

First Submitted: 30 April 2025 Accepted: 9 June 2025

DOI: <https://doi.org/10.33182/y.v6i2.3525>

## Barreras en el acceso a la salud y sus consecuencias en migrantes mexicanos indocumentados en Los Ángeles: Un análisis cualitativo.

Nubia Alejandrina García Bárcenas<sup>1</sup> y Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez<sup>2</sup>

### Resumen

*Este estudio revela las profundas barreras que enfrentan los migrantes mexicanos indocumentados en Los Ángeles para acceder a servicios de salud. A través de un enfoque cualitativo fenomenológico, se documentan experiencias marcadas por el miedo, la discriminación, los altos costos, la burocracia y las barreras lingüísticas, que los alejan de una atención médica oportuna y digna. Estas condiciones no solo afectan su salud física y mental, sino que los obligan a recurrir a estrategias de sobrevivencia como la automedicación, remedios tradicionales o el retorno forzado a México. Basado en teorías como las de Rawls, Penchansky y Marmot, el estudio pone en evidencia cómo el sistema perpetúa desigualdades estructurales y vulnera derechos humanos fundamentales. A pesar de ello, los migrantes muestran una notable resiliencia al construir redes de apoyo y formas alternativas de cuidado. Esta investigación llama a repensar las políticas de salud desde una perspectiva inclusiva, intercultural y centrada en la justicia social.*

**Palabras clave:** migración; indocumentados; barreras; salud; resiliencia.

**Barriers to health care and their consequences for undocumented Mexican migrants in Los Angeles: a qualitative analysis.**

### Abstract

*This study reveals the profound barriers faced by undocumented Mexican migrants in Los Angeles in accessing healthcare services. Using a phenomenological qualitative approach, it documents experiences shaped by fear, discrimination, high costs, bureaucracy, and language barriers, all of which hinder timely and dignified medical care. These conditions not only impact their physical and mental health but also compel them to adopt survival strategies such as self-medication, traditional remedies, or forced return to Mexico. Drawing on theoretical frameworks such as those of Rawls, Penchansky, and Marmot, the study highlights how the system perpetuates structural inequalities and violates fundamental human rights. Nevertheless, migrants demonstrate remarkable resilience by building support networks and alternative forms of care. This research calls for a rethinking of health policies from an inclusive, intercultural, and social justice-oriented perspective.*

**Keywords:** Migration; Undocumented, Barriers, Health, Resilience.

### Introducción

Antes del amanecer, cuando la ciudad aún duerme, cientos de migrantes ya están en camino hacia sus lugares de trabajo. Cumplen jornadas extenuantes, sostienen parte importante de la

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Zacatecas, México. Correo electrónico: [nubiagaba98@gmail.com](mailto:nubiagaba98@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Zacatecas, México. Correo electrónico: [druiizchavezr@hotmail.com](mailto:druiizchavezr@hotmail.com)



economía estadounidense, pero permanecen invisibles para el sistema de protección social. Para ellos, enfermarse no es una opción: una lesión puede costarles el sustento diario, y una visita al hospital representa un riesgo de deportación.

Ser indocumentado en Estados Unidos no implica únicamente la falta de documentos legales; significa vivir en una constante incertidumbre y vulnerabilidad, particularmente en el ámbito de la salud. Estas condiciones, aunque históricas, se han intensificado en los últimos años, especialmente a partir de la administración de Donald Trump, cuyo endurecimiento de las políticas migratorias instauró un clima de miedo y desconfianza en las comunidades migrantes. Esta atmósfera de hostilidad ha restringido aún más su acceso a servicios médicos, considerados derechos fundamentales para la vida digna y la supervivencia, especialmente en ciudades como Los Ángeles, California.

La población migrante en situación irregular enfrenta desafíos significativos en el acceso a la atención médica, derivados tanto de su estatus migratorio como de barreras estructurales, económicas, legales y culturales (Caldera Maggi et al., 2020). La falta de seguro médico, el temor a ser detenidos en centros de salud, las barreras lingüísticas, el desconocimiento de los servicios disponibles y la discriminación institucional son factores que limitan severamente su acceso oportuno y adecuado a servicios de salud. De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2020), en Estados Unidos, los migrantes sumaban 44.9 millones, siendo California el principal destino, con aproximadamente 1.85 millones de migrantes indocumentados (Passel & Cohn, 2023), muchos de los cuales enfrentan profundas desigualdades en el acceso a servicios de salud básicos.

