

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

Introducción

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

Más de la mitad de los mexicanos no tiene seguro de salud en EEUU (6.7 millones en 2007), lo que se debe tanto a su situación laboral, pues al tener trabajos mal pagados y poco calificados no acceden a los puestos en donde los empleadores otorgan un seguro ni tienen suficientes ingresos para pagárselo ellos mismos, como a su estatus migratorio, ya que la Ley de Seguridad Social de 1996 condicionó el acceso de los migrantes a programas con subsidio federal destinados a personas de escasos recursos, como el Medicaid, a tener ciudadanía o una estancia legal en el país mínima de cinco años. Además existen otros obstáculos como son el idioma, la cultura, el miedo y la desconfianza, todo lo cual se conjuga para que en la práctica una gran parte de los migrantes mexicanos no puedan acceder al sistema de salud de EEUU^{5, 6, 7}.

Muchas investigaciones realizadas desde la salud pública, han documentado los caminos de la atención que, pese a los obstáculos, siguen los migrantes en EEUU para atender sus problemas de salud. Pero la mayoría de estas investigaciones no incorpora la perspectiva transnacional desarrollada por los estudiosos de la migración internacional. En general, en

los estudios con perspectiva transnacional, los investigadores de la migración han 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 la asimilación señala que con los años, los migrantes internacionales y sobre todo su descendencia, experimentarían un proceso paulatino de aculturación hasta asimilarse totalmente al país de recepción y en consecuencia desligarse de la cultura de origen. Los migrantes contemporáneos enfrentan mayores dificultades que sus predecesores como la informalidad laboral, exclusión parcial, dificultades de integración y movilidad social, para contrarrestar estas situaciones, muchos de ellos desarrollaron vínculos transnacionales, y en contraposición al paradigma de asimilación, conservan elementos culturales y utilizan recursos de más de un país, formando una identidad étnica manipulable en función de sus intereses personales ^{8,9}.

En el caso específico de la migración mexicana, el flujo constante, masivo y durante tantos años de migrantes, familiares, información, dinero y productos entre México y EEUU, junto con las nuevas tecnologías que abarataron y facilitaron la comunicación entre los países (internet, informática, telefonía celular, etc.), permitieron la transnacionalización de muchos migrantes, familias y localidades, que aunque separadas geográficamente, tienen un mismo espacio social ^{9, 10, 11, 12}.

Si bien algunas publicaciones científicas pioneras documentan las prácticas transnacionales en salud de los migrantes brasileños ¹³, argentinos, caribeños, colombianos ^{14, 15} y mexicanos en EEUU ^{16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}, dominicanos ²⁴ y ecuatorianos ²⁵ en España, en su mayoría no retoman ni explican los resultados a partir de la teoría transnacional, ni tienen una visión integral de los problemas de salud de las personas y los caminos de la atención,

por lo que generalmente sólo abordan un tema por separado como autoatención, medicamentos, remedios caseros, utilización de médicos alópatas o tradicionales.

El objetivo de nuestra investigación se propuso superar estas limitantes y con una perspectiva transnacional e integral de la salud pública, documentar si los migrantes mexicanos en EEUU realizan 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, cumpliendo con ello con las pautas internacionales para la investigación en seres humanos.

Para dar cuenta de los objetivos y tener una heterogeneidad de comunidades, se eligieron cuatro municipios mexicanos con muy alto, alto y bajo grado de intensidad migratoria²⁶, de las región migratoria tradicional, origen primordial e histórico de la migración mexicana, 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 a partir de la década de los noventa²⁷, esta selección nos permitió a su vez tener una diversidad étnica de la población del país (blancos, mestizos e indígenas). En total fueron seleccionadas ocho comunidades rurales, dos por municipio. Adicionalmente, se obtuvieron recursos para realizar entrevistas a prestadores de servicios de salud en California EEUU.

