

Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos

Tonatiuh Tomás González-Vázquez, L en C Pol,⁽¹⁾ Cristian Armando Torres-Robles, L en Antrop,⁽²⁾
Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte, D en Psic Soc.⁽¹⁾

González-Vázquez TT, Torres-Robles CA,
Pelcastre-Villafuerte BE.

Utilización transnacional de servicios de salud por parte
de los migrantes mexicanos en Estados Unidos.
Salud Publica Mex 2013;55 suppl 4:S477-S484.

Resumen

Objetivo. Documentar la utilización transnacional de recursos y servicios de salud de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América (EUA). **Material y métodos.** Entre diciembre de 2009 y febrero de 2011, a través de entrevistas y grupos focales, se platicó en cuatro estados mexicanos y en California con 135 personas: migrantes de retorno, médicos alópatas y médicos tradicionales. **Resultados.** Ante los obstáculos para acceder al sistema de salud de EUA y ciertas facilidades del sistema de salud mexicano, muchos migrantes utilizan en EUA, a la distancia y en sus visitas a México, recursos y servicios de salud mexicanos: médicos alópatas y tradicionales, medicamentos y remedios caseros. **Conclusiones.** La situación legal de los migrantes y su acceso a un seguro de salud en EUA están relacionados con una utilización transnacional más formal o informal de recursos y servicios de salud mexicanos, siendo los migrantes indocumentados y sin seguro los más vulnerables.

Palabras clave: servicios de salud; migrantes; transnacional

González-Vázquez TT, Torres-Robles CA,
Pelcastre-Villafuerte BE.

Transnational health service utilization
by Mexican immigrants in the United States.
Salud Publica Mex 2013;55 suppl 4:S477-S484.

Summary

Objective. Document the transnational utilization of health resources and services by Mexican immigrants in the United States. **Materials and methods.** Between december 2009-february 2011, Interviews and focus groups were conducted in California and four states of México. Data were collected from 135 individuals, including return migrants, allopathic physicians and traditional healers. **Results.** Faced with obstacles to accessing US health care and some health services within the Mexican system, many immigrants within the US make use of Mexican health resources and services, either from a distance or during visits to Mexico. These resources and services include allopathic medicine, traditional medicine, and home remedies and medicines. **Conclusions.** The legal status of immigrants and their access to health insurance in the US are related to whether their transnational use of Mexican health resources and services is formal or informal; immigrants who are undocumented and without health insurance are the most vulnerable.

Key words: health services; immigrants; transnational

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Morelos. Morelos, México.

Fecha de recibido: 18 de abril de 2012 • **Fecha de aceptado:** 7 de enero de 2013

Autor de correspondencia: Dra. Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México
Correo electrónico: blanca.pelcastre@insp.mx

En el año 2010 vivían en Estados Unidos de América (EUA) 39.9 millones de migrantes, de los cuales 11.2 eran indocumentados. Los mexicanos ocupaban el primer lugar tanto en el número total con 11.7 millones, como en el de indocumentados con 6.5 millones.^{1,2} La migración entre EUA y el país de origen no tiene un único motivo: la jubilación, la falta de trabajo, la deportación y motivos personales o familiares ocasionan que muchos migrantes retornen a vivir a México. En el año 2007 se calculaba que 8% de los mexicanos que radicaba en el país había vivido alguna vez en EUA.^{3,4}

De los mexicanos migrantes en EUA, 54.6% no tenía seguro de salud en ese país en 2010, lo que se debe tanto a su situación laboral (tener trabajos mal pagados y poco calificados, no acceder a puestos en donde los empleadores otorgan un seguro y no tener suficientes ingresos para pagárselo ellos mismos), como a su estatus migratorio, ya que la Ley de Seguridad Social de 1996 condicionó el acceso a programas con subsidio federal, destinados a personas de escasos recursos, como el Medicaid, a tener ciudadanía o una estancia legal mínima en el país de cinco años. Otros factores que complican su situación son el idioma, la cultura, el miedo y la desconfianza, todo lo cual se conjuga para que en la práctica muchos mexicanos no accedan al sistema de salud en EUA.⁵⁻⁸

Varias investigaciones de salud pública han documentado los patrones de utilización de servicios de salud de los migrantes en EUA, pero la mayoría no incorpora la perspectiva del transnacionalismo desarrollada por los investigadores de la migración internacional. En estos estudios se ha retomado esta teoría principalmente en temas sociales, económicos, políticos y culturales, pero es casi inexistente en lo relacionado con la salud pública.

