

First Submitted: 3 December 2024 Accepted: 9 June 2025

DOI: <https://doi.org/10.33182/y.v6i2.3484>

Estrategias comunitarias de atención sanitaria en espacios transnacionales: migrantes sinaloenses residentes en California¹

Ismael García Castro², Alicia Medina Herrera³ y María José Grisel Enríquez-Cabral⁴

Resumen

El presente trabajo, aborda el análisis de las condiciones de vulnerabilidad y riesgo que, en materia de salud, enfrentan comunidades migrantes transnacionales en busca de su sobrevivencia. Particularmente, abordamos estrategias comunitarias de atención a la salud, implementadas por migrantes originarios de localidades de Sinaloa, México, con comunidades de destino asentadas en el sur de California, Estados Unidos. El estudio contempla la realización de trabajo etnográfico, en las ubicaciones de origen y destino, incluyendo, aplicación de entrevistas a médicos comunitarios, pacientes e informantes clave, como líderes de la comunidad, proveedores de medicamentos y otros servicios, relacionados a la atención sanitaria, particularmente en los lugares de destino donde opera lo que hemos denominado un “sistema indocumentado de salud transnacional”.

Palabras clave: migración; transnacionalidad; salud; California; Sinaloa

Community-based healthcare strategies in transnational spaces: Sinaloan migrants living in California.

Abstract

This paper analyzes the conditions of vulnerability and risk faced by transnational migrant communities in their search for survival. Specifically, it addresses community-based health care strategies implemented by migrants from Sinaloa, Mexico, with destination communities settled in Southern California, United States. The study includes ethnographic work in the origin and destination locations, including interviews with community physicians, patients and key informants, such as community leaders, medication providers, and other health care-related services, particularly in destination locations where what we have termed an “undocumented transnational health system” operates.

Keywords: Migration; Transnationality; Health; California; Sinaloa

Introducción

Estados Unidos aglutina una de las mayores poblaciones de inmigrantes en el mundo, **51.5 millones de personas en 2024**, cerca del 14% de su población total, de más de trescientos treinta y tres millones de personas. De esta población, la cuarta parte, aproximadamente doce millones, es de origen mexicano (**BBVA Research, 2024**). El tema de la inmigración no

¹ Este trabajo forma parte de los resultados del Proyecto: “Actitudes resilientes y ejercicio de ciudadanía activa en familias transnacionales mexicanas, de estatus migratorio mixto, ante condiciones de creciente adversidad en el actual contexto político, social y económico, en Estados Unidos y en México”, CONAHCYT, Clave: 1327731. Convocatoria Ciencia de Frontera 2019.

² Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Correo electrónico: ismael@uas.edu.mx

³ Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Correo electrónico: alicia.m.h@hotmail.com

⁴ Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Correo electrónico: mariajosec@uas.edu.mx



autorizada⁵, tiene significación adicional, pues es un fenómeno que impacta a una población, compuesta por cerca de once millones de personas (American Community Survey, 2022). Entre la población indocumentada, se estima que más de cuatro millones son mexicanos (BBVA Research, 2024).

Durante la mayor parte de la historia de la nación norteamericana, y particularmente en las últimas décadas, la migración procedente de México ha constituido uno de los flujos demográficos más cuantioso y constante. Este fenómeno responde a condiciones muy particulares, particularmente la vecindad geográfica entre el país de origen y el de destino migratorio, que ha significado compartir una complicada historia de interdependencia económica, política y social, entre Estados Unidos y México, que ha derivado en la consolidación de un sistema de vida compartido (García, 2007), caracterizado por el desarrollo de complejas redes sociales transnacionales, particularmente familiares y comunitarias, que han consolidado un sistema de transnacionalismo migrante (Glick-Schiller et al, 1992; Pries, 2002; Vertovec, 2004), que se distingue, particularmente por sus asimetrías y desigualdades y tensiones sociales y políticas (García, 2023).

Las comunidades inmigrantes, son calificadas como minorías étnicas, las cuales son discriminadas por la población nativa, particularmente de origen anglosajón, el grupo político y social dominante (Farina, 2018; Lee, 2019; García, 2023). No obstante, una característica de estas comunidades, particularmente la de origen mexicano, es su larga presencia histórica en Norteamérica, que se extiende en el tiempo, más allá de la existencia misma del Estado nación estadounidense. Los inmigrantes han formado parte de la historia y la sociedad estadounidense, siendo una población cuyo esfuerzo y aporte ha sido determinante en el desarrollo económico, social, cultural y político, tanto de los Estados Unidos, como de sus naciones de origen (García-Cid, et al, 2017; Cueto y García, 2020). Sin embargo, los inmigrantes con estatus migratorio irregular padecen diversas adversidades, como embates de leyes y políticas, tanto a nivel federal como estatal y local, que se han vuelto cada vez más discriminatorias y coercitivas, sin que se vislumbren, en el corto o mediano plazo, cambios en sentido inverso (García, 2018; García, 2023).

Desde principios de la década de los noventa del siglo pasado, se multiplicaron las propuestas de leyes y la aplicación de políticas disuasivas hacia la inmigración irregular, de corte policiaco y militar, especialmente en la frontera sur de los Estados Unidos, cuyos nombres y operación, han sido similares a acciones militares. Los ataques de septiembre de 2001 agudizaron aún más las percepciones negativas hacia la migración irregular al asociarla con el terrorismo (Massey y Pren, 2013). El concepto que une todas estas políticas antiinmigrantes ha sido el de contención de la inmigración, acreditado como doctrina *Attrition Through Enforcement*, o disuasión de la inmigración no autorizada mediante la difusión del temor a enfrentar consecuencias cada vez más agudas (Krikorian, 2005). Si bien este tipo de legislaciones y políticas draconianas no han tenido resultados significativos, respecto a limitar la inmigración irregular, sí acarrearón consecuencias muy serias para la vida y la salud de los migrantes, al convertirse la línea fronteriza entre México y Estados Unidos en una zona cada vez más complicada, aumentando significativamente, los riesgos para quienes cruzaban de forma

⁵ El término indocumentado, hace referencia a quien entra a los Estados Unidos de manera no autorizada, como a quienes habiendo ingresado legalmente, permanecieron en el país después de que su visa o permiso expirara, incluyendo a quien recibió una negativa sobre su solicitud de refugio o asilo, o no renovó su permiso de residencia o usó documentación fraudulenta para su ingreso (Martínez et al, 2016).



irregular. Los migrantes no autorizados se vieron obligados a recorrer sitios remotos y peligrosos, lo que convirtió el cruce fronterizo irregular en una experiencia traumática que podía desembocar en deterioro de su salud física y mental e incluso en la muerte (Vaira-Lucero et al., 2012).

Durante la última década del Siglo XX, se aprobaron algunas de las leyes y políticas de inmigración más discriminatorias y coercitivas, como IIRIRA (*Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act*) y, PRWORA (*Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act*), legislaciones que tenían como principal objetivo impedir el acceso a servicios públicos de salud a los inmigrantes. En particular, la aplicación de esta última afectó a los miembros más vulnerables de las comunidades migrantes; madres solteras, infantes y personas de la tercera edad, en virtud de los recortes previstos a los recursos públicos en materia de asistencia social, servicios de salud y ayudas de alimentos a familias encabezadas por trabajadores de bajos ingresos o desempleados, como por ejemplo los jornaleros agrícolas. Las limitaciones afectaron particularmente a hijos de inmigrantes, que no nacieron en Estados Unidos, es decir, que no contaban con ciudadanía, por lo que no recibieron apoyos gubernamentales, aunque fueran menores de edad (García, 2007; Vaira-Lucero et al., 2012).

