

University of Texas Rio Grande Valley

ScholarWorks @ UTRGV

---

Anthropology Faculty Publications and  
Presentations

College of Liberal Arts

---

11-5-2018

## Medical Migration As Access To Health Care In The Rio Grande Valley

Rosalynn A. Vega

*The University of Texas Rio Grande Valley*, [rosalynn.vega@utrgv.edu](mailto:rosalynn.vega@utrgv.edu)

Follow this and additional works at: [https://scholarworks.utrgv.edu/anthro\\_fac](https://scholarworks.utrgv.edu/anthro_fac)



Part of the [Anthropology Commons](#)

---

### Recommended Citation

Vega, Rosalynn. "Medical Migration As Access To Health Care In The Rio Grande Valley." *Migration and Health: Current Challenges and Opportunities*, Nov. 2018, pp. 85–105.

This Article is brought to you for free and open access by the College of Liberal Arts at ScholarWorks @ UTRGV. It has been accepted for inclusion in Anthropology Faculty Publications and Presentations by an authorized administrator of ScholarWorks @ UTRGV. For more information, please contact [justin.white@utrgv.edu](mailto:justin.white@utrgv.edu), [william.flores01@utrgv.edu](mailto:william.flores01@utrgv.edu).



# MIGRACIÓN Y SALUD

*Retos y oportunidades actuales*

---

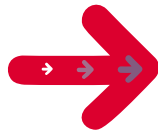
# MIGRATION AND HEALTH

*Current challenges and opportunities*



# MIGRACIÓN Y SALUD

*Retos y oportunidades actuales*



# MIGRATION AND HEALTH

*Current challenges and opportunities*

© Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional  
de Población (CONAPO)  
Dr. Vértiz 852, Col. Narvarte  
C.P. 03020, Ciudad de México  
<http://www.gob.mx/conapo>

Iniciativa de Salud de las Américas.  
Escuela de Salud Pública,  
Universidad de California, Berkeley  
50 University Hall-MC 7360  
Berkeley, CA 94720-7360.  
<http://hia.berkeley.edu/>

***Migración y Salud***

***Retos y oportunidades actuales***

Primera edición: noviembre 2018  
ISBN:

[https://www.gob.mx/conapo/archivo/  
documentos?idiom=es](https://www.gob.mx/conapo/archivo/documentos?idiom=es)

Se permite la reproducción total o parcial sin fines  
comerciales, siempre que se cite la fuente.

Impreso en México

© Secretariat of the Interior/National Population  
Council (CONAPO)  
Dr. Vértiz 852, Col. Narvarte  
C.P. 03020, Ciudad de Mexico  
<http://www.gob.mx/conapo>

Health Initiative of the Americas.  
School of Public Health,  
University of California, Berkeley  
50 University Hall-MC 7360  
Berkeley, CA 94720-7360.  
<http://hia.berkeley.edu/>

***Migration & Health***

***Current challenges and opportunities***

First Edition: November, 2018  
ISBN:

[https://www.gob.mx/conapo/archivo/  
documentos?idiom=es](https://www.gob.mx/conapo/archivo/documentos?idiom=es)

The reproduction of this document for non-commercial  
purposes or classroom use is allowed, provided that the  
source is cited.

Printed in Mexico

## Agradecimientos

Este reporte es producto de la colaboración binacional entre la Secretaría de Gobernación de México, a través del Consejo Nacional de Población, la Iniciativa de Salud de las Américas. Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Berkeley y el Grupo de Trabajo en Salud de la Iniciativa UC-México.

El reporte ha sido posible gracias al trabajo de las siguientes personas:

*Consejo Nacional de Población (CONAPO)*  
Patricia Chemor Ruíz, Secretaria General  
Matías Jaramillo Benítez, Director General de Planeación en Población y Desarrollo  
Alejandra Reyes Miranda, Subdirectora de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional  
Angélica Aldana Moreno, Jefa de Departamento de los Mexicanos en el Exterior  
Alma Rosa Nava Pérez, Jefa de Departamento de Estudios Socioeconómicos

*Universidad de California, Berkeley, Escuela de Salud Pública*  
Xóchitl Castañeda, Directora de la Iniciativa de Salud de las Américas (ISA)  
Liliana Osorio, Subdirectora, ISA  
Stephany Pizano, Asociada de Programas, ISA  
Caroline Dickinson, Gerente Administrativo, ISA  
Valdemar Díaz, Gerente de Programas Binacionales, ISA  
Silvana Larrea, estudiante visitante del Instituto Nacional de Salud Pública, ISA  
Miguel Amaro, estudiante visitante del Colegio de México

Quisiéramos dar un agradecimiento especial por su valiosa contribución, a los siguientes revisores:

Matthew Lorenzen Martiny, Consultor independiente  
Mauricio Rodríguez Abreu, Universidad de las Américas Puebla  
Juan Bermúdez Lobera, Unidad de Política Migratoria  
Iván Castellanos Nájera, Fondo de Población de las Naciones Unidas en México  
Noé Valdiviezo Villanueva, Fondo de Población de las Naciones Unidas en México  
José Franco Aguilar, Consultor independiente  
María Félix Quezada Ramírez, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
María de Lourdes Rosas López, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla  
Marc B. Schenker, Universidad de California, Davis  
Arturo Vargas Bustamante, Universidad de California, Los Ángeles  
Alfonso Rodríguez-Lainz, Centro para el Control y Prevención de Enfermedades  
Victoria Ojeda, Universidad de California, San Diego

## Acknowledgements

This report is a result of a binational collaboration between the Secretariat of the Interior of Mexico, through the National Population Council, Health Initiative of the Americas School of Public Health, University of California, Berkeley and UC-Mexico Initiative. Health Working Group.

This volume was made possible thanks to the work of the following people:

*National Population Council (CONAPO)*  
Patricia Chemor Ruíz, General Secretary  
Matías Jaramillo Benítez, General Director of Population and Development Planning  
Alejandra Reyes Miranda, Associate Director of Socio-Economic Studies and International Migration  
Angélica Aldana Moreno, Head of Research Department of Mexicans Abroad  
Alma Rosa Nava Pérez, Head of Department of Socio-Economic Studies

*University of California, Berkeley, School of Public Health*  
Xóchitl Castañeda, Director of Health Initiative of the Americas (HIA)  
Liliana Osorio, Deputy Director, HIA  
Stephany Pizano, Program Associate, HIA  
Caroline Dickinson, Administrative Manager, HIA  
Valdemar Díaz, Binational Programs Manager, HIA  
Silvana Larrea, Visiting Scholar from National Institute of Public Health, HIA  
Miguel Amaro, Visiting Scholar from El Colegio de México

We would like to give a special thank you to the following reviewers for their valuable contributions:

Matthew Lorenzen Martiny, Independent consultant  
Mauricio Rodríguez Abreu, Universidad de las Américas Puebla  
Juan Bermúdez Lobera, Migration Policy Unit  
Iván Castellanos Nájera, Population Fund of the United Nations Mexico  
Noé Valdiviezo Villanueva, Population Fund of the United Nations Mexico  
José Franco Aguilar, Independent consultant  
María Félix Quezada Ramírez, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
María de Lourdes Rosas López, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla  
Marc B. Schenker, University of California, Davis  
Arturo Vargas Bustamante, University of California, Los Angeles  
Alfonso Rodríguez-Lainz, Centers for Disease Control and Prevention  
Victoria Ojeda, University of California, San Diego

**Arte, diseño, formación y cuidado de la edición**

Maricela Márquez Villeda, CONAPO

**Ilustraciones de portada**

Las imágenes mostradas en esta publicación son con fines educativos, de difusión y no lucrativos, pertenecen a los creadores del Concurso Nacional de Dibujo y Pintura Infantil y Juvenil

**Corrección de estilo**

Cristina Gil Villegas Montiel, CONAPO

**Traducción al inglés y al español**

Matthew James Lorenzen Martiny

**Art, design, layout and editing**

Maricela Márquez Villeda, CONAPO

**Cover illustrations**

The images shown in this publication are for educational purposes and non-profit broadcasting, which belong to the creators of the Concurso Nacional de Dibujo y Pintura Infantil y Juvenil

**Copyediting**

Cristina Gil Villegas Montiel, CONAPO

**English and Spanish Translation**

Matthew James Lorenzen Martiny

# ÍNDICE CONTENTS

## 9 **Introducción / Introduction**

### **Primera sección / First section**

- 25 *Características sociodemográficas, acceso y condiciones de salud de los migrantes mexicanos en Estados Unidos y de retorno a México*  
*Sociodemographic Characteristics, Access to Health Conditions of Mexican Migrants in the United States and Return to Mexico*  
*Angélica Aldana y Alejandra Reyes*

### **Segunda sección / Second section**

## 71 **Capítulo I / Chapter I**

- Barreras de acceso a la atención médica entre los adultos mexicanos y mexicoamericanos residentes en Estados Unidos*  
*Health Care Access Barriers Affecting Mexican and Mexican-American Adults Residing in the United States*  
*Julieta Guzmán Flores y Nicté Castañeda-Camey*

## 91 **Capítulo II / Chapter II**

- La migración médica como forma de acceder a la atención médica en el Valle del Río Grande*  
*Medical Migration as Access to Health Care in the Rio Grande Valley*  
*Rosalynn A. Vega*

## 113 **Capítulo III / Chapter III**

- Factores de riesgo y conocimiento sobre la tuberculosis entre migrantes sin documentos en el noreste de México*  
*Tuberculosis Risk Factors and Knowledge Among Undocumented Migrants in Northeast Mexico*  
*Eyal Oren, Philippe Stoesslé, Francisco González-Salazar y Savannah Pearson*