El paradigma de asimilación señalaba que con los años, los migrantes y su descendencia experimentarían un proceso de aculturación hasta asimilarse al país de recepción, desligándose de la cultura de origen. Los migrantes contemporáneos enfrentan mayores dificultades que sus predecesores: informalidad laboral, problemas de exclusión, integración y movilidad social que, para contrarrestarlas, muchos de ellos desarrollaron vínculos transnacionales y, contraponiendo el paradigma de asimilación, conservan elementos culturales y utilizan recursos de los países de origen y destino.^{9,10}

El transnacionalismo permite formar una identidad étnica manipulable en función de los intereses de los migrantes, dándose una rearticulación simbólica de la comunidad y la experiencia fragmentada del territorio, al vincular los países de origen y destino por medio de circuitos por donde circulan personas, información, símbolos, bienes, recursos familiares, políticos y cultu-

rales. En estos procesos son centrales las redes sociales a través de las cuales también se obtiene información para disminuir el costo y los riesgos de la migración, para elegir entre los potenciales destinos y facilitar el asentamiento, por lo que son prioritarias para afrontar la vulnerabilidad social implícita en la condición de minoría étnica.⁹⁻¹¹

El grado de transnacionalismo está relacionado, entre otras cosas, con el contexto de salida, y es mayor cuando la migración es masiva y proveniente de áreas rurales en relativa calma, y menor cuando la migración es un proceso individual, urbano o de zonas con una violencia generalizada.^{12,13} En la migración mexicana, el flujo constante, masivo y duradero de migrantes, familiares, información, dinero y productos entre México y EUA, junto con las nuevas tecnologías que abarataron y facilitaron la comunicación entre ambos países, permitieron la transnacionalización de muchos migrantes, familias y localidades que, aunque separadas geográficamente, tienen un mismo espacio social.^{10,14-16}

Si bien algunas publicaciones científicas documentan las prácticas transnacionales en salud de migrantes brasileños,¹⁷ argentinos, caribeños, colombianos^{18,19} y mexicanos en EUA,²⁰⁻²⁷ y dominicanos²⁸ y ecuatorianos²⁹ en España, generalmente no lo hacen desde la perspectiva transnacional, ni incorporan el pluralismo médico que reconoce que la mayoría de la gente utiliza varias formas de atención para sus problemas de salud, por lo que no abordan todas las posibilidades, que van desde la autoatención con medicamentos y remedios caseros, hasta la utilización de servicios de médicos alópatas y tradicionales, entre otras.³⁰

El objetivo de esta investigación se propuso superar estas limitantes, y con una perspectiva transnacional y plural de la salud pública, documentar si los migrantes mexicanos en EUA hacen una utilización transnacional de recursos y servicios de salud.

Material y métodos

Se diseñó un estudio cualitativo con entrevistas y grupos focales (GF) como técnicas de levantamiento de información. El estudio fue aprobado por las comisiones de Investigación y de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública, con lo que se cumple con las pautas internacionales para la investigación en seres humanos.

Para tener una heterogeneidad de comunidades, se seleccionaron ocho comunidades rurales en cinco municipios mexicanos con distinto grado de intensidad migratoria; de las regiones migratorias tradicional, origen primordial e histórico de la migración; de la región centro, con un fuerte dinamismo migratorio a partir de la década de los noventa; y de la región centro-sur, que

se incorporó a la corriente migratoria en esta misma década. Esto nos permitió tener también una diversidad étnica de la población (blancos, mestizos e indígenas). Adicionalmente, se obtuvieron recursos para realizar entrevistas a prestadores de servicios de salud en California, EUA.