En este contexto, el objetivo general de esta investigación es analizar las principales barreras que enfrentan los migrantes mexicanos indocumentados para acceder a servicios de salud en Los Ángeles, California. Abordar esta problemática es fundamental para entender cómo estas restricciones impactan su bienestar y para proponer alternativas que garanticen el respeto a su derecho a la salud, en consonancia con los principios de derechos humanos y justicia social. Además, reconocer y atender estas barreras podría contribuir a mejorar la salud pública en general, dado el papel esencial que desempeñan los migrantes en el tejido económico y social de la región.

La presente investigación se justifica en la necesidad urgente de visibilizar y atender las condiciones de salud de la población migrante mexicana en situación irregular. Esta población enfrenta vulnerabilidades específicas que requieren un análisis profundo y acciones concretas para garantizar su acceso equitativo a servicios de salud de calidad. Desde el ámbito académico, este estudio busca aportar información valiosa para responsables de políticas públicas, organizaciones comunitarias y profesionales de la salud, con el fin de impulsar transformaciones estructurales que favorezcan el bienestar integral de los migrantes, respetando su dignidad y su derecho inalienable a la salud.

## **Marco teórico**

El acceso a la salud es un derecho humano fundamental reconocido a nivel internacional. No obstante, para los migrantes en situación irregular en Estados Unidos, este derecho se encuentra severamente limitado debido a múltiples barreras estructurales, legales y sociales. Desde la perspectiva de la teoría de la justicia de Rawls (1971), una sociedad justa debe garantizar un acceso equitativo a los bienes primarios, incluida la atención médica. Sin



embargo, en el caso de los migrantes indocumentados, las desigualdades existentes en el sistema de salud no solo no benefician a los más desfavorecidos, sino que perpetúan su exclusión. La falta de cobertura médica, el temor a ser deportados al acudir a hospitales, la discriminación institucional y la informalidad laboral son factores que restringen gravemente su derecho a la salud.

Penchansky y Thomas (1981) proponen un modelo para analizar el acceso a los servicios de salud a través de cinco dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y adecuación. Estas dimensiones revelan las múltiples barreras que enfrenta la población migrante, ya que la disponibilidad se refiere a la escasa oferta de servicios médicos dirigidos a personas indocumentadas; la accesibilidad implica las dificultades geográficas y de transporte para llegar a los centros de salud; la asequibilidad señala la imposibilidad de costear los servicios debido a los bajos ingresos y a la falta de seguros médicos; la aceptabilidad está relacionada con las barreras lingüísticas, culturales y de discriminación que dificultan la interacción con el sistema de salud; y la adecuación alude a la falta de servicios adaptados a las necesidades específicas de la población migrante, tanto en términos de infraestructura como de atención culturalmente sensible.

Complementariamente, el modelo de los determinantes sociales de la salud de Marmot (2005) subraya que el acceso a la salud no puede analizarse de manera aislada, pues factores como la pobreza, el empleo precario, la vivienda inadecuada y la falta de redes de apoyo social configuran un entorno estructural que deteriora la salud de los migrantes y exacerba las dificultades para acceder a servicios médicos de calidad.

Además, las políticas migratorias restrictivas han intensificado el clima de miedo y desconfianza hacia las instituciones, llevando a muchos migrantes a evitar los servicios de salud aun cuando los necesiten. Esta exclusión sanitaria tiene efectos directos sobre la prevalencia de enfermedades crónicas no atendidas, la salud mental deteriorada y la vulnerabilidad frente a epidemias, afectando no solo a la población migrante, sino a la salud pública en general. Por tanto, garantizar el acceso efectivo a la atención médica de los migrantes indocumentados implica no solo la provisión de servicios de salud, sino también la transformación de las condiciones sociales y estructurales que obstaculizan su ejercicio pleno.

## **Metodología**

Este estudio cualitativo, de enfoque fenomenológico, se llevó a cabo en Los Ángeles, California, en noviembre de 2024, con el objetivo de explorar y comprender los desafíos de salud que enfrentan los migrantes mexicanos en situación irregular. Se recurrió al muestreo por bola de nieve, iniciando con migrantes contactados en la zona del este de Los Ángeles. Los criterios de inclusión fueron: tener más de 18 años, ser de nacionalidad mexicana, residir en California por al menos un año y encontrarse en situación migratoria irregular. La selección de participantes continuó hasta alcanzar la saturación teórica (Delmar, 2006; Patton, 2002).

