



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Economía

Cadenas globales de cuidado.

**Condiciones laborales de la migración
femenina México-Estados Unidos en el
sector de cuidados 2017.**

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Economía

PRESENTA

Laura Verónica García Cruz

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Mónica Laura Vázquez Maggio



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi madre Ana María Cruz por su amor incondicional, apoyo, fortaleza y enseñanzas que me ha brindado a lo largo del tiempo, eres el pilar más importante en este proyecto de vida y por el cual yo logré llegar aquí. El mejor ejemplo de bondad, honestidad y humildad.

A mis hermanas Leticia, Leydi, Lorena, y Lizbeth, por su amor incondicional, apoyo, sinceridad y los mejores consejos que me han fomentado ser una mejor persona. Los mejores ejemplos de responsabilidad y valentía.

A mi padre Juan García, por su incondicional apoyo, cariño y brindarme las lecciones más importantes para mi desarrollo personal. El mejor ejemplo de esfuerzo y constancia.

Carlos Junco, Samantha Herrera y Mario Velázquez, por brindarme su amistad, sabios consejos y estar para mí en este trayecto. A mis compañeros más cercanos de la Facultad de Economía, de quienes aprendí mucho.

Mi asesora la Dra. Mónica Laura Vázquez Maggio, por demostrar su absoluto interés en el proceso de este trabajo, brindarme su valioso tiempo, sus acertados consejos, por inspirarme a superarme y ser un excepcional ejemplo de disciplina.

Dra. Lilia Domínguez, por siempre estar pendiente en el proceso de este trabajo, brindarme su valioso tiempo, auxiliarme cuando estaba perdiendo el rumbo y confiar en que podía lograrlo, una gran inspiración.

Ángeles García, por compartir su conocimiento y apoyarme cuando creí que no lograría completar los procesos más difíciles de este trabajo, una compañera ejemplar.

Dra. Brown, Dra. Domínguez, Dra. Vázquez y al CONACyT por apoyarme en mi proceso de titulación.

Finalmente, a mis sinodales, Lic. Flores, Dra. Tigau y Dra. Savage, por brindarme de su valioso tiempo e interés en mi trabajo.

A Ana María Cruz y Juana Cruz.

A Leticia, Leydi, Lorena y Lizbeth.

A mis familiares que han migrado y que se han empleado en el sector de cuidados.

ÍNDICE

Introducción	6
Capítulo 1. Cadenas globales de cuidado y género	10
1.1. Desigualdad de género y labores de cuidado	10
1.2 Cadenas globales de cuidado: origen del concepto	13
1.3. Migración internacional femenina y cadenas globales de cuidado	15
1.4 Cadenas globales de valor vs cadenas globales de cuidado	20
1.5. Crisis de cuidados	24
Capítulo 2. Estrategia metodológica para el estudio del perfil de las migrantes mexicanas en el mercado de cuidados estadounidense	26
2.1 Base de datos	27
2.2 Categorías ocupacionales del cuidado.....	27
2.3 Construcción de variables	30
Capítulo 3. Estadística descriptiva de las distintas ocupaciones en la cadena global de cuidados	33
3.1 Condiciones Sociodemográficas	33
3.2 Capital Humano.....	42
3.3 Condición laboral y condiciones migratorias.....	47
Capítulo 4. ¿De qué dependen las condiciones laborales en las cadenas globales de cuidado? Resultados del modelo econométrico	61
4.1 Resultados del modelo regresión logística	64
4.2 Regresión estimación efectos marginales	65
Conclusiones	68
Referencias bibliográficas	71

TABLAS Y FIGURAS

Figura 1.1 Rango de agentes en la cadena global de cuidados.	18
Figura 1.2 Cuadro comparativo de las cadenas globales de mercancías vs cadenas globales de cuidado.	22
Figura 2.1 Construcción de Variables con base en la American Community Survey (ACS).....	30
Tabla 3.1 Personas ocupadas en el sector de cuidados por género	34
Tabla 3.2 Edad por ocupación	35
Tabla 3.3 Estado civil	38
Tabla 3.4 Presencia de hijos	39
Tabla 3.5 Nivel educativo	42
Tabla 3.6 Dominio del idioma inglés	45
Tabla 3.7 Tipo de trabajador	47
Tabla 3.8 Horas de trabajo a la semana	51
Tabla 3.9 Seguro social	52
Figura 3.1 Salarios en el sector de cuidados 2017	55
Tabla 3.10 Ingreso	56
Tabla 3.11 Ciudadanía	59
Figura 4.1 Construcción de variables para el modelo de elección discreta logit	62
Figura 4.2 Regresión logística.....	64
Figura 4.3 Estimación de los efectos marginales.....	65

Introducción

El modelo de organización social de los cuidados se caracterizaba por la división sexual del trabajo, en el que los servicios de cuidado han sido proporcionados por las mujeres como madres y amas de casa. Sin embargo, a partir de la segunda guerra mundial la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral ha propiciado la necesidad de los servicios de cuidado para los niños, adultos mayores y del hogar en todo el mundo. En algunos países desarrollados son provistos por el Estado en la forma de guarderías públicas, residencias para los adultos mayores y otros arreglos para el cuidado, pero, hay también funciones del cuidado que no se cubren por los servicios públicos, especialmente en los Estados Unidos. Gottfried (2013) describe que en los países desarrollados como Estados Unidos se está produciendo un déficit de los cuidados. Por un lado, es insuficiente la oferta de médicos/as, asistentes de médicos, enfermero/as y cuidadores/as. Por el otro, los servicios públicos de cuidado son muy reducidos.

En una primera época, trabajadoras afroamericanas no calificadas en Estados Unidos proporcionaban los servicios de cuidado en los hogares (Romero, 2002), con recursos económicos propios de la familia empleadora. Conforme una mayor proporción de mujeres norteamericanas participaban en el mercado de trabajo, los servicios se hicieron más onerosos, así, la demanda por trabajadores de menor salario se incrementó.

En el sector de cuidados ha prevalecido la segregación por género. El género define, perpetúa y recrea posiciones de poder entre el hombre y la mujer, porque se tiende a generalizar su papel en el ámbito laboral. Universalmente las mujeres se harán cargo de las responsabilidades asociadas con las hijas/os, y el hogar (siempre varía su participación en otros trabajos). Los hombres son responsables de tareas extra domésticas y su participación en la crianza de los hijos varía, es escasa o nula. (Saltzman,1992).

Las mujeres tienden a predominar como asistentes de médicos, enfermeras y cuidadoras. Así, la demanda por trabajadores de las cadenas de cuidados ha sido satisfecha en décadas recientes por mujeres migrantes de países subdesarrollados, en algunos países, el 10% de los trabajadores migrantes están ocupados en atención médica, trabajo social o doméstico

(OCDE, 2020), esto se relaciona con la fuerza laboral femenina de cuidados que representa el 90% (OIT,2018) de todas las mujeres empleadas.

El grupo de mujeres migrantes elevó a escala global el cuidado y la reproducción social a partir de la década de los noventa. Una parte de ellas, profesionistas y con dominio del inglés, se ubican en el sector de cuidados médicos. En contraste, la mayor parte de ellas que no están suficientemente calificadas o tienen conocimientos rudimentarios del idioma inglés (Vázquez y Domínguez, 2017). Las mujeres migrantes se integran como fuerza laboral del sector de cuidados recibiendo un salario relativamente más bajo que el que se paga a los oriundos de los Estados Unidos ocupados en el propio sector. A menudo dejan a sus hijos en el país de origen, ya sea solos o al cuidado de alguna amiga o familiar para ellas poder cuidar niños, ancianos, o personas con discapacidad en los Estados Unidos.

Dumitru (2014) estudió solamente a las mujeres como cuidadoras, porque la migración de mujeres está asociada a la fuga de cuidados, con el supuesto sexista de que solo las mujeres cuentan como más cuidadoras. Para Hochschild (2002) si los hombres de países ricos se implicaran más en el trabajo de cuidados, reduciría la necesidad de contratar niñeras y, con ello, los incentivos para la migración. “Son los hombres los que en mayor parte se han alejado del trabajo de cuidados, y es con ellos donde realmente comienza la fuga de cuidados” (p. 22).

En la división básica del trabajo por género¹ en los países destino, las mujeres migrantes están frecuentemente restringidas a las “ocupaciones femeninas” como trabajo en servicios domésticos, de cuidado, enfermería, y trabajo sexual. Estos mercados son inestables y marcados por salarios bajos, con ausencia de servicios sociales y condiciones pobres de trabajo (Fudge, 2012). La feminización de la migración es uno de los rasgos principales que define la “Era de la Migración”. (Castles y Miller, 2014).

¹ Los roles generales entre mujer y hombre tienen diferentes representaciones que se relacionan en el contexto social o de origen. Estos roles existen para diferenciar y clasificar a las personas. La diferencia entre ellos comienza en la actividad procreadora (quien ha concebido), como lo son el rol protector y la provisión de recursos económicos; sobre qué le corresponde al hombre y qué a la mujer. Sassen (2000).

Las cadenas globales de cuidado y su conformación corresponden a los planes de ajuste estructural y reformas neoliberales de finales del siglo XX. Una de sus vías de respuesta ha sido externalizar las tareas que se realizaban en los hogares, o considerar el salario de los cuidados en actividades domésticas. Es así, que las mujeres migrantes han asumido un papel específico al encargarse de estos trabajos de forma creciente, provocando que estos sean empleos precarios y mal remunerados.

Dumitru (2009) expresa que la feminización de la migración se ha asociado a la fuga de cuidados² (care drain), bajo el supuesto de que las mujeres son potencialmente cuidadoras. Esta fuga de cuidados describirá la migración de las profesionales de la salud, a veces aislando a enfermeras y profesionales menos capacitados.

El objetivo de este trabajo es examinar la distribución de las y los migrantes mexicanos en la cadena global de cuidado e identificar el perfil en las distintas ocupaciones de esta cadena en los Estados Unidos. El interés principal es examinar sus características sociodemográficas y laborales: edad, capital humano, salarios, horas trabajadas, seguro médico, entre otras. Nos interesa asimismo analizar las diferencias entre hombres y mujeres.

En esta tesis se demuestra que la condición de las inmigrantes mexicanas es más desfavorable en aquellas ocupaciones que requieren menor calificación, y es en estas ocupaciones que la segregación de género es más intensa. Alrededor de 74% de las ocupaciones de cuidados personales y de limpieza son desempeñadas por mujeres con salarios muy bajos.

Además de esta introducción, esta tesis consta de cinco capítulos. El primer capítulo examina la literatura que explica la relación de la desigualdad de género y las labores de cuidado en las cuales las mujeres se han hecho cargo de las responsabilidades asociadas con los hijos y el hogar. Así mismo, se dedican unas líneas a los aspectos conceptuales de las cadenas globales de cuidado, un concepto relativamente nuevo el cual está muy ligado con la migración femenina, tema que se analiza en otra sección. Finalmente, se analiza

² Fuga de cuidados (care drain). Es la sobrerrepresentación de las mujeres migrantes en los servicios de ayuda a las personas (Dumitru, 2009).

comparativamente el concepto de cadenas globales de valor con el de cadenas globales de cuidado.

El segundo capítulo presenta la metodología del trabajo, comenzando por la base de datos utilizada y la forma de clasificación de las ocupaciones, así como la propuesta del modelo a estimar. El análisis de la estadística descriptiva se realiza en el tercer capítulo con el fin de examinar las características sociodemográficas, de educación, condiciones laborales y migratorias de los y las migrantes mexicanos empleados en ocupaciones del sector de cuidados en los Estados Unidos.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la estimación del modelo logit que busca explicar la probabilidad de que las o los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos se empleen en ocupaciones pertenecientes al sector salud (centros de servicios comunitarios, médicos, enfermeros y asistentes de médicos) frente a las ocupaciones de limpieza y ayuda personal. Finalizamos con las conclusiones de la tesis presentada.

Capítulo 1. Cadenas globales de cuidado y género

El objetivo de este capítulo es presentar las principales aportaciones alrededor del concepto de cadenas globales de cuidado. Este es un modelo que se emplea para entender la actividad de buena parte de los migrantes. El capítulo inicia examinando la relación de la desigualdad de género y las labores de cuidado debido a que este concepto está intrínsecamente ligado al análisis de género, dado que las mujeres se han hecho cargo de las responsabilidades asociadas con los hijos y el hogar. Es necesario dedicar unas líneas a los aspectos conceptuales de las cadenas globales de cuidado, un concepto relativamente nuevo el cual está muy ligado con la migración femenina, tema que se analiza en otra sección. Finalmente se analiza comparativamente el concepto de cadenas globales de valor con el de cadenas globales de cuidado.

1.1. Desigualdad de género y labores de cuidado

En la división del trabajo reproductivo³ se destaca un concepto primordial: “el género”. Sassen (2000) asocia a las cadenas de cuidado como una definición estratégica para examinar la dimensión de género. Los roles generales entre mujer y hombre tienen diferentes representaciones que se relacionan en el contexto social o de origen. Se entiende que a la mujer emocionalmente le corresponde el rol protector, y al hombre, la provisión de recursos económicos del hogar. Estos roles se establecieron por la actividad que cada uno provee en el desarrollo, y se han mantenido por mucho tiempo en el inconsciente colectivo, aunque en décadas más recientes se ha comenzado a cuestionar.

La sociedad al recrear la estructura sobre qué le corresponde al hombre y qué a la mujer, también recreó sus posiciones de poder. Una creciente separación entre el ámbito privado (familiar o doméstico) y el ámbito público, ha dado lugar a una primera división genérica del trabajo. La sociedad al asumir que el trabajo remunerado para las mujeres es una actividad auxiliar (el estereotipo femenino establece que las actividades maternas y domésticas son

³ El trabajo reproductivo es esencialmente lo que crea fuerza de trabajo en contraposición a las mercancías o productos. Podemos distinguir entre lo necesario para la reproducción biológica del ser humano (trabajo sexual), el mantenimiento de los individuos a lo largo de su ciclo de vida (trabajo de cuidado físico y emocional que implica el cuidado personal y cuidado de los demás) y la reproducción sistémica (educación, educación social, vínculos y lazos) para permitir el sostenimiento del sistema social (Yates, 2012: 151).

su rol principal), convierte a la fuerza de trabajo femenina en una fuerza de trabajo secundaria y justifica las diferencias salariales que existen entre hombres y mujeres en todas las sociedades actuales (Escartín, 2015).

El género está fuertemente relacionado con la desigualdad social y la forma en la que se divide el trabajo. Particularmente la división del trabajo estructura lo que cada individuo asume como su papel en la sociedad, y es así como la sociedad asume que las mujeres son las responsables de “proveer cuidado”. Esta provisión de cuidados, al ser considerada como una actividad que no da valor en los ciclos económicos, tiende a ser precaria.

La segregación de género, que actualmente está presente, es el problema más grande de la sociología del trabajo y economía.

Gottfried (2013) señala dos formas de segregación: horizontal y vertical.

Segregación horizontal: Hombres en ocupaciones de tipo masculino y mujeres en ocupaciones de tipo femenino a través de las divisiones manuales y no manuales. Un ejemplo de este tipo de segregación se encuentra en el sector de la construcción, donde los varones constituyen la mayoría de la fuerza laboral de dicha industria, mientras que el cuidado de los niños y los adultos mayores es casi exclusivamente una ocupación femenina.

Segregación vertical: Es una forma de jerarquía desigual. En este tipo de segregación los hombres dominan ocupaciones de alto estatus e ingreso (como puestos directivos) mientras que las mujeres ocupan puestos en la parte baja de dicha jerarquía (limpieza, por ejemplo).