En algunos estados, la retórica xenofóbica se ha expresado con mayor fuerza, a través de políticas y propuestas de legislación como fue el caso de California, en la década de los noventa del siglo pasado, con la llamada “Iniciativa 187”, que apoyándose en la manipuladora premisa de que la inmigración irregular es responsable de la mayor parte de los problemas del estado, proponía limitar las responsabilidades fiscales del gobierno estatal, en cuanto a los inmigrantes, lo que significaba restringir su acceso a servicios de salud y educación (Martínez et al, 2016; García, 2023). El escenario actual, es aún de mayor complejidad y emergencia, por la escalada de posturas nativistas y xenófobas en los Estados Unidos, incentivadas desde las máximas instancias de poder, lo que se ha traducido en el incremento de leyes y políticas que criminalizan la inmigración no autorizada. Para diversos autores (Massey y Pren, 2013; Abrego et al., 2017; Kerwin, 2018; Farina, 2018; Lee, 2019; García, 2023), las posiciones y actitudes antiinmigrantes en el gobierno y la sociedad estadounidense se han construido sobre varios mitos; en primer término, la idea de que los inmigrantes irregulares, invaden y amenazan al país anfitrión, violando su soberanía y la voluntad política de los “legítimos americanos”. En segundo término, se argumenta que los inmigrantes llevan consigo, problemas sociales e ideales culturales y políticos diferentes a los de los estadounidenses, además de enfermedades (Farina, 2018; Lee, 2019; García, 2023). Estos mitos concluyen que su número y diferencias ponen en peligro la “cultura americana” por la reticencia de los inmigrantes a asimilarse. Las posiciones antiinmigrantes, arguyen también, que los inmigrantes quitan empleos y reducen los niveles salariales y las oportunidades de la población nativa, debido a los costos fiscales que generan al abusar de los privilegios del sistema de bienestar estadounidense, como en el caso de la salud (Borjas, 2003). Estas percepciones sobre los inmigrantes no tienen fundamento objetivo, sin embargo, alientan la visión de las posiciones xenófobas que consideran que la mejor manera de lidiar con el “grave problema” de la inmigración irregular es bloquearla y eliminarla (García, 2023).

No obstante, lo antes referido, es relevante precisar que la población inmigrante, incluso aquellas personas con estatus migratorio irregular, a través de la historia, han logrado, mediante múltiples procesos sociales, políticos y jurídicos, formales e informales, “integrarse”,

en la práctica, a la sociedad estadounidense, mediante el ejercicio de una ciudadanía activa o sustantiva (Enríquez-Cabral, 2022; Faggiani, 2022).

Por otro lado, las personas indocumentadas no viven aisladas, sino integradas en familias y comunidades con heterogéneo origen nacional y circunstancias migratorias diversas, lo que implica que tienen un estatus migratorio mixto, lo cual significa, que se integran por ciudadanos estadounidenses e inmigrantes, ya sean indocumentados, residentes formales, refugiados, beneficiarios del programa de acción diferida para jóvenes llegados en la infancia (DACA, por sus siglas en inglés), y beneficiarios de Estatus de Protección Temporal (TPS, por sus siglas en inglés)⁶, Enríquez, Burgueño y García, 2019).

En cuanto al proceso de migración internacional originaria de Sinaloa, de acuerdo al INEGI, 2020, la población migrante internacional de esta entidad fue superior a las seiscientos cincuenta mil personas, cuyo principal destino ha sido histórica y particularmente la región sur del estado norteamericano de California (Sánchez, 2012; Pintor, 2017). En el caso particular de la localidad de Cosalá, cabecera del municipio del mismo nombre, se localiza en la región serrana de Sinaloa, contando con una población de apenas diecisiete mil habitantes (INEGI, 2020). Cosalá, se ubica entre las entidades municipales de México, con mayor número de hogares en marginación. Siendo, además, el municipio de mayor intensidad migratoria internacional (SEGOB, 2022), y recepción de remesas por hogar en Sinaloa (García y Burgueño, 2017). Cosalá, lo mismo que otras localidades rurales de Sinaloa, se caracterizan por haber desarrollado históricos procesos migratorios hacia Estados Unidos, teniendo como principal destino el estado de California. Los circuitos migratorios cosaltecos, iniciaron desde principios del Siglo XX, lo que significa la consolidación de sus redes migratorias transnacionales (García, 2007; Sánchez, 2012; Burgueño, 2016).

Paradojas de la salud transnacional

Las naciones desarrolladas presumen contar con sistemas de salud de primer nivel, sin embargo, muchos de los beneficios económicos y sociales que gozan los ciudadanos de esos países de primer mundo, se sostienen, en buena medida, en sistemas de explotación de población trabajadora inmigrante, particularmente, millones de indocumentados o “ilegales”, como son clasificados de forma discriminante. En Estados Unidos, un nicho laboral recurrente de los inmigrantes, particularmente de los indocumentados, es el llamado *dirty work* (Lenko et al, 2024), expresión que hace referencia a empleos mal remunerados y sin prestaciones que tienen largas jornadas de trabajo y condiciones de riesgo a la integridad física y la salud, como los de la construcción y la limpieza. Otro sector laboral asociado a los inmigrantes son las ocupaciones asociadas a la salud y los cuidados, en labores que van desde la limpieza y mantenimiento, hasta los servicios de cuidado y atención, de infantes, enfermos, personas con discapacidad o personas mayores, realizados en clínicas, hospitales, centros de retiro, e incluso en los hogares de los nativos (Hondagneu-Sotelo, 2011; García, 2018). No obstante, emplearse en ocupaciones riesgosas o asociadas a la salud, el ejercicio de este derecho humano está restringido para muchas personas de la comunidad migrante, particularmente para quienes no poseen un estatus migratorio regular. Diversos estudios

⁶ El Departamento de Seguridad Nacional (DHS), puede designar al nacional de un país extranjero al Estatus de Protección Temporal (TPS), debido a condiciones que impiden a ciudadanos a regresar de manera segura a su país; conflictos armados, desastres naturales, epidemias u otras condiciones extraordinarias (<https://www.uscis.gov/es/programas-humanitarios/estatus-de-proteccion-temporal>).



