

BIOGRAFÍAS SINGULARES DE SUJETOS MIGRANTES DE RETORNO A MÉXICO: CONFLICTO DEL MERCADO LABORAL Y PRODUCCIÓN DE SALUD

SINGULAR BIOGRAPHIES OF MIGRANT SUBJECTS RETURNING TO MÉXICO: LABOR MARKET CONFLICT AND HEALTH PRODUCTION

Fecha recepción: julio 2019 / fecha aceptación: noviembre 2019

Mónica Morales-Téllez¹

Resumen

El objetivo es comprender cómo las condiciones del trabajo transnacional irregular México-Estados Unidos afectan la salud-enfermedad de migrantes que retornan a su comunidad en México y cómo estas condiciones explican por qué a pesar de la capacidad activa del sujeto, no hay una acción colectiva por la salud migrante. En seis entrevistas en profundidad a migrantes que retornan de Estados Unidos se observó que a pesar de la lucha por alcanzar una vida digna con capacidad generadora y creativa, están los sentidos subjetivos con capacidad desubjetivadora que los inhibe a través del conjunto de retos que van experimentando con la condición de irregularidad que se mantiene en el mercado laboral transnacional en manos de las subjetividades dominantes.

Palabras claves: Migración de retorno, producción de salud, mercado laboral, sujeto migrante, subjetividad social.

Abstract

The aim is to understand the conditions of irregular US-México transnational work affects the health-disease of migrants returning to their community in México and how these conditions explain why despite the active capacity of the subject, there is no collective action for migrant health. Six depth interviews with migrants returning from United States, it was observed that despite the struggle to achieve a dignified life with a creative capacity, there are subjective sense with a desubjective capacity that inhibits them through the set of challenges they are experiencing with the condition of irregularity that is maintained in the transnational labor market in the hands of the dominant subjectivities.

Keywords: Return Migration, Health production, labor market, migrant subject, social subjectivity.

¹ Psicóloga social, Doctoranda en Ciencias de la Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Av Juárez 976, Col. Americana, Americana, Código postal 44270, Guadalajara, Jalisco, MÉXICO. Email: saratrusta33@hotmail.com

Introducción

Para esta investigación teórico empírica de psicología social, los problemas de salud pública que emergen de la población migrante indocumentada México-Estados Unidos, no pueden explicarse a partir de leyes naturales, como se pensaría desde el positivismo; representación a partir de la cual se conformó el modelo biomédico de la medicina moderna en el origen del capitalismo y principio aún vigente en la práctica médica de la sociedad moderna. Por el contrario, afirmamos desde la perspectiva histórico-cultural de la subjetividad (Díaz, 2018; González-Rey, 2002, 2015), que la salud migrante es una producción simbólica, cultural e históricamente organizada en prácticas y procesos institucionales en que los individuos y la colectividad implicada desarrollan formas singulares de prácticas de salud. Así, la salud migrante es un proceso complejo, transnacional y plurideterminado que se afecta en cada vivencia de los diferentes individuos, grupos y escenarios que participan en ambos lados de la frontera, generando con ello una práctica de salud migrante propia.

Para González-Rey (2015), las prácticas de salud “afectan y se ven afectadas por los procesos dominantes de las subjetividades sociales e individuales en el mundo actual” (p.10), lo que explica la diferencia de condiciones en el mercado laboral internacional en el que los sujetos migrantes llevan la peor parte, como lo demuestran las condiciones del retorno en las que las problemáticas de salud se encuentran limitadas para esta importante población en ambos lados de la frontera.

De tal manera que la salud migrante se encuentra atrapada dentro de las prácticas de salud modernas, centradas en los efectos y no en las causas, en el síntoma y no en el origen de la enfermedad, en la atención y no en la prevención, en la ganancia económica y no en el bienestar del ser humano, en la reducción-control-experimentación-suma de las partes y no en la integración compleja de los elementos en una dinámica global que genere otra cualidad al conjunto (Laurell, 1982), subsumiendo con todo ello, a la salud migrante dentro del proceso social de poder económico global dominante que opera a través de la internacionalización de la producción, movilizándolo reformas y cambios económicos, políticos, administrativos, ideológicos y culturales que afectan las relaciones de trabajo del mercado laboral internacional con la que la inmigración irregular está poderosa y funcionalmente imbricada.

Por ello, se puede señalar que la migración internacional es producto de las profundas desigualdades y asimetrías del sistema capitalista globalizado en el que están involucrados los países expulsores y receptores que generan la dinámica del trabajo transnacional irregular (Ortega, 2017), promoviendo de acuerdo con Aragonés y Salgado (2015), la transferencia de plusvalía de los centros menos desarrollados en las naciones expulsoras, hacia los polos industrializados en donde trabajan los inmigrantes.

Con todo ello, vemos que el mercado laboral internacional ha subsumido al trabajo transnacional del proceso migratorio irregular México-Estados Unidos como un problema necesario que permite dentro de la internacionalización de la producción del capitalismo financiero y comercial global, una forma de beneficio que promueve la competitividad a través del aprovechamiento del plusvalor de la mano de obra transnacional irregular, indocumentada y con baja capacitación del migrante.

En Estados Unidos la salud migrante está inmersa dentro de la representación económica e instrumental dominante asociada al gran capital de la industria de la salud, especializada en la estandarización de la enfermedad, la producción de medicamentos y tecnologías aplicadas a la salud y la liberalización de las instituciones de servicios de atención médica, lo que produce que el inmigrante ilegal mexicano quede fuera del sistema de salud estadounidense. Si bien su ingreso económico es mayor que en el lugar de origen, éste no le permite acceder a los servicios de atención privada. Cabe decir que en el retorno a México, la salud migrante no es mejor y cruza por condiciones sociales severas de inseguridad, pobreza, desempleo, autoproducción y sin seguridad social por ser éste un derecho vinculado constitucionalmente al trabajo formal.

De esa manera tenemos a los sujetos dominantes y a los sujetos inmigrantes que son las dos formas de subjetividad política (Díaz, 2018; González-Rey, 2012), con que caracterizamos la red de actores, agentes e instituciones que participan en la migración internacional desde un enfoque histórico-cultural del sujeto en el que la salud migrante se configura en un proceso complejo en donde lo individual y lo social participan activamente en una relación recursiva, dialéctica y dialógica, constituida en contextos biculturales a partir de los cuales los sujetos migrantes, los que se van, los que se quedan y los retornados, van desarrollando vivencias que en los diversos escenarios binacionales en los que participan activamente, se relacionan con las determinaciones sociales sobre su modo de vida y prácticas de salud, llevándolos a enfrentar problemas, contradicciones, desafíos en los que participan una diversidad de actores con proyectos diferentes, entre ellos, las subjetividades dominantes con sus procesos desubjetivadores.