Esto asume que las raíces de la segregación de género en el mercado laboral son profundas. Los factores de expulsión y atracción, la estructura económica y las reformas políticas incorporaron a las mujeres en el mercado laboral, pero, éstas se mantuvieron en ocupaciones de tipo femenino y/o correspondientes a la parte inferior de la jerarquía organizativa y productiva.

Tradicionalmente los servicios de cuidado han sido proporcionados en su mayoría por mujeres como madres y amas de casa. Este era el modelo de organización social de los

cuidados, que se caracterizaba por la división sexual del trabajo. Anteriormente en los Estados Unidos el ideal de servicio doméstico dependía del trabajo no reconocido, pero necesario, desempeñado por las mujeres de etnias-razas no blancas que realizaban el servicio doméstico en los hogares de mujeres blancas (Gleen,1992).

Sin embargo, a partir de la segunda guerra mundial la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral ha propiciado la necesidad de los servicios de cuidado para los niños, adultos mayores y del hogar en todo el mundo. Esto significa que el modelo previo y la escisión social de espacios público/privado, está quebrando, y una de las vías de respuesta ha sido externalizar parte de las tareas que antes se realizaban en los hogares, o mercantilizar parte del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (Orozco, 2007).

Actualmente, la provisión de cuidados ha sido reestructurada (con la incorporación laboral de la mujer), lo que ha permitido que poco a poco los gobiernos se desprendan de su atención con las políticas neoliberales que debilitan las bases que contribuyen a la construcción de los estados de bienestar en muchos países, particularmente la noción de que el estado tiene un papel importante que desempeñar en la provisión de bienestar y protección social (Benería, 2008). Como consecuencia, el mercado laboral (incluyendo el de cuidados) se está reestructurando.

Hochschild (2000) acuña un nuevo término denominado ‘cadenas globales de cuidado’ y se refiere a la serie de conexiones entre personas a través del mundo, basadas en el trabajo de cuidado pago o impago. Hochschild hace énfasis en lo que puede ser definido como “transferencias internacionales de amor maternal” y describe dichas transferencias de la siguiente manera:

Una hija mayor de una familia pobre cuida de sus hermanos, mientras su madre trabaja como niñera cuidando a los hijos de una migrante, que trabaja cuidando niños de una familia de países ricos (2000:131).

Los servicios de cuidado en algunos países desarrollados son provistos por el Estado en la forma de guarderías públicas, residencias para los adultos mayores y otros arreglos para el cuidado. Sin embargo, hay funciones del cuidado que no se cubren por los servicios públicos.

Gottfried (2013) expresa que en los países desarrollados como Estados Unidos se está produciendo un déficit de los cuidados. Por un lado, es insuficiente la oferta de enfermeras y cuidadoras. Por el otro, los servicios públicos de cuidado son muy reducidos. Actualmente con el envejecimiento de las poblaciones y la incorporación de mujeres en el mercado laboral, la demanda para realizar actividades en el ámbito doméstico y de cuidados (debido a que en los países centrales donde no existe una suficiente población dedicada a estas actividades), ha hecho creciente la demanda de trabajadores que cubran estas actividades, y actualmente son cubiertos en su mayoría por migrantes.

La división social que se expresa en el proceso de cadenas de cuidado expresará también las jerarquías sociales. En particular, las mujeres que son traídas para laborar serán mujeres migrantes del campo, de regiones pobres, o provenientes de minorías, como son los grupos étnicos. Son traídas para los requerimientos de servicios de cuidado de hogares situados “en lo más alto” de la escala racial/étnica (Yeates, 2008). Las Cadenas Globales de Cuidado (CGC) establecen enlaces entre los proveedores de servicios y los que reciben estos servicios (y sus familias), los enlaces que se forman por el ancho de las desigualdades socioeconómicas son resultado de jerarquías de estados, clases (castas), géneros y grupos étnicos.

El fenómeno de las cadenas de cuidado describe de forma peculiar la idea que se tiene sobre la raza, las etnias y las clases sociales. Los demandantes de este tipo de servicios asumen que ciertos individuos con características específicas están capacitados para la prestación de dichos servicios, como su comportamiento, costumbres culturales o religión. Un ejemplo es el estudio de Maher (2003) sobre el mercado de trabajadores domésticos extranjeros en California y Chile, que respalda la idea de demandar la importación de sirvientas o nanas mexicanas y peruanas debido a tener los rasgos de ser “madres naturales” y “trabajadoras sumisas”.

1.2 Cadenas globales de cuidado: origen del concepto

Para lograr definir el concepto de cadenas globales de cuidado se tomaron en cuenta diversos fenómenos que describen una nueva manera en la que se desarrolla la migración, los flujos migratorios y las condiciones socioeconómicas de cada migrante en la globalización, donde la migración define el desarrollo de los entes económicos en cada región.

El concepto de cadenas globales de cuidado de Hochschild (2000) refiere a la conexión del trabajo internacional de cuidado entre países o naciones de centro-periferia, que es resultado de las condiciones laborales de las mujeres al incorporarse en el mercado laboral. En primera, la mujer que se han incorporado al mercado laboral no puede tomar las labores domésticas o de cuidado como segundo empleo, por lo que contratará a otra mujer -contrata a otra mujer por la misma división del trabajo y la demanda del género femenino para realizar este tipo de labores-. En segunda, la mujer contratada será de un hogar pobre ya sea extranjera o local. Ésta, al tomar el trabajo por el que ha sido contratada, es incapaz de cumplir con las labores de su propio hogar, por lo que contrata a otra mujer que se hará responsable, esa otra mujer tiende a ser un integrante de la familia y normalmente el trabajo es impago. Es así como se genera la cadena en la provisión del cuidado, que expresa jerarquías en la sociedad como resultado de las condiciones que se han establecido por las estructuras económicas en las últimas décadas.

Las estrategias internacionales de subcontratación de cuidados que describe Yeates (2009) implican la movilidad del suministro del trabajo de cuidado, creando redes informales a través del mecanismo del mercado, lo que incluye migración (rural-urbana) e internacional. La internacionalización de este mecanismo da como resultado la emigración desde países pobres a países ricos, y en los países ricos el reclutamiento desde estos países pobres. En palabras de Hochschild, dichas cadenas globales de cuidado

(...) comprenden enlaces entre familias a través de la formación de hogares transnacionales, así como las conexiones entre diferentes familias a través de los nexos de empleo. Estos canales no son confinados a adultos, ellos únicamente establecen los enlaces globales entre los niños de los proveedores del servicio y los que reciben el servicio (Hochschild, 2000:132).

El concepto de cadenas globales de cuidado demuestra las características y condiciones socioeconómicas de los actores en cada punto de las “cadenas”, -en el que el papel de las mujeres es central- y nos señala los fenómenos que la economía ha dejado atrás, como la segregación económica, la segregación de género, y los flujos migratorios.

Las cadenas de cuidado estudian cómo se desarrollan los servicios de salud por medio de la globalización, donde es indispensable el papel de la mujer inmigrante, lo que ha implicado desigualdad en la provisión de cuidados en una parte de las cadenas. La mujer inmigrante al ausentarse tiempo completo de su hogar o al estar “presente” sólo a la distancia, provoca desigualdad emocional, que a largo plazo en las localidades o países de periferia resulta en un tipo de costo provocada por la separación: crea abundancia emocional en los países ricos y escasez en los pobres (Yeates, 2009).

Actualmente la mujer inmigrante representa a una sociedad, que tiene responsabilidades como integrante de familia. Estas responsabilidades se refieren a lo que espera la familia de la inmigrante, y el papel que le corresponde en el núcleo familiar. Esto hace posible el realizar un análisis profundo de los roles dentro de la familia y su influencia en el cuidado familiar - no todas las mujeres que emigran tienen hijos dependientes, están casadas o son cónyuges-. Se hace visible la calificación de cada una de ellas y sus razones que dependen del proceso migratorio, y su situación laboral en el país de origen, antes de emigrar. Kofman y Raghuram (2005) argumentan que “las mujeres siempre han sido parte de esas - corrientes globalizadas de trabajadoras calificadas... estudiantes... así como cónyuges’.

Yeates (2009) argumenta que la reestructuración de la economía domina la reproducción social, asociada con el crecimiento y el fortalecimiento de los circuitos globales que giran en torno a la reproducción social, creando las condiciones generales socioeconómicas que conducen a la migración femenina y su participación en estos circuitos globales.

1.3. Migración internacional femenina y cadenas globales de cuidado

La migración internacional femenina como fenómeno afecta a la estructura de las cadenas globales de cuidado y contribuye a explicar los diversos procesos en los que se encuentran las emigrantes femeninas y las conexiones transnacionales entre los países centrales y localidades de la periferia. Las estructuras sociales que se formaron por la globalización han hecho pertinente las movilizaciones de grupos poblacionales que buscan la supervivencia en su entorno social-económico.

La Organización Internacional de Migración (OIM, 2010) en su informe sobre las migraciones en el mundo, destaca el aumento de mujeres en los movimientos poblacionales migratorios, tanto de manera dependiente, independiente o como cabeza de familia. El proceso migratorio está relacionado con las desigualdades de género, porque éste conlleva estudiar las condiciones vulnerables en las que se encuentran las inmigrantes a diferencia de los inmigrantes.

Anteriormente, se entendía la migración femenina como consecuencia de procesos de reunificación familiar. En la década de los noventa se demuestra que las mujeres no solo emigraban como acompañantes sino también para mejorar sus condiciones laborales y responder a la demanda de un mercado laboral.

La migración de la mano de obra para emprender un trabajo asalariado reproductivo se ha transformado. Esto sugiere que lo nuevo hoy en día es el creciente número de mujeres que migran al extranjero (a menudo solas) y lo hacen a través de distancias largas al viajar (Ehrenreich and Hochschild, 2002; Pessar and Mahler, 2003).

Actualmente las mujeres migrantes se dedican a trabajos precarios en el mercado laboral debido a que son trabajos de “tipo femenino”.

Una estructura ocupacional concentra a las mujeres en trabajos de tipo femenino, que van desde un máximo de 96.1% de secretarias, 92.7% de trabajadores de cuidado infantil, 91.1% de enfermeras registradas, 88.2% de auxiliares de enfermería, 81.1% de maestros de primaria y 73.7% de cajeros (Gottfried, 2013, p. 56).

En los países destino -frecuentemente con mercados segmentados-, las mujeres migrantes estarán en restricción a las ‘ocupaciones femeninas’, o lo que define Piore (1973) como ‘mercados secundarios’ que no requieren o desalientan hábitos estables, salarios bajos, la rotación es alta, y la escala de puestos es poca. Estos mercados secundarios normalmente están ocupados por una minoría de trabajadores como mujeres y jóvenes.

La Organización Internacional de Trabajo (OIT,2017) estimó que un total de 67.1 millones de personas en el mundo están empleadas en hogares privados donde un 73.4% son mujeres.

Los bajos costos de los servicios domésticos y de cuidados personales, -ocupados en su mayoría por mujeres inmigrantes-, explica la creciente demanda de estos servicios. Al facilitarse el uso de trabajo doméstico inmigrante, los hogares 'nativos' buscan la manera de combinar el tipo de servicios que requieren, convirtiéndolos unos en pagos, mientras que los servicios extras serán impagos, -los servicios domésticos normalmente tienen un extra de cuidado y viceversa-, para transformarse en un trabajo inadecuado. En la perspectiva de género y el papel que toman los inmigrantes en la sociedad, se entiende una relación entre las condiciones estructurales del país receptor y el de origen, -donde las mujeres han quedado al margen del desarrollo de estas estructuras-, que hace pertinente examinar la dimensión del género en la dinámica organizadora de la globalización, y especialmente la interrelación del desarrollo de la inmigración femenina.

En las cadenas globales de cuidado existen conexiones para su regulación. La primera comienza desde cuando en un hogar de la periferia, la familia invierte en los recursos necesarios para la capacitación del inmigrante. La segunda conexión se da con los agentes de reclutamiento. Yeates (2009) explica que, en las cadenas globales de cuidado, el Estado está involucrado en los modos de gobierno internos y externos: como agente de la red laboral además de ser regulador del trabajo y otros agentes dentro de la misma red.

Rango de agentes en la cadena global de cuidados.



Figura 1.1 Rango de agentes en la cadena global de cuidados. Fuente: Presentación esquemática del rango de agentes en la cadena global de cuidados (esquema que explica la relación entre individuos, gobierno, instituciones, y flujos migratorios) Yeates (2009).

Al observar las conexiones entre los agentes que integran las cadenas globales de cuidado, es visible como en estos agentes el fenómeno de la migración es protagonista, al crear conexiones internacionales entre intermediarios y el estado. Las relaciones internacionales pueden expresarse con tratados comerciales o para que ambos países reconozcan las calificaciones laborales, lo que permite a los ciudadanos trabajar en esos países y por lo tanto subcontrataciones de los países destino desde los países de origen, y en ocasiones este tipo de subcontrataciones permiten el tráfico de inmigrantes.

La migración es protagonista de las conexiones entre cada uno de los agentes de las cadenas, y también las regulaciones estatales que conforman la política migratoria en los países destino. Yeates (2009) describe las siguientes regulaciones en: políticas de inmigración/emigración, de trabajo -para nacionales y migrantes-, impuestos, seguro social, equidad, comercio, vivienda y aquellos respecto a sectores específicos donde laboran los migrantes -salud y cuidados-.

La migración y el cuidado al relacionarse explican los flujos migratorios, los regímenes actuales -que designa el gobierno a los grupos emigrantes-, y el condicionamiento global laboral. Los flujos migratorios en el sector de cuidados describen las divisiones sociales de trabajo, el género o las características socioeconómicas, y la raza/etnias. El referirse a la condición de raza/etnia es porque los gobiernos de los países centrales buscan la manera en crear regímenes para un grupo de personas o países; por sus orígenes y condición ciudadana. Al crearse estos regímenes se van moldeando la estructura en las que se rigen los derechos y obligaciones laborales de los inmigrantes. Estos mismos gobiernos de los países centrales van generando la demanda de un flujo migratorio especial en determinadas ramas laborales. Como el desprendimiento -cada vez más notable- del gobierno en la rama de cuidados. También, se destaca que los flujos de los migrantes tienen mucha relación con las conexiones entre países que se dieron en las colonizaciones de países centrales a países de la periferia a través del tiempo.

Williams (2011) describe una 'Política Económica Transnacional del Cuidado' al envolver numerosos procesos, divididos en cinco dimensiones. La primera, en el movimiento transnacional del trabajo de cuidado que incluye no solamente trabajadores privados en cuidado, sino personal calificado en cuidado y educación. En la segunda dimensión, la dinámica transnacional de compromisos de atención, donde las personas se mueven a diferentes países y dejan a personas distantes hacerse cargo, y no se tiene familia cercana que pueda hacerse responsable de sus necesidades. La tercera dimensión, el movimiento transnacional del capital de cuidado se refiere a las tendencias mercantiles que han acelerado la intervención del mercado privado en salud y asistencia social con el cual han logrado un gran negocio. La cuarta dimensión, la influencia transnacional de cuidado en sus discursos y políticas en cuales son las estrategias globales de los formuladores de políticas para desafiar las desigualdades en la provisión de cuidados. Finalmente, en la quinta dimensión el desarrollo de movimientos sociales, organizaciones no gubernamentales (ONG's) y organizaciones de base.

1.4 Cadenas globales de valor vs cadenas globales de cuidado

Las cadenas globales de cuidado tienen una importante influencia de las cadenas globales de valor, y lejos de esas influencias, existen diferencias marcadas, debido a los ideales que conciben las actividades que crearán valor en la economía y las que no.

Generalmente, las cadenas globales de valor no solo se ocupan de los productos básicos, sino que engloban una dispersión internacional que buscan la producción y reproducción de una mercancía final. Su enfoque se encuentra en la serie de actividades que están involucradas en la producción y el consumo de los productos manufacturados, incluyendo la coordinación de esas actividades por un canal de agentes, la distribución de riesgos, costos y ganancias (Kaplinsky y Morris, 2001).

