de relieve la importancia de incluir esta variable.

El segundo modelo amplía este análisis mediante la inclusión de una variable de país (0 = Estados Unidos y 1 = España) y un término de interacción entre el país de destino y la situación migratoria:

$$E(X) = \beta_0 + \beta_1 \text{mig} + \beta_2 \text{country} + \beta_3 \text{mig} * \text{country} + \beta_4 \text{healthpre} + \beta_5 \text{cron} + \beta_6 \text{sex} + \beta_7 \text{age} + \beta_8 \text{educ} \quad (2)$$

Dado que los procesos de asimilación de los inmigrantes y el acceso a la asistencia sanitaria difieren en función de los países de destino, la inclusión de estas variables está diseñada para servir de indicador indirecto de las diferencias entre los dos contextos migratorios. Una de las hipótesis que apoya la inclusión de estas variables afirma que el acceso diferenciado al sistema sanitario puede alterar la probabilidad de migración de retorno (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016). En este sentido, esperamos que los efectos negativos de la situación migratoria sean menos pronunciados en España que en los Estados Unidos debido al mayor acceso de los

inmigrantes al sistema sanitario español. Otra posible hipótesis hace hincapié en las diferencias en las redes de apoyo disponibles para los migrantes (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016). Dado que la migración colombiana a los Estados Unidos es más antigua y está más establecida (Mejía, 2012), y que las redes sociales y los lazos familiares más grandes en los países de destino tienden a reducir las probabilidades de migración de retorno (Carrión-Flores, 2018), planteamos la hipótesis de que los efectos negativos de la situación migratoria serían menos pronunciados entre los inmigrantes en los Estados Unidos debido a la mayor disponibilidad de redes de apoyo y cuidado. La tercera hipótesis posible se refiere a las disminuciones diferenciadas de la productividad laboral derivadas del empeoramiento del estado de salud (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016). Según esta hipótesis, si los efectos negativos sobre la productividad laboral y los salarios son más acentuados en un país concreto, aumentaría la propensión a migrar. No podemos extraer conclusiones sobre la tercera hipótesis de nuestro modelo, ya que para ello sería necesario medir la relación entre la productividad laboral y el estado de salud.

Nuestra investigación presenta dos limitaciones principales. En primer lugar, aunque encontremos diferentes efectos de la migración de retorno según el país de destino, no es posible concluir cuál de esos factores es más importante para explicar las diferencias entre los dos contextos, debido al limitado poder explicativo de nuestra variable de contexto. La segunda limitación se deriva de los mayores efectos del estado de salud sobre la propensión a retornar a edades más avanzadas, debido principalmente a patrones de salud más agudos y a mayores tasas de mortalidad. En consecuencia, los flujos migratorios de retorno observados en nuestra muestra también podrían explicarse por efectos distintos de la salud. Una forma más precisa de explicar estos efectos directos sería utilizar datos relacionados con las pensiones (Turra y Elo, 2008), ya que estos conjuntos de datos suelen abarcar edades más avanzadas, además de presentar patrones longitudinales que permiten a los investigadores seguir directamente a los miembros individuales de la muestra. Sin embargo, es difícil acceder a estos conjuntos de datos de forma armonizada en múltiples países, lo que explica la ausencia continuada de estudios de contextos cruzados que utilicen dichos datos.

E. Resultados y análisis

Comenzamos comparando nuestros datos con los censos de España y los Estados Unidos y con el Padrón Municipal español para confirmar si nuestras muestras de migrantes del país de destino poseían una composición similar a la de los colombianos residentes en el extranjero⁷. Según el Padrón Municipal de 2015, aproximadamente el 58,5% de los colombianos residentes en España eran mujeres, frente a aproximadamente el 54,6% de nuestra muestra. Esta cifra

⁷ Los datos oficiales del último censo colombiano (2005) no proporcionan información relativa a los migrantes retornados internacionales, lo que limita la posibilidad de comparar los migrantes retornados de nuestra muestra con los migrantes retornados que habrían sido enumerados por el censo.