Durante todo el proceso se garantizó el consentimiento informado, el anonimato y la confidencialidad de los participantes, conforme a las directrices éticas establecidas por la Ley

General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (s.f.).

Para la recolección de datos se emplearon tres técnicas principales. En primer lugar, se aplicó un cuestionario sociodemográfico, que ofreció un panorama general sobre el perfil de los participantes. En segundo lugar, se realizaron entrevistas semiestructuradas, con el fin de captar las experiencias de los migrantes (Weiss, 1996). Finalmente, se utilizaron notas de campo que complementaron la información obtenida en las entrevistas, registrando aspectos contextuales y emocionales relevantes (Streubert, 1999). El análisis de los datos se desarrolló siguiendo la metodología fenomenológica propuesta por Husserl (1982), mediante la aplicación de la reducción fenomenológica (epoché) y la búsqueda de las esencias de las experiencias, a través de procesos de codificación, categorización y análisis temático (Moustakas, 1994). Para sistematizar y organizar la información se utilizó el software ATLAS.ti 25, prestando atención al indicador Grounded References (GR), que permitió visualizar la frecuencia y relevancia de los códigos dentro del corpus.

## **Resultados**

El acceso de los migrantes mexicanos en situación irregular a los servicios de salud en Los Ángeles estuvo marcado por una serie de barreras estructurales y emocionales que comprometieron seriamente su bienestar. A partir del análisis de 15 entrevistas en profundidad, surgieron elementos recurrentes como la dificultad del idioma, los elevados costos médicos, la complejidad burocrática del sistema de salud estadounidense y el temor a represalias debido al estatus migratorio. Estos factores provocaron sentimientos profundos de frustración y miedo, inhibiendo frecuentemente la búsqueda oportuna de atención médica.

Una de las primeras barreras identificadas fue el idioma. La imposibilidad de comunicarse de manera efectiva con los proveedores de salud generó desconfianza y una sensación de vulnerabilidad entre los migrantes. Como relató una entrevistada: “Aunque entiendo algo de inglés, explicarle a un médico lo que siento es muy complicado. Una vez fui a una clínica comunitaria, y aunque intentaron ayudarme, no entendían bien lo que les decía. Me sentí frustrada porque no podía comunicarme” (Entrevista 2, mujer). Esta incapacidad para expresar síntomas o necesidades básicas de salud intensificó la percepción de aislamiento dentro del sistema.

De manera paralela, los altos costos de la atención médica emergieron como un obstáculo determinante. Ante la imposibilidad de asumir los gastos derivados de consultas, medicamentos o procedimientos, los migrantes optaron por estrategias de postergación o autosuficiencia. Como manifestaron dos participantes: “Cuando me enfermo, trato de aguantar lo más que puedo porque ir al doctor es caro” (Entrevista 2, mujer), y “Fue un golpe muy fuerte, porque no tenía acceso a ningún tipo de protección o seguro en mi trabajo. Si me enfermaba, tenía que pagar todo de mi bolsillo” (Entrevista 5, mujer). Esta realidad transformó la enfermedad en un riesgo financiero que muchos decidieron enfrentar con resignación o alternativas informales.

La burocracia del sistema de salud también se presentó como una barrera crítica. La falta de información accesible y la complejidad de los trámites administrativos impidieron que muchos migrantes accedieran a programas públicos como Medi-Cal. Una participante describió esta dificultad señalando que “el Medi-Cal no es para todos, es para los que saben cómo moverse



en el sistema. Para los migrantes, enfrentar el sistema de salud aquí es un proceso muy burocrático, lleno de trabas” (Entrevista 1, mujer). Otro testimonio enfatizó la exclusión explícita por razones migratorias: “Un tiempo después, uno de mis hijos se enfermó de gripe. Fui a aplicar al Medi-Cal para que lo atendieran. Pero al ver que era indocumentada, me dijeron que no calificaba” (Entrevista 3, mujer).

El miedo constituyó, finalmente, una de las principales razones por las cuales los migrantes evitaban buscar atención médica. El temor a ser identificados, denunciados o deportados operó como un poderoso disuasivo incluso ante situaciones de emergencia. Una participante recordó: “Me rompí el tobillo. Mis papás no quisieron llevarme al hospital de inmediato porque no teníamos papeles y tenían miedo” (Entrevista 3, mujer). Otro testimonio resumió claramente esta lógica del temor: “Sí, también está el miedo. Hay veces que prefiero no ir al médico porque pienso: ¿y si piden mis datos? ¿y si eso me mete en problemas?” (Entrevista 2, mujer).