Se utilizó un muestreo por criterio para seleccionar a los participantes, definiéndose dos perfiles en función de su vínculo con el proceso migratorio y los sistemas de salud: a) hombres migrantes de retorno de EUA y b) prestadores de servicios de salud alópatas (públicos y privados) y tradicionales. El levantamiento de la información se realizó de diciembre de 2009 a febrero de 2011, en el que participaron 135 personas: 79 hombres migrantes de retorno, 40 médicos alópatas y 16 médicos tradicionales (cuadro I). Se decidió no trabajar con mujeres migrantes por tener un patrón de menor retorno que dificultaría su participación en el estudio.^{31,*}

Con el apoyo de promotores de salud locales, se reclutó a los participantes que cumplieran con el perfil

definido; los autores de este artículo realizaron las entrevistas y GF en las comunidades. Con el fin de explorar las prácticas transnacionales en salud, se diseñó una guía que incluyó, entre otros, los siguientes temas: perfil sociodemográfico y migratorio; acciones de prevención y obstáculos en el acceso a los servicios de salud de los migrantes en México y EUA; utilización transnacional de medios de comunicación, medicinas y remedios caseros; y servicios de salud alópatas y tradicionales. Toda la información fue audiograbada con el consentimiento de los participantes; se transcribió y organizó en categorías temáticas para su análisis con el apoyo del programa Atlas-ti v.5.2. Se realizó un análisis de discurso desde una perspectiva interpretativa.³⁴

Resultados

Se mencionaron distintos obstáculos para acceder al sistema de salud de EUA: no tener documentos, el desconocimiento de los servicios, el idioma, la cultura, el miedo y la desconfianza. Esto, junto con algunas características del sistema de salud mexicano (bajo costo, acceso a medicamentos sin receta, costumbre y confianza en la atención), motiva su utilización transnacional por parte de los migrantes:

* De la población nacida en México que en 2005 vivía en EUA y que para 2010 ya residía en México, 72% eran hombres.

Cuadro I
PERFIL Y NÚMERO DE INFORMANTES, TÉCNICA UTILIZADA E IMPORTANCIA MIGRATORIA
DE LAS COMUNIDADES SELECCIONADAS EN MÉXICO Y EUA. 2010-2011

Estado / municipio	Grado de intensidad migratoria ³²	Región migratoria ³³	Perfil del informante	Técnica	Número	Total de participantes
Jalisco, La Barca	Medio	Tradicional	Migrantes de retorno	GF	3	16
			Médicos alópatas	Entrevista	6	6
			Médicos tradicionales	Entrevista	3	3
Puebla, Izúcar de Matamoros	Alto	Centro	Migrante de retorno	GF	4	30
			Médicos alópatas	Entrevista	6	6
			Médicos tradicionales	Entrevista	2	2
Oaxaca,* Juxtlahuaca/Tecomaxtlahuaca	Bajo Alto	Centro- sur	Migrante de retorno	GF Entrevista [‡]	1 15	6 15
			Médicos alópatas	Entrevista	8	10
			Médicos tradicionales	Entrevista	7	7
Guanajuato, Yuriria	Alto	Tradicional	Migrante de retorno	Entrevista	12	12
			Médicos alópatas	Entrevista	9	11
			Médicos tradicionales	Entrevista	1	1
California EUA	Estado de EUA con mayor número de migrantes mexicanos ³³		Médicos alópatas	Entrevista	7	7
			Médicos tradicionales	Entrevista	3	3

* En Oaxaca se seleccionaron dos comunidades de dos municipios distintos contiguos debido a que en ninguno de estos municipios existían dos comunidades con las características requeridas de ruralidad y suficiente presencia de prestadores de servicios de salud

‡ En los municipios de Oaxaca y Guanajuato había un contexto de violencia y desconfianza que influyó en que hubiera poca asistencia a los GF de migrantes, por lo que se decidió cambiar la técnica a entrevista

GF: grupos focales

“Todo indocumentado no cuenta con nada; si pasa algo es responsable uno, los patrones no se hacen responsables, ellos le meten miedo a uno –¿sabes qué?, si te lastimas una mano, aguántate o vete al médico por tu cuenta–, no es que ellos te brinden seguro, y si ya no puedes trabajar, viene otro a ocupar tu lugar”. (GF, migrante de retorno, Puebla)

“Se quejan que tienen alguna enfermedad respiratoria y allá no les dan nada [en EUA], dejan que solita salga, que el cuerpo reaccione solo y no están conformes porque en México estamos muy acostumbrados a antibióticos, a que la enfermedad se quite pronto.” (Médico alópata, Jalisco).