también es similar a los datos del censo español de 2011, según los cuales el 54,4% de los migrantes colombianos eran mujeres. La media de edad media de los colombianos en España era de 34,4 años en 2011 y de 36,3 años en 2015, frente a los 42,2 años de nuestra muestra. A pesar de tener una edad y un nivel educativo ligeramente superiores, nuestra muestra se ajusta mucho a los datos oficiales españoles. La similitud entre nuestra muestra analítica y los datos oficiales es aún mayor en el caso de los colombianos residentes en los Estados Unidos. La media de la edad promedio de los migrantes colombianos en 2015 era de 47,2 años, y las mujeres representaban el 57,3% de los migrantes (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2015), frente a los 47,1 años y el 56,9% de nuestra muestra, respectivamente. Los datos oficiales sobre el nivel de estudios revelan que el 52,7% de los migrantes colombianos que viven en los Estados Unidos tienen un título de enseñanza secundaria, frente al 49,1% de nuestra muestra. Sin embargo, los migrantes colombianos con estudios superiores estaban mucho más representados en nuestra muestra (45,5%) que entre los incluidos en los conjuntos de datos oficiales de los Estados Unidos (31,3%). Estos resultados demuestran que los migrantes colombianos del conjunto de datos LAMP poseen más años de escolarización que los migrantes incluidos en los datos oficiales españoles y estadounidenses.

En el cuadro 1 se presentan pruebas preliminares que corroboran la hipótesis del sesgo del salmón y que indican que el estado de salud actual de los migrantes retornados es peor que el estado de salud de los migrantes que aún viven en el extranjero. Los migrantes que aún residían en los países de destino tenían 1,18 veces más probabilidades que los migrantes retornados de declarar que su estado de salud era excelente. La situación inversa se da entre los migrantes que declaran que su estado de salud es malo o regular: los migrantes que aún residen en los países de destino tienen 0,71 veces más probabilidades que los retornados de declarar uno de estos estados de salud. Una limitación importante relativa a la variable de salud actual es que la salud declarada por los migrantes corresponde al día en que fueron entrevistados, ya que el estado de salud de los migrantes de retorno podría haber empeorado mucho después de regresar a Colombia, lo que significaría que su migración de retorno no se debió a un empeoramiento de su salud. Esta variable también podría estar influida por las características sociodemográficas de ambos grupos, que podrían ser parcial o totalmente responsables de las diferencias encontradas.

Cuadro 1

Distribución del estado de salud actual autorreportado, por situación migratoria, migrantes colombianos, 2008-2015 (N = 459)

Variables	Situación migratoria			
	Migrantes retornados		Migrantes en destino	
	Valor (En porcentajes)	Desviación estándar	Valor (En porcentajes)	Desviación estándar
Estado de salud actual				
Malo/Regular	26 (22,8)		56 (16,23)	
Bueno	45 (39,47)		135 (39,13)	
Excelente	43 (37,72)		154 (44,64)	

Variables	Situación migratoria			
	Migrantes retornados		Migrantes en destino	
	Valor (En porcentajes)	Desviación estándar	Valor (En porcentajes)	Desviación estándar
Edad				
Promedio	49,8	13,3	43,0	9,7
Años de estudio				
Promedio	10,3	4,5	12,4	3,0
Sexo				
Femenino	46 (40,35)		193 (54,99)	
Masculino	68 (59,65)		158 (45,01)	
Número de enfermedades crónicas				
Ninguna	79 (69,30)		295 (84,05)	
Una o más	35 (30,70)		56 (15,95)	
País de destino				
Estados Unidos	72 (63,16)		58 (16,52)	
España	42 (36,84)		293 (83,48)	
Estado de salud antes de la migración				
Excelente	54 (53,47)		287 (83,92)	
Otros	47 (46,53)		55 (16,08)	

Fuente: Proyecto sobre Migración Latinoamericana (LAMP), 2008-2015 [en línea] <https://www.lamp.opr.princeton.edu>.

Examinando las variables de control, podemos ver que la edad media de los migrantes retornados es aproximadamente 6,8 años mayor que la edad media de los migrantes que aún viven en los países de destino. Los distintos patrones de edad de los dos grupos podrían explicar parte de las diferencias en la variable de salud actual, ya que se espera que los grupos de mayor edad tengan más probabilidades de mostrar un peor estado de salud que los grupos más jóvenes.