Dussel (2018) describe que el enfoque de las cadenas globales de valor permite a los investigadores trazar mapas de los actores principales y de las actividades económicas de una industria. Este análisis determina que las empresas son productivas en el contexto de las cadenas de suministro internacionales y son altamente dispersas. Influyen en la gobernanza del sector privado y las políticas en el desempeño de la empresa, como en los factores y estrategias que permiten a las empresas pasar a segmentos de mayor valor de la cadena. Las cadenas globales de valor son resultado de segmentos y organizaciones industriales con características diferentes. En cadenas específicas, por ejemplo, los segmentos de investigación y desarrollo pueden apropiarse de un valor agregado muy superior al segmento especializado en el ensamble de partes y componentes.

El enfoque de las cadenas globales de cuidado está asociado a las cadenas globales de valor. Sin embargo, la economía no se ocupa de las cadenas de reproducción -en este caso las cadenas globales de cuidado- porque se considera que no crean valor, aunque estas cadenas tienen estructuras muy similares a las cadenas globales de valor. Su inclusión en el ciclo económico permite que el mercado laboral sea aún más propenso a transformarse en flexible y precario. Dunaway (2001) afirma que “antes de las expropiaciones que sustentan la división inequitativa del excedente entre el núcleo, la semiperiferia y la periferia, puede ocurrir que la cadena de mercancías estructura la explotación máxima del trabajo mal remunerado o no remunerado” (p.10).

Las cadenas globales de cuidado también representan la dificultad que se presenta para calcular su valor, -en estas existen diferentes subprocesos, como lo son conocimientos que se han adquirido con el tiempo, e incluso las relaciones emocionales que estos incluyen-, con procesos que no generan ganancias o precios comerciales (Yeates, 2009).

Existen alternativas en la medición económica de ciertas actividades y habilidades, estas no se reflejan en la tasa de mercado, por lo que los salarios disminuirán. Sin embargo, hay elementos en las cadenas globales de cuidado que pueden expandir su análisis en la medición de valor, comparando su similitud en determinadas áreas con las cadenas globales de valor.

En la figura 2, Yeates (2005) sugiere tres elementos analíticos del análisis global de la cadena de productos básicos que también pueden aplicarse a los servicios de cuidado como la estructura de los insumos y productos, la territorialidad y la gobernanza. Estos se observan de manera precisa en la siguiente tabla.

Cuadro comparativo cadenas globales de mercancías vs cadenas globales de cuidado.

	Cadenas Globales de mercancías (valor)	Cadenas Globales de Cuidado
Estructura de insumo/producto	Adquisición de materias primas, procesamiento de materias primas, distribución de productos terminados, comercialización de productos básicos, consumo de mercancía, reciclaje de productos básicos.	Educación y entrenamiento del trabajador de cuidado, reclutamiento del trabajo de cuidado, organización del sistema del servicio de cuidado, traslado de la mano de obra al sitio de prestación del servicio y provisión del servicio.
Territorialidad	Difusión geográfica de redes en empresas comerciales.	Extensión geográfica de redes de trabajo que abarcan trabajadores

		individuales, hogares, intermediarios laborales, organizaciones laborales, organizaciones de migrantes.
Gobierno interno	Relaciones de poder y autoridad entre empresas dentro de la red empresarial.	Relaciones de poder y autoridad entre diversos agentes dentro de la red laboral.
Gobierno externo	Impuestos, aranceles, seguridad del producto, regulaciones laborales	Educación y formación, inmigración, regulación laboral y profesional, políticas de salud y asistencia social, impuestos y bienestar social, política comercial.

Figura 1.2 Cuadro comparativo cadenas globales de mercancías vs cadenas globales de cuidado. Fuente: Comparación esquemática con ejemplos en el enfoque entre las cadenas globales de mercancías y cadenas globales de cuidado, Yeates (2005).

Por territorial, se refiere a las relaciones internacionales entre canales que movilizan la demanda. En los canales se observa su dispersión y el lugar donde se concentran geográficamente. Estos canales son los trabajadores individuales, los hogares, los empleadores, el trabajo profesional y las organismos.

El enfoque del gobierno se concentra en qué regula el trabajo de cuidados y la mínima provisión de esta, por la participación de diferentes agencias sin los canales de conexión como son las del estado. Al intervenir el estado se crearán leyes, regulaciones, políticas y prácticas que impactan al sector de cuidados, como en la oferta y demanda, y este requerirá de la migración laboral.

Analizando el enfoque de la manufactura, -firmas comerciales y las relaciones entre ellas-, encontramos que en las cadenas globales de cuidado están enfocadas las estructuras gubernamentales o no gubernamentales, individuos, hogares, y que opera fuera de canales informales como los informales (burocratizados).

Las etapas en las cadenas globales de valor están organizadas de forma secuencial, contrario a las cadenas globales de cuidado, porque en las cadenas globales de cuidado, muchas de las habilidades que se adquieren se produjeron en la infancia y continúan durante las actividades de cuidado, en un entorno público o privado. Las habilidades también están asociadas a qué tipo de trabajo se está realizando. Unas habilidades se consideran naturales, al no requerir entrenamiento, y otras involucran aprender en el trabajo. A excepción de la enfermería, que tiene jerarquía en los procesos de entrenamiento.

Los agentes en las cadenas globales de cuidado son posibles de explicar por la plusvalía generada y sus ingresos. Por el individuo, hogar, empleadores, instituciones, la comunidad, intermedios y burocracias gubernamentales. Cada uno de ellos y su desarrollo a lo largo del ciclo en la prestación de servicios. Por ejemplo; con el individuo, en la decisión que toma de emigrar porque hace una comparación entre el salario que se percibe en el país de origen con el de destino. En el hogar, porque este es principal receptor de remesas de sus familiares migrantes y brinda las capacidades que adquieren los emigrantes que realizan la labor de los cuidados. Los empleadores, como las emigrantes que contratan a mujeres de su localidad, y mujeres que con un ingreso adicional contratan servicios de cuidado/domésticos. Las instituciones, porque ahorran al contratar personal extranjero que cubre los servicios de cuidados. La comunidad, porque los recursos que remiten son utilizados para consumo e inversión. Los intermediarios, con los reclutadores y las burocracias gubernamentales al aumentar su PIB por las remesas que se envían.

Estos agentes también explican el papel que toman los países de origen y de envío, los primeros no únicamente reciben remesas de sus familiares emigrantes, sino que son esenciales en la reproducción social, para que estos puedan emigrar con ciertas habilidades y capacidades.

1.5. Crisis de cuidados

La globalización ha permitido la transformación intensiva de las distintas ramas que compone el ente económico, lo que ha cambiado totalmente el concepto y la regulación que tienen los servicios de cuidados y reproducción social. Anteriormente no eran considerados como servicios sino como obligaciones que debían cubrir un integrante de la familia. Estas actividades al convertirse en servicios por medio de la globalización llegan incluso a su transnacionalización y con ello, la insuficiencia para cubrir el cuidado en los hogares del centro o periferia, consecuencia de las políticas y reformas ineficientes en el ambiente migratorio.

Para Ezquerria (2012) la crisis de cuidados ha evolucionado en las décadas anteriores por el envejecimiento de la población, la disminución de mujeres para cuidar del hogar -por su mayor participación en trabajos remunerados- y la expansión de las políticas neoliberales de recortes sociales. Es importante analizar la expansión de las políticas neoliberales de recortes sociales. Las políticas neoliberales han buscado la manera de desprenderse poco a poco de la responsabilidad que tiene el gobierno en la atención pública como es el cuidado de adultos mayores, niños, y personas con discapacidad.

Mientras el trabajo de los cuidados a nivel internacional ha crecido, los mercados privados también lo han hecho, por mujeres que son contratadas y que reciben un pago, o como integrantes de familia que no reciben un pago. Los países del centro, por su desarrollo, son ideales para aplicar políticas en el mercado de cuidados, transformándolo en privado y que demanda migración femenina.

La crisis de los cuidados se ha intensificado con el movimiento progresivo de la fuerza laboral femenina y con las tendencias demográficas que han dado lugar a tasas de fertilidad muy bajas; así como la esperanza de vida en muchos países, con el envejecimiento de la población y la mayor presión de los sistemas de seguridad social que facilitan la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado que se hace importante; lo mismo puede decirse de la legislación que regula las licencias parentales y otras relacionadas con el trabajo de cuidado remunerado (Benería, 2008:2).

Hay que reconocer que la propia crisis de cuidados mucho tiene que ver con el auge de la migración femenina. En la década de los 90's con la globalización de los servicios de cuidado y la reproducción social fue notable el aumento de los flujos migratorios femeninos, dando paso a que en todas las partes de las cadenas de cuidados se demande personal para cubrir los cuidados del hogar privado. Así, transformándose en internacionalización del cuidado, que crea conexiones entre los hogares transnacionales, y hacen factibles el desplazamiento de los flujos migratorios.

Actualmente los gobiernos han olvidado el centro de estudio para idealizar sus políticas, que cada vez se concentran menos en la atención social de sus poblaciones. Las políticas se establecen en la familia y como centro de estudio son los hogares, por lo que deben buscarse alternativas en la accesibilidad a actividades y servicios con los que cuenta cada integrante, porque al ser insuficientes o de mala calidad, se privatizan.

En las últimas décadas se han constituido procesos de privatización en la medida en que involucran políticas que infunden a los proveedores con fines de lucro en los sistemas de prestación de servicios, y de asistencia social a los sectores voluntarios y estatales que brindan atención a las poblaciones de bajos ingresos a largo plazo. Esto se traduce en la informalización de la prestación del servicio. Como resultado, se reduce el costo del gasto estatal, y a su vez se reduce el costo unitario de la mano de obra a largo plazo, haciendo que gran parte de la asistencia sea prestada por parientes mujeres -sin recibir un sueldo-, vecinos, voluntarios auxiliares -mal pagados-, enfermeras y trabajadores sociales (Glendinning y MacLaughlin, 1993; Hooyman y Gonyea, 1995). Esto ha fomentado una mayor responsabilidad individual por parte de la familia para la atención de los integrantes, con el ideal de que la provisión de cuidados es más rentable domiciliaria y comunitariamente porque se sintoniza con las necesidades que necesitan los integrantes de la familia a diferencia de un organismo institucionalizado que impacta directamente a las mujeres por ser las principales proveedoras de cuidado informal, que es constante a los márgenes de las relaciones de mercado.

Recopilación y conclusión

Las cadenas globales de cuidado han logrado reunir todos los fenómenos precarios y desiguales por los que han vivido los trabajadores en el ámbito de los cuidados. Actualmente, con la creciente migración a países desarrollados y en donde cada vez las mujeres representan una mayor proporción de los flujos migratorios actuales, se destacan los sectores en los que se incorporan. Muchos de estos siguen contando con desigualdad y precariedad laboral, sin olvidar que las reformas migratorias aún no se regulan adecuadamente para los migrantes que llegan a los países destino para que gocen de las mismas condiciones que los ciudadanos.

La raza y el género son factores importantes que demuestran de manera inmediata las condiciones socioeconómicas por las que pasa cada individuo que migra y los flujos migratorios en los que se incorporan.

Las reformas actuales de los países centrales han tomado ventaja de dichos fenómenos, porque sus reformas han privatizado los servicios sociales con los que contaban los ciudadanos y cada vez es difícil para las familias proveer de un desarrollo óptimo a cada uno de sus integrantes.

Capítulo 2. Estrategia metodológica para el estudio del perfil de las migrantes mexicanas en el mercado de cuidados estadounidense

Este capítulo está dedicado a esbozar la estrategia metodológica que se utiliza en este trabajo de investigación para explorar el perfil de las mujeres migrantes mexicanas que trabajan en el sector de cuidados en los Estados Unidos. En la primera sección de este capítulo se describen las principales características de la base (ACS 2017) de donde provienen los datos. En la segunda sección se explica la forma en que se clasificaron las ocupaciones de la ACS para ubicar aquellas que se encuentran en el sector cuidados. En la tercera sección se describen las variables de la ACS que se utilizaron y la creación de variables a partir de la información de la propia base. Por último, en la cuarta sección se detalla el modelo econométrico a utilizarse para calcular la probabilidad que tienen las mujeres de ocuparse en el sector cuidados estadounidense.

2.1 Base de datos

Para el análisis de la presente investigación se ocupa la base de datos proporcionada por la *American Community Survey (ACS)* para el año del 2017.

La *American Community Survey (ACS)* es una encuesta nacional diseñada para proporcionar datos sociales, económicos, de vivienda y demográficos que sean confiables y oportunos. El *Census Bureau* usa datos recolectados de la *ACS* para proveer de estimaciones en una amplia gama de población y otras áreas geográficas.

La *ACS 1-year* (1 año), estima datos que han sido recopilados durante un periodo de 12 meses por áreas geográficas con población de casi 65,000 personas. Debido a la fecha en la que se realiza esta investigación, se analiza la base de datos de la *ACS* correspondiente al año 2017, con las características que la *ACS* proporciona. Las variables utilizadas fueron clasificadas en 3 grandes rubros: características sociales (lugar de nacimiento, estatus ciudadano, matrimonial y grado de estudios), características económicas (tipo de trabajador, situación laboral, cobertura de seguro de salud; ingresos y ganancias; e industria y ocupación) y características demográficas (edad y sexo).

2.2 Categorías ocupacionales del cuidado

Al no existir una única definición de las ocupaciones que caen dentro del sector cuidados, se hace una revisión de la literatura y de las ocupaciones que diferentes autores incluyen en este sector.

El sector de cuidados se constituye por ocupaciones que pretenden la provisión de cuidados para los adultos mayores, niños y personas discapacitadas. Yeates (2009) describe que, si bien la atención original de las cadenas globales de cuidado se mantiene en la asistencia social, su alcance también debe abarcar otros tipos de atención como la salud, educación sexual y religiosa; porque reflejaría la naturaleza multidimensional de los servicios de cuidado.

Espinoza (2017) define a los “trabajadores de atención directa” para agrupar a los asistentes de salud en el hogar, asistentes de cuidado personal y enfermería. Según lo definido por el

sistema de Clasificación Ocupacional Estándar⁴ desarrollado por la *U.S. Bureau of Labor Statistics (BLS)*, los cuidados personales también se refieren a el cuidado del hogar y la preparación de alimentos.

Para Kelly et al. (2018), la fuerza laboral de atención directa se establece por dos ocupaciones. En la primera ocupación se brinda asistencia médica, como la enfermería, psiquiatría y ayudantes de salud en el hogar. La segunda ocupación está formada por los asistentes de atención personal y domiciliaria. Un ejemplo son los trabajadores que prestan estrictamente servicios no médicos sino para la asistencia de actividades en la vida diaria.

Para el análisis de la base de datos, se elige cada ocupación que se considera pertenece al sector cuidados y la industria a la que pertenece. A partir de esa selección se construye la variable llamada categorías ocupacionales. Dicha variable corresponde a un total de 818,677⁵ mexicanos en Estados Unidos desempeñando laborales en el sector de cuidados.

Con las ocupaciones mencionadas por los autores anteriores y la información que brinda la ACS, se crearon las siguientes 6 categorías ocupacionales:

CMS - Ocupaciones comunitarias y de servicios sociales

MED - Profesionales de la salud

MED - Enfermeros

HSL - Ocupaciones de Asistencia Sanitaria

CLN - Empleos de limpieza y mantenimiento de terrenos y edificios

PRS - Cuidado personal y ocupaciones de servicio

La variable MED de profesionales de la salud y ocupaciones técnicas fue a su vez subdividida en dos para separar a aquellos que son médicos de aquellos que son enfermeros. Esta

⁴ U.S. Bureau of Labor Statistics (2018). Standard occupational classification. “2018 SOC SYSTEM”.