En todas las comunidades, los migrantes de retorno y los prestadores de servicios de salud mencionaron que es común que los migrantes utilicen recursos y servicios de salud mexicanos en EUA. Sobre todo en comunidades con alta concentración de hispanos, los migrantes compran en tiendas y tianguis latinos medicamentos y remedios caseros mexicanos, además de consultar a prestadores de servicios de salud mexicanos que los atienden, incluso, de forma clandestina:

“Uso lumbre, alcohol y hierbas, los pacientes son de mi comunidad [en México] o de alrededor y tienen mis mismas creencias. Puedo sembrar aquí atrasito y al igual que yo mis hierbas emigraron, de la hierba santa que no tiene semilla, me he traído unas raicitas con lodo, envuelto con una tela y ha llegado.” (Médica tradicional oaxaqueña en California)

“Varios tienen sus consultorios, son médicos latinos que trabajan bajo licencia de otro médico. Algunos que atienden en Tijuana, se vienen sábado y domingo a California, dan consulta y se regresan, semejante a lo que yo hago que no es totalmente legal.” (Médico alópata guanajuatense en California)

“Hay tiendas [en EUA] que venden productos mexicanos. Si quieres una terramicina o penicilina para infecciones fuertes, ahí te la venden; hay centros herbolarios, ahí te venden todo: el cuachalalate para la tos, el árnica para las heridas... hay varios tianguis, como si vivieras por acá”. (GF, migrante de retorno, Puebla)

En los estados fronterizos de EUA vivía 63.8% de los mexicanos en 2010,³⁵ y muchos migrantes documentados cruzan al lado mexicano para comprar medicamentos y atenderse con dentistas y médicos generales:

“Pues allá [en EUA] mucha gente corre a Tijuana, a Ensenada, afueras en México, porque lo dental es más caro... hasta los mismos americanos; el latino que está establecido allá es el que se viene acá afuera, porque se puede mover”. (GF, migrante de retorno, Jalisco)

Es frecuente que los migrantes en EUA, principalmente indocumentados, realicen consultas a distancia en México con sus familiares y con los médicos alópatas y tradicionales (telefónicamente o a través de un familiar). Muchas veces, después de ser diagnosticados, algún familiar compra el medicamento o remedio casero recomendado y lo manda a EUA. En caso de medicamentos que requieren receta médica, ésta es otorgada por algún médico local y también se manda para que se permita el ingreso a EUA:

“Si me habla uno que está en EUA –quiero vea qué tengo, así me siento–, aquí pido a Diosito o voy a la capillita y veo qué tienen, y cuando me hablan –¿sabes qué?, es esto, compra esta medicina o agua espiritual y échate–, da resultado–, a los ocho días me dicen –gracias a usted porque ya [me curé]–”. (Médico tradicional indígena, Oaxaca).

–“En una semana ¿cuántas consultas telefónicas das a migrantes?

– Son cinco consultas en la cual mencionan cómo se sienten. En caso de que pueda identificar, hago que sus familiares vayan al consultorio para darles la receta o los medicamentos para que los puedan mandar [a EUA]. 1 o 2 se me hace imposible diagnosticarlos; se toman los estudios y me leen por teléfono lo que dice.

–¿Hay casos de que vaya el familiar a explicarte lo que tiene el migrante?

Atiendo unos 8 o 10 casos en que va el familiar a decir lo que presentan sus familiares [migrantes] o ya nada más es continuidad del tratamiento”. (Médico alópata, Puebla).

Los migrantes documentados que vienen de visita a sus comunidades en México aprovechan el viaje para comprar personalmente medicamentos y remedios caseros e ir a consulta con los médicos alópatas y tradicionales. Además, al comparar los costos de ambos países, varios migrantes que necesitan alguna intervención quirúrgica prefieren realizársela en México, comúnmente en la cabecera municipal o ciudad más cercana a la comunidad de origen:

“Esta muchacha se fue a Chicago mala. Cuando vino me regañó porque allá gastó muchísimo dinero y los

doctores le sacaron que tenía cáncer. La curé y ahí está, estaba empachada.” (Sobadora, Jalisco).

“El mes pasado fue la fiesta, de 30 consultas que doy al día, 20 eran migrantes. Ahorita que no hay fiestas, hoy de 20 consultas unas 5 son de migrantes. El año pasado hice 100 cirugías, y operé unos 60 migrantes; este año llevamos 47 cirugías y unos 27 son migrantes.” (Médico alópata, Oaxaca).