Estas barreras tuvieron consecuencias directas sobre la salud de los migrantes. Las enfermedades crónicas, como la hipertensión y el cáncer, fueron reportadas con frecuencia, agravadas por la falta de diagnósticos tempranos y tratamientos adecuados. En palabras de los entrevistados: “Me diagnosticaron presión alta, y el estrés que siento todos los días no ayuda” (Entrevista 2, mujer); “En el 2018 me diagnosticaron cáncer de mama. Fue uno de los momentos más difíciles de mi vida” (Entrevista 4, mujer); y “Pero la vida me dio otro golpe cuando me diagnosticaron un tumor en la cabeza: cisticercosis” (Entrevista 1, mujer).

Los problemas dentales fueron otra expresión de esta exclusión sanitaria. Debido al alto costo de los servicios odontológicos, muchos migrantes resignaron el cuidado de su salud bucal, con consecuencias severas: “Especialmente con los servicios dentales. Es muy triste porque muchos paisanos pierden su dentadura siendo muy jóvenes, no porque quieran, sino porque el acceso es demasiado caro” (Entrevista 7, mujer). Otros testimonios reforzaron esta experiencia: “Hace como un año fui al dentista después de mucho tiempo, y desafortunadamente encontraron muchos problemas que ahora son más costosos porque necesitan más trabajo” (Entrevista 8, hombre); “Recuerdo que una vez tuve que arreglarme los dientes, pero no podía pagar un dentista formal. Alguien me recomendó a un dentista centroamericano que trabajaba por debajo de la mesa. Ahorré \$500 dólares para poder atenderme con él. Así era como sobrevivíamos en ese aspecto” (Entrevista 12, hombre).

La falta de acceso adecuado llevó incluso a casos de retorno forzado a México por motivos de salud. Ante la imposibilidad de costear tratamientos, algunos optaron por regresar: “Al final, llegó un punto en el que simplemente ya no podía seguir pagando. Fue entonces cuando tomé una decisión muy difícil: regresar a México” (Entrevista 5, mujer).

Frente a estas dificultades, los migrantes desarrollaron diversas estrategias de sobrevivencia para atender sus necesidades médicas. Una táctica frecuente fue evitar el endeudamiento hospitalario mediante el ocultamiento o alteración de datos personales, como relataron: “Mis papás dieron una dirección incorrecta para evitar problemas, así que no sé si intentaron cobrar después” (Entrevista 3, mujer), o bien, simplemente no pagar las cuentas hospitalarias: “Quedé con una deuda enorme que tenía que pagar, pero no lo hice” (Entrevista 15, hombre).

La automedicación y el uso de remedios tradicionales también fueron prácticas extendidas. Varios migrantes señalaron que recurrían a boticas comunitarias o recetas caseras para tratar

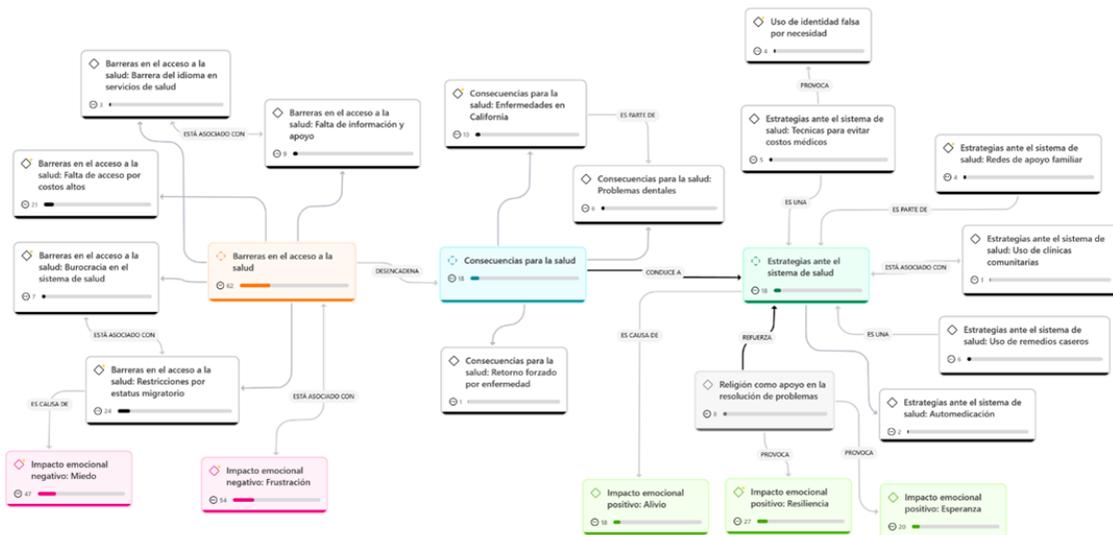
enfermedades menores: “Básicamente dependíamos de remedios caseros: tés de canela, calcetines calientes, cosas así” (Entrevista 12, hombre); “La mayoría de las veces íbamos con curanderos. Una vez que tuve viruela, me dieron un vaso de aceite de cocina como remedio, y aunque suene increíble, eso fue lo que usaron” (Entrevista 6, mujer).