Recuperado de: <https://www.bls.gov/soc/>

⁵ Aplicando factor de expansión.

separación se hizo porque, aunque todos laboran en el cuidado de la salud, las características educacionales, de ingreso, entre otras, son muy distintas para unos que para otros.

Una vez que se redujo la base de datos a la población objetivo (personas nacidas en México y ocupadas en el sector cuidados en Estados Unidos) se estudiaron las siguientes variables: género, edad, calificación, salario, ciudadanía, presencia hijos, dominio inglés, nivel escolar, situación laboral, y condición laboral. Hay variables que tienen una construcción específica, por lo que se diseñaron intervalos para su análisis como las siguientes.

Edad

El promedio de edad de los inmigrantes dedicados a los cuidados directos es mayor que el promedio de los nativos; la edad media entre estos trabajadores es de 48 años, comparada con la media de los nativos de 38 años.

Los intervalos utilizados son los elaborados por la *U.S Bureau of Labor Statistics (2019)*⁶ al referirse a la edad de los trabajadores por sector en el mercado laboral.

Educación

Para conocer la educación de los inmigrantes mexicanos se construyeron intervalos con la clasificación de logro académico de la ACS. Esto hace posible visualizar entre los inmigrantes con diferentes logros educativos.

Calificación

La devaluación de las ocupaciones de cuidados está bien establecida. Aquellas personas que trabajan en ocupaciones donde cuidan a otras personas, experimentan ganancias más bajas en comparación con trabajadores de habilidades similares y en ocupaciones laborales no relacionadas con el cuidado (Duffy 2011; England 2005; England, Budig y Folbre 2002).

⁶ U.S Bureau Labor Statistics (2019). Labor Force Statistics from the Current Population Survey. "Persons at work in nonagricultural industries by age, sex, race, Hispanic or Latino ethnicity, marital status, and usual full or part-time status" Recuperado de: <https://www.bls.gov/cps/cpsaat22.htm>

Los intervalos de calificación se desarrollaron con el nivel de ingresos que se divide en 3 categorías con los siguientes ingresos: 34 mil dólares o menos en un año definido por las ocupaciones de calificación baja, 35 mil o 99 mil dólares en un año definido por las ocupaciones de calificación media y 100 mil dólares o más obtenidos en un año correspondiente a las ocupaciones de calificación alta. Estos intervalos se consideran con base en lo publicación “Midiendo el valor de la educación” (*Measuring the value of education*), *U.S. Bureau of labor statistics* (2018). Torpey (2018), asegura que las estadísticas demuestran que entre más aprendes, más oportunidad de ingresos altos tienes, donde los niveles educativos superiores, demuestran tasas de desempleo son inferiores.

Condición laboral

Las condiciones del trabajo doméstico y de cuidado toman muchas formas diferentes; como el proporcionar otro tipo de labores mientras se realiza la atención de cuidados o trabajo doméstico. Pueden trabajar unas pocas horas a la semana o pocas horas al día o tiempo completo, y a menudo horarios muy extensos (Williams, 2011, p.26).

Al examinar las condiciones de trabajo, se tomaron en cuenta las variables de seguro social, horas trabajadas a la semana, y tipo de trabajador que la ACS proporciona.

Horas de trabajo a la semana

La *U.S. Bureau of Labor Statistics* (2019), señala que las horas de trabajo al día para tiempo completo es de 8 horas, y para trabajos de medio tiempo es de 5.5 horas. Para calcular las horas de trabajo a la semana por ocupación, los intervalos de trabajo a la semana son de 34 horas o menos y de 35 horas o más.

2.3 Construcción de variables

Figura 2.1 Construcción de Variables con base en la American Community Survey (ACS).

Variable	Construcción variable
	CMS (Ocupaciones comunitarias y de servicios sociales): 2010; 2015; 2016; 2025; 2050; y 2060. MED (Profesionales de la salud y ocupaciones técnicas): 3000; 3010; 3030; 3040; 3050; 3060;

<p>Categorías ocupacionales</p>	<p>3110; 3120; 3140; 3150; 3160; 3200; 3210; 3220; 3230; 3245; 3250; 3260; 3300; 3310; 3320; 3400; 3420; 3510; 3520; 3535.</p> <p>MED (Enfermeros): 3255; 3256; 3258; 3500.</p> <p>HSL (Ocupaciones de Asistencia Sanitaria): 3600; 3610; 3620; 3630; 3640; 3645; 3646; 3647; 3648; 3649; 3655.</p> <p>CLN (Empleos de limpieza y mantenimiento de terrenos y edificios): 4230</p> <p>PRS (Cuidado personal y ocupaciones de servicio): 4600; 4610.</p>
<p>Género por ocupación</p>	<p>Categorías (CMS; MED; HSL; CLN; PRS)</p> <p>SEX (sexo): 1; 2.</p>
<p>Edad</p>	<p>Categorías (CMS; MED; HSL; CLN; PRS)</p> <p>SEX (sexo): 1; 2.</p> <p>Intervalos: generados a partir de lo que estipula la U.S Bureau Labor Statistics.</p> <p>AGEP (edad): 01...099.</p>
<p>Calificación</p>	<p>Obtener el grado de calificación por ingreso con la categoría de salario WAGP (Ingresos salariales en los pasados 12 meses): “contents (mean wagp) row”</p> <p>Se organiza de la siguiente manera:</p> <p>34 mil dólares al año o menos</p> <p>35 mil o 99 mil dólares al año</p> <p>100 mil o más dólares al año</p>
<p>Salario</p>	<p>Categorías (CMS; MED; HSL; CLN; PRS)</p> <p>SEX (sexo): 1; 2.</p> <p>WAGP (Ingresos salariales en los pasados 12 meses): “contents (mean wagp) row”</p>

Ciudadanía	<p>Categorías (CMS; MED; HSL; CLN; PRS)</p> <p>SEX (sexo): 1; 2.</p> <p>CIT (situación ciudadanía) :</p> <p>Ciudadano: 1; 2; 3; 4</p> <p>No ciudadano: 5</p>
Presencia hijos	<p>Categorías (CMS; MED; HSL; CLN; PRS)</p> <p>SEX (sexo): 1; 2.</p> <p>HUPAOC (Presencia y edad de hijos propios): 1;2;3;4.</p>
Dominio Inglés	<p>Categorías (CMS; MED; HSL; CLN; PRS)</p> <p>SEX (sexo): 1; 2.</p> <p>ENG (Habilidad para hablar inglés): 1; 2; 3; 4.</p>
Educación	<p>Categorías (CMS; MED; HSL; CLN; PRS)</p> <p>SEX (sexo): 1; 2.</p> <p>SCHL (Logro educativo): 01; 15-24.</p>
Situación Laboral	<p>Categorías (CMS; MED; HSL; CLN; PRS)</p> <p>SEX (sexo): 1; 2.</p> <p>ESR (Estado laboral): 1-6.</p>
Condición laboral	<p>Categorías (CMS; MED; HSL; CLN; PRS)</p> <p>SEX (sexo): 1; 2.</p> <p>WKHP (Horas habituales trabajadas por semana los últimos 12 meses): 01... 98 / 99</p> <p>HICOV (Cobertura de seguro social) : 1;2.</p> <p>COW (Clase de Trabajador): 1-9.</p>

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

Modelo econométrico

La base de datos para el modelo econométrico es obtenida de la *ACS 2017*, que refleja a los mexicanos ocupados en lo que se denomina sector de cuidados. La muestra corresponde a un total de 818,677 individuos, 83,742 hombres y 734,935 mujeres⁷.

Para su análisis se usa el modelo de elección discreta logit que mide la incidencia de parámetros a partir de una estimación. Observando la probabilidad de que los migrantes se empleen en el sector de salud, frente al sector de limpieza y cuidados personales, en función de las variables sociodemográficas, de capital humano, condiciones laborales y de ciudadanía.

En los siguientes capítulos se presenta la evidencia obtenida. En primer lugar, con el análisis de la estadística descriptiva y después en el siguiente capítulo los resultados del modelo econométrico.

Capítulo 3. Estadística descriptiva de las distintas ocupaciones en la cadena global de cuidados

A continuación, se realiza un análisis de estadística descriptiva con el fin de ofrecer una panorámica de la relación entre las distintas ocupaciones del sector de cuidados de un conjunto de variables agrupadas en tres grandes categorías: i) las condiciones sociodemográficas, ii) el capital humano, iii) la condición laboral y condición ciudadana. Como se indicó arriba, se observa que la presencia de migrantes mexicanas es predominante sobre su contraparte masculina. Esta característica puede variar por tipo de ocupación, pero está presente en todas. Habida cuenta de ello es imprescindible analizar las diferencias frente a los hombres.

3.1 Condiciones Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas consideradas son: género, edad, estado civil, y presencia de hijos. Pese a que el sector de cuidados es predominantemente femenino, es de interés

⁷ Todas las cifras en miles de personas incluyen el factor de expansión.

examinar hombres y mujeres por separado con el fin de comprobar lo que Yeates (2008) describe como una expresión de las jerarquías sociales, que crean enlaces para estructurar las desigualdades socioeconómicas de género y de grupos étnicos. Esta estructuración es consecuencia de los crecientes flujos migratorios provenientes de países en vías de desarrollo.

Género por ocupación

Tabla 3.1

Personas ocupadas en el sector de cuidados por género

Sector	H	%	M	%	Total	%
	83,742	10%	734,935	90%	818,677	100%
CMS (Centros de servicios comunitarios)	7,521	24%	23,209	76%	30,730	4%
MED (Médicos)	19,929	39%	31,417	61%	51,346	6%
MED (Enfermeros)	5,381	15%	30,313	85%	35,694	4%
HSL (Asistente de Médicos)	14,002	12%	99,435	88%	113,437	14%
CLN (Limpieza)	24,624	6%	358,114	94%	382,738	47%
PRS (Ayuda personal)	12,285	6%	192,447	94%	204,732	25%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

De un total de 818,677 mexicanos ocupados en el sector de cuidados, un 90% son mujeres, es decir, es un sector altamente feminizado (Cuadro 1). El género es imprescindible en el estudio de las cadenas globales de cuidado, como se ha señalado en la revisión de la literatura del Capítulo 1. Debido a la división sexual laboral, estas cadenas generalmente son ocupadas por mujeres (Gleen; 1992 y Orozco; 2007). Gottfried (2013) menciona que la incorporación de mujeres al mercado laboral y la segregación de género es consecuencia de los factores de expulsión y atracción, la reestructuración económica, las resoluciones legales y las reformas políticas.

Por mucho, las ocupaciones donde más se emplean las mujeres mexicanas es en limpieza y ayuda personal. Del total de mujeres ocupadas en cuidados, casi la mitad (49%) desempeñan trabajos de limpieza y poco más de una cuarta parte (26%) trabajan haciendo labores de ayuda personal. Sumadas las mujeres ocupadas en estos dos rubros ascienden a 75% de la población ocupada femenina en los servicios de cuidado. En contraste, los hombres en estas 2 ocupaciones - limpieza y ayuda personal - representan 44% de la fuerza de trabajo del sector cuidados (29% y 15% respectivamente).

Es importante resaltar que en aquellas ocupaciones del sector cuidados que se caracterizan por requerir mayor grado educativo y que tienen mayores salarios, como las ocupaciones médicas, del total de hombres casi una cuarta parte (24%) se ubican en este rubro mientras que del total de mujeres solo el 4%. Esto refleja que las mujeres ocupan la mayor proporción en el sector de cuidados, son más propensas a ocuparse en servicios privados como lo son el de limpieza y ayuda personal. Mientras que los hombres, con una menor proporción, se ocupan en servicios que se consideran con tener mayor especialización y salarios más altos.

Edad por ocupación

Tabla 3.2

Edad por ocupación

	H	%	M	%	Total	%
Total	83,742	10%	734,935	90%	818,677	100%
CMS (Centro de servicios comunitarios) n=30,730						
17-30	2,600	35%	5,302	23%	7,902	1%
31-40	2,353	31%	5,336	23%	7,689	1%
41+	2,568	34%	12,571	54%	15,139	2%
No respondió	-	-	-	-	-	-
Total	7,521	100%	23,209	100%	30,730	4%
MED (Médicos) n=51,346						

17-30	3,501	18%	7,526	24%	11,027	1%
31-40	4,370	22%	9,604	31%	13,974	2%
41+	12,058	61%	14,287	45%	26,345	3%
No respondió	-	-	-	-	-	-
Total	19,929	100%	31,417	100%	51,346	6%
MED (Enfermeros) n= 35,694						
17-30	2,057	38%	5,744	19%	7,801	1%
31-40	1,317	24%	9,621	32%	10,938	1%
41+	2,007	37%	14,948	49%	16,955	2%
No respondió	-	-	-	-	-	-
Total	5,381	100%	30,313	100%	35,694	4%
HSL (Asistente de médico) n= 113,437						
17-30	3,609	26%	27,467	28%	31,076	4%
31-40	3,648	26%	25,530	26%	29,178	4%
41+	6,745	48%	46,438	47%	53,183	6%
No respondió	-	-	-	-	-	-
Total	14,002	100%	99,435	100%	113,437	14%
CLN (Limpieza) n= 382,738						
17-30	2,705	11%	27,292	8%	29,997	4%
31-40	3,659	15%	105,399	29%	109,058	13%
41+	18,260	74%	225,296	63%	243,556	30%
No respondió	-	-	127	-	127	0%
Total	24,624	100%	358,114	100%	382,738	47%
PRS (Ayuda personal) n= 204,732						

17-30	1,997	16%	25,654	13%	27,651	3%
31-40	1,158	9%	27,678	14%	28,836	4%
41+	9,021	73%	139,046	72%	148,067	18%
No respondió	109	1%	69	0%	178	0%
Total	12,285	100%	192,447	100%	204,732	25%
Todos los ocupados en cuidados	H	%	M	%	Total	%
17-30	16,469	20%	98,985	13%	115,454	14%
31-40	16,505	20%	183,168	25%	199,673	24%
41+	50,659	60%	452,586	62%	503,245	61%
No respondió	109	0%	196	0%	305	0%
Total	83,742	100%	734,935	100%	818,677	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

En el cuadro de edad por ocupación se observa que el estrato etario predominante en la población total de mexicanos generalmente es de 41 años o más (61%). El Consejo Nacional de Población (CONAPO) publicó en su Anuario de Migración y Remesas México (2018), para el año de 2017, la población mexicana migrante en Estados Unidos tenía una edad promedio entre los 40 y los 44 años. Las mexicanas sobresalen en un 62% (503,245) de los ocupadas. Hochschild (2000) explica que estas personas al no ser capaces de cumplir con las labores de su propio hogar, otra mujer integrante de la familia se hará cargo de ellos, que es donde termina la cadena de cuidados. La ocupación de ayuda personal tiene mayor representación en la población de 41 años o más con un 72% (139,046) para las mujeres y un 73% para los hombres (9,021). El siguiente estrato etario en importancia corresponde al de los 31 a 40 años, destacándose los centros de servicios comunitarios (31%) y asistentes médicos (26%) para los hombres. Para las mujeres destacan las enfermeras (32%) y médicos (31%). En el estrato etario más joven resaltan los enfermeros (38%) y los centros de servicios comunitarios (35%) en los hombres, y en las mujeres de entre 17 y 30 años destacan las asistentes de médico (28%) y las médicos (24%). En resumen, los inmigrantes ocupados en

ayuda personal tienden a ser los mayores de edad. En tanto que los más jóvenes tiende a ser los que trabajan en los centros de servicios comunitarios, enfermeros y médicos.