En suma, es la compleja trama de subjetividades sociales e individuales la que define la organización de la migración y la salud migrante, resultado de prácticas que conllevan sentidos y acciones que representan nuevos momentos generadores al interior de los escenarios e instituciones binacionales en que las prácticas individuales y colectivas de los migrantes transcurren. Así, los intereses individuales y sociales marcan el rumbo de la migración en una relación compleja, convergiendo conflictivamente en la biografía laboral del inmigrante que es a partir de quién se dan las principales relaciones transnacionales que van configurando las condiciones de salud-enfermedad-atención de los migrantes retornados a México, producidas a partir de las vivencias adquiridas en las condiciones socio-laborales en Estados Unidos.

Entonces ¿Qué vemos detrás de todo este proceso?, ¿Leyes objetivas naturales?, no, observamos mecanismos de intereses y valores de las subjetividades dominantes alineadas a la lógica del mercado y al proceso de reestructuración productiva estadounidense (Márquez, 2007) contra las necesidades y derechos de los sujetos migrantes que impulsan el trabajo transnacional en búsqueda de una vida digna (Alonso y Sandoval, 2015).

Este proceso se ha venido institucionalizando en las prácticas laborales de las compañías empleadoras en el lugar de destino, quienes exportan inmigrantes ilegales en tanto fuerza de trabajo barata, a través de las políticas de omisión de los gobiernos federal y locales, receptores y expulsos que fomentan la irregularidad mediante las recomendaciones de los Organismos Internacionales que promueven la migración como incentivo al crecimiento basado en las remesas y a través de la ineficiencia de las instituciones públicas de salud y de seguridad social en ambos lados de la frontera.

El proceso anterior en conjunto, complejiza e invisibiliza el proceso de explotación transnacional que fomenta una dinámica binacional sistemática de negación de los derechos a la salud de la población inmigrante indocumentada y por tanto, una desatención transnacional efectiva. En este contexto, no se reconoce lo que aportan ni a la economía estadounidense ni a la mexicana, cuestión que niega y obstaculiza la regularización de su permanencia sin acceso a un salario justo y equitativo y sobre todo, de acuerdo a Ruiz (2016), sin garantía de seguridad y protección social. En este sentido, la regularización de la migración debe ser con pleno respeto a los derechos fundamentales del trabajador, igual que disfrutaban de sus derechos los estadounidenses (Ruiz, 2016).

Este conflicto lo observamos en las biografías laborales que se van conformando como un conjunto de sentidos subjetivos que se objetivan como trayectos de vivencias simbólico-emocionales que de acuerdo a González-Rey (2012), se configuran “de forma simultánea y recursiva en los individuos, los espacios sociales en que ellos se relacionan y las acciones en que están implicados” (p.14), que en el caso de la migración, esa dinámica es binacional y conflictiva entre los intereses de las subjetividades políticas.

Entonces, las biografías laborales transnacionales son la expresión de un conjunto de sentidos subjetivos que son complejas unidades simbólico-emocionales con capacidad generadora y creativa, que se observan como vivencias articuladas y clasificadas metodológicamente a través de seis categorías analíticas: adecuaciones laborales en Estados Unidos, estrategias productivas y de protección a la salud, condiciones de salud-enfermedad-atención, estilo de vida migrante con efectos en la salud, condiciones laborales y de salud en el retorno y el significado de estar sano.

De manera que los migrantes al insertarse en las cadenas productivas del mercado laboral internacional por la representación del *trabajo transnacional* como vía de desarrollo, generan biografías singulares en las que se compromete y se representa a sí mismo como alguien dispuesto a arriesgar su vida, sin detenerse por el temor a los riesgos que paradójicamente le dan la posibilidad de alcanzar una mejor vida para sí y los suyos a través del trabajo en la nación vecina.

Lo que moviliza al migrante es un compromiso simbólico-emocional con la familia que lo espera en su tierra o que lo acompaña, constituyendo nuevos significados y capacidades objetivadas en una poderosa y creativa disposición para el más extenuante y complicado de los trabajos, movilizando recursos y redes de apoyo en ambas naciones para alcanzar sus objetivos, lo que nos muestra su capacidad generadora y creativa, cuestión que falta ampliar en los estudios sobre migración. Es pues un sujeto activo, parte de una colectividad de migrantes en búsqueda de oportunidades, que lucha y resiste por una vida digna a través de sus formas de ser y hacer (Alonso y Sandoval, 2015) migrante.

Entonces lo que hace falta saber es ¿Por qué si hay sujeto migrante que lucha por una vida digna, no se configura una acción colectiva por la salud migrante? Más que preguntarse solamente ¿Por qué las poblaciones tienen un determinado perfil de salud o por qué determinados problemas predominan en determinadas poblaciones? (Hersch-Martínez, 2013). Con esta investigación se busca comprender por qué, a pesar de la capacidad activa del sujeto migrante, que se observa reconstruyendo nuevos significados generados en el proceso migratorio, formando sentidos subjetivos de lucha, aventura, riesgo, valentía, éxito, reconocimiento social y logros materiales, que son compartidos con el resto de su comunidad, no logra movilizarse y unirse como una acción colectiva por sus derechos sociales? ¿Qué impide que los nuevos sentidos movilicen comportamientos y acciones colectivas en pro de la salud migrante?

La compleja trama institucional de sujetos sociales e individuales de la salud migrante

El conflicto entre los intereses del mercado laboral internacional y las necesidades y derechos de los trabajadores inmigrantes transnacionales se vuelve un tema relevante de salud pública para México si se toman en cuenta dos aspectos fundamentales:

Primero, que en Estados Unidos existe una población de casi 5.6 millones de migrantes mexicanos indocumentados (Li-Ng y Cervantes, 2018), que ofrecen sus servicios en condiciones laborales de riesgo, de los cuales el 70 % no cuenta con seguridad social (Salgado, González, Bojórquez e Infante, 2007).