139

**Capítulo IV / Chapter IV**

*Experiencia migratoria, autopercepción de la imagen corporal e índice de masa corporal de indígenas mayas en Yucatán, México, y en sus comunidades satelitales en Estados Unidos*

*Migration Experience, Self-Perceived Body Image and Body Mass Index in Indigenous Mayans in Yucatan, Mexico and their Satellite Communities in the U.S.*

*Eastern Kang Sim, Miguel Pinedo, Rebeca E. Giacinto, Christine B. Williams y María Luisa Zúñiga*

161

**Conclusiones / Conclusions**

167

**Sobre los autores / About the Authors**



## CAPÍTULO II LA MIGRACIÓN MÉDICA COMO FORMA DE ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL VALLE DEL RÍO GRANDE

Rosalynn A. Vega<sup>1</sup>

### Resumen

El presente estudio cualitativo expone las dificultades que enfrentan los migrantes para acceder a la atención médica. Muchas personas de origen mexicano en Estados Unidos viajan a México para acceder a una atención médica más asequible, o hacen arreglos para que les lleven servicios médicos o medicamentos desde México. El trabajo hace referencia a un condado estadounidense de mayoría hispana e hispanohablante, caracterizado por altos índices de pobreza y enfermedad, en especial de diabetes (Melo, 2017; Montoya, 2011). Se basa en un enfoque etnográfico de la migración médica y describe la importancia de este tipo de migración tanto para México como para Estados Unidos. Al final se brindan recomendaciones de política pública y se explica cómo la telemedicina puede mejorar el acceso a la atención médica.

### Introducción

En la búsqueda del desarrollo de políticas públicas para mejorar la salud de los migrantes, la migración médica<sup>2</sup> se ha vuelto una práctica importante para muchos países, tanto de origen como de destino

<sup>1</sup> Departamento de Sociología y Antropología. Universidad de Texas, Valle del Río Grande, Estados Unidos.

<sup>2</sup> Aunque "turismo médico" sea un término usado con más frecuencia que "migración médica", he decidido usar el segundo concepto. La decisión acerca del uso de esta terminología se tomó debido al vínculo que se ha hecho entre "turismo médico" y procedimientos médicos electivos. "Migración médica" puede ser más apropiado para enfatizar los servicios médicamente necesarios y los procedimientos médicos incluidos en este estudio.

## CHAPTER II MEDICAL MIGRATION AS ACCESS TO HEALTH CARE IN THE RIO GRANDE VALLEY

Rosalynn A. Vega<sup>1</sup>

### Summary

This qualitative research explains difficulties among migrants when accessing health care. Many individuals of Mexican origin either travel to more accessible health care in Mexico or arrange to have medical services and pharmaceuticals transported to them in the United States. The research is based in a majority Hispanic and Spanish-speaking county in the US which is characterized by a high degree of poverty and illness, especially diabetes (Melo 2017, Montoya 2011). This article provides an ethnographic approach to medical migration and describes the importance of medical migration for both Mexico and the United States. The article offers recommendations for public policy and explains how telemedicine can improve health care access.

### Introduction

Medical migration<sup>2</sup> is an important practice for both "sending" and "receiving" countries when developing health policy that will bolster the health of migrants (Zimmerman *et al.*, 2011). In this study, medical migration is defined as the travel of individuals toward health care services or resources, or

<sup>1</sup> Department of Sociology and Anthropology. University of Texas, Rio Grande Valley, USA.

<sup>2</sup> While "medical tourism" is a more commonly used term than "medical migration," I have opted to use the latter term. The decision regarding this terminology was made due to the association between "medical tourism" and elective medical procedures. "Medical migration" may be more appropriate to emphasize the medically-necessary services and procedures included in this study.



(Zimmerman *et al.*, 2011). En el presente estudio se define la migración médica como el desplazamiento de individuos hacia servicios o recursos médicos, o, al contrario, el traslado de servicios o recursos médicos hacia los pacientes.

Se examina el papel de la migración médica en el acceso a la atención médica a lo largo de la frontera México-Estados Unidos. Dado el acceso limitado a medicamentos y servicios médicos en Estados Unidos, muchos migrantes mexicanos usan la migración médica para satisfacer sus necesidades de servicios médicos. Por medio del empleo de metodología etnográfica, se observó cómo los migrantes que se han vuelto residentes con documentos en Estados Unidos suelen viajar de regreso a México para acceder a servicios médicos y medicamentos. Por otra parte, los migrantes indocumentados hacen uso de las redes sociales para conseguir que les lleven recursos médicos desde México.