Estado civil

Tabla 3.3

Estado civil

	H	%	M	%	Total	%
<i>Total</i>	83,742	10%	734,935	90%	818,677	100%
CMS (Centros de servicios comunitarios) n=30,730						
Casados	3,732	50%	12,363	53%	16,095	2%
No Casados	3,789	50%	10,846	47%	14,635	2%
Total	7,521	100%	23,209	100%	30,730	4%
MED (Médicos) n=51,346						
Casados	13,003	65%	17,228	55%	30,231	4%
No Casados	6,926	35%	14,189	45%	21,115	3%
Total	19,929	100%	31,417	100%	51,346	6%
MED (Enfermeros) n=35,694						
Casados	2,410	45%	18,316	60%	20,726	3%
No Casados	2,971	55%	11,997	40%	14,968	2%
Total	5,381	100%	30,313	100%	35,694	4%
HSL (Asistente de médico) n= 113,437						
Casados	5,311	38%	55,754	56%	61,065	7%
No Casados	8,691	62%	43,681	44%	52,372	6%
Total	14,002	100%	99,435	100%	113,437	14%
CLN (Limpieza) n= 382,738						
Casados	16,909	69%	187,832	52%	204,741	25%

No Casados	7,715	31%	170,282	48%	177,997	22%
Total	24,624	100%	358,114	100%	382,738	47%
PRS (Ayuda personal) n= 204,732						
Casados	5,929	48%	103,557	54%	109,486	13%
No Casados	6,356	52%	88,890	46%	95,246	12%
Total	12,285	100%	192,447	100%	204,732	25%
Todos los ocupados en cuidados						
Casados	47,294	56%	395,050	54%	442,344	54%
No Casados	36,448	44%	339,885	46%	376,333	46%
Total	83,742	100%	734,935	100%	818,677	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

El estado civil de la población mexicana nos muestra que más de la mitad de la población está casada (54%), con una representación del 54% (395, 050) de las mujeres y un 56% (47,294) de los hombres.

Un poco más de la mitad de las enfermeras (60%) y los hombres ocupados en limpieza (69%) están casados, secundados por las asistentes de médico (56%) y médicos (65%). Entre los mexicanos que no son casados se encuentran a mujeres que se dedican a limpieza (48%), y los asistentes de médico (62%). Las cadenas globales de cuidado representan a una sociedad que desarrolla un papel esencial en el núcleo familiar. Sin embargo, estas mujeres son independientes o son el sustento principal en su familia.

Presencia hijos

Tabla 3.4

Presencia de hijos

	H	%	M	%	Total	%
Total	83,742	10%	734,935	90%	818,677	100%

CMS (Centros de servicios comunitarios) n=30,588						
Con hijos	2,603	35%	10,056	43%	12,659	2%
Sin hijos	4,851	64%	13,078	56%	17,929	2%
No respondió	67	1%	75	0%	142	0%
Total	7,521	100%	23,209	100%	30,588	4%
MED (Médicos) n=51,346						
Con hijos	10,770	54%	15,226	48%	25,996	3%
Sin hijos	8,817	44%	16,137	51%	24,954	3%
No respondió	342	2%	54	0%	396	0%
Total	19,929	100%	31,417	100%	51,346	6%
MED (Enfermeros) n=35,694						
Con hijos	2,062	38%	15,663	52%	17,725	2%
Sin hijos	3,319	62%	14,650	48%	17,969	2%
No respondió	-	-	-	-	-	-
Total	5,381	100%	30,313	100%	35,694	4%
HSL (Asistente de médico) n=113,437						
Con hijos	4,507	32%	50,153	50%	54,660	7%
Sin hijos	9,495	68%	49,282	50%	58,777	7%
No respondió	-	-	-	-	-	-
Total	14,002	100%	99,435	100%	113,437	14%
CLN (Limpieza) n=381,964						
Con hijos	10,372	42%	203,724	57%	214,096	26%
Sin hijos	13,837	56%	154,031	43%	167,868	20%

No respondió	415	2%	359	0%	774	0%
Total	24,624	100%	358,114	100%	381,964	47%
PRS (Ayuda personal) n= 204, 732						
Con hijos	3,972	32%	84,458	44%	88,430	11%
Sin hijos	8,214	67%	107,570	56%	115,784	14%
No respondió	99	1%	419	0%	518	0%
Total	12,285	100%	192,447	100%	204,732	25%
Todos los ocupados en cuidados						
Con hijos	34,286	41%	379,280	52%	413,566	51%
Sin hijos	48,533	58%	354,748	48%	403,281	49%
No respondió	923	1%	907	0%	1,830	0%
Total	83,742	100%	734,935	100%	818,677	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

Los porcentajes entre hombres y mujeres que tienen hijos varían entre sí, pero, es aún visible que las mujeres ocupadas en ocupaciones calificadas normalmente no representan porcentajes altos entre las mujeres que tienen hijos. Un 52% de las mexicanas tienen hijos, en cambio un 11% menos de los hombres tienen hijos (41%). En las ocupaciones en donde existe una mayor proporción de mujeres con hijos son: limpieza y enfermería (57% y 52% respectivamente). De los hombres con hijos sobresalen los médicos (54%) y limpieza (42%). Domínguez, Brown y Nava (2019) explican que la presencia de hijos deja en claro que las profesionistas mexicanas enfrentan una doble vulnerabilidad: como inmigrantes y como mujeres.

3.2 Capital Humano

La teoría del capital humano busca explicar el éxito en los mercados de trabajo. Lo que argumenta esta teoría es que las diferencias en salarios, tipo de trabajo y probabilidad de empleo reflejan la inversión de los trabajadores en el capital humano, es decir, en educación formal, en capacitación, en cursos de todo tipo (incluidos los de idiomas). En este trabajo consideramos los principales niveles de educación formal y el dominio del inglés.

Nivel educativo

Tabla 3.5

Nivel educativo

	H	%	M	%	Total	%
Total	83,742	10%	734,935	90%	818,677	100%
CMS (Centro de Servicios comunitarios) n= 28,603						
Secundaria o menor	78	1%	834	4%	912	3%
Preparatoria	2,712	36%	8,007	34%	10,719	37%
Grado Técnico	245	3%	1,529	7%	1774	6%
Licenciatura y contra grado	4,058	54%	10,712	46%	14,770	52%
No respondió	428	6%	2,127	9%	428	1%
Total	7521	100%	23209	100%	28,603	100%
MED (Médicos) n= 51,346						
Secundaria o menor	922	5%	386	1%	1308	3%
Preparatoria	6,727	34%	15,063	48%	21,790	42%
Grado Técnico	3,876	19%	4,513	14%	8389	16%
Licenciatura y contra grado	7,702	39%	9,693	31%	17,395	34%
No respondió	702	4%	1,762	6%	2,464	5%

Total	19929	100%	31417	100%	51,346	100%
Med (Enfermeros) n= 35,694						
Secundaria o menor	68	1%	1524	5%	1592	4%
Preparatoria	1,883	35%	9,716	32%	11,599	32%
Grado Técnico	1,194	22%	7,781	26%	8975	25%
Licenciatura y contra grado	2,078	39%	10,058	33%	12,136	34%
No respondió	158	3%	1,234	4%	1,392	4%
Total	5381	100%	30313	100%	35,694	100%
HSL (Asistente Médico) n= 113,437						
Secundaria o menor	1185	8%	6521	7%	7706	7%
Preparatoria	6,459	46%	59,923	60%	66,382	59%
Grado Técnico	1,743	12%	9,320	9%	11063	10%
Licenciatura y contra grado	2,212	16%	4,815	5%	7,027	6%
No respondió	2,403	17%	18,856	19%	21,259	19%
Total	14002	100%	99435	100%	113,437	100%
CLN (Limpieza) n= 382,738						
Secundaria o menor	3,305	13%	36,747	10%	40,052	10%
Preparatoria	8,477	34%	124,490	35%	132,967	35%
Grado Técnico	0	0%	5,867	2%	5867	2%
Licenciatura y contra grado	854	3%	10,204	3%	11,058	3%
No respondió	11,988	49%	180,806	50%	192,794	50%
Total	24,624	100%	358,114	100%	382,738	100%
PRS (Ayuda personal) n= 204,732						

Secundaria o menor	961	8%	21133	11%	22094	11%
Preparatoria	5,728	47%	78,867	41%	84,595	41%
Grado Técnico	715	6%	7,079	4%	7794	4%
Licenciatura y contra grado	1077	9%	10834	6%	11911	6%
No respondió	3,804	31%	74,534	39%	78,338	38%
Total	12285	100%	192,447	100%	204,732	100%
Todos los ocupados en cuidados						
Secundaria o menor	6,519	8%	67,145	9%	73,664	9%
Preparatoria	31,986	38%	296,066	40%	328,052	40%
Grado Técnico	7,773	9%	36,089	5%	43,862	5%
Licenciatura y contra grado	17,981	21%	56,316	8%	74,297	9%
No respondió	19,483	23%	279,319	38%	298802	36%
Total	83,742	100%	734,935	100%	818,677	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

El nivel educativo en el sector de cuidados es de estudios de secundaria o menores con un 8% para los hombres y 9% para las mujeres. Los niveles educativos más bajos corresponden a los que se dedican a limpieza y ayuda personal (sean hombres o mujeres). El 40% de los inmigrantes tiene preparatoria hecha. Las mujeres con mejores niveles educativos se ocupan en servicios comunitarios (46%) y enfermería (33%). Por el otro lado, los hombres con mejores niveles educativos se ocupan en servicios comunitarios (54%) médicos y enfermeros (39%). Por lo tanto, los mexicanos se insertan en ocupaciones que corresponden a sus niveles educativos. Sin embargo, existen excepciones, porque en ocupaciones de baja calificación como ayuda personal (33%) y limpieza (50%) un gran porcentaje de los mexicanos no respondieron su nivel educativo. Krogstad, M., y Radford, J. (2018) publicaron que un 57% de los inmigrantes mexicanos no autorizados no completó la preparatoria, a diferencia del

62% registrado en 2007. Esto indica que cada vez hay inmigrantes con mejores niveles educativos que llegan a Estados Unidos.

Dominio del idioma inglés

Tabla 3.6

Dominio del idioma inglés

	H	%	M	%	Total	%
Total	83,742	10%	734,935	90%	818,677	100%
CMS (Centros de servicios comunitarios)						
n=30,730						
Sí	6,521	87%	17,270	74%	23,791	3%
No	348	5%	3,227	14%	3,575	0%
No respondió	652	9%	2,712	12%	3,364	0%
Total	7,521	100%	23,209	100%	30,730	4%
MED (Médicos)						
n=51,346						
Sí	13,603	68%	24,683	79%	38,286	5%
No	2,672	13%	3,937	13%	6,609	1%
No respondió	3,654	18%	2,797	9%	6,451	1%
Total	19,929	100%	31,417	100%	51,346	6%
MED (Enfermeros)						
n=35,694						
Si	4,343	81%	22,190	73%	26,533	3%
No	498	9%	3,951	13%	4,449	1%
No respondió	540	10%	4,172	14%	4,712	1%
Total	5,381	100%	30,313	100%	35,694	4%
HSL (Asistente de médico) n= 113,437						

Sí	9,908	71%	73,856	74%	83,764	10%
No	2,972	21%	19,894	20%	22,866	3%
No respondió	1,122	8%	5,685	6%	6,807	1%
Total	14,002	100%	99,435	100%	113,437	14%
CLN (Limpieza) n= 382,738						
Sí	9,908	40%	144,673	40%	154,581	19%
No	13,979	57%	204,366	57%	218,345	27%
No respondió	737	3%	9,075	3%	9,812	1%
Total	24,624	100%	358,114	100%	382,738	47%
PRS (Ayuda personal) n= 204,732						
Sí	7,740	63%	98,163	51%	105,903	13%
No	3,375	27%	86,997	45%	90,372	11%
No respondió	1,170	10%	7,287	4%	8,457	1%
Total	12,285	100%	192,447	100%	204,732	25%
Todos los ocupados en cuidados						
Sí	52,023	62%	380,835	52%	432,858	53%
No	23,844	28%	322,372	44%	346,216	42%
No respondió	7875	9%	31728	4%	39,603	5%
Total	83,742	100%	734,935	100%	818,677	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

En el dominio del idioma inglés, se puede observar que poco más de la mitad de los mexicanos en el sector de cuidados dominan el idioma (53%). Un 10% más de los hombres (62%) dominan inglés comparado con las mujeres (52%). El dominio del idioma inglés no dependerá de la ocupación en la que están empleados.

Domínguez y Vázquez (2018) al examinar un modelo multilogístico para analizar los factores que explican la inserción laboral en distintos niveles de calificación entre diferentes países, encontraron que el dominio del idioma inglés eleva las posibilidades de emplearse en ocupaciones de alta calificación en forma inversa al grado académico.

Para ambos géneros el dominar el idioma inglés tiene la misma tendencia en ocuparse entre los 6 sectores. Sin embargo, llama la atención la situación de los médicos, porque un 11% más de las mujeres domina el inglés comparado con los hombres. Se destaca que en las ocupaciones de baja calificación como limpieza (27%) existe una mayor concentración de mexicanos que no dominan el idioma inglés.

Los médicos son un caso excepcional, hay médicos mexicanos que no dominan el idioma inglés y un 16% está ocupado; comparado con un 14% de las mexicanas. El Pew Research Center (2019) señala que los inmigrantes con capacidad limitada de habla inglesa tienen más probabilidades de vivir en la pobreza, lo que refleja en parte sus habilidades laborales. Esto comprobaría que el dominio de idioma brinda la oportunidad de ocuparse en trabajos de alta calificación.

3.3 Condición laboral y condiciones migratorias.

La condición laboral puede medirse desde distintos ángulos. Si el trabajador es de tiempo completo o parcial, su nivel de ingreso, salario promedio y si cuenta o no con un seguro social.

Tipo de trabajador

Tabla 3.7

Tipo de trabajador

	H	%	M	%	Total	%
<i>Total</i>	<i>155,199</i>		<i>1,277,423</i>		<i>818,677</i>	<i>100%</i>

CMS (Centros de servicios comunitarios) n= 30, 730						
Empleado Privado	4,557	61%	14,016	60%	18,573	2%
Empleado Público	2,769	37%	8,848	38%	11,617	1%
Autoempleado	195	3%	345	1%	540	0%
Empleado sin paga	-	-	-	-	-	-
Total	7,521	100%	23,209	100%	30,730	4%
MED (Médicos) n= 51,346						
Empleado Privado	14,337	72%	24,913	79%	39,250	5%
Empleado público	2,622	13%	4,629	15%	7,251	1%
Autoempleado	2,970	15%	1,841	6%	4,811	1%
Empleado sin paga	-	-	34	0%	34	0%
Total	19,929	100%	31,417	100%	51,346	6%
MED (Enfermeros) n= 35, 694						
Empleado Privado	4,781	89%	25,143	83%	29,924	4%
Empleado Público	600	11%	4,741	16%	5,341	1%
Autoempleado	-	-	429	1%	429	0%
Empleado sin paga	-	-	-	-	-	-
Total	5,381	100%	30,313	100%	35,694	4%
HSL (Asistente de médico) n= 113,437						

Empleado Privado	12,225	87%	90,420	91%	102,645	13%
Empleado Público	989	7%	6,792	7%	7,781	1%
Autoempleado	788	6%	2,223	2%	3,011	0%
Empleado sin paga	-	-	-	-	-	-
Total	14,002	100%	99,435	100%	113,437	14%
CLN (Limpieza) n= 382,738						
Empleado Privado	16,118	65%	218,667	61%	234,785	29%
Empleado Público	424	2%	5,056	1%	5,480	1%
Autoempleado	7,955	32%	133,126	37%	141,081	17%
Empleado sin paga	127	1%	1,265	0%	1,392	0%
Total	24,624	100%	358,114	100%	382,738	47%
PRS (Ayuda personal) n= 204,732						
Empleado Privado	5,551	45%	101,134	53%	106,685	13%
Empleado Público	4,912	40%	38,070	20%	42,982	5%
Autoempleado	1,782	15%	51,850	27%	53,632	7%
Empleado sin paga	40	0%	1,393	1%	1,433	0%
Total	12,285	100%	192,447	100%	204,732	25%
Todas los ocupados en cuidados						
Empleado Privado	57,569	69%	474,293	65%	531,862	65%
Empleado Público	12,316	15%	68,136	9%	80,452	10%
Autoempleado	13,690	16%	189,814	26%	203,504	25%

Empleado sin paga	167	0%	2,692	0%	2,859	0%
Total	83,742	100%	734,935	100%	818,677	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

Un 65% (531, 862) de las mexicanas ocupadas en el sector de cuidados pertenecen al sector privado. Más de la mitad de los hombres se emplearán para privados (69%). Si los migrantes mexicanos se autoemplean, es más común que lo hagan las mujeres (29%). Los mexicanos empleados sin paga, aunque no representan porcentajes considerables en la muestra, son significativos ya que 2,692 mexicanas y 167 mexicanos no reciben un pago por la ocupación que realizan. Castel (2016) habla del desarrollo de un “precariado” en la medida de construir un estrato permanente en la división del trabajo, menor al asalariado. Y esta tendencia se alimenta de presionar a conseguir trabajo a cualquier precio o condición.