Segundo, que las causas del retorno se han transformado severamente, registrando al año 2017, la recepción de 495 mil migrantes mexicanos retornados (Li-Ng, 2017), quienes se enfrentan en sus comunidades de origen a la falta de garantía de seguridad social integral, así como una insatisfactoria reintegración al ámbito laboral. Si bien el número de retornados no supera la cifras de años anteriores en donde las causas respondían a cuestiones de desempleo, deportación, turismo, reintegración familiar, falta de adaptación y factores sociales catalizadores (Granados, Jauregui y Montoya, 2018), se ha observado en la última década que han incrementado los motivos por problemas de salud (Calva y López, 2017).

De esta manera la salud migrante se vuelve un tema complejo que involucra características individuales y del contexto social binacional, por lo que podemos decir que la salud del migrante indocumentado se ve expuesta directamente a las condiciones socio-laborales, la dificultad para acceder a servicios de salud, así como a los modos y estilos de vida adoptados en la relación que establece con la sociedad receptora (Agudelo y Romero, 2010).

Siguiendo a Bojórquez, Mejía, Aguilera, Cerecero, y Albicker, (2014), el sistema económico estadounidense aprovecha la condición de indocumentado, contar con baja escolaridad y capacitación técnica, para propiciar su inserción dentro de actividades laborales poco calificadas y de fácil explotación, acrecentando los riesgos para la salud física y mental que en muchos de los casos no son cubiertos por los empleadores (Consejo Nacional de Población, 2008), o lo hacen de manera limitada.

Además se observa que el 25% de la población migrante se integra al ámbito de la agricultura, el 19% a cuestiones de mantenimiento, 17% a la construcción, 12% servicios, 10% producción y el 7% en transporte (Passel y Cohn, 2009), viviendo en condiciones de vida que con el tiempo deterioran su salud, entre las que se encuentran altos niveles de estrés debido a la escasez o competitividad del trabajo, bajos ingresos respecto al estilo de vida estadounidense, presión económica y desempleo (Frenk, Garnica, Zambrana, Bronfman y Bobadilla, 1987), así como las condiciones de vida en donde el hacinamiento y los malos hábitos alimenticios forman parte de los riesgos acumulados, además de los problemas de salud mental debido a la separación familiar y a la dificultad de adaptación en el proceso de aculturación (López, 2014), en donde la xenofobia y la discriminación forman parte de la vida cotidiana.

De esta forma se señala que entre los principales padecimientos entre la población inmigrante mexicana se encuentran: diabetes, hipertensión, VIH/Sida o tuberculosis, adicción al alcohol y drogas, así como accidentes laborales y lesiones principalmente en el área de la agricultura y la construcción que es un área en donde predomina el mayor número de accidentes mortales (Ceja, Lira y Fernández, 2014).

Así, la atención a la salud para el migrante indocumentado se ve limitada por diversos factores entre los que sobresalen la ocupación, la relación con su empleador, el acceso limitado a programas públicos y el tiempo de permanencia en aquel país (Wallace, Rodríguez, Padilla-Frausto, Arredondo y Orozco, 2013).

Frente a la enfermedad, los migrantes realizan prácticas y estrategias para lograr salir adelante, entre las que destacan aprovechar sus redes de apoyo, automedicación, consulta telefónica con familiares o médicos en su lugar de origen o bien en casos de accidente, reciben atención en centros comunitarios que ofrecen servicio a bajo costo (Nigenda, Ruíz-Larios, Bejarano-Arias, Rabanal y Bonilla-Fernández, 2009). La consulta privada, a diferencia de los anteriores, es uno de los recursos que se utiliza acompañado por algún familiar, resultando junto con el medicamento, de los servicios más costosos (Bilbao, Burrell y Collins, 2012), estas dificultades resultan ser una de las principales causas que los obligan a regresar a México y atender sus problemas de salud (Granados, Jauregui y Montoya, 2018), seguido de la falta de empleo y el endurecimiento de las políticas migratorias (Mestries, 2013).

En suma, se observa que la salud necesita ir más allá del análisis de factores causales y de soluciones centradas en el individuo, para considerar las dimensiones estructurales (Ivo y Marchiori, 2008), que inciden en las actividades laborales que realiza el migrante, caracterizadas por una notoria desigualdad y precariedad laboral. Este estudio comprende tanto las dimensiones estructurales, como la institucionalización de la dimensión subjetiva dominante.

La subjetividad desde un enfoque histórico cultural

En este estudio se profundiza la subjetividad social de González Rey (2002, 2015) y a través de ella, se explica por qué y cómo se considera importante el enfoque histórico-cultural de la subjetividad para el estudio de la salud migrante.

La subjetividad, desde esta perspectiva, sienta sus raíces en la psicología soviética y tiene sus bases en el último y el primer Vigotsky (González-Rey, 2012) y se distingue de la visión racionalista predominante en la modernidad, que va desde Descartes pasando por Kant y Husserl (González-Rey 2013), hasta la muerte del sujeto, operada por el posestructuralismo francés y otras representaciones posmodernas de la realidad, por una visión dialéctica de origen histórico-materialista, donde el sujeto y lo social tienen capacidad generativa en la realidad.

De manera que la subjetividad no está conformada por dos entidades separadas, sino que se constituyen una a la otra de forma recursiva sin reducirse entre sí, visibilizando la capacidad activa del sujeto y la sociedad en la generación y producción de la realidad, de la historia y de múltiples configuraciones y sentidos subjetivos individuales (González-Rey, 2002).

Los sentidos subjetivos de la subjetividad social e individual, integran elementos simbólico-afectivos del mundo vivido, con relación directa al contexto en donde se generan, pero al mismo tiempo, con otros sentidos producidos en otros momentos y espacios sociales que también influyen en la acción en curso de forma inconsciente (González-Rey, 2002, 2012). González Rey (2011), construye el concepto de sentido subjetivo basado en los principios desarrollados por Vigotsky, en que el concepto de sentido “es una compleja formación dinámica, fluida, que tiene diversas zonas que varían en su estabilidad” (González-Rey, 2012, p. 22).

Entonces la acción de los sujetos dentro de cualquier contexto se encuentra acompañada de sentidos subjetivos previamente producidos, a partir de los que se crean nuevos en un proceso fluido, recursivo y permanente. Para González Rey

“el sentido subjetivo representa una unidad de lo emocional y lo simbólico donde cada uno de esos procesos emergen y se desdoblan de formas diferentes ante la presencia del otro, y es precisamente esa unidad la que define los desdoblamientos de una experiencia, tanto en las múltiples expresiones imaginarias de la persona, como en el curso de la acción, procesos que representan dos momentos de un mismo sistema, el de la configuración subjetiva de la acción” (González-Rey, 2012, p.23).