El trabajo esclarece las siguientes preguntas: ¿Qué factores psicológicos moldean los procesos de toma de decisiones respecto a la migración médica? ¿De qué manera se diferencian estos procesos de toma de decisiones entre las personas documentadas y las indocumentadas de origen mexicano? ¿Qué nos dicen estas diferencias entre individuos documentados e indocumentados sobre los procesos de reproducción social? Asimismo, el estudio complementa la literatura existente sobre la migración médica al enfatizar cómo elementos psicosociales moldean diferencialmente los procesos de toma de decisiones de los individuos de acuerdo con su estatus migratorio. Además, se vinculan estos resultados al marco teórico de la reproducción social, explicando cómo el estatus migratorio se entrecruza con los tres tipos de capital.

El artículo se basa en investigación etnográfica realizada en el Condado de Hidalgo, Texas. Este condado es en su mayoría hispano: de acuerdo con la base de datos “ACS 1-year Estimate” de 2015 de la Oficina del Censo de Estados Unidos, 768 798 +/- N/A de los residentes eran hispanos y 58 583 +/- 459 eran blancos. El censo también indica que 618 351 residentes eran hispanohablantes

conversely, the transport of health care services and resources toward patients.

This article examines the role of medical migration in accessing health care across the U.S./Mexico border. Given limited access to medical services and pharmaceuticals in the U.S., many Mexican migrants use medical migration in order to meet their health care needs. Using ethnographic methods, the researchers of this study observed how migrants who become legal residents often travel back to Mexico to access health care services and medications. On the other hand, undocumented migrants make use of social networks that bring needed medical resources to them.

This research clarifies the following questions: What psychosocial factors shape decision-making processes regarding medical migration? How do these decision-making processes differ for documented versus undocumented individuals of Mexican origin? Finally, what do these differences between documented and undocumented individuals tell us about social reproduction processes? This research adds to the existing literature on medical migration by drawing attention to how psychosocial elements differentially shape decision-making processes for individuals stratified on documentation status. It furthermore ties these findings to a theoretical framework on social reproduction, thus explaining how documentation status intersects with all three types of capital.

This article draws from ethnographic research in Hidalgo County, Texas. The county is majority Hispanic: according to the Census Bureau’s 2015 “ACS 1-year Estimate” data set, 768,798 +/- N/A of residents were Hispanic and 58,583 +/- 459 were White. The Census also indicates that 618,351 residents were Spanish speakers in 2015. In 2016, 27.9% of the population was foreign born persons. The Migration Policy Institute in Washington D.C. estimates that 100,000 undocumented people reside in Hidalgo County. Of these, it is estimated that 80% are of Mexican origin.<sup>3</sup> Furthermore, the

<sup>3</sup> According to a Texas Tribune interview of Jeanne Batalova, a demographer and senior policy analyst at the Migration Policy Institute. <https://www.texastribune.org/2015/01/28/undocumented-population-demographics/>



en 2015. En 2016, el 27.9 por ciento de la población había nacido en el extranjero. El Migration Policy Institute (MPI), de Washington D.C., estima que 100 mil personas indocumentadas viven en el Condado de Hidalgo, de las cuales el 80 por ciento sería de origen mexicano.<sup>3</sup> Además, el MPI usó datos de la ACS (American Community Survey) para calcular el nivel educativo de la población indocumentada, mostrando que aproximadamente 67 por ciento no tiene certificado de educación media superior, y solamente seis por ciento cuenta con título universitario.<sup>4</sup>

El trabajo proporciona un enfoque médico-antropológico de la migración médica, mostrando la importancia de ésta. En seguida, se presenta la metodología cualitativa utilizada, basada en la investigación etnográfica. Después se discuten y analizan los resultados de la investigación, enfocándose en los diferentes factores que moldean los procesos de toma de decisiones de los migrantes médicos.

Por último, se concluye con recomendaciones de política pública, en particular respecto a cómo la telemedicina podría mejorar la atención médica para individuos en situación de vulnerabilidad.

### *Antecedentes*

Para propósitos de la presente investigación, la migración médica se define como el desplazamiento a través de fronteras nacionales con la finalidad de acceder a medicamentos o servicios médicos. No obstante, la migración médica no se considera aquí solamente como el movimiento de las personas hacia bienes y servicios, sino también, en el caso de los migrantes indocumentados en Estados Unidos, como el movimiento de bienes y servicios hacia ellos.

La migración médica ha surgido como un tema dinámico de indagación etnográfica dentro de la antropología médica. Muchos estudios han

Institute used ACS data to calculate the educational attainment of the undocumented population—they determined that about 67 percent don't have a high school diploma, and only 6 percent have a college degree.<sup>4</sup>

In the next section, the article provides a medical anthropology approach to medical migration and its significance. An explanation of the qualitative methods used, based in ethnographic research, follows. The article then discusses and analyzes the results of the research, focusing on the different factors shaping medical migrants' decision-making processes.

The article concludes with recommendations for public policy, focusing on how telemedicine can improve health care outcomes for vulnerable individuals.