En algunos casos, el apoyo familiar resultó vital. Migrantes con familiares médicos en México mantenían consultas a distancia: “Mis hermanas son doctoras en México y me han ayudado mucho. Les explico mis síntomas por teléfono, y ellas me mandan medicamentos o me dicen qué hacer” (Entrevista 14, hombre). Además, clínicas de bajo costo y organizaciones comunitarias proporcionaban opciones limitadas pero accesibles: “Mi mamá nos llevaba a clínicas de bajos recursos, donde el costo era casi nulo, pero conseguir citas tardaba mucho” (Entrevista 7, mujer).

Finalmente, la dimensión espiritual jugó un papel importante en el afrontamiento de la enfermedad y la adversidad. La fe en Dios fue invocada reiteradamente como fuente de fortaleza y esperanza: “Pero gracias a Dios me curé del cáncer” (Entrevista 4, mujer); “...y gracias a Dios me sentí mejor, pero fue muy difícil” (Entrevista 13, hombre); “En el nombre de Dios, sé que saldremos adelante” (Entrevista 14, hombre).

Estos hallazgos, representados en la Figura 1, revelan no solo las múltiples barreras que enfrentan los migrantes para ejercer su derecho a la salud, sino también la resiliencia y creatividad con que, día a día, reconstruyen formas de cuidado frente a un sistema que los margina.

**Figura 1.** Red de códigos del grupo “Acceso y barreras en el sistema de salud”.



Fuente: Elaboración propia.

## Análisis y discusión

Los resultados del presente estudio revelan que el acceso de los migrantes mexicanos a los servicios de salud en California se encuentra fuertemente condicionado por un entramado de



barreras estructurales que trascienden la disponibilidad de servicios. A través del análisis cualitativo de los testimonios, se identificaron limitaciones de carácter económico, burocrático, lingüístico y social, cuyas consecuencias van desde la postergación de tratamientos hasta el deterioro de la salud y, en algunos casos, el retorno forzado a México por razones médicas. Uno de los obstáculos más recurrentes corresponde a las dificultades de comunicación derivadas del desconocimiento del idioma inglés. Esta barrera idiomática afecta no solo el vínculo entre paciente y personal médico, sino también la calidad y continuidad de la atención, como lo advierten Jackson et al. (2020), quienes destacan cómo las limitaciones lingüísticas reproducen relaciones de poder desiguales dentro del sistema sanitario.

En paralelo, el alto costo de los servicios médicos se erige como una barrera persistente. La falta de seguro médico y la exclusión de los migrantes de los programas públicos obligan a muchos a posponer tratamientos o recurrir a la automedicación. Este patrón también ha sido documentado por Biswas et al. (2019), quienes señalan que los migrantes en situación irregular en Estados Unidos optan frecuentemente por remedios caseros debido a la inaccesibilidad económica del sistema formal de salud.

La burocracia constituye otra dimensión crítica. La complejidad de los trámites, especialmente en programas como Medi-Cal, así como el desconocimiento de los derechos en materia de salud, dificultan el acceso efectivo a la atención médica. Andersson et al. (2019), en un estudio realizado en Suecia, ya advertían que las barreras administrativas pueden ser tan restrictivas como las económicas o legales, limitando la inclusión sanitaria.