sobre migración internacional y acceso a servicios de salud (Vaira-Lucero et al., 2012; Massey y Pren, 2013; Schenker et al, 2014; Martínez et al, 2016; Rosales, 2019; Lenko et al, 2024), coinciden en que la problemática de salud se agudiza para la población indocumentada, debido a circunstancias, que van desde desventajas en los lugares de origen, un contexto de mayor riesgo y vulnerabilidad durante el tránsito. En las localidades de destino, la precariedad económica provoca afrontar riesgos laborales, inequidad jurídica y exclusión de servicios de salud. En Estados Unidos, la seguridad social está restringida para la población inmigrante indocumentada. Para 2018, la tercera parte de la población inmigrante mexicana no contaba con servicios de salud debido a su estatus migratorio y sus condiciones económicas precarias (Rosales, 2019). Las leyes de Asistencia Social limitan que los indocumentados se beneficien del sistema de salud público estadounidense conocido como Medicaid. En 2010, se aprobó una reforma a este sistema de seguridad en salud, la *Affordable Care Act* (ACA), o Ley de cuidados asequibles en salud, que fue conocida como “Obamacare”. Esta iniciativa tenía como objetivo subsidiar la seguridad en salud a los grupos marginados por los costos de los seguros médicos. Sin embargo, la ley excluyó a la población indocumentada del beneficio de recibir subsidios federales (Martínez et al, 2016; Bustamante et al, 2018; Valle et al, 2020). Por otro lado, en algunos lugares de destino donde, a nivel local, existen condiciones de acceso a sistemas de salud pública, este servicio, no es aprovechado por la población inmigrante, debido a falta de información y, particularmente en el caso de la población con estatus migratorio irregular, por el temor a acudir a lugares de servicio público por miedo a ser deportados (Hacker et al, 2012; Rosales, 2019). No obstante, muchas de las limitaciones, de las comunidades inmigrantes para acceder a los sistemas de salud estadounidenses, tienen también razones de índole cultural (Leite y Villaseñor, 2010; Rosales, 2019), que van desde el desconocimiento de operación de los servicios de salud, las barreras idiomáticas y las prácticas culturales, como en el caso de la automedicación, lo que significa un proceso que sobrelleva las condiciones o síntomas de las enfermedades, utilizando “remedios caseros”⁷ y medicamentos sin prescripción.

Las complejas y agudas condiciones de riesgo y adversidad que enfrentan los migrantes, particularmente la población indocumentada, son factores que exacerban sus condiciones de vulnerabilidad en salud, las cuales tienen que ser compensadas a través de actitudes y prácticas resilientes, especialmente, cuando se trata de comunidades con origen en pequeñas comunidades rurales (Rolfe, 2006). Conviene resaltar, que a pesar de los obstáculos y adversidades que enfrenta la población inmigrante, particularmente la de origen hispano, sus indicadores de morbilidad y mortalidad, no se encuentran en gran desventaja con respecto a las de la población estadounidense. Esto se debe a condiciones como menor promedio de edad de esta población y tipo de alimentación, hasta sus actividades laborales y, especialmente, sus valores y condiciones sociales de vida, esta circunstancia peculiar, ha sido nombrada como -paradoja hispana de la salud- (Hernandez et al 2022; López et al, 2023; Fernández et al, 2023).

Para el caso de las comunidades migrantes mexicanas, originarias de pequeñas localidades rurales, establecidas en Estados Unidos, se ha documentado (García-Cid, et al, 2017; Cueto y García, 2020), que se sobreponen a sus condiciones de adversidad, mediante el desarrollo de diversas actitudes y prácticas, económicas sociales y políticas resilientes,⁸ cimentadas en redes

⁷ Los remedios caseros, constituyen prácticas de curación tradicionales basadas en la experiencia social transmitida generacionalmente, que regularmente utiliza plantas o minerales con propiedades curativas.

⁸ Definida como: “La capacidad humana de adaptarse a la tragedia, el trauma, la adversidad, las dificultades y los constantes factores de estrés en la vida” (Newman, 2005: 1).

de apoyo comunitario, que operan transnacionalmente, con base en la disposición y uso de diversos recursos, materiales e inmateriales, provistos por la comunidad, como en el caso del sistema de salud comunitario transnacional que nos ocupa, constituyéndose como fondos o recursos resilientes de identidad transnacional (Cueto, Burgueño y García, 2020; Burgueño, 2022; Urquizú, 2023).

Hallazgos del estudio de caso

Con base en la literatura académica sobre migración y salud (González et al, 2012; Rosales, 2019), y la información recopilada mediante la metodología de investigación etnográfica y aplicación de entrevistas a informantes clave sobre la salud en migrantes (Schenker et al, 2014), como miembros de la comunidad inmigrante y particularmente médicos comunitarios “indocumentados”, es decir, no registrados formalmente para ejercer como profesionales de la salud en Estados Unidos, podemos afirmar, que las personas migrantes y particularmente las indocumentadas, acuden a lugares de atención en salud y consulta médica irregular, debido a dos razones principales; los costos y complicaciones de los servicios médicos formales, y sobre todo, por cuestiones culturales que incluyen el idioma y las costumbres. Sin embargo, el idioma no resulta relevante, porque en casi todas las localidades de California, casi siempre se puede contar con interprete, por lo que lo verdaderamente trascendente es el factor cultural, basado en el trato y la confianza hacia profesionales médicos reconocidos como del mismo origen, no solo a nivel étnico nacional, sino de identidad comunitaria (García y Burgueño, 2018). En el caso de los médicos comunitarios entrevistados, refieren que sus pacientes regulares, son las mismas personas y familias que atendían en las comunidades de origen en México, en este caso, la comunidad de Cosalá, Sinaloa. Siendo, además, una referencia para familiares y vecinos de estos migrantes en las localidades de destino.

Cuando vamos al doctor, lo más importante es la confianza, ser tratado por alguien que entiende tu cultura.

Acá (Estados Unidos), los migrantes, sabemos buscar un doctor que sea como nosotros.

Con base en las entrevistas realizadas, pudimos documentar que la “atención médica” que buscan las personas migrantes, especialmente las indocumentadas, constituye un servicio irregular que se proporciona en lugares que eufemísticamente se llaman “tiendas naturistas”, que son establecimientos comerciales que se dedican a vender lo que la población de origen hispano llama “remedios naturales” (González et al, 2012). Estos lugares también conocidos como “tiendas de salud”, ofrecen, desde suplementos alimenticios, hasta consulta médica y medicamentos.

Cuando trabaje allá atendía la consulta en tiendas naturistas.

Hay muchas tiendas, que tienen camuflajeado, un consultorio para atender inmigrantes.

Los lugares de atención médica informal, o “tiendas consultorio”, están dispersos por toda la geografía estadounidense, siendo particularmente notorios en localidades de estados con gran presencia inmigrante como en el caso de California. Las localidades que frecuentemente fueron referidos por los informantes fueron poblaciones al norte de la zona metropolitana de Los Ángeles, como San Fernando, Sylmar, Panorama City, Bakersfield, y Delano. También obtuvimos evidencia sobre lugares de consulta médica y venta de medicamentos para migrantes, donde acude la población de origen sinaloense, en localidades al sur de Los Ángeles, como Downey, Compton y Long Beach.



Trabaje como doctor en Sylmar. En donde trabaje, era muy conocido por los de Cosalá. Ellos se encargaban de recomendarme con otras personas, de Sinaloa.

Trabaje como médico en Estados Unidos, de manera “ilegal”, como ocho años, en lugares del sur de Los Angeles.