Esta noción Vygostkyana de sentido, como unidad psicológica de la conciencia, establece la importancia de las emociones como un “registro somato-psíquico que entra en nuevas relaciones con otros elementos de la vida psíquica y se implica de forma inmediata con diversos procesos” (Laurell, 1982, p. 30), simbólicos y sociales, con los que se genera la unidad psíquica. Para Fernando González Rey es importante el tema de las emociones en relación con la dimensión del sentido de la acción, porque “se apoya en las necesidades del sujeto y no en el objeto de esa acción” (Laurell, 1982, p. 29).

Así mismo, la subjetividad desde el enfoque histórico cultural se nutre de los trabajos teórico-metodológicos de la psicología social latinoamericana, otorgándole una dimensión política por su énfasis en los problemas sociales que afectan el desarrollo psíquico de los pueblos que se ven sometidos a dinámicas político-económicas (González-Rey, 2002), de dominación, negación, explotación, etc. donde las subjetividades políticas dominantes “impiden el desarrollo de nuevos sujetos políticos participativos y ocultan las contradicciones generadas por su gestión y tiene como principal motivación el logro y la conservación del poder” (González-Rey, 2012, p.21).

Aquí es donde toma importancia el tema de la salud-migrante, ya que está inmersa en el conflicto producido por las lógicas del mercado laboral internacional al que los migrantes de los países expulsos son lanzados a buscar una vida digna a través del trabajo transnacional. Si bien la mano de obra del sujeto migrante posibilita la competitividad en el mercado mundial de Estados Unidos y en México contribuye en la

balanza de pagos y al sostenimiento de millones de familias y comunidades a través de las remesas (Delgado y Gaspar, 2017; Porter, 2017), las acciones bilaterales no están enfocadas en generar acuerdos que garanticen las condiciones laborales y de traslado seguras.

Además de reconocer que el migrante es sujeto que lucha por una vida digna, que emplea estrategias creativas para salir adelante, resolviendo sus problemas de salud con o sin seguridad social, es necesario comprender por qué al ser el migrante un protagonista que lucha por una vida digna y va creando y recreando los caminos a seguir a través de sus relaciones contradictorias y creativas (González-Rey, 2015), no logra instituir formas de vida y una acción colectiva más amplia enfocada en la salud para el reconocimiento de sus derechos laborales.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo bajo un enfoque crítico-interpretativo con el que se buscó un acercamiento con el migrante retornado, reconociendo su capacidad generativa y la actividad compleja entre individuo y sociedad. Este enfoque tiene como característica principal tomar en cuenta el espacio social en su significación para la generación de información (González-Rey, 2006), así como el compromiso permanente del investigador con el sujeto en la comprensión de la realidad social (Bolívar, 2012).

A través de historias de vida (Espejo y Le-Grand, 2009-2010), se tuvo un acercamiento con seis sujetos migrantes en el municipio de Cocula, Jalisco, ubicado a 56 km al suroeste de la ciudad de Guadalajara. Jalisco está conformado por 40 localidades donde se concentran alrededor de 26.687 habitantes. De acuerdo al Instituto de Información Estadística y Geográfica (2017), es un municipio con alto grado de intensidad migratoria, bajo el indicador de que un 11.54 % de viviendas son receptoras de remesas.

Las historias de vida consideradas dentro del enfoque biográfico (Bertaux, 1999), nos abren un campo profundo de acceso a la "vida histórica" (Dilthey, 1883/1949, p. 41), que de acuerdo a este filósofo, es el medio para comprender la conexión viva entre el individuo y la sociedad, en donde la vivencia del sujeto migrante, contiene "la realidad del todo histórico" (Dilthey, 1883/1949, p. 42), que en este caso es la relación permanente y abierta entre subjetividad social y subjetividad individual o lo que Ferrarotti llama el "entrecruzamiento dialéctico" (Ferraroti, 2007, p. 6) y lograr lo que Desmaris (2009/2010) propone como "aprensión global del fenómeno estudiado" (p. 33).

El muestreo se trabajó de manera intencional siguiendo el criterio de incluir sujetos que hayan permanecido por más de tres años en Estados Unidos para dar cuenta de los cambios observados a su regreso al lugar de origen, así como que se encuentren en etapa productiva observando los cambios en la salud.

El modelo de análisis fue interpretativo-colaborativo, que plantea una relación intersubjetiva entre investigador e investigado, de forma que se produzca el conocimiento con el sujeto migrante. Los datos fueron transcritos y procesados a través del programa atlas.ti bajo el siguiente ordenamiento: lectura horizontal y exhaustiva de la información, clasificando los datos bajo una mirada crítica y reflexiva; lectura transversal de ésta clasificación para luego integrarlas bajo una misma categoría analítica o indicador, para finalmente, lograr una producción teórica a partir del trabajo reflexivo y colaborativo con el sujeto.

Resultados

Las biografías laborales destacan las condiciones de trabajo y de seguridad que figuraron como determinaciones en las condiciones de salud, vistas en la enfermedad y en las formas de atención en EUA que influyeron en el retorno. En la tabla 1 se muestran las características generales de los sujetos migrantes.

Tabla1. Características de los sujetos migrantes

Sujeto migrante	Años de edad	Años de permanencia en Estados Unidos	Actividad laboral en Estados Unidos	Actividad laboral en México
M	46	20	Agricultura	Agricultura
J	45	3	Mecánica/servicios	Ventas
J	37	20	Construcción	Agricultura
P	42	26	Agricultura/caballeriza	Agricultura
E	53	23	Construcción	Agricultura
G	42	3	Agricultura/construcción	Agricultura/Transporte

Fuente. Elaboración propia con información de las entrevistas

Acciones y adecuaciones laborales en Estados Unidos

El trabajo en el campo es de las principales opciones laborales y es vivido como la etapa que más genera desgaste físico y emocional debido a que trabajan en condiciones climáticas extremas, que influyen en la producción y cosecha de los alimentos de donde depende su salario, generando tensión debido a la posibilidad de baja remuneración; y es que a pesar de las condiciones tan pesadas *“le echaba hartas ganas, pos pa que no me dijeran nada”* y fuera reconocido su esfuerzo.