### *Background*

For the purposes of this study, medical migration is defined as travel across national borders for the purposes of accessing health care services or pharmaceuticals. Furthermore, I consider not only the movement of people towards goods and services, but in the case of undocumented migrants to the United States, the movement of goods and services toward them.

Medical migration has emerged as a vibrant topic of ethnographic inquiry within medical anthropology. Many of these studies analyze how medical therapies are reshaped and modified when both the therapies and health care seekers travel across geographic and political economic terrains (Roberts and Schepher-Hughes, 2011). Our ethnographic observations bolster Thompson's claim that "medical migrations are increasingly part of the very fabric of the transnational world order" (Thompson, 2011, p. 205). Medical migrations point to the transnational nature of health care in the contemporary world. That is, medical migrants seek health care services and resources

<sup>3</sup> De acuerdo con una entrevista a Jeanne Batalova, demógrafa y analista de políticas públicas en el Migration Policy Institute, publicada en el *Texas Tribune*. Ver <https://www.texastribune.org/2015/01/28/undocumented-population-demographics/>

<sup>4</sup> Ver <https://www.migrationpolicy.org/programs/us-immigration-policy-program-data-hub/unauthorized-immigrant-population-profiles>

<sup>4</sup> <https://www.migrationpolicy.org/programs/us-immigration-policy-program-data-hub/unauthorized-immigrant-population-profiles>

analizado cómo las terapias médicas son remodeladas y modificadas cuando aquellos que buscan esta atención médica, al igual que las propias terapias, viajan a través de espacios geográficos y político-económicos (Roberts and Schepher-Hughes, 2011). Nuestras observaciones etnográficas reafirman la aseveración de Thompson de que “las migraciones médicas son crecientemente parte del mismo tejido del orden mundial transnacional” (Thompson, 2011: 205). Las migraciones médicas señalan la naturaleza transnacional de la atención médica en el mundo contemporáneo. Es decir, los migrantes médicos buscan atención y recursos médicos fuera de su país de residencia. Mi enfoque sobre las migraciones médicas subraya las prácticas médicas de los residentes documentados móviles en contraste con las de los indocumentados que no pueden cruzar la frontera sin arriesgarse a no poder regresar. Así, esta investigación le agrega complejidad al concepto de migración médica al describir cómo diferentes niveles de vulnerabilidad influyen en la manera en que las personas de origen mexicano que residen en Estados Unidos usan la migración médica para acceder a servicios médicos.

Como marco teórico se utilizan las estrategias de reproducción social de Bourdieu de 1986. En esencia, Bourdieu argumentaba que hay tres tipos de capital: el económico, el cultural y el social. El capital económico es la riqueza material que posee un individuo. El capital cultural puede definirse como las habilidades, talentos, costumbres y particularidades que pueden llevar a la movilidad social en una sociedad desigual. Este tipo de capital suele obtenerse a través de la educación, y se expresa a través del habla y de la vestimenta de las personas. El capital social puede resumirse en el dicho común “lo importante no es lo que sabes sino a quién conoces.” Es decir, el tamaño y la calidad de la red social de un individuo están relacionadas con la movilidad social que logrará esa persona. En este trabajo se retoman las estrategias de reproducción social de Bourdieu para demostrar cómo el capital de los individuos es un factor determinante en la toma de decisiones sobre migraciones médicas. En específico, el capital económico, cultural y social de

originating from outside the country in which they reside. My focus on medical migrations brings into view the contrasting medical practices on the part of mobile, documented residents versus undocumented counterparts who cannot cross the border without high risks of no return. This research adds complexity to the concept of medical migration in order to describe how differing levels of vulnerability influence how U.S. residents of Mexican origin use medical migration to access health care.

This article uses Bourdieu’s 1986 social reproduction strategies as a theoretical framework. In essence, Bourdieu argued that there are three types of capital: economic, cultural, and social capital. Economic capital is the material wealth an individual possesses. Cultural capital can be defined as skills, talents, habits, and mannerisms that can result in social mobility in an unequal society. Cultural capital is often obtained through education and expressed through an individual’s style of speech or dress. Social capital can be summarized by the common saying, “It is not what you know, it is who you know.” That is, the size and quality of an individual’s social network is related to the amount of social mobility that person will have in society. In this article, I will use Bourdieu’s social reproduction strategies to show how individuals’ existing capital are important factors in individuals’ decision-making processes regarding medical migration. More specifically, individuals’ economic, cultural, and social capital (which are largely shaped by documentation status) interact with psychosocial elements (such as fear and anxiety) when individuals are making decisions about medical migration.

The Rio Grande Valley is characterized by extreme socioeconomic inequality and close proximity to medical migration destinations, making it the ideal location for the study. Specifically, the research for this study occurred in Hidalgo County—a county characterized by widespread poverty. Small Area Health Insurance Estimates for 2015 indicate that 31.2% of persons were living in poverty. The median household income is \$36,094 per year, and the per capita income was \$15,240. While this data is not broken down by country of



los individuos (formado en gran medida por su estatus migratorio) interactúa con elementos psicosociales (como el miedo y la ansiedad) al momento en que las personas toman decisiones sobre la migración médica.