En cuanto a la variable años de estudio, los migrantes retornados mostraron aproximadamente dos años menos de estudio que los migrantes que residen actualmente en sus países de destino. Dado que existen pruebas de una relación positiva entre la salud y la situación socioeconómica (Adler y otros, 2013), el número de años de estudio (un indicador indirecto de la situación socioeconómica) también podría explicar parcialmente las diferencias actuales en materia de salud. Además, como ambos grupos también presentan patrones de edad distintos, es posible que los años de estudio y la edad estén correlacionados, ya que es más probable que las cohortes de nacimiento más jóvenes hayan crecido en un contexto de mayor acceso a la educación formal.

La composición por sexos de los migrantes actuales en los países de destino es más favorable que la de los migrantes de retorno, dado que la esperanza de vida de las mujeres suele ser mayor. Sin embargo, como los datos del estudio corresponden a la salud autodeclarada, y no a la mortalidad, una mayor proporción de mujeres también podría suavizar las diferencias de salud entre ambos grupos. Este efecto podría deberse a que las

mujeres tienden a declarar un peor estado de salud que los hombres, cuando se controla por la edad (Oksuzyan y otros, 2008). A pesar de esta posibilidad, contrasta con nuestra muestra, que halló que los migrantes que aún residen en los países de destino declaran tener mejor salud, a pesar de la mayor composición femenina de este grupo.

Los migrantes retornados tenían 1,92 veces más probabilidades de padecer al menos una enfermedad crónica que los migrantes que residían actualmente en los países de destino. Las diferencias en el riesgo de enfermedades crónicas entre los migrantes en los países de destino y los migrantes retornados disminuyen a medida que aumenta el número de enfermedades crónicas. Estos resultados representan otro factor que podría ayudar a explicar los mejores resultados sanitarios de los migrantes en los países de destino en comparación con los migrantes retornados.

La última variable de control analizada se refería a la salud autodeclarada de los emigrantes durante el período inmediatamente anterior a emigrar. Los migrantes residentes en países de destino tenían 1,57 veces más probabilidades que los migrantes retornados de declarar que su salud antes de migrar era excelente. Este hallazgo indica que los migrantes que aún se encuentran en los países de destino poseían un mejor estado de salud autoevaluado incluso antes de migrar, lo que podría conducir a un estado de salud actual más favorable entre este grupo. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela debido a las diferencias en la composición por edad y sexo de ambos grupos antes de migrar. También es importante señalar que el estado de salud actual podría afectar la percepción que tienen los migrantes de su estado de salud en el pasado, una limitación de cualquier conjunto de datos retrospectivos. Por consiguiente, es importante tener en cuenta que podría existir un nivel de endogeneidad y que los datos utilizados no permiten realizar correcciones para cualquier posible sesgo.

La principal aportación de este trabajo a la literatura es exponer la importancia del contexto de destino en la propensión de los migrantes a regresar debido a su estado de salud. En este sentido, es esencial analizar las estadísticas descriptivas relacionadas con los migrantes colombianos a los Estados Unidos y España por separado para ver si los datos apoyan los hallazgos observados anteriormente. Además, es importante destacar la distribución de los migrantes actuales y los migrantes retornados en ambos países. Dado que aproximadamente el 63% de la muestra del estudio está compuesta por migrantes residentes en España, esta elevada representatividad eleva la necesidad de controlar las características específicas de cada grupo para evitar obtener resultados que reflejen de forma abrumadora la composición del grupo más numeroso.

En cuanto al estado de salud actual autodeclarado (véase el cuadro 2), tanto los migrantes que viven en España como los migrantes retornados de España declararon un peor estado de salud que los migrantes actuales y retornados de los Estados Unidos. Se observa una gran divergencia en el estado de salud autodeclarado entre los migrantes colombianos que residen en los Estados Unidos y los que residen en España, ya que más del 75% de los migrantes colombianos en los Estados Unidos declaran que su estado de salud actual es excelente, en comparación con solo el 38% de los que viven en España.