Las condiciones del empleo resultaron importantes para considerar la permanencia o la búsqueda de otro trabajo, valorando el salario por el número de horas invertido, actividad a realizar acorde al salario y la relación con el empleador debido a los tratos a los que son sometidos y a la promoción que éste les pueda dar en puestos superiores. Cabe señalar que debido a la condición indocumentada, el migrante es susceptible de integrarse a puestos laborales de riesgo y distantes del hogar, por lo que crea estrategias que le faciliten el acceso a los mismos, como cambiar de residencia, con disposición de movilidad constante. Esos riesgos representan un reto ligado a la representación social del migrante indocumentado en Estados Unidos.

Debido a que los contratos laborales son temporales, generando variaciones en las jornadas de trabajo, el migrante busca alternativas de empleo, ya que además de hacer más productiva su estancia en Estados Unidos, asegura el salario necesario para liquidar sus deudas, gastos de estancia y ahorros o envíos para la familia. De manera que las retribuciones no son solo económicas, sino simbólicas cognitivas, debido a que amplían el conocimiento en nuevas áreas de trabajo y de tecnología a las que se van adaptando.

“Le digo que están avanzando en cuestión de maquinaria. ¡En agricultura va más recio! porque hay una maquina....yo cuando me vine me toco, hay una máquina que ya va cortando la lechuga, ya la hace bien arriba ya nomas usted la va empacando, ya no hay cortadores (...) los que están arriba son los que van empacando ¡ey, rápido, rápido! ¡Pues porque va aventando muchas! Y ya dentro de poco ya ni van a ocupar ni al trabajador para la lechuga!” (M, Cocula, Jal.).

Estrategias productivas y de protección a la salud

La relación laboral entre los trabajadores y el empleador es un aspecto clave para alcanzar una mayor productividad. Las compañías agricultoras generan estrategias para promover la resistencia física del trabajador, motivándolos a tomar descansos cada media hora para tomar agua y evitar insolaciones que terminaban en el hospital, como M quien trabajó en las máquinas de lechuga “y paraba las máquinas y nos daban tanto tiempo para tomar agua, ¡poquita nada más! Teníamos que tomar, o sea como cada media hora, teníamos que estar tomando pero poquita, no mucha, porque entonces nos daba como vómito”.

También los migrantes percibieron que existen diferencias sobre la contratación laboral, ya que existen “gabachos” que sólo contratan “gabachos” y realizan trabajos especializados como los de la electricidad, mientras que los mexicanos realizan actividades secundarias como la elaboración de molduras.

El éxito laboral fue percibido cuando logran destacar del resto de sus compañeros de trabajo debido a que realizan actividades con más empeño y algunas de mayor riesgo, siendo reconocidos por el encargado, destacando del resto de los trabajadores. En el ámbito de la agricultura, las responsabilidades que les otorgaron reconocimiento, incluyeron el manejo de agroquímicos que distribuían entre las plantas sin poner en riesgo la cosecha. Esto no solo incrementaba sus conocimientos y habilidades, sino la confianza en sí mismo, otorgándole un sentido de éxito a la vivencia y la posibilidad de viajar y ampliar su espacio laboral.

“Mi trabajo era muy riesgoso porque tenía que montar los caballos yo y nadie los había montado ninguna vez, solo al montarlos, sabias que estabas creando algo de la nada, el poder domarlo, el de hacértelo tu amigo, hacértelo tu compañero, aja, al grado de poder transportarlo digamos de California a Kentucky para ir a competir” (P, Cocula, Jal.).

Condiciones de salud-enfermedad-atención

Las condiciones de salud del migrante se ven afectadas principalmente en el ámbito laboral a través de los accidentes de trabajo y alteraciones en los modos de vida. Tal es el caso de padecer problemas de colesterol alto y triglicéridos, generado por el tipo de comidas, debido a un exceso en el consumo de alimentos *fast food* o buffet.

Los migrantes identificaron síntomas de enfermedad como agotamiento, alteración del sueño, cansancio, estrés, migraña, depresión, ansiedad, hemorragias nasales, lesiones musculares, fracturas, etc. y en etapas avanzadas los síntomas incluyeron desmayos y pérdida del conocimiento, aspectos que resultaron límites en la vida cotidiana y laboral. La presencia de enfermedad generó temor en el inmigrante,

debido a las limitaciones de la vida diaria que la enfermedad representa, por lo que no se atienden de forma inmediata con el médico, prefiriendo el control de síntomas a través de la automedicación y sólo bajo un agravamiento de ellos, ser trasladados por algún familiar al hospital.

M vivió la experiencia de ser diagnosticado con diabetes y no concebía tener esta enfermedad, llegando a incapacitarlo laboralmente, además de que su tratamiento incluía antidepresivos, el que fue suministrado sólo unos días, sin respetar las indicaciones médicas, ya que sentía que no tenía control de su cuerpo, por lo que tuvo que recurrir a otro médico para obtener otro punto de vista.

“Me traumé, me sentía mal porque me dijeron a los 35 años y me decía ¿a los 35 años y con diabetes? Lo primero que piensa de todo lo que le mencionan cuando le dan una hoja de diabético son amputaciones, ceguera... ¡todo eso! Y luego más cuando es una persona activa... () cuando te dicen, tienes problemas y de todo eso, si no lo tienes, se te mete en la cabeza, simplemente” (M, Cocula, Jal.).

Los servicios de salud para el migrante indocumentado adquieren connotaciones ambiguas, por un lado, existen aquellos que brindan atención a través de centros comunitarios a bajo costo, en donde reciben atención a través de algún programa del gobierno sin cuestionar su estatus legal, excluyendo únicamente aquellos casos en los que se participa en riñas o por estar alcoholizado. Por otro lado, hay quienes vivieron la experiencia de sentirse desprotegidos por no contar con seguridad social para el trabajador, puesto que tenían el conocimiento de que para poder ser atendidos se debía revisar el número de seguro social, por lo que si no lo habían conseguido falso, no había garantía para ellos de nada, y dado que la otra opción de atención por seguro privado era inalcanzable, preferían otra vez las medidas de auto-cuidado, principalmente para quienes trabajaban en el campo.