Los familiares de los migrantes que viven en México utilizan algunos recursos y servicios de salud de EUA como ciertos medicamentos (aspirina y Tylenol), a los que atribuyen mejores resultados que los mexicanos. Algunos familiares viajan a EUA a atenderse con alópatas por considerarlos mejor capacitados. El envío de baumanómetros y glucómetros fue el más habitual por parte de los migrantes en EUA a sus familiares en México:

“Aparatos para la azúcar, para la presión, sí te los mandan [de EUA] porque allá son baratos. También una ambulancia mandaron, la gente se cooperó y la compraron. Ahí está parada -Ambulancia donada por Kankakee, Illinois-.” (Migrante de retorno, Guanajuato).

Los prestadores de servicios de salud identificaron diferencias por condición étnica: los migrantes indígenas realizan mayores prácticas transnacionales informales en salud como automedicación, consulta a distancia y utilización de médicos tradicionales, lo que se relacionó con mayores obstáculos para acceder a los servicios biomédicos de ambos países como desconocimiento de derechos, de programas y del funcionamiento del sistema de salud, así como mayor discriminación, abuso y problema de comunicación. Se mencionó que los indígenas tienen menos prevención y uso de los servicios biomédicos, además de una actitud más pasiva, pudorosa y desconfiada:

“Los indígenas es un grupo sufrido. México ha sido muy abusivo, no han sido totalmente involucrados en la cultura, ni el idioma han aprendido en muchos casos. Se vienen por necesidad, entonces, no han podido integrarse a la cultura mexicana y están en EUA tratando de entender otra cultura, otro racismo, otro abuso. Vienen con estrés postraumático, han sufrido traumas generación por generación y no hablan español, menos inglés; nosotros no hablamos español bien y ellos con otro idioma, no entendemos...” (Directivo de servicio de salud público, California).

Estos resultados muestran que muchos migrantes mexicanos de zonas rurales han desarrollado una respuesta transnacional que les permite utilizar diversos recursos y servicios de salud mexicanos, tanto dentro de EUA como a la distancia y durante sus visitas a México.

Discusión

Si bien muchas de las prácticas transnacionales de salud surgen por iniciativa de los migrantes, no se podrían dar sin la existencia en ambos países de servicios por donde circulan los recursos en salud (paqueterías, casetas telefónicas, tiendas latinas, médicos mexicanos alópatas y tradicionales), y de sus redes sociales que brindan apoyo y solidaridad a los migrantes.

El modelo antropológico reconoce que en los patrones de utilización de servicios de salud influyen, además de aspectos económicos, sociales, psicológicos o de accesibilidad, otros factores como cultura, ideología, hegemonía, consenso, clase social y resistencia.³⁶ Los actores sociales que participaron en el estudio identificaron aspectos que inciden en la utilización transnacional de recursos y servicios de salud señalados en este modelo, tanto económicos, como la diferencia de costos en los servicios de salud de México y EUA y los obstáculos y acceso a los servicios de salud de ambos países, como los aspectos más culturales e ideológicos como la costumbre y la confianza hacia la atención de los prestadores de servicios de salud mexicanos (figura 1).

Contrariamente al paradigma de asimilación, la utilización transnacional de recursos y servicios de salud se da tanto por parte de migrantes indocumentados y documentados, con o sin seguro de salud, como de indígenas y no indígenas, incluso entre los que llevan décadas y tienen la ciudadanía estadounidense. Al comparar por municipio, se nota una diferencia en cuanto al tipo de prácticas, que se relaciona con los años de estancia en EUA y con la situación legal de los migrantes.

En las comunidades de Puebla y Oaxaca, en donde la migración no es tan intensa y empezó décadas después, muchos migrantes son indocumentados, mestizos o indígenas y realizan más prácticas transnacionales informales como consultar médicos mexicanos (alópatas y tradicionales) clandestinos en EUA, compra de medicamentos y remedios caseros en tiendas latinas y consulta a distancia a través de sus familiares a médicos alópatas y tradicionales en México, además de recibir de ellos recetas, medicamentos y remedios caseros.