Se definieron tres perfiles de informantes en función de su vínculo con el proceso migratorio y los sistemas de salud: a) hombres migrantes de retorno de EEUU, b) hombres no migrantes con o sin integrantes del hogar en EEUU y c) prestadores de servicios de salud, tanto alópatas (públicos y privados), como tradicionales, además se entrevistaron a

algunos empleados de paquetería. El levantamiento de toda la información se llevó a cabo de enero del 2010 a febrero del 2011. En total participaron 222 personas: 95 hombres migrantes de retorno, 66 hombres no migrantes, 40 alópatas, 19 médicos tradicionales y 2 empleados de paquetería (Cuadro I).

Cuadro I

Con el apoyo de promotores de salud locales, se reclutó a los participantes, y los autores de este artículo realizamos las entrevistas y GF en las comunidades, con el fin de explorar la experiencia de los participantes sobre prácticas transnacionales en salud, para ello se diseñó una guía temática orientada hacia este objetivo que incluyó los siguientes temas: perfil socio demográfico y migratorio, diferencias en el estado de salud- enfermedad-atención de los migrantes y no migrantes, influencia de la migración en la comunidad de origen, obstáculos en el acceso a los servicios de salud de los migrantes en México y EEUU, utilización transnacional de medios de comunicación, utilización transnacional de medicinas y remedios caseros, utilización transnacional de servicios de salud tanto alópatas como tradicionales/alternativos, apoyo de organizaciones a los migrantes en EEUU, acciones de prevención en salud realizadas por los migrantes.

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 interpretativa²⁸.

Resultados

Se mencionaron distintos obstáculos para acceder al sistema de salud de EEUU como el 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:

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

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

En todas las comunidades del estudio, tanto los migrantes de retorno, sus familiares y los prestadores de servicios de salud alópatas y tradicionales, mencionaron que es común que los migrantes en EEUU utilicen recursos y servicios de salud mexicanos. En EEUU, sobre todo en comunidades con alta concentración de hispanos, los migrantes pueden conseguir en tiendas y tianguis latinos medicamentos y remedios caseros mexicanos, además de utilizar los servicios de salud de prestadores formales e informales mexicanos que atienden, incluso de forma clandestina, a la comunidad migrante:

“Uso lumbre, alcohol y hierbas, los pacientes que vienen son de mi comunidad [en México] o de alrededor y tienen mis mismas creencias. Puedo sembrar aquí atrásito

y al igual que yo mis hierbas emigraron conmigo, por ejemplo la hierba santa que no tiene semilla, me he traído unas raicitas ahí con lodo pegado y envuelto con una tela y ha llegado.” (Médica tradicional oaxaqueña en California)

“Hay varios que también tienen por ahí sus consultorios, son médicos latinos que trabajan bajo licencia de algún otro médico. Incluso hay algunos que atienden en Tijuana y se vienen sábado y domingo aquí a California, dan consulta y se regresan, algo semejante a lo que yo hago que no es una cosa totalmente legal” (Alópata guanajuatense en California)

“Hay tiendas [en EEUU] que venden productos mexicanos, si tú quieres una terramicina o una penicilina para infecciones fuertes, ahí te la venden, hay centros herbolarios ahí te venden todo, el cuachalalate, que es para la tos; el árnica para las heridas, hay varios tianguis, como si vivieras por acá; yo estuve ahí y mi primo me llevaba a las tiendas para puro hispano en Houston”.