El rendimiento laboral y las condiciones de salud (en constante deterioro) se interrelacionaron de manera significativa para el migrante, generándole mayores condiciones de estrés, al verse inmerso dentro de un contexto de exigencia laboral, bajo rendimiento físico debido a la enfermedad y un notorio deseo de retornar a su comunidad.

“Yo salí mi jornada y después de que me recuperé del accidente, que fue en Mayo, en septiembre yo tome la decisión de venirme, porque ya no era este problema de la cintura, sino que ya me empezaba a pegar el problema del ¡estrés!, me empecé a estresar, estresar, estresar, en mi trabajo yo rendía menos, el billete era menos y yo me dije ¿que estoy haciendo aquí?” (J, Cocula, Jal.).

A pesar de las responsabilidades que adquieren en el trabajo, recibiendo ingresos altos, no contaban con un seguro social de cobertura amplia minimizando este hecho a cambio de un buen ingreso y es que a pesar de vivir en condiciones de ilegalidad

percibía un buen sueldo, por lo que *“los documentos no le van a dar de comer, usted tiene que ganarse lo que se desempeña!”* (G, Cocula, Jal.).

Estilo de vida migrante con efectos en la salud

El estilo de vida adoptado donde la actividad laboral es la prioridad, exige un ritmo de vida intenso. Las actividades para el migrante iniciaban desde las cinco de la mañana y si vive separado de la familia, se vuelve autosuficiente para organizar las exigencias de la vida diaria como la preparación de sus alimentos y el arreglo de sus cosas personales.

Las características del tipo de empleo, como en el ámbito de la construcción, por ejemplo, exigen que el trabajador se desplace junto con la compañía hacia distintos Estados de la Unión Americana en un tiempo variable de seis a siete meses, bajo condiciones de vida que no le permiten tener un hogar fijo, sino establecer un ritmo de vida entre el trabajo al hotel y alimentarse con comida rápida.

Vivir como indocumentado en Estados Unidos implicaba una forma de vida en donde el trabajo era el punto central, como menciona M *“todos los días es puro trabajar, trabajar”*. Lo importante para él era que siempre traía dinero para poder comprar lo que necesitaba sin pensar que algo le hacía falta, aspecto que en el retorno extraña, pues no percibe el mismo ingreso.

Condiciones laborales y de salud en el retorno

La vivencia del retorno influye en la percepción que tienen de sí mismos, se ven como aventureros: realizar trabajos peligrosos, no tener miedo, ser determinados, además de observadores y tener gusto por la naturaleza.

La incorporación laboral en México se vuelve crítica debido a que se comparan las condiciones de trabajo que se tenían en Estados Unidos, relacionadas con la comunicación con el empleador y el salario, que en el lugar de origen no permite cubrir las necesidades básicas, encontrando alternativas a través del auto empleo.

Dentro del ámbito de salud, los sujetos migrantes retornados expresaron haber tenido problemas gastrointestinales ante presiones laborales y familiares. Aspecto que fue considerado un impedimento para atenderse, además de que les generó más estrés por no poder resolver estos problemas y a que la enfermedad generaba ausentismo laboral, además de gastos económicos por tener que trasladarse a hospitales especializados en la ciudad.

Para quienes traen diagnóstico de enfermedad, la búsqueda de un empleo con seguro social representó una alternativa para poder cubrir los gastos. Sin embargo, las dificultades se centraron en la disponibilidad del patrón para otorgar permisos para recibir atención médica dentro del horario laboral, ejerciendo presión para acudir al médico particular y evitar ausentismo en el trabajo.

Otra cuestión que afecta la salud del trabajador sobre su salario es que los patrones “realizan maniobras” al darlos de alta en el seguro social y tenerlos con dos salarios cotizando con el mínimo y pagando la diferencia en efectivo, aspecto que afectó el monto de las incapacidades que alcanzó los 90 pesos diarios.

Quienes no tenían seguridad social y tenían problemas de salud, no han podido atenderse y no han recibido tratamiento, ya que su salario de 250 pesos semanales no les alcanza. P con problemas de diabetes, traía su medicamento de Estados Unidos, pero por falta de atención en México, no ha podido darle seguimiento a su enfermedad, ni comprar medicamento, por lo que solo lo toma cuando hay malestar. Estas condiciones generaron la intención de querer regresar a Estados Unidos.

“Vengo para acá, no he ido a ningún tratamiento, no he ido a ver a nadie, por la razón, le voy a ser sincero, aquí gana usted 250 pesos, eda, no te alcanza. Digamos conseguiste un dinerito, cuentas con un chivito, un borreguito, lo vendes para pagar lo que debe...vas otra vez y aquí, este...soy persona que de las 8 ya ando pa arriba y pa abajo, buscando a ver que hay. Toda esta semana hemos estado trabajando hasta las 9 de la noche. Este, haciendo cimientos, haciendo lo que se pueda hacer eda, pero este...la meta mía es quitarme de la cabeza el querer regresar como ahorita, eda, el de tener que buscar pa tener que comer, porque se llega al punto en que uno anda batallando pa conseguir comida, dice ¡no, mejor me voy, pase lo que pase, me arresten o no me arresten! So ha sido difícil, ha sido difícil. Este tengo pastillas que yo me traje de Estados Unidos todavía, que las estoy mareando para cuando de plano me siento mal ...me tomo una pastillita”(P, Cocula, Jal.).

Así, el cuerpo es percibido como una máquina que deja de funcionar con la enfermedad, afectando su vida laboral, que en esta etapa resultó ser de los aspectos más importantes. Las malas condiciones de salud se fueron incrementando con el tiempo y no fueron atendidas mientras seguían funcionando, el caso de problemas visuales asociados con la diabetes, no es considerado grave debido a que todavía se logra ver.

Significado de estar sano

La salud se relacionó con la capacidad de poder seguir trabajando sin que existiera dolor que impidiera realizar sus labores. Cualquier síntoma de enfermedad “*apaga*” a la persona y no le permite rendir en el trabajo. Estar sano representó un beneficio para el trabajador y para el patrón en cuestión de rendimiento ya que el dolor no lo distraía y se podía disfrutar el trabajo. Y es que el trabajo era indispensable porque se podían comprar cosas y salir adelante que era uno de los objetivos de esta población.

Estar sano implicó no sólo sentirse bien físicamente sino mentalmente, involucrando también a la familia y con ella salir adelante, sentirse libre y feliz al lado de ellos.