En las “tiendas de salud”, el primer contacto de los “pacientes”, es con los encargados de mostrador, quienes reciben a los potenciales pacientes, interrogándoles sobre su problemática de salud. Estos dependientes, se hacen cargo, asimismo, de llevar los “expedientes médicos” y el “surtido de recetas”. Otros servicios que se prestan en las “tiendas consultorio”, son la medición de presión o de glucosa, así como pequeñas curaciones y aplicación de inyecciones. Estos servicios de salud extraordinarios eran realizados, a decir de nuestros informantes, por los mismos médicos comunitarios, o por las personas encargadas de las “tiendas”, quienes también se hacen cargo de la seguridad del lugar. Antes de aceptar al paciente preguntan, sobre su residencia y país de procedencia, e incluso sobre el estatus migratorio.

En las tiendas naturistas, siempre había una persona que estaba encargada de atender el mostrador y era el filtro para la atención de los pacientes.

Para pasar con el médico, sin que haya problema, primero se pregunta ¿quién eres y de dónde vienes?

La problemática de salud que enfrenta la población migrante

Las enfermedades que regularmente padece la población inmigrante, por lo general, son los mismos padecimientos que se presentan en sus lugares de origen. A decir de la literatura académica (Cunningham et al, 2008; Rosales, 2019; Cooper et al, 2020; Garcini et al, 2020; Lenko et al, 2024; Della Rocca et al, 2024), y por los médicos comunitarios entrevistados, la recurrencia de problemas de salud entre las personas migrantes, van, desde enfermedades conexas a condiciones climáticas o de temporada, los problemas gastrointestinales, hasta las cardiopatías y los problemas de obesidad y diabetes. Pero, también los padecimientos relacionados con las circunstancias de edad y género, así como con las actividades que se desempeñen, particularmente los riesgos laborales.

Las enfermedades más comunes dependen de la temporada; los problemas respiratorios en invierno. En verano, los problemas de diarreas y las deshidrataciones.

Las enfermedades son las mismas; hay mucha diabetes, pero, sobre todo, hay muchos casos relacionados al estrés, como gastritis, colitis, o problemas del sistema nervioso...

Existen incluso malestares relacionadas con el estatus migratorio irregular, especialmente, el caso de enfermedades mentales y psicosomáticas, motivadas por condiciones de tensión y estrés emocional. De acuerdo con la literatura académica sobre migración y salud, las enfermedades emocionales o mentales y psicosomáticas,⁹ están entre los padecimientos de salud más comunes y nocivos para las comunidades migrantes. Diversos estudios (Gonzalez, 2018; Garcini et al, 2020; Cooper et al, 2020; Valentin et al, 2020; Della Rocca et al, 2024), muestran que los inmigrantes, particularmente la población indocumentada, padece en mayor proporción trastornos emocionales y cuadros de depresión, así como enfermedades psicosomáticas, debido a las tensiones y la ansiedad a que se encuentran expuestos. Los inmigrantes, constantemente enfrentan desafíos estresantes; desde estar lejos de su familia y

⁹ Sintomatología física que se le relaciona a causas de índole psicológico.

comunidad, encontrar y mantener un empleo, o contar con ingresos suficientes para enviar ayuda a sus familiares en la comunidad de origen. Asimismo, soportar diversas condiciones de discriminación laboral, social y político. Las personas migrantes indocumentadas padecen, desde el principio, condiciones de estrés generado por las duras circunstancias de realizar un viaje clandestino (Garcini et al, 2020). Una vez que se establecen en el destino, viven con la constante inquietud de enfrentar problemas legales, especialmente el enfrentar una deportación. Esta situación, paradójicamente, les inhibe a buscar atención médica por cualquier padecimiento y, especialmente, cuando se trata de problemas emocionales, lo que, a su vez, agrava sus condiciones de ansiedad y depresión (Gonzalez, 2018). En nuestro caso de estudio, uno de los médicos comunitarios entrevistados, quien, además, refirió ser psicólogo, argumentó que entendía mejor la problemática de las enfermedades mentales y psicosomáticas. Nuestro entrevistado, señala, que es necesario buscar las causas últimas de las enfermedades, más que solo tratar sus síntomas, ya que, afirma muchas enfermedades, aparentemente físicas, se derivan de problemas en el sistema nervioso central y, esas causas solo se pueden conocer después de largos interrogatorios sobre los problemas que la gente vive, las complicaciones que diariamente enfrentan. Así mismo, su tratamiento, tiene que ver más con cambiar sus condiciones de vida, así como recibir orientación o terapia mental, que, con el uso de medicamentos o sustancias, que les pueden generar adicciones o complicar sus problemas de salud.

Como psicólogo, atendí a personas con enfermedades mentales, las que la gente llama enfermedades de los nervios, como estrés, ansiedad y depresión, así como enfermedades psicosomáticas. Las enfermedades, psicosomáticas, están relacionadas al estrés, como la colitis nerviosa, o la hipertensión, son padecimientos comunes de los migrantes.

Salud sexual y reproductiva entre la comunidad migrante

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), define la salud reproductiva como aquella que aborda los mecanismos de la procreación y del aparato reproductor en toda etapa de la vida. No obstante, el reconocimiento internacional sobre la importancia de la Salud Sexual y Reproductiva, el ejercicio de los derechos humanos en este campo está fuertemente limitado y existen graves barreras que impiden a las personas y en especial a las mujeres, el desarrollar plenamente su sexualidad, así como acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Este hecho, se vuelve más agudo en el caso de las mujeres migrantes particularmente aquellas con estatus migratorio irregular. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2020), describe la salud sexual y reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. La vulnerabilidad de la población inmigrante está ampliamente documentada y se puede comprender teniendo como marco de análisis los determinantes sociales y su implicación en las desigualdades en salud. Al identificar desigualdades de las mujeres migrantes, la interseccionalidad se configura como un marco de análisis que facilita profundizar en las intersecciones entre las dimensiones de género, etnia, clase social y espacio territorial, ya que, ninguna de estas categorías puede ser analizada de forma aislada (Urquízú, 2023). Entre los factores que influyen a la vulnerabilidad de las mujeres migrantes destacan, además de las propias características del contexto migratorio, el abordaje médico de la atención a la salud y la escasa o nula valoración en términos culturales del sistema de salud. Es importante resaltar que diversas investigaciones ponen de manifiesto un problema de equidad en la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes (Ugarte, 2020;



Urquizú, 2023). En el caso de las mujeres migrantes de la comunidad en estudio, las entrevistadas manifestaron que cuando tenían la necesidad de acudir al servicio ginecológico, quienes podían salir y entrar legalmente a los Estados Unidos, iban hasta la comunidad de origen en México o al menos a alguna ciudad fronteriza, regularmente a Tijuana, Baja California. Sin embargo, los médicos comunitarios, manifestaron, podían llevar su control del embarazo. En el caso de los partos, señalaron que regularmente se acudía a las parteras y a los hospitales públicos de las localidades de destino. Nuestros entrevistados, manifestaron, asimismo, que los análisis de laboratorio para el seguimiento y control del embarazo, difícilmente se realizaban. No obstante, en algunos consultorios de las “tiendas de salud”, se cuenta con el servicio de ultrasonido.

Lo que si podía llevar, era el control del embarazo, es decir, el control regular, que las mujeres embarazadas no tengan problemas como anemia o cualquier otra cosa.