El Valle del Rio Grande representa un sitio ideal para este estudio, al caracterizarse por sus grandes desigualdades socioeconómicas y su proximidad a destinos de migración médica. En concreto, la investigación se realizó en el Condado de Hidalgo, conocido por sus altos índices de pobreza. Estimaciones de 2015 de la Oficina del Censo de Estados Unidos (de su Small Area Health Insurance Estimates) indican que 31.2 por ciento de la población vivía en pobreza, mientras que el ingreso medio por hogar era de \$36,094 dólares por año, y el ingreso per cápita era de \$15,240 dólares. Aunque estos datos no están desglosados por el país de origen de las personas, las cifras de la Oficina del Censo muestran que los hispanos son el grupo étnico más grande que vive en situación de pobreza (255 241 +/- 17 931). Se retoman las estrategias de reproducción social de Bourdieu para señalar la relación cercana entre el país de origen y el estatus socioeconómico (Bourdieu, 1986).

### *Metodología*

El estudio cualitativo que se presenta se basó en métodos etnográficos, incluyendo la observación participante continua en un marco clínico, entrevistas a profundidad, y grupos focales en contextos comunitarios. Además de mí, en tanto investigadora principal, tres asistentes de investigación participaron en la obtención de los datos etnográficos en un periodo de nueve meses. Se incluyeron 218 sujetos en total. La observación participante en un marco clínico capturó las costumbres laborales diarias de 29 doctores, 8 asistentes médicos y enfermeras, y 21 empleados y trabajadores auxiliares del hospital, incluyendo la calidad de su interacción con los pacientes. Los sujetos restantes del estudio (n=160) fueron los beneficiarios de la atención médica y sus familiares. La selección de los sujetos de estudio se basó en la voluntad indi-

origin, Census figures show that Hispanics are the largest ethnic group living in poverty (255,241 +/- 17,931). In this article, I use Bourdieu's social reproduction strategies to point to the close relationship between country of origin and socioeconomic status (Bourdieu, 1986).

### *Methodology*

This qualitative study relied on ethnographic methods: ongoing participant observation in a clinical setting, and in-depth interviews and focus groups in community-based settings. In addition to myself, the primary investigator, three research assistants were involved in obtaining ethnographic data over a period of nine months. Included in this study are 218 total subjects. Participant observation in a clinical setting captured the daily workplace habits of 29 physicians, 8 medical assistants and nurses, and 21 hospital staff and auxiliary service workers, including the quality of their interaction with patients. The remaining study subjects (n=160) are health care recipients and their families. Selection into the study was based on the individual's willingness to participate. All participants in the study are adults who voluntarily joined the study.

During the first three months, observations were made 40 hours per week in a teaching hospital serving a largely "indigent" population, all of whom were of Mexican origin. Observations focused on the quality of provider-patient interactions, accessibility of care, and cultural appropriateness of medical interventions. Additionally, observers recorded the health concerns causing patients to seek medical attention, the biopsychosocial circumstances leading to their ill health, and whether or not they encountered sufficient (medical and socioeconomic) resources to meet their health needs.

After the first three months, ethnographic data was obtained primarily through in-depth interviews with medical migrants. Interviews were conducted in either Spanish or English, based on the interviewee's preference and primary language.



vidual de participar. Todos los participantes fueron adultos y de manera voluntaria formaron parte de la investigación.

Durante los primeros tres meses, se realizaron observaciones durante 40 horas semanales en un hospital universitario que atiende a una población preponderantemente “indigente”, de origen mexicano. Las observaciones se enfocaron en la calidad de las interacciones entre los pacientes y el personal del hospital, en la accesibilidad a la atención médica, y en la pertinencia cultural de las intervenciones médicas. Además, los observadores registraron las preocupaciones médicas que motivan a los pacientes a buscar atención médica; las circunstancias biopsicosociales que condujeron a su mala salud; y si encontraron o no los recursos (médicos y socioeconómicos) necesarios para sus necesidades médicas.

Después de los tres primeros meses, los datos etnográficos fueron obtenidos principalmente a través de entrevistas a profundidad con migrantes médicos. Las entrevistas se realizaron en español o en inglés, dependiendo de la preferencia del entrevistado y de su lengua materna. Las entrevistas fueron semi-estructuradas y duraron de 15 minutos a más de una hora, con un promedio de 45 minutos. Aunque cada entrevista se personalizó en función del entrevistado, las preguntas generalmente se vincularon a los temas siguientes: las experiencias médicas en Estados Unidos y México; los factores que motivaron la migración médica a México; la comparación entre los dos sistemas de salud; y los procesos de toma de decisiones respecto a cuándo, dónde y cómo buscar atención médica y medicamentos. El equipo etnográfico también incluyó preguntas para poder captar el nivel potencial de vulnerabilidad de los entrevistados, pero se abstuvo intencionalmente de preguntar a los sujetos sobre su nacionalidad o estatus migratorio, dado que esto hubiera podido causar ansiedad e incomodidad. Al no sobre-estructurar las entrevistas, el equipo etnográfico evitó dirigir o influir en las respuestas de los informantes, dejándolos expresarse en sus propias palabras.