Cuadro 2

Distribución del estado de salud actual autorreportado, por situación migratoria y país de destino de los migrantes colombianos, 2008-2015 (N = 459)

Situación migratoria	Destino	Estado de salud actual			Total
		Malo/Regular Valor (En porcentajes)	Bueno Valor (En porcentajes)	Excelente Valor (En porcentajes)	
Residente en el país de destino	Estados Unidos	3 (5,17)	11 (18,97)	44 (75,86)	58 (100)
	España	53 (18,47)	124 (43,21)	110 (38,33)	287 (100)
Migrantes retornados	Estados Unidos	12 (16,67)	32 (44,44)	28 (38,89)	72 (100)
	España	14 (33,33)	13 (30,95)	15 (35,71)	42 (100)
Coeficiente de probabilidades (Estados Unidos x España)	Residente en el país de destino	0,28	0,44	1,98	
	Migrantes retornados	0,50	1,44	1,08	
	Total	82 (17,86)	180 (39,22)	197 (42,92)	459 (100)

Fuente: Proyecto sobre Migración Latinoamericana (LAMP), 2008-2015 [en línea] <https://www.lamp.opr.princeton.edu>.

En el caso de la salud autodeclarada antes de migrar, los resultados obtenidos para los migrantes retornados coincidían con nuestras expectativas, ya que los migrantes retornados de España declaraban tener peor salud que los retornados de los Estados Unidos. En este sentido, el hecho de que los migrantes retornados de España declararan tener peor salud antes de emigrar podría explicar en parte la razón de su estado de salud autodeclarado tras regresar a Colombia. Por otro lado, encontramos lo contrario para los migrantes que viven en los países de destino, ya que aproximadamente el 87% de los migrantes colombianos que vivían en España declararon tener una salud excelente antes de migrar, en comparación con solo el 67% de los que vivían en los Estados Unidos. Este hallazgo revela que, mientras que los migrantes colombianos en España declararon tener mejor salud antes de migrar, declararon tener una salud actual relativamente peor, lo que sugiere que el contexto de la migración puede influir en el estado de salud de los migrantes a lo largo del tiempo. Esta influencia podría deberse a los distintos procesos de asimilación, que pueden causar diversos efectos sobre la salud, o a diferencias en el sistema de salud en cada país, como la mayor facilidad de acceso a los servicios sanitarios públicos en España en comparación con los de los Estados Unidos.

El modelo de regresión utilizado para probar la hipótesis del sesgo del salmón no mostró ninguna significación para la variable de la situación migratoria. Este modelo revela la importancia de analizar ambos contextos migratorios por separado, dado el enorme peso de la migración a España en nuestra muestra. En cambio, el segundo modelo, que tiene en cuenta el país de destino, mostró coeficientes de probabilidades que corroboran la hipótesis de que la migración de retorno debida al estado de salud depende del contexto migratorio al que se ven sometidos los migrantes. El coeficiente de probabilidades para los migrantes colombianos que regresan de los Estados Unidos es inferior a uno, lo que significa que los migrantes colombianos que regresan tienden a tener peor salud en relación

con los colombianos que aún viven en los Estados Unidos, incluso después de controlar diversas características socioeconómicas y condiciones de salud previas. Por el contrario, los migrantes colombianos retornados de España tienden a mostrar un mejor estado de salud que los colombianos que aún residen en ese país⁸. Estos resultados distintos para cada país indican que el contexto de la migración también influye en la propensión de los migrantes a regresar o a quedarse debido a problemas de salud⁹.

Como se ha mostrado anteriormente, tres hipótesis sobre la migración de retorno por motivos de salud pueden explicar estas diferencias (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016). Mayor acceso de los inmigrantes a la asistencia sanitaria en España (Romero-Ortuño, 2004; Antón y Bustillo, 2010) en comparación con los Estados Unidos (Pandey y Kagotho, 2010) podría indicar que los migrantes colombianos que se enfrentan a un deterioro de su salud podrían preferir quedarse en España, donde tendrían más garantías de ser atendidos, mientras que los inmigrantes en los Estados Unidos podrían preferir volver a Colombia. Por otro lado, las redes de apoyo y cuidado en ambos países también pueden diferir ya que la migración colombiana a España es más reciente y menos consolidada (Mejía, 2012; OIM, 2013), lo que podría implicar una menor capacidad de apoyo entre los migrantes colombianos en España. A su vez, este efecto podría reducir las diferencias de estado de salud encontradas entre ambos países. La disminución de la productividad laboral de los migrantes en los países de destino como consecuencia del empeoramiento de la salud (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016) también podría tener diversos efectos en función del país y de las principales ocupaciones de los migrantes.