Prescripciones y adquisición de medicamentos

Los médicos comunitarios entrevistados, señalan que la atención o consulta médica que llevan a cabo en las comunidades migrantes en los Estados Unidos era una situación completamente reservada, es decir, que se encontraba fuera de los parámetros formales, por lo que, la prescripción médica que realizaban consistía solo en anotar la lista de medicamentos, dosis y forma uso en un papel en blanco. Y, habitualmente la persona que atiende la “tienda consultorio”, es quien que se encarga de proporcionar las medicinas.

De hecho, no había una receta como tal, nunca tuve un documento de receta como tal, con mis datos o con mi registro como médico.

Las personas encargadas de la recepción de las “tiendas de salud”, regularmente cuentan con un inventario o existencia de medicamentos básicos que son prescritos, o bien, se encargaba de conseguirlos, para surtir las “recetas”.

Si no había medicina, la encargada la pedía por teléfono, y se la llevaban ahí a la tienda.

Regularmente las existencias de medicamentos con que cuentan estas “tiendas farmacia”, son adquiridas en México, regularmente en las ciudades fronterizas, con base en recetas provistas por médicos que atienden su consulta en estas localidades, es decir, se trata de un complejo servicio transnacional de consulta médica y distribución de medicamentos. Para el caso del estado de California, regularmente se adquieren y distribuyen desde Tijuana, Baja California, por lo que la comercialización de medicinas de manera indocumentada constituye un claro ejemplo de sistema de salud transnacional (Vargas, 2005; González et al, 2012). En las ciudades mexicanas de la frontera o en cualquier parte de México la adquisición y traslado de medicinas no es realizada solo por interés un comercial, sino también comunitario. Los miembros de las comunidades migrantes que viajan de manera regular a México, de regreso llevan consigo medicamentos encargados.

Los pacientes de allá me piden que les envíe las medicinas con alguien que vaya a salir para allá, o que les diga cómo pueden conseguir las en Tijuana.

Los que no pueden salir de Estados Unidos, encargan las medicinas a los amigos o familiares que pueden ir por ellas a México.

Riesgos a la salud por la cultura de automedicación y uso de servicios irregulares

El sistema transnacional de adquisición y distribución de medicamentos resulta muy relevante, no solo por la necesidad de cubrir “las recetas” que han emitido los “médicos comunitarios indocumentados”, sino, por la costumbre de auto medicarse que, a decir de la literatura académica (Sánchez y Nava, 2012), nuestros entrevistados, y las autoridades de salud mexicanas,¹⁰ constituye parte de la cultura de salud de los mexicanos. El problema principal de la automedicación es que, en los Estados Unidos, los pacientes de las comunidades inmigrantes cuando se enferman, antes de acudir a un servicio médico profesional, primero, deciden soportar las enfermedades y luego, el hacer uso de la automedicación, ya sea, con base en sus propias experiencias o, sobre todo, por recomendación de algún miembro de la familia, regularmente las madres, abuelas y tías.

La gente de México prefiere aguantarse las enfermedades, antes que consultar al médico

Prefieren aguantar el malestar y luego, se auto medican, sobre todo en caso de enfermedades psicosomáticas, porque con infecciones, la auto medicación no funciona.

Los médicos comunitarios entrevistados, señalan, además, que, cuando atendían casos de salud urgentes o graves, se debía a que los pacientes además de haberse auto medicado, habían acudido ya a algún centro de atención formal, como en el caso de centros de salud o consultorios de farmacia, donde no lograron resolver su problema, debido regularmente a barreras económicas como el costo de los medicamentos prescritos o, culturales; pacientes y profesionales médicos, que no fueron capaces de comunicarse adecuadamente, por el idioma o por diferencias culturales. Cualquiera que fuera la causa, en los hechos, significaba agravar las condiciones de los pacientes.

Cuando veía a un paciente, es porque ya se había tomado algo que tenía en su casa, ya sea, porque se lo recomendó la mamá, la abuelita o la comadre.

Cuando alguien acudía conmigo, era porque además de haberse auto medicado, ya había acudido con otra persona, ya sea con algún médico de acá o a una tienda naturista.

Es relevante precisar, asimismo, que quienes administran las tiendas naturistas, lo mismo surten una receta o prescripción de los médicos comunitarios, que venden medicamentos, de acuerdo con lo que la gente les pide o indica que padece. Es decir, el servicio de las tiendas de salud es, en realidad, un sistema de autodiagnóstico y automedicación, con participación de un tercero involucrado que, además, tiene un interés comercial en el asunto de salud, particularmente la venta de medicamentos y otros productos medicinales o suplementos alimenticios. En casi todas las ciudades y localidades de California con presencia de inmigrantes, hay al menos un establecimiento comercial donde se ofrecen medicamentos. Estas “farmacias”, no solo cuentan con las medicinas básicas. Sino que tienen, a decir de nuestros informantes, incluso venden medicamentos controlados.

Hay muchas tiendas donde se vende todo tipo de medicamentos y remedios caseros.

¹⁰ De acuerdo con las autoridades de salud de México, más del 80% de la población de este país, hace uso de medicamentos sin prescripción médica. En: <https://www.gob.mx/salud/articulos/automedicacion-una-mala-costumbre-que-puede-tener-graves-consecuencias>



Hay todo tipo de medicinas; antibióticos, para los nervios, para estrés y antidepresivos.

En la tienda donde consultaba, había hasta medicamentos controlados... claro, con precios mucho más elevados que lo normal, hasta tres veces más.

En relación de los casos de urgencia médica, generalmente no son atendidos por los médicos comunitarios, debido a que no cuentan con las condiciones para ello, tanto por su infraestructura como por la situación de irregularidad de estos lugares. Las personas encargadas de las “tiendas consultorio”, son quienes recomiendan a pacientes a dónde acudir para ser atendidas, que generalmente son los hospitales públicos.

Cuando hay un caso grave, solo podemos recomendar a donde ir. Solo es una recomendación. No podemos canalizarles porque estamos ilegalmente.

Algunas veces, llegué a atender casos no tan graves, pero que, en Estados Unidos, tienen costos muy elevados, como cirugías de extracción de lipomas.

Una vez, atendí a un herido de bala. Son casos que, obviamente, no van a los hospitales, por miedo a que los deporten.

Por otro lado, Debido a que los inmigrantes y especialmente los indocumentados, regularmente se emplean en nichos laborales riesgosos, que la literatura académica refiere como *dirty work* (Lenko et al, 2024), las lesiones provocadas en el trabajo resultan padecimientos comunes entre esta población.

Lo más común de heridas, que atendía, eran las luxaciones de hombros.

Otro ejemplo de precariedad en el servicio médico comunitario indocumentado, lo constituye la dificultad de usar servicios de laboratorio. Los análisis clínicos, se omiten, tanto por los médicos comunitarios como por los pacientes, debido a los costos, pero sobre todo por no poder solicitarlos formalmente. Algunos de los médicos entrevistados revelaron que la “deficiencia” del uso de análisis clínicos, es compensada por su experiencia y, particularmente, por el trato personal para la auscultación y reconocimiento integral del paciente, es decir en su aspecto médico, pero también humano. Resulta pertinente aclarar, que la responsabilidad de la mayoría de los médicos comunitarios les orientaba a rechazar pacientes que no pudieran atender, ya sea por su condición o diagnóstico inicial o por requerir un diagnóstico con base en análisis de laboratorio.