(GF, migrantes de retorno, Puebla)

En los estados fronterizos de EEUU (California, Arizona, Nuevo México y Texas) vivía el 66% de los mexicanos en el 2005 ²⁹, muchos de estos migrantes documentados cruzan al lado mexicano para comprar medicamentos y atenderse con los alópatas como dentistas y médicos generales:

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

Es frecuente que los migrantes, sobre todo indocumentados, realicen desde EEUU consultas a la distancia en México tanto a sus familiares (telefónicamente), como a los alópatas y médicos tradicionales del municipio de origen (telefónicamente o a través de un

familiar). Muchas veces, después de ser diagnosticados, algún familiar compra el medicamento o remedio casero recomendado y se manda a EEUU. En el caso de los medicamentos que requieren receta médica, ésta es otorgada por algún médico local y se manda junto con los medicamentos para que las autoridades norteamericanas permitan su ingreso:

“Si ahorita me habla uno que está en EEUU -quiero que me vea qué es lo que tengo, así me siento-, aquí pido a Diosito o me voy a la capillita y veo qué es lo que tienen y cuando me hablan -mira, ¿sabes qué?, es esto, compra esta medicina o agua espiritual y échate y verás, da resultado, entonces a los 8 días me hablan y dicen -gracias a usted porque ya [me curé]”. (Médico tradicional indígena, Oaxaca)

-“En una semana típica ¿cómo cuantas consultas telefónicas das a migrantes?

Son 5 consultas en la cual me mencionan cómo se sienten, en caso de que yo pueda identificar telefónicamente, hago que sus familiares vayan al consultorio para darles la receta o los medicamentos para que los puedan mandar [a EEUU], 1 ó 2 se me hace imposible diagnosticarlos y se toman los estudios y me leen por teléfono lo que dice.

-¿Y aparte, hay casos de que vaya el familiar a explicarte lo que tiene el migrante?

Sí, también, atiendo unos 8 ó 10 de que va el familiar a decir lo que presentan sus familiares [migrantes] o ya nada más es continuidad del tratamiento, por ejemplo, -hace un mes me dio usted para la gastritis para mi papá-, ya me habló, ya se siente mucho mejor, pero todavía siente un poquito de reflujo, ya les mando otra vez el tratamiento”. (Alópata, Puebla)

Los migrantes documentados que vienen a México de visita a sus comunidades, sobre todo en diciembre y en las fiestas locales, aprovechan para comprar personalmente medicamentos y remedios caseros e ir a consulta con los alópatas y médicos tradicionales. Además, al comparar los costos de ambos países, varios de estos migrantes que necesitan

alguna intervención quirúrgica prefieren realizasela en México, comúnmente en la cabecera municipal o ciudad más cercana a la comunidad de origen:

“Esta muchacha se fue a Chicago y se fue mala, cuando vino me regañó porque allá gastó muchísimo dinero y allá los doctores le sacaron que tenía cáncer, la curé y ahí está, estaba empachada.” (Sobadora , Jalisco)

“El mes pasado que fue la fiesta, yo creo que de las 30 consultas que doy al día, 20 eran migrantes, ahorita que no hay fiestas próximas, hoy de las 20 consultas unos 5 son migrantes. En cuestión de operaciones, el año pasado hice 100 cirugías en el año, yo creo que operé fácil unos 60 migrantes; este año con la de hoy llevamos 47 cirugías, entonces yo creo que de las 47, unos 27 son migrantes.” (Alópata, Oaxaca)

Aunque es menos común, los familiares de los migrantes que viven en las comunidades de origen en México también utilizan algunos recursos y servicios de salud de EEUU como ciertos medicamentos a los que les atribuyen mejores resultados que sus contrapartes mexicanas, como la aspirina y algunos familiares han llegado a viajar a EEUU a atenderse con algún alópata, por considerarlos mejor capacitados. Más habitual fue el envío por parte de los migrantes en EEUU a sus familiares en México, de tanques de oxígeno, bastones, sillas de ruedas, baumanómetros y sobre todo glucómetros:

“Aparatos para la azúcar, la presión y eso sí te lo mandan [de EEUU] porque son caros aquí y allá son baratos, de hecho también una ambulancia mandaron, la gente se cooperó y la compraron. Ahí está parada en Yuriria, ahí tiene - Ambulancia donada por Kankakee, Illinois-.” (Entrevista migrante de retorno, Guanajuato)

Los resultados de esta investigación nos demuestran que muchos migrantes mexicanos en EEUU, tanto documentados como indocumentados, han desarrollado una respuesta

transnacional que les permite utilizar diversos recursos y servicios de salud mexicanos, tanto dentro de EEUU, como a la distancia y durante sus visitas a México.