F. Conclusión

La literatura relativa a la relación entre migración internacional y salud es extensa y posee pruebas empíricas sólidas (Marmot, Adelstein y Bulusu, 1984; Courbage y Khlát, 1995; Abraído-Lanza y otros, 1999; Paloni y Arias, 2004; Goldman y otros, 2006; Riosmena, 2016; Loi y otros, 2021; Passarelli-Araujo, 2022) que apoyan las dos hipótesis principales (la hipótesis del migrante sano y la hipótesis del sesgo del salmón) que explican la paradoja de la mortalidad. Muchos estudios también destacan que los factores culturales, como la asimilación de hábitos de salud (Jasso y otros, 2004; Turra y Goldman, 2007), la diferencia de aspiraciones entre migrantes y nativos (Zufferey, 2016) y el tiempo de exposición a las culturas de los países de destino (Ou y Pong, 2013) pueden influir en la importancia de cada uno de los efectos de estas hipótesis. Del mismo modo, los factores estructurales, como el acceso al sistema sanitario (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016), pueden afectar los efectos de cada una de estas hipótesis.

⁸ El modelo también se probó utilizando el número de enfermedades crónicas como variable de respuesta, pero no encontramos ninguna significación para las variables explicativas.

⁹ Otra variable considerada inicialmente como variable de control fue el tiempo de residencia. Sin embargo, no encontramos ninguna significación para el parámetro relacionado con esa variable. La principal explicación de este resultado es la correlación entre la edad y el tiempo de residencia. Las personas con mayor tiempo de residencia también suelen ser mayores. Por lo tanto, la variable de edad ya capta gran parte de los efectos del tiempo de residencia.

A pesar de presentar una diversidad de factores contextuales, la mayoría de los estudios anteriores se han centrado en un único país de destino, lo que limita la capacidad explicativa de las fuerzas que subyacen a estos factores. Otra laguna importante en la literatura se refiere a la necesidad de seguir analizando las tendencias entre grupos significativos, pero poco estudiados, como los migrantes colombianos. En el caso de los migrantes colombianos, ampliar sobre la base de la literatura existente es aún más pertinente, ya que los migrantes colombianos constituyeron el mayor grupo migratorio sudamericano en los Estados Unidos y el segundo en España (por detrás de los ecuatorianos) en 2016 (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2016; INE, 2016).

A través del enfoque en dos contextos distintos de recepción de migrantes colombianos que viven en los Estados Unidos y España y de migrantes retornados de estos países, este artículo busca llenar parcialmente los dos vacíos en la literatura previamente mencionados. Utilizando datos del Proyecto sobre Migración Latinoamericana (LAMP) de 2008 a 2015, propusimos un modelo empírico para probar la hipótesis del sesgo del salmón, centrando nuestro análisis en los resultados divergentes encontrados al separar el modelo por país de destino. El examen de las diferencias encontradas al estimar la hipótesis en dos contextos distintos para un mismo grupo de migrantes subraya la importancia de los factores culturales y estructurales para explicar las diferencias de salud y mortalidad entre migrantes y nativos. Además, nuestro análisis se centró en dos sistemas sanitarios distintos, que ofrecen grados dispares de acceso a los migrantes colombianos, lo que podría alterar la propensión de los migrantes a retornar.