Es visible la vulnerabilidad de las mujeres en el mercado laboral, siendo estas representantes fuertes en el sector de cuidados. En limpieza un 5% más de las mujeres se auto emplean en comparación con los hombres (32%). Si comparamos a los hombres que se auto emplean en ayuda personal (15%), casi el doble de las mujeres se auto emplean en ayuda personal (27%). Ness (2005) explica que la subcontratación, el trabajo temporal, el racismo, y concepto de género se asumen por encima de la informalización, como una redistribución del trabajo por sectores regulados de la economía a sectores no regulados en la economía informal.

Al observar el tipo de empleado en cada una de las ocupaciones, constantemente es visible el porcentaje alto de mexicanas que se auto emplean o incluso no reciben un salario, especialmente en limpieza y ayuda personal, en el que Huang et al. (2012) describen al trabajo doméstico y al de cuidado como marcados por una jerarquía de tareas laborales, con estructura de empleos formales e informales y por grupos de variados estatus.

Horas de trabajo a la semana

Tabla 3.8

Horas de Trabajo a la semana

	Menor o igual a 34				Mayor o igual a 35				Total	%
	H	%	M	%	H	%	M	%		
Total	17,157	2%	276,704	34%	66,585	8%	458,231	56%	818,677	100%
CMS (Centro de servicios médicos o de ayuda) n= 30,730	645	4%	3470	1%	6,876	10%	19,739	4%	30,730	4%
MED (Médicos) n= 51,346	1,406	8%	6,960	3%	18,523	28%	24,457	5%	51,346	6%
MED (Enfermeros) n=35,694	708	4%	4,530	2%	4,673	7%	25,783	6%	35,694	4%
HSL (Asistente de médico) n= 113,437	2,678	16%	27,154	10%	11,324	17%	72,281	16%	113,437	14%
CLN (Limpieza) n= 382,738	5,666	33%	148,280	54%	18,958	28%	209,834	46%	382,738	47%
PRS (Ayuda personal) n= 204,732	6,054	35%	86,310	31%	6,231	9%	106,137	23%	204,732	25%
Total	17,157	100%	27,6704	100%	66,585	100%	458,231	100%	818,677	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

Las ocupaciones donde los mexicanos tienen jornadas largas laborales son de limpieza (47%) y ayuda personal (25%). Un 23% más de hombres médicos cumple con más de 35 horas a comparación de las mujeres (8%). Las mujeres cuando se trata de una jornada de 35 horas o más a la semana se concentrarán en ocupaciones como limpieza (46%) y ayuda personal (23%). Entre los mexicanos ocupados en enfermería un doble de los hombres cumple con jornadas de 34 horas o menos, si se compara con el 2% de las mujeres enfermeras. Entre las ocupaciones de limpieza y ayuda personal, cuando se trata de una jornada de 34 horas o menos, mantiene un porcentaje similar de ocupados, a excepción de limpieza con un 54% de mujeres que toman esa jornada. Las mujeres tienen jornadas completas cuando se trata de ocupaciones como limpieza y ayuda personal, mientras los hombres lo harán como médicos.

Actualmente el contratar inmigrantes en trabajos temporales hace posible que se pierda el control de las condiciones laborales, y los derechos de los trabajadores al demandar mejores condiciones y salarios. Castles (2015), afirma:

La desregulación económica tiende a remover los controles del empleo y la reducción en la inspección de los mercados laborales por las autoridades. Lo que permite una expansión de contratar personas por hora para tareas en específico, realizadas especialmente por inmigrantes, mujeres y jóvenes, (p.56).

Dicha afirmación es visible en las ocupaciones más precarias como limpieza y ayuda personal, donde es notoria la concentración de mujeres.

Seguro social

Tabla 3.9

Seguro Social

	H	%	M	%	Total	%
Total	83,742	10%	734,935	90%	818,677	100%
CMS (Centros de servicios comunitarios) n= 30,730						
Con Seguro	6,901	92%	20,415	88%	27,316	3%
Sin seguro	620	8%	2,794	12%	3,414	0%
Total	7,521	100%	23,209	100%	30,730	4%
MED (Médicos) n= 51, 346						
Con seguro	16,410	82%	26,540	84%	42,950	5%
Sin seguro	3,519	18%	4,877	16%	8,396	1%
Total	19,929	100%	31,417	100%	51,346	6%

MED (Enfermeros) n= 35,694						
Con Seguro	4,379	81%	26,312	87%	30,691	4%
Sin seguro	1,002	19%	4,001	13%	5,003	1%
Total	5,381	100%	30,313	100%	35,694	4%
HSL (Asistente de médico) n=113,437						
Con Seguro	10,824	77%	72,212	73%	83,036	10%
Sin seguro	3,178	23%	27,223	27%	30,401	4%
Total	14,002	100%	99,435	100%	113,437	14%
CLN (Limpieza) n= 382,738						
Con Seguro	12,034	49%	185,549	52%	197,583	24%
Sin seguro	12,590	51%	172,565	48%	185,155	23%
Total	24,624	100%	358,114	100%	382,738	47%
PRS (Ayuda personal) n= 204,732						
Con Seguro	8,767	71%	128,550	67%	137,317	17%
Sin seguro	3,518	29%	63,897	33%	67,415	8%
Total	12,285	100%	192,447	100%	204,732	25%
Todas los ocupados en cuidados						
Con Seguro	59,315	71%	459,578	63%	518,893	63%
Sin seguro	24,427	29%	275,357	37%	299,784	37%

Total	83,742	100%	734,935	100%	818,677	100%
--------------	---------------	-------------	----------------	-------------	----------------	-------------

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

El seguro social como un derecho laboral, en muchas ocasiones no es considerado para los inmigrantes debido a la falta de una ciudadanía.

Un poco más de la mitad de los mexicanos (63%) cuentan con seguro médico.

Un 63% de las mexicanas y un 71% de los mexicanos tienen seguro médico, lo que muestra que respecto a esa condición laboral existe segregación en los derechos laborales de los empleados. Standing (2011) relaciona a los inmigrantes transnacionales, los ciudadanos con origen migrante y los ciudadanos denigrados como grupos en desventaja que son parte del nuevo núcleo precario global. Acerca de esto Kundnani (2007: 62), afirma:

Las políticas de migración exclusivas, junto con la “irregularización” de la ciudadanía (Nyers,2010), han forjado una fuerza laboral globalmente fragmentada y desechable en la industria, el entretenimiento, la hospitalidad, el trabajo de cuidado, la limpieza y los servicios domésticos sometidos a largas horas de servicios peligrosos, exigentes y de trabajo sucio con miedo permanente al despido y, potencialmente, a la deportación (como se citó en Schierup et. al. 2015: 2).

Existen ocupaciones altamente calificadas, que no cuentan con las condiciones ideales. En las ocupaciones de baja calificación, la mitad de los mexicanos no cuentan con seguro; los hombres en limpieza (51%) y las mujeres en ayuda personal (33%). Por otro lado, en las ocupaciones de calificación alta un 23% de los mexicanos no cuenta con seguro siendo asistente de médico, especialmente las mujeres con un 27%. Las mujeres al concentrarse en ocupaciones de baja calificación laboran en condiciones laborales precarias.

Salarios en el sector de cuidados

En la gráfica siguiente es notable la segregación salarial que perciben hombres y mujeres en las ocupaciones de cuidados. Anker (1988) aseguró que la segregación de género era la única causa por la que muchos pagaban diferencias. La teoría del capital humano, en un argumento

de lado de la oferta, supone que las diferencias salariales reflejan las dotaciones de capital humano que hombres y mujeres traen consigo al lugar de trabajo (Gottfried, 2013).

Salarios en el sector de cuidados 2017

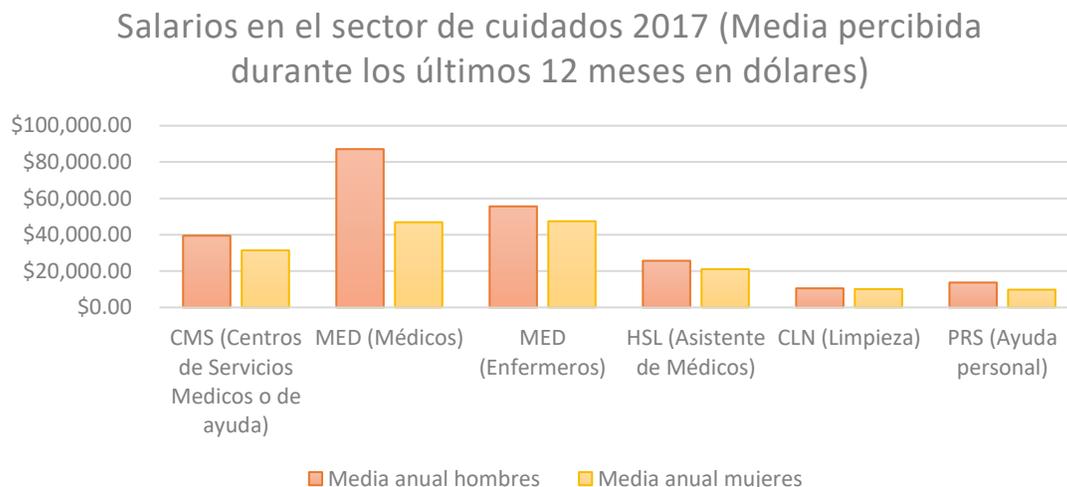


Figura 3.1 Salarios en el sector de cuidados. Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

En la gráfica es visible la inequidad salarial dentro del sector de cuidados para cada una de las ocupaciones. Entre los médicos, existe una media anual de sueldo de 87,116.56 dólares para hombres y 46,889.10 dólares mujeres. Una décima parte del sueldo de los médicos varones lo perciben los mexicanos que se dedican a limpieza (10,515.82 dólares) y ayuda personal (13,707.14). En ayuda personal los hombres perciben 13,707.14 dólares, comparados con los 9,765.67 dólares que percibe una mujer.

Por ejemplo, en el grupo de médicos, donde la brecha salarial entre los y las migrantes del sector salud en Estados Unidos es del 46% se observa que por cada dólar que gane un hombre, una mujer ganará 54 centavos. En el caso de los mexicanos en enfermería la brecha salarial no será tan alta como la anterior con una brecha del 15% lo que sería que por cada dólar que gana un hombre, una mujer ganará 85 centavos de dólar. En la ocupación de ayuda personal por cada dólar que gana un hombre, una mujer ganará 71 centavos. En limpieza, que es una ocupación de calificación baja se presenta una brecha salarial, aunque es pequeña, representa un 4% esto quiere decir que una mujer ganará 96 centavos de dólar. Mientras las ocupaciones sean de mejores niveles educativos, las brechas salariales serán más altas. El modelo de

capital humano aún no puede explicar por qué los hombres ganan más que las mujeres con similitud en educación y experiencia.

Ingreso

Tabla 3.10

Ingreso

	H	%	M	%	Total	%	Diferencia	%
Total	83,742	10%	734,935	90%	818,677	100%		
CMS (Centro de servicios comunitarios) n= 30,351								
Alto (>= \$100 000)	47	1%	41	0%	88	0%	6	15
Medio (\$35 000 - \$99 000)	3,768	50%	8,364	36%	12,132	1%	-4596	-55
Bajo (<= \$ 34 000)	3,571	47%	14,560	63%	18,131	2%	-10989	-75
No respondió	135	2%	244	1%	379	0%	-109	-45
Total	7,521	100%	23,209	100%	30,730	4%	-15688	-68
MED (Médicos) n= 51,346								
Alto (>= \$100 000)	4,507	23%	2,662	8%	7,169	1%	1845	69
Medio (\$35 000 - \$99 000)	6,545	33%	9,671	31%	16,216	2%	-3126	-32
Bajo (<= \$ 34 000)	7,657	38%	17,068	54%	24,725	3%	-9411	-55
No respondió	1,220	6%	2,016	6%	3,236	0%	-796	-39
Total	19,929	100%	31,417	100%	51,346	6%	-11488	-37
MED (Enfermeros) n= 35, 694								
Alto (>= \$100 000)	455	8%	2,931	10%	3,386	0%	-2476	-84

Medio (\$35 000 - \$99 000)	3,215	60%	15,895	52%	19,110	2%	-12680	-80
Bajo (<= \$ 34 000)	1,639	30%	10,334	34%	11,973	1%	-8695	-84
No respondió	72	1%	1,153	4%	1,225	0%	-1081	-94
Total	5,381	100%	30,313	100%	35,694	4%	-24932	-82
HSL (Asistente de médico) n= 113, 437								
Alto (>= \$100 000)	380	3%	99	0%	479	0%	281	284
Medio (\$35 000 - \$99 000)	3,627	26%	18,755	19%	22,382	3%	-15128	-81
Bajo (<= \$ 34 000)	9,944	71%	78,196	79%	88,140	11%	-68252	-87
No respondió	51	0%	2,385	2%	2,436	0%	-2334	-98
Total	14,002	100%	99,435	100%	113,437	14%	-85433	-86
CLN (Limpieza) n= 382, 738								
Alto (>= \$100 000)	0	0%	523	0%	523	0%	-523	-100
Medio (\$35 000 - \$99 000)	1,830	7%	12,275	3%	14,105	2%	-10445	-85
Bajo (<= \$ 34 000)	22,272	90%	342,369	96%	364,641	45%	-320097	-93
No respondió	522	2%	2,947	1%	3,469	0%	-2425	-82
Total	24,624	100%	358,114	100%	382,738	47%	-333490	-93
PRS (Ayuda personal) n= 204,732								
Alto (>= \$100 000)	0	0%	183	0%	183	0%	-183	-100
Medio (\$35 000 - \$99 000)	880	7%	6,714	3%	7,594	1%	-5834	-87
Bajo (<= \$ 34 000)	11,230	91%	185,143	96%	196,373	24%	-173913	-94
No respondió	175	1%	407	0%	582	0%	-232	-57
Total	12,285	100%	192,447	100%	204,732	25%	-180162	-94

Todos los ocupados en cuidados								
Alta (>= \$100 000)	5,389	6%	6,439	1%	11,828	1%	-1050	-16
Media (\$35 000 - \$99 000)	19,865	24%	71,674	10%	91,539	11%	-51809	-72
Baja (<= \$ 34 000)	56,313	67%	647,670	88%	703,983	86%	-591357	-91
No respondió n = 11,327	2,175	3%	9,152	1%	11,327	1%		
Total	83,742	100%	734,935	100%	818,677	100%		

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

Los inmigrantes ocupados en cuidados perciben un ingreso menor de \$ 34,000.00 al año (67% y 88% para hombres y mujeres respectivamente). Las ocupaciones de ayuda personal y limpieza son los que tienen el salario más bajo. En la ocupación de limpieza un 90% de los hombres y 96% de las mujeres reciben un salario anual de 34,000.00 dólares o menos, es decir, un 6% más de las mujeres percibe uno de los salarios más bajos en el sector de cuidados. Este dato dramático nos muestra que aun cuando la gran mayoría de todos los mexicanos en Estados Unidos en el sector de cuidados se encuentran en el estrato más bajo por nivel de ingreso, más mujeres que hombres se ubican en esta situación.