Han comprobado que tienen resistencia física al tener que trabajar hasta doble jornada y sentir un cansancio extremo. Sabiendo que lo remedian durmiendo, a diferencia del dolor físico que no les permite ni dormir ya que además se sabe que se tiene que seguir trabajando a pesar de la molestia y el dolor.

Conclusiones

Podemos afirmar que no es evidente la tensión que se da entre los intereses de la subjetividad dominante, impidiendo que los sentidos subjetivos de lucha por una vida digna de los sujetos inmigrantes arraiguen en una acción colectiva, en pro de sus derechos sociales de salud. Se ha creado una imagen de la migración, donde los trabajadores acceden libremente a un nivel de vida más alto mediante el ingreso en dólares para solucionar sus necesidades materiales, sin seguridad médica digna, aceptando que la salud no se considera un derecho, sino un bien público atendido por el sector privado en Estados Unidos.

Es dentro de la propia batalla por una vida digna en el mercado laboral internacional que se subsume parte de la capacidad generadora y creativa del inmigrante en una relación objetual donde “su capacidad de expresión, su opinión, su capacidad decisoria, sus espacios particulares” (Díaz, 2018, p. 244), enfrentan los intereses, valores, prácticas y políticas que van configurando parte de la acción migrante. Específicamente, la subjetividad por una vida digna es constantemente puesta a prueba en las relaciones de trabajo que disuelven su capacidad de organización a través del conjunto de retos que van experimentando en la situación de indocumentación e irregularidad y en las propias exigencias laborales que son importantes por el tipo de trabajo al que tienen acceso por su baja capacitación técnica.

Sin embargo, la irregularidad y la ilegalidad sólo son realidades objetivas para el inmigrante; no se reconocen como la subjetividad institucionalizada e instituida de sentidos de explotación laboral transnacional, que operan como “mecanismos

autoritarios” (Ruíz, 2016, p. 21) de las subjetividades dominantes y que impiden el desarrollo del inmigrante como sujetos políticos participativos.

Los mecanismos autoritarios que desubjetivizan ciertos componentes de la capacidad generadora del inmigrante surgen en un nivel muy profundo, en la unidad entre lo emocional y lo simbólico a nivel de intereses de poder, valores y posiciones ideológicas que van apareciendo en distintos escenarios y prácticas laborales transnacionales cargadas de sentidos subjetivos y procesos simbólicos “que se desdoblan en un conjunto de figuras sociales que habitan en esos espacios: discursos, representaciones, códigos, normas, moralidad, que están instituidos en un espacio social y definen la carga subjetiva de esos espacios” (Díaz, 2018, p. 244).

Así, el funcionamiento de las instituciones binacionales en las que el inmigrante va desdoblado sus trayectos biográficos laborales transnacionales, van configurando la forma de posicionarse, sentir y vivir el trabajo transnacional y sus problemas que no se determinan por la connotación objetiva de éste, sino por la forma en que esos problemas se subjetivizan por el migrante, produciendo sentidos subjetivos sobre las retribuciones, el éxito, el ingreso, la actividad laboral, el cuerpo y la salud.

Así, comenzamos a entender que la razón de las acciones del sujeto migrante que lucha por una vida digna *no* logran configurar una acción colectiva por la salud migrante y es que la subjetividad dominante no solo va instituyendo retos que los inmigrantes van experimentando en la situación de indocumentación e irregularidad, sino que en los escenarios laborales se articulan sentidos subjetivos que desubjetivizan el sentido de la movilización, como las retribuciones, el éxito, el ingreso, la actividad laboral, el cuerpo y la salud, instituidos por la subjetividad dominante a través de las figuras sociales como los intereses, discursos, representaciones, códigos, normas y moralidad Norteamericana.

La salud migrante está dando un paso adelante al comenzar a colectivizarse el retorno, ya que comienza a desmentirse el conjunto de figuras sociales que dominan la imagen de la migración internacional México-Estados Unidos. Ahora se comienza a reconocer que sus problemas de salud migrante siempre han estado en sus manos y si ellos mismos no se reconocen como grupo con derechos, no habrá institución que sí lo haga.

El éxito, las retribuciones y la actividad laboral no sustituyen los derechos de salud a menos que el ingreso aumente de tal forma que les permita acceder a una salud digna vía sector privado, inviable para el mercado laboral internacional. El cuerpo y la salud han sido medios dentro de la imagen imperante de la migración. La lucha actual del retornado por una vida digna ya no sólo se establece en la representación del éxito transnacional, el ingreso en dólares o la retribución de destacar en el mercado laboral internacional, sino en mantener la salud para poder trabajar.

Referencias bibliográficas

- Agudelo, S. y Romero, I. (2010). El concepto de determinantes de la salud y su estudio. Universidad de Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://es.slideshare.net/IvanRomero4/determinantes-sociales-de-la-salud-7652021>
- Alonso, J., y Sandoval, R. (2015). Sujeto social y antropología. Despliegue de subjetividad como realidad y conocimiento. En R. Sandoval y J. Alonso (Coord.), *Pensamiento crítico, sujeto y autonomía* (pp. 61-126). México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Aragónés, A. y Salgado, U. (2015). La migración laboral México-Estados Unidos a veinte años del Tratado de Libre Comercio de América del Norte. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, (224), 279-314.
- Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones* (29), 1-23. Disponible en: <http://clasesbosa.blogspot.com/2009/01/el-enfoque-biografico-daniel-bertaux.html>
- Bilbao, E., Burrell, J., y Collins, J. (2012). La migración mexicana y su acceso a los servicios de salud. Una perspectiva binacional desde y la región de la capital del estado de Nueva York. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 7(13), 61-97. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211028532003>
- Bojórquez, I., Mejía, S., Aguilera, R., Cerecero, D. y Albicker, S. (2014). Problemas de salud mental en migrantes de retorno en situación de calle en Tijuana, Baja California. *Coyuntura Demográfica*, (6), 91-97. Disponible en: <http://www.somede.org/coyuntura-demografica/articulos/CD6/bojorquezCD6.pdf>
- Bolívar, A. (2012). Metodología de la investigación biográfico-narrativa: Recogida y análisis de los datos. En M. Passey y M. Abrahao (Eds.), *Dimensões epistemológicas e metodológicas da investigação (auto) biográfica*. 2, 79-109. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/282868267_Metodologia_de_la_investigacion_biografico-narrativa_Recogida_y_analisis_de_datos
- Calva, L., y López, A. (2017). La salud y el acceso a los servicios de salud asociados al retorno y permanencia en México de los migrantes provenientes de EE.UU. *Revista Migración y Salud*, 39-47. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332330631_Health_and_Access_to_Health_Services_Associated_with_the_Return_and_Stay_in_Mexico_of_Migrants_from_the_US
- Ceja, A. Lira, J. y Fernández, E. (2014). Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos. *Ra Ximhai: Revista Científica de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sostenible*, 10 (1), 291-306.