En este sentido, encontramos efectos relacionados con la salud más acentuados en la propensión al retorno de los migrantes colombianos desde los Estados Unidos que desde España. Una de las posibles explicaciones de este hallazgo es que el sistema sanitario estadounidense suele ser más restrictivo con los migrantes (Pandey y Kagotho, 2010), lo que podría aumentar el atractivo de la migración de retorno. Mayor acceso de los migrantes a la asistencia sanitaria en España (Romero-Ortuño, 2004; Antón y Bustillo, 2010; Cimas y otros, 2016) podría significar que los migrantes con peor salud tendrían menos probabilidades de retornar, debido a un acceso más fácil a los tratamientos sanitarios. Las redes de apoyo y cuidado más establecidas, además de las oportunidades de mercado laboral más abiertas y diversas para los migrantes colombianos en los Estados Unidos en comparación con los de España (Guarnizo, 2006) podrían tener el efecto contrario y tener como resultado menores probabilidades de retorno para los migrantes colombianos en los Estados Unidos. Estos hallazgos disminuyen el poder de la disminución de la productividad laboral y la reducción del tamaño de las redes de apoyo y cuidado (Díaz, Koning y Martínez-Donate, 2016) para explicar las razones relacionadas con la salud detrás de la propensión de los migrantes a retornar, favoreciendo en cambio la hipótesis de que el acceso al sistema de salud constituye la razón principal para explicar los resultados del estudio. Lamentablemente, nuestros datos no nos permiten estimar los efectos de estas tres causas por separado, ni evaluar si se producen o cómo lo hacen.

Además, los migrantes colombianos pueden presentar diferentes grados de aculturación en los Estados Unidos y en España, lo que influye en la asimilación de hábitos de salud negativos derivados de ocupar una posición más marginada en relación con los nativos del

país de destino (Cho, Frisbie y Rogers, 2004). En consecuencia, además de la importancia del tamaño y la complejidad de las redes de apoyo y atención para favorecer la inserción general de los migrantes en la sociedad, los hábitos de salud generalizados de la sociedad de destino también podrían definir qué hábitos asimilan los migrantes a lo largo del tiempo.

Dado que examinamos una población más joven que la de la mayoría de los estudios de mortalidad, la migración de retorno por motivos no relacionados con la salud también podría ser más prevalente en nuestra muestra, lo que limita la capacidad para extraer conclusiones en relación con nuestras hipótesis. No obstante, nuestros objetivos de investigación se centraron en descubrir pruebas primarias que demuestren que los contextos migratorios no deben descartarse a la hora de analizar la relación entre migración y salud. Dado que los datos utilizados en este estudio poseen una capacidad limitada para captar los factores mediadores de los países de destino, se necesitan más estudios para evaluar si el contexto de recepción es un factor determinante en los resultados sanitarios de determinados grupos de migrantes. En consecuencia, los estudios futuros deberían centrarse en recopilar datos disponibles de varios países más apropiados para responder a este tipo de preguntas, en particular datos longitudinales sobre salud y migración, lo que permitiría a los estudiosos de la migración ampliar aún más sus conocimientos y comprensión de la relación entre migración y salud.

Bibliografía

- Abraído-Lanza, A. F. y otros (1999), "The Latino Mortality Paradox: A test of the "Salmon Bias" and Healthy Migrant Hypotheses", *American Journal of Public Health*, vol. 89, N° 10.
- Adler, N. y otros (2013), "Educational attainment and late life telomere length in the health, aging and body composition study", *Brain, Behavior and Immunity*, vol. 27.
- Antecol, H. y K. Bedard (2006), "Why do immigrants converge to American health status levels?", *Demography*, vol. 43, N° 2.
- Antón, J. I. y R. M. de Bustillo (2010), "Health care utilisation and immigration in Spain", *European Journal of Health Economics*, vol. 11.
- Becker, G. (2004), "Deadly inequality in the health care "Safety Net": uninsured ethnic minorities' struggle to live with life-threatening illnesses", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 18, N° 2.
- Carmona, R. y otros (2014), "Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática", *Revista Española de Salud Pública*, vol. 88, N° 1.
- Carrión-Flores, C. E. (2018), "What makes you go back home? Determinants of the duration of migration of Mexican immigrants in the United States", *Iza Journal of Development and Migration*, vol. 8, N° 3.
- Cho, Y., W. P. Frisbie y R. G. Rogers (2004), "Nativity, duration of residence, and the health of Hispanic adults in the United States", *International Migration Review*, vol. 38, N° 1.
- Cimas, M. y otros (2016), "Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: regional differences after Royal Decree Law 16/2012", *Health Policy*, vol. 120.
- Courbage, Y. y M. Khlal (1995), "La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979-1991. I. La mortalité générale. Une confirmation de la sous-mortalité masculine malgré les problèmes de mesure", *Population*, vol. 50, N° 1.