Los médicos que trabajamos irregulares, no podemos mandar nada al laboratorio.

Como no hay licencia para trabajar, no podemos enviar al paciente al laboratorio.

Hacemos el diagnóstico clínico presuncional, con base en interrogatorio y exploración. Si no puedes dar un tratamiento, entonces si lo mandas con otro médico que pueda ordenar análisis de laboratorio.

Atención médica transnacional

En muchas de las comunidades de destino de migrantes, existen figuras de líderes comunitarios que fungen como gestores o promotores de los servicios de médicos comunitarios. Estos líderes, por lo regular, “reclutan” a médicos comunitarios para realizar “jornadas de salud” en las localidades de destino de la comunidad migrante.

En Estados Unidos, gastaba mucho en gasolina porque iba a ver pacientes a domicilio en toda el área del sur de California, desde Earlymart al norte de Los Ángeles, hasta Long Beach en el sur. Y, desde el Valle de San Fernando, hasta Pomona y Riverside.

Iba a visitar a domicilio a esos pacientes porque son los mismos que tengo en Cosalá.

Me invitaban a Earlymart. Me decían, vamos a ir con la familia Salcedo. Y, cuando llegaba, había pacientes de cuatro familias más.

Me hablaba un paciente de Pomona, para que le atendiera, y cuando llegaba allá, ya tenía cuatro o cinco más, listos para consultarme también.

El servicio médico comunitario, sea en consultorios informales o a domicilio, es, a decir de nuestros informantes, bien remunerado, pero los pacientes quedan tan satisfechos con la atención recibida, que suelen pagar más de lo que les es requerido.

Solo cobro lo que compense mis gastos, algo parecido a lo que cobraría en México.

Cobro mucho menos de lo que cobra un médico de Estados Unidos, pero la gente me paga la gasolina y me dan de comer. Sobre todo, los pacientes que ya me conocen.

En este punto, resulta conveniente enfatizar que los “servicios médicos comunitarios”, no representan un factor de competencia para los servicios médicos formales del país de destino, porque a decir de la gran mayoría de nuestros entrevistados, tanto médicos, como sus pacientes, la población inmigrante en general, y particularmente la indocumentada, no utiliza servicios médicos regulares, salvo en casos de urgencia. De hecho, los médicos comunitarios abordados en este estudio no solo atendían a pacientes de su comunidad de origen o a originarios de Sinaloa, sino que eran requeridos por migrantes originarios de otros estados de México, e incluso de otros países, particularmente de Centroamérica.

En los lugares donde trabaje, no solo atendía a los de Sinaloa, sino también a originarios de estados como Sonora, Nayarit, Jalisco, Puebla, San Luis Potosí y Baja California. También atendía a muchos hondureños guatemaltecos y salvadoreños.

Las comunidades migrantes mexicanas, particularmente las originarias de pequeñas localidades rurales como en nuestro caso, han desarrollado un sistema de disposición y uso de recursos identitarios transnacionales (Burgueño, 2022), que les permite utilizar, por ejemplo, “servicios de salud mexicanos”, tanto cuando se encuentran en los Estados Unidos, como también en sus viajes de retorno temporal o inclusive a la distancia por medio de las tecnologías de comunicación (González, 2012). Algunos de los entrevistados trabajaron como médicos “indocumentados”, en Estados Unidos, durante varios años, alternando su consulta en la localidad de origen, durante su retorno temporal.

Estuve trabajando en Estados Unidos más de ocho años. Me iba por tres meses allá, y luego me regresaba a Cosalá, durante tres semanas, y luego me iba por otros tres meses.

Cuando los médicos comunitarios se establecen de manera permanente en Estados Unidos o en México, su deber para con sus pacientes transnacionales no concluye, sino continua en la distancia gracias a la ventaja que proporcionan los medios de comunicación.

Yo atendía allá a muchos pacientes de aquí de Cosalá. Ahora, todavía me llaman o me mandan mensajes para que los “consulte” o les recomiende medicinas.



Nuestro entrevistado, nos muestra algunos de los mensajes que recibe de pacientes que se encuentran en Estados Unidos, para solicitar sus servicios médicos a distancia:

-Que tal doctor, oiga, acabo de hacer un examen, y salí mal de la presión, y también tengo prediabetes. ¿Qué me recomienda hacer?

-Hola Doctor, disculpe la molestia. Me hice un chequeo médico y salí con inflamación de las articulaciones y anemia. ¿Qué me recomienda tomar o ponerme en inyecciones?

La pandemia de COVID-19

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró la Pandemia de COVID-19. Las comunidades migrantes, en sus lugares de destino y de origen fueron de las poblaciones más afectadas por sus impactos. Las comunidades migrantes fueron más vulnerables a la pandemia, debido tanto a las afectaciones a la salud, como porque muchos de sus nichos laborales fueron clasificados como esenciales, lo que elevó sus condiciones de riesgo, al mismo tiempo, paradójicamente sufrieron condiciones de desempleo y reducción de ingresos debido al confinamiento y disminución de las actividades económicas a que obligó la pandemia del Covid-19 (Pintor y García, 2024). Un factor adicional, que acrecentó la vulnerabilidad de la población migrante indocumentada, fue el ser inelegibles para contar con seguridad social (Masferrer et al, 2020).

Si me consultaron por Covid, pero a la distancia por teléfono o con mensajes. Me decían, díganos, por favor, que debemos hacer, que podemos tomar. Cuando no había vacuna, les recetaba, y les conseguía los medicamentos.

De manera paradójica, en el caso de las comunidades migrantes originarias de Sinaloa la situación, a decir de nuestros entrevistados médicos, no fue tan aguda. Sin embargo, en contrasentido, en las comunidades de origen de los migrantes en Sinaloa si hubo gran afectación, tanto por la reducción en el flujo de remesas, como porque los inmigrantes trajeron el virus en su retorno, cuando la población de las localidades no contaba con el apoyo de convenientes políticas públicas en salud; desde información adecuada sobre los riesgos de la pandemia o tratamiento de personas contagiadas ((Masferrer et al, 2020).

En un caso en particular, referido por nuestro entrevistado, todos los habitantes de una comunidad cercana a Cosalá resultaron afectados por el COVID, agregando que algunos estuvieron muy graves y presentaron secuelas que continúan afectando sus condiciones de vida y salud, particularmente, en el caso de personas de edad avanzada.

Una paciente me dijo: -Vino mi hija desde Los Ángeles a festejar mi cumpleaños. Cuando se regresó, ya había dejado el virus y en una semana se enfermaron todos en el rancho-.