A estos factores se suma el miedo al contacto con instituciones oficiales por temor a ser denunciados o deportados. Aunque la legislación estadounidense garantiza atención médica en casos de emergencia, el temor inhibe la búsqueda de ayuda, incluso en situaciones críticas. Esta paradoja, que consiste en la coexistencia de derechos universales con restricciones prácticas impuestas por el estatus migratorio, refleja una contradicción entre el discurso normativo y la experiencia real de los migrantes.

Frente a estas condiciones adversas, es fundamental destacar que los migrantes no permanecen pasivos. Han desarrollado estrategias para enfrentar y sortear las barreras del sistema, como el uso de redes comunitarias, la asistencia a clínicas gratuitas o de bajo costo, y la circulación de información entre pares. Estas prácticas, más allá de ser soluciones individuales, pueden interpretarse como formas de resistencia colectiva ante un sistema que tiende a excluirlos.

En conjunto, estos hallazgos permiten afirmar que el acceso a la salud en contextos migratorios debe ser entendido como un fenómeno estructuralmente condicionado por múltiples dimensiones interrelacionadas. Tal como lo evidencian estudios previos (Andersson et al., 2019; Biswas et al., 2019; Jackson et al., 2020), estas limitaciones no son exclusivas del caso californiano, sino que responden a una problemática global que requiere respuestas integrales desde un enfoque de derechos humanos y justicia social.

## **Conclusión**

Este estudio contribuye a visibilizar las complejas barreras que enfrentan los migrantes mexicanos en Los Ángeles, California, para acceder al sistema de salud. Los resultados evidencian que dichas limitaciones no pueden entenderse como hechos aislados, sino como

parte de una estructura social y política que excluye sistemáticamente a poblaciones en situación de vulnerabilidad. El idioma, los costos elevados, la burocracia, la desinformación y el temor a la deportación configuran un entorno excluyente que vulnera el derecho fundamental a la salud. A pesar de ello, los migrantes despliegan mecanismos de adaptación y resistencia que merecen ser reconocidos y fortalecidos como parte de una agenda de transformación social.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de reformular las políticas públicas desde una perspectiva intercultural, inclusiva y basada en los derechos humanos, que garantice el acceso equitativo a la salud, independientemente del origen o estatus migratorio. Asimismo, se vuelve imprescindible avanzar hacia sistemas sanitarios culturalmente competentes, libres de trabas burocráticas innecesarias y sensibles a la diversidad de las poblaciones que atienden. Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones profundicen en los impactos psicosociales de la exclusión sanitaria, así como en las experiencias comunitarias exitosas que puedan ser replicadas o fortalecidas. Producir conocimiento desde y con las comunidades migrantes es clave para generar políticas y prácticas que dignifiquen sus vidas y promuevan su inclusión plena.

## Referencias

- Andersson, M., Evans, D. P., & Kontos, M. (2019). Barriers to accessing health care services for newly arrived migrants in Sweden: A qualitative study. *Health Policy*, 123(9), 851-857.
- Biswas, D., Lin, M. F., Meyer, S., & von Werne, B. (2019). "Why even bother about health?": Bangladeshi migrants' health beliefs and practices in the United States. *Journal of International Migration and Integration*, 20(1), 23-39.
- Caldera Maggi, M., Ibáñez Urbina, C., Nieto Hernández, N., & Aguilera, O. (2020). Migración como determinante social en salud: un enfoque en el continente americano. Repositorio Bibliotecas UV. <http://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvsc/8404>
- Delmar, C., B. T., D. D., F. L., J. C., M. M., & S. H. (2006). Achieving harmony with oneself: Life with chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 251-260. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00401.x>
- Husserl, E. (1982). Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy (Martinus Nijhoff).
- Jackson, S. E., Hackett, C., & Carballo, M. (2020). Barriers to healthcare access for migrants in the host countries of the European Union. A Scoping Review. *Health Policy*, 124(5), 511-521.
- Marmot, M. (2005). La salud en el trabajo: Una perspectiva psicosocial. Organización Mundial de La Salud.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods* (Sage Publications).
- OIM. (2019). INFORME SOBRE LAS MIGRACIONES EN EL MUNDO 2020. ONU Migración, 20.
- Passel, J. S., & Cohn, D. (2023). The size and characteristics of the unauthorized migrant population in the U.S. Pew Research Center.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Sage Publications.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Harvard University Press.
- Streubert, H. J., & C. D. R. (1999). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (2nd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Weiss, R. S. (1996). *Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies*. Free Press.