Interviews were semi-structured and lasted from 15 minutes to over an hour, with the average being approximately forty-five minutes. While each interview was tailored to the interviewee, questions generally followed these themes: his or her experiences with medical care in the U.S. and Mexico; motivating factors for medical migration to Mexico; comparison of the two health systems; and decision-making processes regarding when, where, and how to seek health care services and pharmaceuticals. The ethnographic team also included questions to help understand the interviewee(s) potential degree of vulnerability, but intentionally refrained from asking subjects about their citizenship or documentation status since doing so could cause anxiety and discomfort. By not over-structuring the interviews, the ethnographic team resisted scripting or leading the informants, allowing them to speak for themselves.

In addition, three focus groups were held, to which eleven to sixteen participants attended. The focus groups specifically targeted the decision-making processes leading Hispanic residents of the Rio Grande Valley to engage in medical migration to Mexico. Topics included deciding factors for selecting a medical migration destination city, the relationship between being uninsured/underinsured and medical migration, health services available in the Rio Grande Valley to undocumented individuals, social networks that transport pharmaceuticals and medical services from Mexico to the United States for undocumented friends and family members, and the role of social media when planning medical migration.

Data analysis is derived from detailed field notes, audio and video recordings from interviews, and digital ethnographic data gleaned from social media. All pieces of ethnographic data from all members of the team were compiled into one file, organized by date. Upon concluding the research, we engaged an iterative process that used open coding to identify emergent themes and synthesize higher order constructs. Instead of applying a set of preidentified categories to the data, we analyzed the data for recurring themes. Thus, we resisted in-



De manera adicional, se organizaron tres grupos focales integrados por entre 11 y 16 participantes. En los grupos se puso énfasis en los procesos de toma de decisiones que llevaron a los residentes hispanos del Valle del Rio Grande a migrar por razones médicas a México. Los temas incluyeron: los factores decisivos para la selección de la ciudad-destino de la migración médica; la relación entre no estar asegurado o estar sub-asegurado y la migración médica; los servicios médicos disponibles para personas sin documentos en el Valle del Rio Grande; las redes sociales que permiten el traslado de medicamentos y servicios médicos de México a Estados Unidos para amigos o familiares indocumentados; y el papel de las redes sociales digitales al planear la migración médica.

El análisis de datos se basa en notas detalladas, grabaciones de audio y video de las entrevistas, y en información etnográfica recuperada de redes sociales digitales. Todos los datos etnográficos obtenidos por los miembros del equipo fueron compilados en un solo archivo, organizado por fechas. Al concluir la investigación, se inició un proceso iterativo que utilizó la codificación abierta para identificar temas emergentes y resumir constructos de alto orden. En vez de aplicar una serie de categorías pre-construidas para los datos, se analizaron los datos por temas recurrentes. De esta manera, se evitó introducir un sesgo en la investigación cualitativa, permitiendo que los hallazgos dirigieran el análisis.

Todos los nombres que aparecen en esta etnografía son pseudónimos. La investigación recibió la aprobación del Comité de Revisión Interna (IRB, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Texas del Valle del Rio Grande. El consentimiento para participar fue obtenido de cada uno de los sujetos de estudio. Por separado, se entregaron a los participantes los formatos de consentimiento para las entrevistas, grabaciones de audio y video, y fotografías. Todos los formatos de consentimiento estuvieron disponibles en inglés y en español, y se explicó su contenido a los participantes antes de iniciar la investigación cualitativa.

Introducing bias to our qualitative research by allowing research findings to lead our analysis.

All the names that appear throughout this ethnography are pseudonyms. This research has received Internal Review Board (IRB) approval from the University of Texas Rio Grande Valley. Consent to participate in the research was obtained from all research subjects. Subjects were administered separate consent forms for interviews, audio and video recordings, and photographs. All consent documents were available in both English and Spanish and were explained by the researcher to the participant before the initiation of the qualitative research.

### *Results, Discussion and Analysis*

This section explores various features of medical migration, thus discussing and analyzing how individuals access health care services and pharmaceuticals in/from Mexico. Specifically, the section provides ethnographic evidence demonstrating how different types of capital interact with psychosocial elements (fear and anxiety) during individuals' decision making processes regarding medical migration.