En las comunidades de Jalisco y Guanajuato, en donde la migración es intensa y empezó primero, mu-

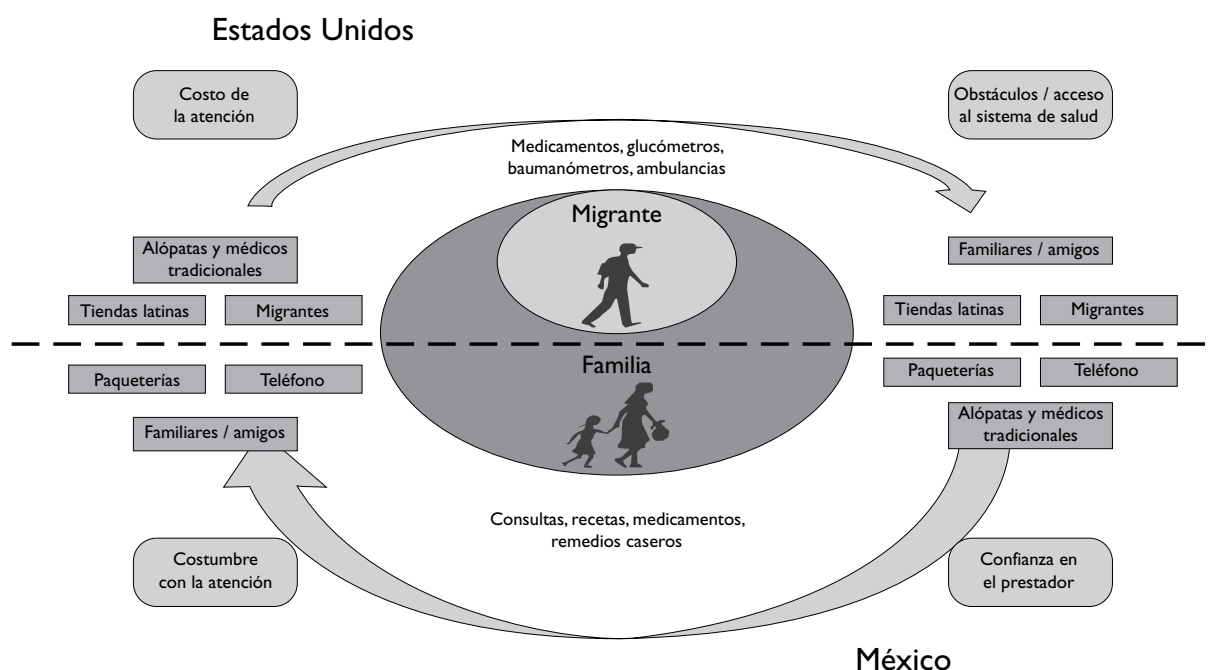


FIGURA 1. DINÁMICA DE LA UTILIZACIÓN TRANSNACIONAL DE RECURSOS Y SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LOS MIGRANTES MEXICANOS EN EUA Y SUS FAMILIARES EN MÉXICO

chos migrantes son documentados, mestizos o blancos y tienen acceso al sistema de salud de EUA; las prácticas transnacionales son más formales como consultar médicos alópatas y realizarse intervenciones quirúrgicas en México, en la frontera y en las comunidades de origen. Se propone aquí una tipología de los perfiles de migrantes más comunes relacionados con la utilización transnacional de recursos y servicios de salud mexicanos:

1. Migrantes documentados con seguro de salud. Tienen mayor acceso a los sistemas formales de salud de ambos países que pueden utilizar a conveniencia, y tienen mejores empleos y salarios, por lo que podrían realizar un mayor gasto de bolsillo en salud en EUA.
2. Migrantes documentados sin seguro de salud. Durante sus viajes pueden consultar personalmente a los médicos alópatas y tradicionales, además de realizarse las intervenciones quirúrgicas en México, con lo que evitan pagar los altos costos de estos servicios en EUA. Al ser legales, tienen mejores empleos y salarios, por lo que también pueden realizar gastos de bolsillo.
3. Migrantes indocumentados sin seguro de salud. Tendrían problemas para volver a ingresar a EUA,

por lo que generalmente no vienen a México durante años. En EUA pueden acudir con los alópatas privados y pagar los altos costos, esperar hasta que el problema empeore y acudir de urgencia a algún hospital o clínica comunitaria, atenderse con los médicos clandestinos mexicanos o pedir consulta a distancia con sus familiares y médicos en México.