Discusión

Si bien muchas de las prácticas transnacionales surgen por iniciativa de los migrantes, éstas no se podrían dar sin la ayuda de otros actores sociales que ofertan sus servicios (paqueterías, casetas telefónicas, tiendas latinas, médicos mexicanos alópatas y tradicionales en EEUU y México), y brindan apoyo y solidaridad a los migrantes (familiares, amigos y otros migrantes).

Figura 1

Contrario al paradigma de la asimilación, la utilización transnacional de recursos y servicios de salud mexicanos, se da tanto por parte de los migrantes indocumentados como de los migrantes documentados, incluso de los que llevan décadas viviendo en EEUU y ya son ciudadanos. Al comparar a los informantes por municipio, notamos una diferencia en cuanto al tipo de práctica que realizan los migrantes y que está relacionada con los años de estancia en EEUU y con su situación legal.

En las comunidades de Puebla y Oaxaca, en donde la migración no es tan intensa y empezó décadas después que en la región tradicional, la mayoría de los migrantes son indocumentados y realizan más prácticas transnacionales informales como consultar médicos mexicanos (alópatas y tradicionales) clandestinos en EEUU, comprar medicamentos y remedios caseros en tiendas latinas y a la distancia, consultar en las

comunidades de origen a sus familiares, médicos alópatas y tradicionales, además de recibir de ellos recetas, medicamentos y remedios caseros.

Por su parte, en las comunidades de Jalisco y Guanajuato (región tradicional), en donde la migración es intensa y empezó primero, la mayoría de los migrantes son documentados y tienen más acceso y mejor percepción del sistema de salud de EEUU, las prácticas transnacionales que realizan son más formales como cruzar a la frontera mexicana a comprar medicamentos y consultar alópatas, consultarlos en las comunidades de origen durante sus visitas, además de planear y realizarse intervenciones quirúrgicas en México. Con la finalidad de caracterizar los resultados de esta investigación, se propone la siguiente tipología de los perfiles de migrantes más comunes relacionados a la utilización transnacional de recursos y servicios de salud mexicanos que realizan:

- 1) Migrantes documentados y con seguridad médica en EEUU. Son los más transnacionales, generalmente tienen mejores empleos y salarios, además de mayor acceso a los sistemas formales de salud de ambos países, que pueden utilizar a conveniencia y realizan un menor gasto en salud, por estar asegurados. Además de que tienen los recursos económicos para realizar un gasto de bolsillo en salud en caso de necesitarlo.
- 2) Migrantes documentados y sin seguridad médica en EEUU. Durante sus viajes a las comunidades de origen o estados fronterizos pueden consultar personalmente a los médicos alópatas y tradicionales mexicanos; en caso de un problema de salud mayor, pueden programar y realizarse las intervenciones quirúrgicas en México, con lo cual evitarían pagar los altos costos de los alópatas privados en EEUU, aunque esto ocasiona que pospongan la atención. Al ser legales, tienen mejores empleos y salarios, por lo que también pueden realizar gastos de bolsillo con alópatas privados en EEUU.

3) Migrantes indocumentados y sin seguridad médica en EEUU. Al no tener documentos tienen problemas para volver a ingresar a EEUU, por lo que no suelen venir de visita ni atenderse en México. Tienen menos opciones como acudir con los alópatas privados en EEUU y pagar los altos costos o posponer la atención hasta que empeore el problema y acudir de urgencia a algún hospital o clínica comunitaria en EEUU, pedir consulta a distancia en su comunidad de origen a sus familiares o con los médicos mexicanos o atenderse con los médicos tradicionales mexicanos en EEUU.