- Consejo Nacional de Población (2008). Latinos en los Estados Unidos. *Migración y Salud*. Disponible en: <http://www.omi.gov.mx/work/models/OMI/Resource/489/LatinosenlosEstadosUnidos.pdf>
- Delgado, R. y Gaspar, S. (2017). Pacto mundial: migrantes mexicanos frente al espejo de la economía estadounidense. *Migración y Desarrollo*, 15(29), 7-30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66054713001>
- Desmaris, D. (2009-2010). El enfoque biográfico, *Cuestiones Pedagógicas*, 20, 27-54.
- Díaz, A. (2018). Subjetividad y subjetividad política. Entrevista con el psicólogo cubano Fernando González Rey. *Revista Colombiana De Educación*, (50), 236-249. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4136/413635244013.pdf>
- Dilthey, W. (1949). *Introducción a las ciencias del espíritu en la que se trata de fundamentar el estudio de la sociedad y de la historia*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Espejo, R., y Le-Grand, J. (2009/2010). Historias de vida, investigación y crítica existencial. *Cuestiones Pedagógicas* (20), 69-90. Disponible en http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/20/art_04.pdf
- Ferrarotti, F. (2007). Las historias de vida como método, *Convergencia*. 14 (44), 15-40.
- Frenk, J., Garnica, M., Zambrana, M., Bronfman, M. y Bobadilla, J. (1987). Migración y salud: notas sobre un campo interdisciplinario de investigación. *Salud Pública de México*. 29, 276-287.
- González-Rey, F. (2002). *Sujeto y Subjetividad. Una aproximación histórico-cultural*. México, D.F.: Thomson.
- González-Rey, F. (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad*. Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- González-Rey, F. (2011). Sentidos subjetivos, lenguaje y sujeto: avanzando en una perspectiva posracionalista en psicoterapia. *Rivista di psichiatria*, 46(5-6), 310-314.
- González-Rey, F. (2012). La subjetividad y su significación para el estudio de los procesos políticos: sujeto, sociedad y política. En C. Piedrahita, A. Díaz, P. Vommaro (Eds), *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos*. (pp.11-29). Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- González-Rey, F. (2013). *Lo social, la subjetividad y la acción comunitaria*. Paper presented at the IV Congreso Internacional "Intervención y praxis comunitaria", Santiago de Chile.

- González-Rey, F. (2015). A Saude na trama complexa da cultura, das instituicoes e da subjetividade In F. González-Rey & J. Bizerril (Eds.), *Saúde, Cultura e Subjetividade: Uma referencia interdisciplinar*, Brasilia: Centro Universitário de Brasilia.
- González Rey, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *Ciencias Sociales*, (11), 19-42. Disponible en: https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/1565/2036
- Granados, A., Jauregui, D. y Montoya, O. (2018). Migración internacional de retorno de Estados Unidos a México en un contexto de crisis económica y política, *Papeles de Población*, 24 (95). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11255298009>
- Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: Una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*. 55(5), 512-518.
- Instituto de Información Estadística y Geográfica (2017). Cocula, diagnóstico del municipio. *IIEG*, 1-34. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=14#tabMCcollapse-Indicadores>
- Ivo, A. y Marchiori, P. (2008). Determinantes sociales de la salud, la enfermedad e intervenciones. En L. Giovanella, S. Escorel, L. Lobato y J. Noronha (Org.), *Políticas e Sistema e Saúde no Brasil* (pp. 141-166). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Laurell, C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Latinoamericana de Salud* (2), 1-11. Disponible en: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
- Li-Ng, J. (2017). Anuario de migración y remesas 2017. México, D.F.: Fundación BBVA Bancomer y CONAPO.
- Li-Ng, J. y Cervantes, D. (2018). Anuario de migración y remesas 2018. Fundación BBVA Bancomer y CONAPO. Disponible en https://www.bbvaresearch.com/wp-content/uploads/2018/09/1809_AnuarioMigracionRemesas_2018.pdf
- López, M. (2014). Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. *Sin Fronteras*. Disponible en: https://sinfronteras.org.mx/agendamigracioncdmx/assets/diagnostico_acceso_servicios_de_salud.pdf
- Márquez, H. (2007). Migración y desarrollo en México: entre la exportación de fuerza de trabajo y la dependencia de las remesas. *Región y Sociedad*. 19 (39), 3-29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/102/10203901.pdf>
- Mestries, F. (2013). Los migrantes de retorno hacia un futuro incierto. *Sociológica*, 28(78), 171-212.

- Nigenda, G., Ruiz-Larios, J., Bejarano-Arias, R., Rabanal, J. A., y Bonilla-Fernández, P. (2009). Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud Pública de México*, 51(5), 407-416.
- Ortega, E. (2017). La consolidación histórica de la migración irregular en Estados Unidos: leyes y políticas migratorias restrictivas, ineficaces y demagógicas. *Norteamérica*. (1) ,197-231. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870355018300247>
- Passel, J. y Cohn, D. (2009). A portrait of Unauthorized Immigrants in the United States. Pew Hispanic Center. Washington, D.C. Disponible en: <https://www.pewresearch.org/hispanic/2009/04/14/a-portrait-of-unauthorized-immigrants-in-the-united-states/>
- Porter, E. (2017). Estados Unidos necesita más inmigrantes. The New York Times. New York, E.U.: The New York Times Company. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2017/08/09/estados-unidos-necesita-mas-inmigrantes/>
- Ruiz, A. (2016). El derecho humano al trabajo de los migrantes. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*. (22),200-219. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-46702016000100007
- Salgado, N., González, T., Bojórquez, I. e Infante, C. (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública de México*. 49, 8-10.
- Wallace, S., Rodríguez, M., Padilla-Frausto, I., Arredondo, A. y Orozco, E. (2013). Improving access to health care for undocumented immigrants in the United States. *Salud Pública de México*. 55, 508-514.