Con estos resultados se identifica una mayor vulnerabilidad en salud para el grupo de migrantes indocumentados y sin seguro de salud en EUA, la cual se ve acentuada en el caso de los indígenas, pero incluso este grupo hace uso de recursos y servicios mexicanos para atender sus problemas de salud. Esta estrategia sería imposible sin vínculos transnacionales que permiten a los migrantes resolver algunos de sus más graves problemas de salud que, de otra manera, podrían resultar en secuelas o discapacidades que pueden ocasionar un mayor impacto sobre su condición de vulnerabilidad.

Se considera que estos resultados son importantes y novedosos, pues demuestran que muchos migrantes mexicanos (de las zonas rurales de México con migración intensa) en EUA continúan utilizando transnacionalmente los recursos y servicios de salud de México. Se propone continuar con el debate de propuestas de programas

que den respuesta a estas necesidades, como el Seguro Binacional de Salud; fortalecer otros existentes como el programa *Vete Sano, Regresa Sano* y las Ventanillas de Salud, además de explorar la pertinencia de formalizar algunas prácticas transnacionales ya desarrolladas por los migrantes como la consulta en México a distancia de los padecimientos cuya gravedad y sintomatología así lo permitan, a través de la telemedicina.

Agradecimientos

Al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SSA/IMSS/ISSSTE-Conacyt por el financiamiento otorgado para el desarrollo de la presente investigación y al Programa de Investigación en Migración y Salud, Health Initiative of the Americas, University of California Berkeley, por la beca de tesis de doctorado otorgada al primer autor. Al programa “Vete Sano, Regresa Sano” por su apoyo para la realización del trabajo de campo.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Passel J, Cohn D. Unauthorized Immigration Population: National and State Trends, 2010. Washington, DC: Pew Hispanic Research Center, 2011. [Consultado 22 de octubre de 2012] Disponible en: <http://www.pewhispanic.org/2011/02/01/unauthorized-immigrant-population-brnational-and-state-trends-2010/>
2. Passel J, Cohn D. U.S. Foreign-Born Population: How Much Change from 2009 to 2010? Washington, DC: Pew Hispanic Research Center, 2012. [Consultado 22 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.pewhispanic.org/2012/01/09/u-s-foreign-born-population-how-much-change-from-2009-to-2010/>
3. Ratha D, Sanket M, Silwal A. comp: Migration and remittances factbook 2011. Washington DC: World Bank, 2011.
4. IPSOS-BIMSA. Encuesta Nacional IPSOS-BIMSA/El Universal: Migración de mexicanos hacia Estados Unidos. IPSOS-BIMSA/El universal 2007. 5/1, documento PDF.
5. Consejo Nacional de Población. Población nacida en México residente en Estados Unidos por características sociales, 1994-2010. Series sobre migración internacional. México, DF: CONAPO, 2010. [Consultado 22 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Poblacion_residente_en_Estados_Unidos
6. Portes A, Light D, Fernández-Kelly P. The american health system and immigration: an institutional interpretation. New Jersey: The Center for Migration and Development, 2009.
7. Leite P, Castañeda X, Schenker M. Vulnerabilidad y salud: deficiente cobertura para migrantes mexicanos en Estados Unidos. *De Med Expert* 2009; 1(3):6-16.
8. Castañeda X, Ruiz M, Felt E, Schenker M. Health of migrants: working towards a Better Future. *Infect Dis Clin N Am* 2011; 25(2):422-433.
9. Ariza M. Migración, familia y transnacionalidad en el contexto de la globalización: algunos puntos de reflexión. *Rev Mex Sociol* 2002; 64(4):53-84.
10. Canales A, Zolniski C. Comunidades transnacionales y migración en la era de la globalización. *Notas de Población* 2001; 73:221-252.
11. Ruiz A. La perspectiva transnacional de las migraciones: desafíos e implicaciones prácticas. *Cuadernos Bakeaz* 2009; 93:1-12.
12. Portes A. Convergencias teóricas y evidencias empíricas en el estudio del transnacionalismo de los migrantes. *Migración y desarrollo* 2005; 1:2-19.
13. Portes A. Conclusión: hacia un nuevo mundo. Los orígenes y efectos de las actividades transnacionales. En: Portes A, Guarnizo L, Landolt P, coord. *La globalización desde abajo: transnacionalismo inmigrante y desarrollo. La experiencia de Estados Unidos y América Latina*. México, DF: Miguel Ángel Porrúa/ FLACSO, 2003:377-397.