En contraste, las ocupaciones con menor proporción de inmigrantes con salario bajo son los enfermeros (30%) y médicos (38%), en las mujeres son las enfermeras (34%) y médicas (54%). Las ocupaciones que tienen mayor proporción de salarios altos son los médicos y enfermeros para ambos (hombres 23% y 8% respectivamente; mientras las mujeres con un 10% y 8% respectivamente). Los mexicanos perciben salarios muy bajos debido a que del total de los ocupados en cuidados (818, 677), un 71% se concentran en limpieza y ayuda personal, y entre ellos (587, 470) un 89% son mujeres. Oppenheimer (1977) sugiere, que el crecimiento de los empleos que se le adjudicaban a las mujeres, en su mayoría empleos en el sector de servicios, impulsó la creciente demanda de trabajo asalariado femenino.

Ciudadanía

Tabla 3.11

Ciudadanía

	H	%	M	%	Total	%
Total	83,742	10%	734,935	90%	818,677	100%
CMS (Centros de servicios comunitarios) n= 30,730						
Ciudadano	5,354	71%	15,153	65%	20,507	67%
No ciudadano	2,167	29%	8,056	35%	10,223	33%
Total	7,521	100%	23,209	100%	30,730	100%
MED (Médicos) n= 51,346						
Ciudadano	10,266	52%	17,972	57%	28,238	55%
No ciudadano	9,663	48%	13,445	43%	23,108	45%
Total	19,929	100%	31,417	100%	51,346	100%
MED (Enfermeros) n= 35, 694						
Ciudadano	2,913	54%	21,471	71%	24,384	68%
No ciudadano	2,468	46%	8,842	29%	11,310	32%
Total	5,381	100%	30,313	100%	35,694	100%
HSL (Asistente de médico) n=113, 437						
Ciudadano	6,779	48%	48,792	49%	55,571	49%
No ciudadano	7,223	52%	50,643	51%	57,866	51%
Total	14,002	100%	99,435	100%	113,437	100%
CLN (Limpieza) n= 382,738						
Ciudadano	6,519	26%	79,768	22%	86,287	23%

No ciudadano	18,105	74%	278,346	78%	296,451	77%
Total	24,624	100%	358,114	100%	382,738	100%
PRS (Ayuda personal) n= 204,732						
Ciudadano	6,716	55%	78,326	41%	85,042	42%
No ciudadano	5,569	45%	114,121	59%	119,690	58%
Total	12,285	100%	192,447	100%	204,732	100%
Todos los ocupados en cuidados						
Ciudadano	38,547	46%	261,482	36%	300,029	37%
No ciudadano	45,195	54%	473,453	64%	518,648	63%
Total	83,742	100%	734,935	100%	818,677	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ACS (2017).

Más de la mitad de los mexicanos en ocupaciones de cuidados (63%) no tienen ciudadanía estadounidense. Las mujeres representan el mayor grupo de mexicanos sin ciudadanía (64%), un poco más comparado con los hombres (54%). Schierup, et al. (2006) mencionan que los inmigrantes indocumentados y sus hijos no tienen los mismos derechos y oportunidades que formalmente tienen los ciudadanos.

Con ciudadanía están insertados en ocupaciones como centros comunitarios, médicos y enfermería. Las condiciones migratorias en el país destino, por ejemplo, la presencia de permisos para trabajar en lapsos de tiempo suficientemente largos o tener la residencia permanente otorgan ventajas claras a los que las tienen, (Domínguez y Vázquez, 2018). Entre los mexicanos sin ciudadanía están los ocupados en limpieza y ayuda personal. Los empleadores justifican el trabajo precario de los inmigrantes debido a la falta de una ciudadanía, que, aunque inmigrantes mexicanos tengan más de 15 años residiendo en USA⁸, muy pocos de ellos la tendrán.

⁸Taylor, P., Lopez, M., Passel, J., y Motel, S. (2011). Unauthorized Immigrants: Length of Residency, Patterns of Parenthood. *Pew Research Center*. USA. Recuperado de: <https://www.pewresearch.org/hispanic/2011/12/01/unauthorized-immigrants-length-of-residency-patterns-of-parenthood/>

Las mujeres en limpieza con un 78%, y los hombres con un 74%. En ayuda personal, un 59% de las mujeres no cuentan con una ciudadanía, y los hombres en un 45%. Las mujeres normalmente no cuentan con ciudadanía al estar insertadas en ocupaciones de baja calificación, lo que hace aún más visible la segregación de género.

Recopilación y conclusión

La estadística descriptiva permite demostrar la segregación de género existente en la cadena global de cuidados en Estados Unidos en todas sus ocupaciones. La condición socioeconómica de cada uno de los mexicanos define el sector de cuidados en el que se van a ocupar.

Las ocupaciones médicas tienen mejores condiciones laborales. Mientras las condiciones laborales menos favorables son frecuentes en ocupaciones de cuidados personales y limpieza. Las mujeres se ven más afectadas, comparado con sus contrapartes, pues sufren desigualdad en la gran mayoría de las características estudiadas.

Capítulo 4. ¿De qué dependen las condiciones laborales en las cadenas globales de cuidado? Resultados del modelo econométrico

En este capítulo se presentan los resultados de la estimación del modelo de elección discreta logit. El modelo busca identificar los factores entre la probabilidad de que las o los inmigrantes se ocupen en el conjunto de ocupaciones pertenecientes al sector salud (centros de servicios comunitarios, médicos, enfermeros y asistentes de médicos) frente a las ocupaciones de limpieza y ayuda personal.

Las variables que se construyeron para analizar el modelo de elección discreta logit se muestran en el cuadro siguiente, el cual ilustra la forma de cómo cada variable fue codificada.

Figura 4.1

Construcción de variables para el modelo de elección discreta logit

Variable dependiente		
Sector cuidados	Care	0 = Ocupaciones de cuidado (limpieza y ayuda personal) 1 = Ocupaciones en el sector salud (centros de servicios comunitarios, médicos, enfermeros, y asistente de médico)
Variables explicativas		
Edad	i.edad	0 = 17 a 40 años 1 = 41 años o más
Educación	i.edu	0 = Menor a una licenciatura 1 = Licenciatura o más
Idioma	idioma	0= No lo domina 1 = Si lo domina
Hijos	hijo	0 = Con hijos 1 = Sin hijos
Horas de trabajo	hora	0 = Menor o igual a 34 horas 1 = Mayor o igual a 35 horas
Ingreso	i.y	1 = Menor o igual a 34 mil dólares al año 2 = 35 mil a 99 mil dólares al año 3 = 100 mil dólares o más al año

Cobertura seguro	seg	0 = sin cobertura de seguro 1 = con cobertura de seguro
Ciudadanía	ciud	0 = No es ciudadano 1 = Es ciudadano

Fuente: Elaboración propia con datos de ACS (2017).

Con lo examinado en el capítulo de estadística descriptiva se espera que la probabilidad de estar empleado en el sector salud, y no en el de limpieza y ayuda personal esté asociada en forma positiva con mayor educación, dominio del inglés, tiempo completo (más de 35 horas a la semana), niveles de ingreso mediano o mayor, una cobertura de seguro y ciudadanía. En cuanto a la edad, los inmigrantes mexicanos se concentran en el estrato de 41 años o más, y un poco más de la mitad tiene hijos, contrario a la situación en las ocupaciones de limpieza y ayuda personal.

Teniendo en cuenta lo anterior se plantea la ecuación del modelo de elección discreta logit.

$$Care \text{ (sectores de cuidados)} = edad.edu.idioma.hijo.hora.y.seg.ciud \text{ (variables sociodemográficas)} / i \text{ (variables dicotómicas)}$$

4.1 Resultados del modelo regresión logística

Figura 4.2 Regresión logística

Logistic regression	Number of obs	3866
	LR chi2(9)	1398.37
	Prob > chi2	0
Log likelihood = -1892.4621	Pseudo R2	0.2698

care	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]	
i.edad	-1.067732	0.0903776	-11.81	0.000	-1.244869	-0.8905952
i.edu	1.083947	0.0995658	10.89	0.000	0.8888012	1.279092
idioma	0.9458332	0.0999295	9.47	0.000	0.749975	1.141691
hijoS	0.1564632	0.084938	1.84	0.065	-0.0100123	0.3229387
TIEMPO COMPLETO	0.553447	0.0886452	6.24	0.000	0.3797057	0.7271883
y						
De 35 000 a 99 000	1.964387	0.1277108	15.38	0.000	1.714079	2.214695
100000 dólares o más	3.219345	0.6072316	5.3	0.000	2.029193	4.409497
seg	0.5985001	0.0965836	6.2	0.000	0.4091996	0.7878005
ciud	0.5569878	0.08764	6.36	0.000	0.3852166	0.728759
_cons	-2.270934	0.1303528	-17.42	0.000	-2.526421	-2.015448

Figura 4.2 Regresión logística. Fuente: Estimación propia con datos de la ACS (2017).

Los resultados de la estimación nos indica que todas las variables son significativas. La probabilidad de incorporarse en el sector salud con 41 años o más es negativa, es decir, normalmente se incorporarán personas jóvenes. En todas las demás variables, encontramos probabilidades positivas. En el caso del capital humano, un nivel educativo mayor a licenciatura aumenta la probabilidad de incorporarse en el sector salud. El dominio del idioma inglés y tener hijos también son probabilidades positivas. Contar con un trabajo con una jornada de 35 horas o más a la semana eleva la probabilidad de ubicarse en el sector salud. También percibir un ingreso mayor a 35 mil dólares al año, eleva la probabilidad de incorporarse en el sector salud, porque requiere de personal calificado (técnico, licenciatura o posgrado), que percibe un nivel de ingresos más alto que las ocupaciones de cuidados que se consideran de baja calificación. Lo mismo ocurre al tener un seguro social y la ciudadanía.

Gujarati (1978) explica que en los modelos bivariados logit y probit a menudo la variable respuesta o regresada, puede tener más de dos resultados y no pueden expresarse a una escala de intervalo. En la literatura estadística es muy común la interpretación de coeficientes en términos de los efectos marginales por medio de odds ratio en lugar de la probabilidad. En el modelo logit naturalmente se interpreta un parámetro de pendiente de 0.1 que significa un aumento de una unidad en el regresor, y aumenta la razón de posibilidades en un múltiplo de 0,1 (Cameron y Trivedii, 2010).

4.2 Regresión estimación efectos marginales

Figura 4.3 Estimación de los efectos marginales

Average marginal effects

Number of obs = 3866

Model VCE : OIM

Expression: Pr(care), predict()

dy/dx w.r.t. : 1.edad 1.edu idioma hijo hora 2.y 3.y seg ciud

	dy/dx	Delta-method Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]	
i.edad	- 0.1777379	0.0146964	-12.09	0.000	-0.2065423	-0.1489334
i.edu	0.1938538	0.0185543	10.45	0.000	0.1574881	0.2302196
idioma	0.1521573	0.0155279	9.8	0.000	0.1217231	0.1825914
hijo	0.0251704	0.0136446	1.84	0.065	-0.0015724	0.0519133
hora	0.0890336	0.0140246	6.35	0.000	0.0615459	0.1165213
y						
De 35 000 a 99 000	0.3728064	0.0228454	16.32	0.000	0.3280302	0.4175827
100000 dólares o más	0.541752	0.0600232	9.03	0.000	0.4241087	0.6593952
seg	0.0962814	0.0152801	6.3	0.000	0.0663329	0.1262299
ciud	0.0896033	0.0138577	6.47	0.000	0.0624426	0.1167639

Figura 4.3 Estimación de los efectos marginales. Note: dy/dx for factor levels is the discrete change from the base level.

Fuente: Estimación propia con datos de la ACS (2017).

Los resultados estimados de los efectos marginales permiten ver que el tener 41 años o más disminuye posibilidad en un 17% para incorporarse en el sector salud. Los mexicanos que se insertan en este sector son más jóvenes, en comparación con la edad de los que se insertan en limpieza y cuidados. Una educación mayor a licenciatura aumenta en 19% la posibilidad de ubicarse en el sector salud. El dominar el idioma inglés incrementa la posibilidad en un 15% para incorporarse en dicho sector. Tener hijos eleva una posibilidad en 2% para incorporarse en el sector salud, comparado con el sector de limpieza y cuidados, lo que significa mayor facilidad (aunque ligera) de incorporarse en dicho sector si se tiene hijos. Laborar en una jornada de 35 horas o más eleva la posibilidad en 8% de ubicarse en el sector servicios respecto a los sectores de limpieza y ayuda personal. Respecto al nivel de ingresos, percibir entre 35 mil y 99 mil dólares al año eleva la posibilidad en un 37% de ubicarse en el sector salud, mientras que recibir 100 mil dólares o más eleva la posibilidad en un 54% de insertarse en este sector, a comparación de los mexicanos que se incorporan en limpieza y ayuda personal. Finalmente, para insertarse en el sector de cuidados, contar con un seguro social eleva la posibilidad en un 9% y tener una ciudadanía en 8%.

Al analizar la confiabilidad del modelo de elección discreta logit, por medio de la prueba de Wald⁹, se observa que para el caso de todas las variables sociodemográficas el resultado de incidencia es 0 con un nivel de confianza del 95%. Lo anterior interpreta que las variables empleadas en su conjunto son estadísticamente significativas.

En resumen, el modelo analizado señala la complicación de las condiciones socioeconómicas que tienen los inmigrantes mexicanos para incorporarse en una ocupación específica en el sector de cuidados. Por otro parte, este sector se encuentra dominado por mujeres inmigrantes. Las inmigrantes mexicanas normalmente no cuentan con condiciones socioeconómicas que les permita una estabilidad laboral, porque el sector salud espera un personal calificado, y una gran parte del flujo migratorio de mujeres mexicanas no está calificado.

⁹ La prueba de Wald (1943), es la prueba de hipótesis preeminente en microeconometría. Requiere estimación del modelo irrestricto, es decir, del modelo sin imposición de las restricciones de la hipótesis nula. (Cameron y Trivedi, 2010).

Los resultados que brinda este modelo explican la situación a la que se enfrentan las inmigrantes en las cadenas globales de cuidado que se mencionan a lo largo del capítulo 1. La falta de estudios profesionales las incorporan en un mercado laboral precario e informal. Inclusive en un sector donde más de un 70% es representado por mujeres, y que ha sido considerado como uno que no crea valor, en el que la regulación es inexistente, haciendo de este un mercado abierto para los flujos migratorios de los países de la periferia.

Conclusiones

El objetivo de esta tesis fue investigar a los inmigrantes mexicanos, particularmente a las mujeres que se insertan en las cadenas globales de cuidado en los Estados Unidos. Las preguntas iniciales fueron ¿Cuáles son las condiciones sociodemográficas que caracterizan a las mujeres inmigrantes mexicanas en Estados Unidos?, ¿Qué condiciones sociodemográficas son positivas para que la población migrante mexicana se inserte en el sector salud, y no en el de limpieza y ayuda personal?