Conclusiones

Con base en los testimonios recopilados y analizados en nuestro estudio, a la luz de la literatura académica sobre migración y salud, podemos afirmar la existencia de un sistema “indocumentado” de salud transnacional, que presenta diversas paradojas. La principal de estas, es la condición polarizada que existe en el acceso a la salud. Resulta un contrasentido, el hecho de que las ventajas en servicios de salud y cuidados, que gozan los ciudadanos de países receptores de inmigrantes, se sostienen, debido a sistemas de explotación de trabajadores indocumentados. Una segunda incongruencia, estriba en que en los lugares de

destino donde, a nivel local, existen mejores condiciones de acceso a sistemas de salud pública, estos servicios no pueden ser aprovechados por la población inmigrante, y aún menos por quienes tienen un estatus irregular. Una tercera paradoja de la salud transnacional está en el hecho que las condiciones de salud de la población inmigrante no resultan significativamente en desventaja respecto a la población nativa, debido a sus particulares condiciones de vida y a sus actitudes resilientes, que se expresan en un complejo sistema de identidad transnacional que se refleja en apoyo comunitario, como el “sistema de salud indocumentado” que hemos descrito. Las adversas circunstancias de vida de las comunidades inmigrantes, especialmente para las personas indocumentadas, es lo que hace posible la existencia de un “sistema de salud indocumentado”, el cual, en ocasiones, ha significado un factor de sobrevivencia para esta población, como en el caso de las condiciones impuestas por el Covid 19. Por último, es relevante reflexionar que, para las comunidades migrantes mexicanas, particularmente las originarias de pequeñas localidades, la salud no constituye un asunto de recursos económicos o contar con determinada infraestructura médica, o de derechos de seguridad social, sino más bien, se funda en un modo de vida y condiciones de existencia basadas en una cultura de confianza y apoyo familiar y comunitario. Si bien es cierto que la población mexicana inmigrante en Estados Unidos, originaria de pequeñas comunidades, recurre a médicos comunitarios, debido a los costes y complicaciones de los sistemas formales de salud, en última instancia, esta práctica se da por razones culturales, que se manifiestan en el trato y la confianza, lo cual nos debe llevar a respetar sus convicciones y costumbres, por lo que resulta trascendental escuchar sus demandas y necesidades, desde sus propias voces, expresadas, a través de actitudes y acciones resilientes transnacionales. Mientras no reconozcamos esta situación, no se podrán mejorar significativamente, las condiciones de salud y bienestar de la población migrante.

Referencias

- Abrego, L., Coleman, M., Martínez, D. E., Menjivar, C. y Slack, J. (2017). “Making Immigrants into Criminals: Legal Processes of Criminalization in the Post-IIRIRA Era.” *Journal on Migration and Human Security* 5(3):694–715.
- American Community Survey (2022). En: <https://data.census.gov/table/ACSDT1Y2022.B01003?q=B01003:%20Total%20Population&g=010XX00US>
- BBVA Research. 2024. México | Anuario de Migración y Remesas 2024. En: <https://www.bbva.com/publicaciones/mexico-anuario-de-migracion-y-remesas-2024/>
- Burgueño N. (2022). Retorno a la comunidad. Migración y los fondos de identidad transnacional. UAS.
- Burgueño, N. e I. García (2017). Procesos de incorporación socioeconómica de familias transnacionales de retorno en la comunidad de Cosalá, Sinaloa. En J. Soto y M. Verdugo (Coords.). *Sinaloa en el Siglo XXI: temas globales y políticas públicas*. México: Juan Pablos Editor, UAS.
- Bustamante, A. V., Chen, J., McKenna, R. M., & Ortega, A. N. (2018). Health care access and utilization among U.S. immigrants before and after the Affordable Care Act. *Journal of Immigrant and Minority Health*. Pp. 1-8.
- Cooper, D.K., Bachem, R., Meentken, M.G., Aceves, L. & Perez, A.G. (2020). Cumulative lifetime adversity and depression among a national sample of U.S. Latinx immigrants: Within-group differences in risk and protective factors using data from the HCHS/SOL sociocultural ancillary study. *Journal of Latinx Psychology*. 8(3). Pp. 202-220. <https://doi.org/10.1037/lat0000145>
- Cueto, J.S. e I. García (2020). Resiliencia sociocultural de familias mexicanas transnacionales: un estudio empírico frente al contexto antiinmigrante en Phoenix, Arizona. En: AC. Guadarrama y GC. Valdés



- (coords.) *Migraciones del Siglo XXI: Nuevos Actores, Viejas Encrucijadas y Futuros Desafíos*. Editorial Parmenia.
- Cueto, J.S., N. Burgueño e I. García (2020). Los Fondos Resilientes de Identidad Transnacional como Generadores de Resiliencia Sociocultural en la Familia Mexicana Transnacional. Actas de la Conferencia de Migración. Transnational Press London.
- Della Rocca B, Di Vincenzo M, Giallanella D, et al. (2024). Acculturation stress and mental health outcomes in a sample of migrant inpatients: Findings from a naturalistic study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2024;71(2):328-337. doi:[10.1177/00207640241291506](https://doi.org/10.1177/00207640241291506)
- Enríquez, MJ., N. Burgueño e I. García (2019). La lucha por la inclusión a través de la Dream Act y el DACA: Desafíos de integración educativa y social de familias de estatus migratorio mixto en Phoenix, Arizona. *Espacio Abierto*. Vol. 28. No. 1. Pp. 1-27. Universidad del Zulia, Venezuela.
- Enríquez MJ. (2022). Volver al sujeto. El estudio de la subjetividad en la construcción del movimiento Dreamer y las trayectorias de exclusión social en Estados Unidos. UAS.
- Faggiari, V. (2022). Ciudadanía sustantiva y derechos de participación política en la UE: límites del sistema y necesidad de una mayor inclusión. *Revista de Derecho Comunitario Europeo*. 73. Pp. 915-949. doi: <https://doi.org/10.18042/cepc/rdce.73.06>
- Farina, M. (2018). *White Nativism, Ethnic Identity and US Immigration Policy Reforms: American Citizenship and Children in Mixed Status, Hispanic Families* (Routledge Advances in Health and Social Policy). Taylor & Francis Group.
- Fernández, J., M. García-Pérez, & S. Orozco-Alemán (2023). Unraveling the Hispanic Health Paradox. *Journal of Economic Perspectives*. Vol. 3. No. 1. Pp. 145-168. <https://doi.org/10.1257/jep.37.1.145>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2020). Salud sexual y reproductiva. En: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
- García, I. (2007). *Vidas compartidas. Formación de una red migratoria transnacional, de Aguacaliente, Sinaloa a Victor Valley, California*. Plaza y Valdez. México.
- García, I. (2018). Perspectivas de una reforma migratoria que regularice a indocumentados mexicanos, en el contexto político actual de Estados Unidos. *Nósis, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. Vol. 27. No. 53. En: <http://dx.doi.org/10.20983/noesis.2018.1.3>
- García I. (2023). Del sueño a la pesadilla americana. *Inmigración mexicana en Estados Unidos*. UAS.
- García, I. y N. Burgueño (2017). El contexto de la migración de retorno en México. Un análisis sobre las condiciones de reinserción social en las comunidades de origen <https://redibai-myd.org/portal/wp/>
- García, I. y N. Burgueño (2018). Identidades transnacionales de familias migrantes de retorno en Cosalá, Sinaloa. En A. Munguía (Coord.), *Los retos de la migración en el siglo XXI*. Pp. 129-154. México.
- García-Cid, A., Hombrados-Mendieta, I., Gómez-Jacinto, L., Palma-García, M. O. y Millán-Franco, M. (2017). Apoyo social, resiliencia y región de origen en la salud mental y la satisfacción vital de los inmigrantes. *Universitas Psychologica*, 16(5). 1-14. En: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/19960/16398>
- Garcini, L.M., T. Galvan, R. Brown, M. Chen, E. A. Klonoff, K. Ziauddin & C.P. Fagundes (2020). Miles over mind: Transnational death and its association with psychological distress among undocumented Mexican immigrants. *Death Stud.* 44(6): 357–365. doi:10.1080/07481187.2019.1573862.
- Glick Schiller, N., L. Basch y C. Szanton Blanc (1992). Towards a Transnational Perspective on Migration: Race, Class, Ethnicity, and Nationalism Reconsidered. *Annals of The New York Academy of Sciences*. New York.
- Gonzalez, E. (2018). "Salud Mental: The Conceptualization and Experiences of Mental Health among Undocumented Mexican Immigrants". Dissertations, Theses, and Masters Projects. Paper 1530192672. En: <http://dx.doi.org/10.25774/w4-zddn-8947>
- González-Vázquez T.T, Torres-Robles CA, Pelcastre-Villafuerte BE. (2012). Utilización transnacional de servicios de salud por parte de migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Salud Pública en México*. Vol. 55. Suplemento 4. Pp. 477-484.
- Hacker K, Anies M, Folb B.L, Zallman L. (2012). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manage Health Policy*. Oct 30;8:175-83. doi: 10.2147/RMHP.S70173. PMID: 26586971; PMCID: PMC4634824.