Con estos resultados identificamos la mayor vulnerabilidad en salud para el grupo de migrantes indocumentados y sin seguridad médica en EEUU, y aunque era de esperarse este resultado resaltamos que incluso este grupo, hace uso de recursos y servicios mexicanos para atender sus problemas de salud, y que esta estrategia no sería posible si no tuvieran vínculos transnacionales, que hacen posible a los migrantes, aún los más vulnerables, enfrentar y resolver algunos de sus más graves problemas de salud que de otra manera, podrían resultar en secuelas o discapacidades que podrían llegar a tener un mayor impacto sobre su condición de vulnerabilidad.

Creemos que los resultados de nuestro estudio son importantes y novedosos, en la medida en que demuestran que en las zonas rurales con migración intensa, muchos migrantes mexicanos en EEUU continúan utilizando transnacionalmente los recursos y servicios de salud de México. Proponemos impulsar mayores investigaciones al respecto, continuar con el debate de propuestas de programas que dan respuesta a estas necesidades, como el Seguro Binacional de Salud, fortalecer y ampliar otros ya 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.

Referencias

1. Passel J, Cohn D. Unauthorized Immigration Population: National and State Trends, 2010. Washington, DC: Pew Hispanic Research Center, 2011. [Consulted 02/24/12]
Disponibile en: <http://pewhispanic.org/reports/report.php?ReportID=133>
2. Passel J, Cohn D. U.S. Foreign-Born Population: How Much Change from 2009 to 2010?. Washington, DC: Pew Hispanic Research Center, 2012. [Consulted 02/24/12]
Disponibile en: Retrieved from <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. Second edition. 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. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Ariza M. Migración, familia y transnacionalidad en el contexto de la globalización: algunos puntos de reflexión. *Rev Mex Sociol* 2002; 64(4):53-84.
9. Canales A, Zolniski C. Comunidades transnacionales y migración en la era de la globalización. Santiago de Chile, Chile. *Notas de Población* 2001; 73:221-252.
10. 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*. Zacatecas-México: Porrúa, 2006: 468:7-31
11. Méndez A. Emigrar para volver: de la asimilación al transnacionalismo. *Revista Latinoamericana de Economía* 2007; 38(148):100-125.
12. 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.
13. Hilfinger D. Transnational health resources, practices and perspectives: brazilian immigrant women's narratives. *Journal of Immigrant Health* 2002; 4(4):183-200.

14. Viladrich A. Botánicas in America's backyard: uncovering the world of Latino immigrants herb-healing practices in New York City. *Human Organization* 2006; 65:407–419.
15. Viladrich A. From “shrinks” to “urban shamans”: argentine immigrants' therapeutic eclecticism in New York City. *Cult Med Psychiatry* 2007; 31:307-328.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Keegan L. A comparison of the use of alternative therapies among Mexican Americans and Anglo-Americans in the Texas Rio Grande Valley. *Journal of Holistic Nursing* 2000; 18(3):280-295.
21. 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.
22. 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 [consultado 2010 octubre]; 16(1):82–88. Disponible en: www.interscience.wiley.com
23. 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.
24. 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-Ecuador: Abya-Yala, 2008:406:347-360.
25. 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-Ecuador: Abya-Yala, 2006: 450:93-108.

26. Consejo Nacional de Población. Índices de intensidad migratoria México - Estados Unidos, 2000. México, D.F.: CONAPO, 2002.
27. Zúñiga E, Leite P, Acevedo L. Migración México – Estados Unidos: panorama regional y estatal. México: CONAPO, 2005.
28. 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.
29. Consejo Nacional de Población. Población nacida en México residente en Estados Unidos por región de residencia, 1970-2005. En: CONAPO. Series sobre migración internacional. México, D.F.: CONAPO, 2008. [Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=323]