- Deboosere, P. y S. Gadeyne (2005), “Adult migrant mortality advantage in Belgium: evidence using census and register data”, *Population*, vol. 60, N° 5/6.
- Díaz, C. J., S. M. Koning y A. P. Martínez-Donate (2016), “Moving beyond salmon bias: Mexican return migration and health selection”, *Demography*, vol. 53, N° 6.
- Elo, I. T. y otros (2004), “Mortality among elderly Hispanics in the United States: past evidence and new results”, *Demography*, vol. 41, N° 1.
- Goldman, N. y otros (2006), “Socioeconomic gradients in health for white and Mexican-origin populations”, *American Journal of Public Health*, vol. 96, N° 12.
- Guarnizo, L. E. (2006), “El Estado y la migración global Colombiana”, *Migración y Desarrollo*, vol. 6.
- IDMC (Observatorio de Desplazamiento Interno) (2022), “Country profile: Colombia” [en línea] <https://www.internal-displacement.org/countries/Colombia>.
- INE (Instituto Nacional de Estadística) (2016), “Población extranjera por nacionalidad, sexo y año”, *Estadística del Padrón Continuo*.
- Jasso, G. y otros (2004), “Immigrant health-selectivity and acculturation”, *Labor and Demography*, N° 0412002.
- LAMP (Proyecto sobre Migración Latinoamericana) (2018), [en línea] <https://www.lamp.opr.princeton.edu>.
- Liao, Y. y otros (1998), “Mortality patterns among adult Hispanics: findings from the NHIS, 1986 to 1990”, *American Journal of Public Health*, vol. 88, N° 2.
- Loi, S. y J. M. Hale (2019), “Migrant health convergence and the role of material deprivation”, *Demographic Research*, vol. 40.
- Loi, S. y otros (2021), “Health of immigrant children: the role of immigrant generation, exogamous family setting, and family material and social resources”, *Demography*, vol. 58, N° 5.
- Markides, K. S. y J. Coreil (1986), “The health of Hispanics in the Southwestern United States: an epidemiologic paradox”, *Public Health Reports*, vol. 101, N° 3.
- Marmot, M. G., A. M. Adelman y L. Bulusu (1984), “Lessons from the study of immigrant mortality”, *Lancet*.
- Massey, D. S. y otros (1993), “Theories of international migration: a review and appraisal”, *Population and Development Review*, vol. 19, N° 3.
- MMP (Proyecto sobre Migración Mexicana) (2018), [en línea] <https://www.mmp.opr.princeton.edu>.
- Mejía, W. (2012), “Colombia y las migraciones internacionales. evolución reciente y panorama actual a partir de las cifras”, *Revista Internacional de Movilidad Humana*, año XX, N° 39.
- Mejía, W. y Castro (2012), *Retorno de migrantes a la Comunidad Andina*, Bogotá, Fundación Esperanza.
- Oficina del Censo de los Estados Unidos (2017), “Hispanic or Latino origin by specific origin: total population”, *2017 American Community Survey 1-Year Estimates*.
- (2016), “Place of birth for the foreign-born population in the United States: foreign-born population excluding population born at sea”, *2012-2016 American Community Survey 5-Year Estimates*.
- (2015), “Selected population profile in the United States”, *2015 American Community Survey 1-Year Estimates*.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones) (2013), *Perfil migratório de Colombia 2012*.
- Oksuzyan, A. y otros (2008), “Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging”, *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 20 N° 2, abril.
- Ou, D. y S. Pong (2013), “Human capital and the economic assimilation of recent immigrants in Hong Kong”, *International Migration and Assimilation*, vol. 14.
- Palloni, A. y E. Arias (2004), “Paradox lost: explaining the Hispanic adult mortality advantage”, *Demography*, vol. 41, N° 3.
- Pandey, S. y N. Kagotho (2010), “Health insurance disparities among immigrants: are some legal immigrants more vulnerable than others?” *Health and Social Work*, vol. 35, N° 4.