- Hernandez CM, Moreno O, García-Rodríguez I, Fuentes L, Nelson T. The Hispanic Paradox: A Moderated Mediation Analysis of Health Conditions, Self-Rated Health, and Mental Health among Mexicans and Mexican Americans. *Health Psychol Behav Med.* 2022 Feb 9;10(1):180-198. doi: 10.1080/21642850.2022.2032714. PMID: 35178285; PMCID: PMC8845111.
- Hondagneu-Sotelo, P. (2011). *Domestica: Trabajadores inmigrantes limpiando y cuidando a la sombra de la opulencia.* Miguel Ángel Porrúa. México.
- Kerwin, D. (2018). From IIRIRA to Trump: Connecting the Dots to the Current US Immigration Policy Crisis. *Journal on Migration and Human Security*, 6 (3), 192-204.
- Krikorian, Marck (2005). *Downsizing Illegal Immigration: A Strategy of Attrition Through Enforcement.* Washington, DC: Center for Immigration Studies.
- Lee, E. (2019). *America for Americans: A History of Xenophobia in the Unites States.* New York: Basic Books.
- Leite, P. y R. Villaseñor (2010). Cobertura de seguridad médica de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos. Una mirada a nivel estatal. *La situación demográfica en México.* Pp. 121-130. CONAPO. México.
- Lenko, M., J.E. Refe, C. Burton-Jeangros, J. Fakhoury, L. Consoli & Y. Jackson (2024). Migrant Work Conditions and Health Status. A Longitudinal Study on ‘Dirty Work’ Among Undocumented and Newly Regularized Workers. *Journal of International Migration and Integration.* En: <https://doi.org/10.1007/s12134-024-01182-5>
- López D., A.C. Rivera, J.P. Stimpson, B.A. Langellier, A. Vargas, M.E. De Trinidad, N.A. Ponce, C.B. Barajas, D.H. Roby, A.N. Ortega (2023). Undocumented Latino Immigrants and the Latino Health Paradox. *American Journal of preventive Medicine.* Vol. 65-2. 296-306.
- Martínez O, Wu E, Sandfort T., Dodge B, Carballo, A, Pinto R, Rhodes S.D, Moya E, Chavez S. (2016). Evaluating the impact of immigration policies on health status among undocumented immigrants: a systematic review. *J Immigr Minor Health.* 17(3): 947-970.
- Masferrer, C., M.A. Castillo, R. Sáenz, G. Pinillos, B. Roman, G.C. Valdéz, A. Escobar, A. Saiz, A. Délano, R. Peric & D. Lubell (2020). Migration and Inequalities in the Face of COVID-19: Vulnerable Populations and Support Networks in Mexico and the United States. *Notes on Migration and Inequalities.* No. 5. El Colegio de México.
- Massey, D.S. y K.A. Pren (2013). La guerra de los Estados Unidos contra la inmigración. Efectos paradójicos. *Doc Anal Geogr.* 59(2):209-237. En: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.22>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Salud Reproductiva.* En: https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- Pintor, R. e I. García (2024). *Migraciones Globales. Movilidades recurrentes contemporáneas.* Universidad Autónoma de Sinaloa. México.
- Pries, L. (2002). La migración transnacional y la perforación de los contenedores de Estados-nación. *Estudios demográficos y urbanos.* Vol. 17. No. 3. Pp. 571-597. En: <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/1151/1144>
- Rolfe R. (2006). *Social cohesion and community resilience: A multidisciplinary review of literature for rural health research.* Halifax: Department of International Development Studies, Faculty of Graduate Studies and Research, Saint Mary’s University.
- Rosales, Y. (2019). Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. *Estudios Fronterizos.* Vol. 20. UABC.
- Sánchez, E. (2012). Migrantes culiacanenses en California: Diversidad en sus redes migratorias. *Migraciones internacionales.* 6(4). 243-272. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062012000400008&lng=es&tlng=es
- Sánchez C. y Nava M.G. (2012). Análisis de la automedicación como problema de salud. *Revista de Enfermería Neurológica.* 11(3). Pp. 159-162. <https://doi.org/10.51422/ren.v11i3.148>
- Schenker, M.B., X. Castañeda y A. Rodríguez-Lainz (2014). *Migration and Health. A Research Methods Handbook.* University of California Press
- SEGOB (2022). *Diagnostico de la movilidad humana en Sinaloa.* En: <https://www.politicamigratoria.gob.mx>



- Secretaría de Salud (2016). En: <https://www.gob.mx/salud/articulos/automedicacion-una-mala-costumbre-que-puede-tener-graves-consecuencias>
- Ugarte Gurrutxaga, M. I. (2020). La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes: el "plus" de la desigualdad. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 179–196. <https://doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.3705>
- Urquizú, F. (2023). prácticas transnacionales que conllevan los partos de mujeres transmigrantes fronterizas en la región de Cd. Juárez, Chih.- El Paso, TX. Periodo 2009-2020. Tesis Doctoral. Programa de Doctorado en Estudios Regionales. UAS.
- Valle, V.M., Gandoy W.L. y Valenzuela, K.A. (2020). Ventanillas de Salud: Desafíos en el acceso a servicios de salud de inmigrantes mexicanos en EE.UU. *Estudios fronterizos*. 21. En: <https://doi.org/10.21670/ref.2001043>
- Vargas J. (2005). El mercado transfronterizo de servicios de salud privados entre Tijuana, México y San Diego, EE.UU. *Revista de Economía Mundial*. No. 13. Pp. 163-184.
- Vertovec, Steven (2004). Migrant Transnationalism and Modes of Transformation. *The International Migration Review* (38:3): 970–1001
- Valentin, M., Q. Benavides, R. Bryce, E. Rabinowitz, R. Rion, W.D. Lopez & P.J. Fleming (2020). Application of the Minority Stress Theory: Understanding the Mental Health of Undocumented Latinx Immigrants. *Am J Community Psychol*. Pp. 1–12. DOI 10.1002/ajcp.12455