En las cadenas globales de cuidado la demanda de trabajadores (inmigrantes) es notable la segregación de género. Las mujeres del campo, de regiones pobres, o provenientes de minorías, se dedican a las labores de cuidado y limpieza. Las mujeres con estudios universitarios o profesionales se dedican a la enfermería y medicina. En los países destino, las mujeres migrantes estarán en restricción a las “ocupaciones femeninas” lo que define Piore (1973) como “mercados secundarios”.

La creciente migración femenina (ocupada en el sector de cuidados) es un efecto evidente de la crisis de cuidados. Así, los países destino son ideales para aplicar políticas que se desprenden del trabajo reproductivo, transformando el cuidado en privado, y este demandará migración femenina.

Para responder a las preguntas anteriores utilizamos la base de datos de la ACS del 2017, clasificadas en 3 rubros: características sociodemográficas, de capital humano y de condiciones laborales y migratorias. De un total de 818,677 mexicanos en Estados Unidos se crearon 6 categorías ocupacionales correspondientes a las lecturas que se han dedicado a analizar el tema como Yates (2009), Espinoza (2017), y Kelly et al. (2018), que clasificaron determinadas ocupaciones que pertenecen al sector de cuidados.

Un hallazgo de esta tesis es que 75% de la población mexicana que se dedica al sector de cuidados de Estados Unidos es femenina.

En el sector de cuidados, un 40% de la población inmigrante mexicana tiene una educación preparatoria. Las ocupaciones con un menor nivel educativo entre los mexicanos son

limpieza (10%) y ayuda personal (11%). Las ocupaciones con mejores niveles educativos son las de médicos (34%), enfermería (34%) y centros de servicios comunitarios (54%).

Los inmigrantes ocupados en cuidados perciben un ingreso menor de \$ 35,000.00 dólares al año (67% y 88% para hombres y mujeres respectivamente). Estos ingresos se dan frecuentemente en limpieza (90% hombres y 96% mujeres), y ayuda personal (67% hombres y 88% mujeres). Sin embargo, un pequeño porcentaje de los ocupados percibe ingresos altos de \$100,000.00 dólares al año o más (6% y 1% para hombres y mujeres respectivamente). Los ingresos altos se dan en médicos (23% hombres y 8% mujeres), y enfermeros (8% hombres y 10% mujeres). La brecha salarial entre los y las inmigrantes mexicanos es del 46%.

El modelo de elección discreta logit, examinó la probabilidad de que los inmigrantes se empleen en el sector salud frente al sector de limpieza y ayuda personal, en función de las variables sociodemográficas, de capital humano, condiciones laborales y ciudadana.

Un mejor nivel educativo, el dominio del inglés, trabajo de tiempo completo, niveles de ingreso mediano o mayor, una cobertura de seguro social, una edad entre los 41 años o más y el tener hijos es significativo al momento de ocuparse en los servicios médicos y comunitarios a diferencia de los de limpieza y atención personal.

La migración femenina ha revelado que el trabajo de cuidado sigue consolidándose como trabajo femenino, y está ligada a las cadenas globales de cuidado.

Las mujeres mexicanas se concentran en el sector de cuidados, particularmente en ocupaciones como limpieza y cuidado personal representando los porcentajes más altos entre los ocupados. Es notoria la demanda de migrantes para dedicarse a trabajos que no son regulados por el gobierno de los países centrales, lo que convierte a este trabajo en precario y de poco valor.

El efecto que tiene la migración de mujeres de países de la periferia a países centrales transforma la capacidad del sector de cuidados en sus países de origen. A estos países les corresponde capacitar a los inmigrantes, de manera profesional o por capacidades adquiridas dentro de las familias, como la demanda de mujeres mexicanas que se hacen cargo de cuidado

infantil en Estados Unidos. La demanda de estas mujeres tiene un efecto directo en el desarrollo de los hijos de las migrantes, siendo este un efecto más de la crisis de cuidados actual.

Cuando se habla de inmigración femenina surgen temas polémicos que afectan a las sociedades, como el tráfico de personas, que es un tema muy ligado a la vulnerabilidad de las mujeres en el mundo, y de las ocupaciones de servicios.

Las actividades de cuidados enfrentan dificultad para medir su valor debido a la poca importancia que se les atribuye en la economía global. La regulación del mercado internacional del cuidado es uno de los principales temas en el análisis de las cadenas globales de cuidado. Afortunadamente en los últimos años se ha comenzado a considerar el trabajo reproductivo como uno de los agentes principales que brinda valor a la economía. Pero todavía hay mucho camino que recorrer.

El concepto de género que se estructuró por mucho tiempo en las sociedades y culturas demostró una vez más la segregación de género. La participación de las mujeres en el desarrollo de la economía global especialmente consiste en contribuir con suministro de actividades de cuidado, que afecta en ocasiones a mujeres que han logrado colocarse como profesionistas calificadas. Los nuevos flujos migratorios son objeto principal para identificar las zonas geográficas de origen y destino, las condiciones socioeconómicas y desarrollo en sus países de origen.

La prevalencia de mujeres que se encargan de las cadenas globales de cuidado y que son inmigrantes, es un referente a la discusión de quienes se hacen cargo del desarrollo reproductivo en la sociedades de países centrales. Estos fenómenos invitan al estudio de la vulnerabilidad que viven actualmente los sistemas de cuidados en el mundo y la importancia que tienen en la economía actual.

Referencias bibliográficas

- Anker, R. (1998). *Gender and jobs: sex segregation of occupations in the world*. Geneva, Switzerland: International Labour Office.
- Benería, L. (2008). "The crisis of care, International migration and public policy." *Feminist Economics*, 14 (3), 1 –21.
- Cameron, C., Trivedi P. (2010). *Microeconometrics. Methods and applications*. Cambridge, UK: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- Castles, S., Hein, H., y Miller, M. (2014). *The age of migration. International population movements in the modern world*. London, UK: PALGRAVE MACMILLAN.
- Castel, R. (2016). The rise of uncertainties. *Critical Horizons*, 17 (2), 160-167. DOI: 10.1080/14409917.2016.1153886
- Consejo Nacional de Población. (2018) *Anuario de migración y remesas México*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/386658/Anuario_Migracion_y_Remesas_2018.pdf
- Domínguez., L. y Vázquez M. (2018). La migración de mexicanos profesionistas y su inserción laboral en E.U. *Revista de Economía Mexicana*, (3), 207-248.
- Domínguez, L., Brown, F. y Nava I. (2019). Migrantes profesionistas mexicanos en Estados Unidos: Análisis de las desigualdades de género. *Estudios Fronterizos*, 20, 1-23. DOI: 10.21670/ref.1914035
- Douglas, M., Joaquin, A., Graeme, H., Ali, K., Pellegrino, A., & Taylor, E. (1993). Theories of international migration: A Review and Appraisal. *Population and Development Review*, 19(3), 431-466.
- Duffy, M., Albelda, R., y Hammonds, C. (2013). Counting care work: The empirical and policy applications of care theory. *Social Problems*, 60 (1), 145-167. doi: 10.1525/sp.2013.60.2.145

- Dumitru, S. (2009). Emigración, talentos y justicia: un argumento femenino sobre la fuga de cerebros. *Isonomía*, (30),
- _____ (2014). From “brain drain” to “care drain”: Women’s labor migration und methodological sexism. *Women’s Studies International Forum*, 47 (B), 203-212. doi: 10.1016/j.wsif.2014.06.006
- Dunaway, A. (2001). The double register of history: Situating the forgotten woman and her household in capitalist commodity chains. *Journal of World-Systems Research*, 7 (1), 2-29. DOI:10.5195/jwsr.2001.182
- Dussels, E. (Coord.) (2018). *Cadenas globales de valor: Metodología, teoría y debates*. Ciudad de México, México: UNAM, Facultad de Economía.
- Ehrenreich, B., y Hochschild, A. (Eds.) (2002). *Global woman: Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*. New York, USA: Holt.
- Escartin, M. (2015). Las migraciones en femenino. Cambios familiares y redes sociales de las mujeres migrantes. Recuperado de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/53711/1/tesismariajoseescartincaparro.pdf>
- Ezquerro, S. (2012). Crisis de los cuidados y crisis sistemática: la reproducción como pilar en la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-194.
- Espinoza, R. (2017). Immigrants and the direct care workforce. *Quality care through quality jobs*. Recuperado de: <https://phinational.org/resource/immigrants-and-the-direct-care-workforce/>
- Folbre, N. (2002). ‘Demanding quality: worker/consumer coalitions and “high road” strategies in the care sector’, *Politics and Society*, 34 (1), 11-32.
- Fudge, J. (2012). Global care chains: Transnational Migrant Care Workers. *International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, (28) 1, 63-69.
- Glendinning, C., y McLaughlin, E. (1993). *Paying for care: Lessons from Europe*. London, UK: The Stationary Office.

- Glenn, E. (1992). From servitude to service work: Historical continuities in the racial division of paid reproductive labor. *Chicago Journals*, 18 (1), 1-43.
- Gottfried, H. (2013). *Gender, Work, and Economy. Unpacking the Global Economy*. Polity Press, Cambridge.
- Gonzales, M., y Solano, A. (2001). Probabilidad de aprobar “Métodos Cuantitativos para la Economía 1” en el marco de un modelo probit. En Gómez, J. (coord.), *X Jornadas de la Asociación de la Economía de la Educación*. (pp. 525-533) Murcia-España: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.
- Gujarati, D., y Porter, D. (2010). *Econometría Quinta Edición*. México, D.F., México: The McGraw-Hill.
- Hochschild, A. (2000). “Global care chains and emotional surplus value”. En Giddens T., Hutton, W. (Eds.), *On the edge: Globalization and the new millennium*. (pp. 46-130) London, UK: Sage Publishers.
- Hooyman, N., y Gonyea, J. (1995). *Feminist perspectives on family care*. California, USA: Sage Publications.
- Huang, S., Yeoh., B., y Toyota, M. (2012). Caring for the elderly: the embodied labor of migrant care workers in Singapore. *Global Networks*, 12 (2), 195-215.
- ILO (2018). *Care work and cre Jobs for the future of decent work*. Recuperado de: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633135/lang--en/index.htm
- Kaplinsky, R., y Morris, M. (2001) *A Handbook for value chain research*. Brighton, UK : Institute of Development Studies, University of Sussex.
- Kelly, C., Craft, J., Kemp, C., y Deichert, J. (2018). A profile of the assisted living direct care workforce in the United States. *Journal of Applied Gerontology*, 39 (1), 16-27. DOI: doi.org/10.1177/0733464818757000
- Kofman, E. (2012). Rethinking care trough social reproduction: Articulating circuits of migration. *Social Politics*, 19 (1), 142-162.

- Kofman, E., Phizacklea, A., Raghuram, P., y Sales, R. (2000). *Gender and international migration in Europe: Employment, welfare, and politics*. Routledge, New York.
- Krogstad, M., y Radford, J. (2018). Education levels of U.S. immigrants are on the rise. *Pew Research Center*. Recuperado de <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/09/14/education-levels-of-u-s-immigrants-are-on-the-rise/>
- Maher, K. (2003) *Identity projects at home and labor from abroad: The market for foreign domestic workers in southern california and santiago, Chile*. San Diego State University.: Center for Comparative Immigration Studies. Recuperado de https://ccis.ucsd.edu/_files/wp75.pdf
- Mahler, S., y Pessar, P. (2003) Transnational migration: Bringing gender. En *The international migration review*, 37 (3), 812-846.
- Ness, I. (2005). “Community labor alliances: Organizing greengrocery workers in New York City. En Ness, I., Sarumathi, J. (Eds.), *The New Urban Immigrant Workforce: Innovative Models for Labor Organizing*. (pp. 57-70) New York, USA: Routledge.
- Nyers, P. (2010) “Abject cosmopolitanism: the politics of protection in the anti-deportation movement”, *Third World Quarterly*, 24 (6), 1069-1093.
- OECD (2020). *OECD Statistics* Recuperado de: <https://stats.oecd.org>
- Oficina Internacional del Trabajo. (2017). *Migración laboral: nuevo contexto y desafíos de gobernanza*. (Informe IV). Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_550278.pdf
- Oppenheimer, V. (1977). The sociology of women’s economic role in the Family, *American Sociological Association*, 42 (3), 387-406.
- Organización Internacioanl para las Migraciones. (2010). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2010- El Futuro de la Migración: Creación de Capacidades para el cambio*. Recuperado de <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2010-el-futuro-de-la-migracion-creacion-de-0?language=es>

- Orozco, A. (2007). Cadenas globales de cuidado. *Naciones Unidas, INSTRAW* Recuperado de http://www.mueveteporlaigualdad.org/publicaciones/cadenasglobalesdecuidado_orozco.pdf
- Passel, J., y Cohn D. (2019). U.S. unauthorized immigrants are more proficient in English, more educated than a decade ago. *Pew Research Center*. Recuperado de <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/05/23/u-s-undocumented-immigrants-are-more-proficient-in-english-more-educated-than-a-decade-ago/>
- Piore, M. (1979). *Birds of passage: Migrant labor in industrial societies*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Perreñas, R. (2005). *Children of global migration. Transnational families and gendered woes*. California, US: Standford University Press.
- Romero, M. (2002). *Maid in the USA*. USA, Routledge.
- Rodríguez, C. (2006, abril). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? *Revista CEPAL* Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11524/106023036_es.pdf
- Saltzman, J. (1992). *Equidad y género: una teoría integrada de estabilidad y cambio*. España, Universidad de Valencia.
- Sassen, Saskia. (2000). “Women’s burden: counter-geographies of globalization and the feminization of survival.” *Journal of International Affairs*, 53 (2): 503 –24.
- Schierup, C., Munk, R., Likić-Brborić, B., y Neergaard, A. (2015). *Migration, precarity, and global governance: Challenges and oportunities for labour*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Standing. G. (2011). *The Precariat: the new dangerous class*. London, UK: Bloomsbury.
- Taylor, P., Lopez, M., Passel, J., y Motel, S. (2011). Unauthorized inmigrants: length of residency, patterns of parenthood. *Pew Research Center*. Recuperado de:

<https://www.pewresearch.org/hispanic/2011/12/01/authorized-immigrants-length-of-residency-patterns-of-parenthood/>

Torpey, E. (2018). *Measuring the value of education*. U. S. Bureau of Labor Statistics.

<https://www.bls.gov/careeroutlook/2018/data-on-display/education-pays.htm>

United States Census Bureau (2017). *American community survey*. Recuperado de:

<https://www.census.gov/acs/www/methodology/sample-size-and-data-quality/sample-size/>

United States Census Bureau (2017). *2017 ACS 1-year PUMS data dictionary*. Recuperado de:

<https://www.census.gov/programs-surveys/acs/technical-documentation/pums/documentation.2017.html>

U.S Bureau Labor Statistics (2019). Labor Force Statistics from the Current Population Survey.

“Persons at work in nonagricultural industries by age, sex, race, Hispanic or Latino ethnicity, marital status, and usual full or part-time status” Recuperado de:

<https://www.bls.gov/cps/cpsaat22.htm>

Vázquez, M., y Domínguez, L. (2017). Migración contemporánea de mexicanos profesionistas a los Estados Unidos. Recuperado de <http://ru.economia.unam.mx/55/>

Williams, F. (2011). “Towards a transnational analysis of the political economy of care.” En Mahon, R., y Robinson, F. (Eds.), *Feminist ethics and social policy: Towards a new global political economy of care*. (pp. 21-74) Vancouver, Canadá: UBC Press.

Yates, N. (2005). “A global political economy of care” *Social Policy and Society*, 4 (2): 227-234.

_____(2008). *Understanding global social policy*. Bristol, UK: The Policy Press.

_____(2009). *Globalizing care economies and migrant workers. exploitations in global care chains*. Basingstoke, UK : Palgrave.

_____(2012). Global care chains: a state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research. *Department of Social Policy and Criminology*, 12 (2): 135-154.