- Passarelli-Araujo, H. P. (2022), "Sociodemographic profiles and mortality patterns of foreign-born adults living in São Paulo, Brazil", tesis para optar al grado de magister, Universidad Federal de Minas Gerais.
- Piore, M. (1979), *Birds of Passage: Migrant Labor and Industrial Societies*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Portes, A. y R. G. Rumbaut (2001), "Not everyone is chosen: segmented assimilation and its determinants", *Legacies: The Story of the Immigrant Second Generation*, A. Portes y R. G. Rumbaut (eds.), University of California Press.
- Preston, S. H., I. T. Elo y Q. Stewart (1999), "Effects of age misreporting on mortality estimates at older ages", *Population Studies: A Journal of Demography*, vol. 53, N° 2.
- Razum, O. y otros (1998), "Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, N° 4.
- Riosmena, F. (2016), "Selección y adaptación en salud: una mirada comparativa entre Colombia y México", *Migración Internacional: Patrones y Determinantes. Estudios Comparados Colombia-América Latina-Proyecto LAMP*, M. G. R. Martínez, (eds.), Cali, Universidad del Valle.
- Romero-Ortuño, R. (2004), "Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?", *European Journal of Health Law*, vol. 11.
- Solis, J. M. y otros (1990), "Acculturation, access to care, and use of preventive services by Hispanics: findings from HHANES 1982-1984", *American Journal of Public Health*, vol. 80, Supplement, diciembre.
- Turra, C. M. y I. T. Elo (2008), "The impact of salmon bias on the Hispanic mortality advantage: new evidence from social security data", *Population Research and Policy Review*, vol. 27.
- Turra, C. M. y N. Goldman (2007), "Socioeconomic differences in mortality among U. S. adults: insights into the Hispanic Paradox", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 62B, N° 3.
- Zapata, G. P. (2011), "Migration, remittances and development: constructing colombian migrants as transnational financial subjects", tesis para optar al grado de magister, Newcastle University.
- Zufferey, J. (2016), "Investigating the migrant mortality advantage at the intersections of social stratification in Switzerland: the role of vulnerability", *Demographic Research*, vol. 34.

Anexo

Cuadro A1
**Probabilidad condicional estimada de salud actual por situación migratoria (modelos 1 y 2)
 y por país de destino (modelo 2) para migrantes colombianos, 2008-2015 (N = 437)**

Parámetros	Modelo 1		Modelo 2	
	Coefficiente de probabilidades	Errores estándar robustos	Coefficiente de probabilidades	Errores estándar robustos
Tau 1	0,3219	0,6327	-2,6040	0,8317
Tau 2	2,4580	0,6332	-0,3216	0,8152
Situación migratoria (Migrante retornado=1)	1,5859 (0,069)	0,4027	0,3089* (0,015)	0,1498
País de destino (España=1)			0,1027*** (0,000)	0,0454
País de destino por situación migratoria			4,9720** (0,006)	2,9209
Variables de control				
Sexo	1,1176 (0,562)	0,2141	1,1554 (0,463)	0,2272
Edad	0,9964 (0,711)	0,0096	0,9807 (0,056)	0,0100
Años de estudio	1,1129*** (0,000)	0,0306	1,0835** (0,004)	0,0298
Estado de salud antes de la migración	3,7543*** (0,000)	0,8687	4,6742*** (0,000)	1,0310
Número de enfermedades crónicas	0,4241*** (0,000)	0,0887	0,4119*** (0,000)	0,0865

Errores estándar robustos a la heteroscedasticidad
 * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001 (valor p entre paréntesis)

Modelo 1

Log-Pseudolikelihood: -413,89966

Tamaño de la muestra: 437 observaciones

Test X² de Wald (6 parámetros): 64,53; Prob > X²: 0,0000;

Pseudo R²: 0,0877

Modelo 2

Log-Pseudolikelihood: -392,36864

Tamaño de la muestra: 437 observaciones

Test X² de Wald (8 parámetros): 89,51; Prob > X²: 0,0000;

Pseudo R²: 0,1351

Fuente: Proyecto sobre Migración Latinoamericana (LAMP), 2008-2015 [en línea] <https://www.lamp.opr.princeton.edu>.