14. Portes A, DeWind J. Un diálogo transatlántico: el proceso de la investigación y la teoría en el estudio de la migración internacional. En: Portes A, DeWind J. coord. *Repensando las migraciones. Nuevas perspectivas teóricas y empíricas*. México, Zacatecas: Porrúa, 2006:7-31.
15. Méndez A. Emigrar para volver: de la asimilación al transnacionalismo. *Revista Latinoamericana de Economía* 2007; 38(148):100-125.
16. Valdéz G, Ciria G, Balslev CH. Migración y transnacionalismo. Experiencias de inmigrantes en el transporte público de San Diego California 2004. *Región y Sociedad* 2007; 1:199-218.
17. Hilfinger D. Transnational health resources, practices and perspectives: brazilian immigrant women's narratives. *Journal of Immigrant Health* 2002; 4(4):183-200.
18. Viladrich A. Botánicas in America's backyard: uncovering the world of Latino immigrants herb-healing practices in New York City. *Hum Organ* 2006; 65:407-419.
19. Viladrich A. From “shrinks” to “urban shamans”: argentine immigrants' therapeutic eclecticism in New York City. *Cult Med Psychiatry* 2007; 31:307-328.
20. Vargas-Hernández J. El mercado transfronterizo de servicios de salud privados entre Tijuana, México y San Diego, EE.UU. *Rev Econ Mund* 2005; 13:163-184.
21. Wallace S, Mendez-Luck C, Castañeda X. Heading south: why mexican immigrants in California seek health services in Mexico. *Med Care* 2009; 47(6):662-669.
22. Nigenda G, Ruiz-Larios JA, Bejarano-Arias RM, Alcalde-Rabanal JE, Bonilla-Fernández P. Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud Publica Mex* 2009; 51:407-416.
23. Mainous A, Diaz V, Carnemolla M. Factors affecting Latino adults' use of antibiotics for self-medication. *J Am Board Fam Med* 2008; 21(2):128-134.
24. Keegan L. A comparison of the use of alternative therapies among Mexican Americans and Anglo-Americans in the Texas Rio Grande Valley. *J Holist Nurs* 2000; 18(3):280-295.
25. Bade B. Yerbas, limpias y cirugía: el cuidado de la salud entre los mixtecos de California. En: Escárcega S, Varese S, coord. *La ruta mixteca*. México, DF: UNAM, 2004: 271-314.
26. Montiel-Tafur M, Crowe T, Torres E. A review of curanderismo and healing practices among Mexicans and Mexican Americans. *Occup Ther Int* [serie en internet] 2009; 16(1):82-88. [Consultado 22 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oti.265/abstract>
27. González-Block MA, Sierra-de la Vega LA. Hospital utilization by Mexican migrants returning to Mexico due to health needs. *BMC Public Health* 2011; 11:241.
28. Sánchez C. Misterios que sanan, misterios que viajan. Prácticas religiosas afro-dominicanas en Madrid. En: Fernández G, González I, García P, coord. *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala, 2008: 347-360.
29. Meñaca A. La “multiculturalidad” de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas. En: Fernández G, coord.

Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: Abya-Yala, 2006: 93-108.

30. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli H comp. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004: 11-47.

31. Consejo Nacional de Población. Nuevas estimaciones de las series sobre migración internacional. Migración mexicana a Estados Unidos por características sociodemográficas, según migrantes de retorno y migrantes a Estados Unidos durante el quinquenio, 2005-2010 [monografía en internet]. México: CONAPO, 2010. [Consultado 8 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Migracion_quinquenal_Mexico-Estados_Unidos

32. Consejo Nacional de Población. Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos, 2010. México, DF: CONAPO, 2012.

33. Zúñiga E, Leite P, Acevedo L. Migración México-Estados Unidos: panorama regional y estatal. México: CONAPO, 2005.

34. Amescua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública 2002; 76:423-436.

35. Consejo Nacional de Población. Población nacida en México residente en Estados Unidos por región de residencia, 1970-2010. Series sobre migración internacional. México, D.F.: CONAPO, 2010. [Consultado 8 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Poblacion_residente_en_Estados_Unidos

36. Lara N, Taméz S, Eibenschutz C, Morales S. Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En: Mercado F, Torres T, coomp. Análisis cualitativo en salud. Teoría, métodos y práctica. México, DF: Plaza y Valdés, 2000: 97-122.