*Isabella López is a Hispanic undergraduate student and dental assistant in the Rio Grande Valley, Texas. She strives to make ends meet to support her children and her younger siblings. On the weekends, she sometimes hand delivers items to her mother on the other side of the border in Reynosa. On one recent occasion, she accompanied her Spanish-speaking father to go get dental care in Progreso, Mexico. The dentist told her father that he should get an enamel colored filling because it will last longer than an alloy one. From her work experience, she knows that tooth-colored fillings last approximately seven years while alloyed-colored fillings can be life-long if the patient flosses and brushes correctly. When she spoke up, she and her father were immediately surrounded by five dentists, all pressuring him to choose the enamel colored filling. Isabella acknowledged that*



## Resultados, discusión y análisis

Este apartado explora varias características de la migración médica, donde se discute y analiza cómo las personas acceden a servicios médicos y medicamentos en/de México. En particular, aporta evidencia etnográfica que demuestra la manera en la que los diferentes tipos de capital interactúan con elementos psicosociales (como el miedo y la ansiedad) durante los procesos de toma de decisiones de los individuos respecto a la migración médica.

*Isabella López es una estudiante universitaria hispana, asistente de un dentista en el Valle del Rio Grande, Texas. Lucha por mantener a sus hijos y hermanos menores. En ocasiones, durante los fines de semana, viaja a Reynosa, del otro lado de la frontera, para entregarle personalmente a su madre ciertos bienes. Una vez, acompañó a su padre hispanohablante a un dentista en Progreso, México. El dentista le dijo a su padre que debería colocarse un empaste de porcelana porque le duraría más que una amalgama. Por su experiencia laboral, ella sabía que la porcelana dura aproximadamente siete años mientras que las amalgamas pueden durar toda la vida, siempre y cuando se use hilo dental y se cepillen adecuadamente los dientes. Cuando decidió dar su opinión, ella y su padre fueron rodeados de inmediato por cinco dentistas, todos presionando para que escogieran el empaste de porcelana. Isabella reconoció que el procedimiento era mucho más económico en México que en Estados Unidos—una corona de porcelana en Estados Unidos cuesta alrededor de \$1,000 dólares, pero en Progreso el costo es de \$300. Aunque Isabella no estaba de acuerdo con la recomendación dada a su padre en México, aceptaron el empaste de porcelana porque su familia no contaba con seguro, y no podían pagar el dentista en Estados Unidos.*

### Antes de partir: migraciones médicas “media-tizadas” a México

Los procesos de toma de decisiones de los migrantes están fuertemente influenciados y moldeados

*the treatment was a lot cheaper—a porcelain crown in the U.S. costs about \$1,000, but in Progreso the cost was \$300. Even though Isabella did not agree with the dental advice given to her father in Mexico, they accepted the enamel-colored fillings because her family is uninsured and unable to afford U.S. dental care.*

### Before Setting Out: “Media-ted” Medical Migrations to Mexico

The decision-making processes of migrants are largely influenced and shaped by different forms of digital communication and social media. Thus, medical migrations to Mexico are heavily “media-ted.”

For migrants, the primary concern when considering medical migration to Mexico is physical safety. They are acutely aware of violence occurring in the borderlands, since virtually all of the migrants we interviewed belong to families and social networks that span both sides of the border, leading to extensive experiences in the U.S. and Mexico. While I refrained from querying my informants about their individual documentation statuses, I was able to use focus groups to glean information about how both documented and undocumented migrants make decisions regarding medical migration. That is, I posed questions to the focus groups about the decision-making processes of documented and undocumented migrants. I then allowed focusgroup participants to volunteer information based on their personal experiences as individuals and as members of mixed-status families.

For documented residents of the United States, primary sources of information regarding the safety of medical migration on any given day are telephone calls to family members living in Mexico and community alerts placed on social media such as Facebook. One young woman, Jade, told me that her father will call with updates. One day, he phoned and told Jade, “Tell your aunt not to come.” Jade then joked with her father, calling him *chismoso* (gossipmonger). Defending the legitimacy of his concern, he said, “Métete en Facebook” (“log into Facebook”).



por diferentes formas de comunicación digital y redes sociales. En ese sentido, las migraciones médicas a México están muy “media-tizadas”.

La primera preocupación de los migrantes, al considerar la migración médica a México, es la seguridad. Ellos están muy conscientes de la violencia fronteriza, en razón de que todos los migrantes que entrevistamos pertenecen a familias y redes sociales que se extienden por ambos lados de la frontera, contando con experiencias extensas en Estados Unidos y México. Aunque me abstuve de preguntar a mis informantes sobre su estatus migratorio, pude usar los grupos focales para deducir información sobre cómo los migrantes, tanto documentados como indocumentados, toman decisiones con respecto a la migración médica. Es decir, realicé preguntas a los grupos focales sobre los procesos de toma de decisiones de los migrantes documentados e indocumentados. Luego, permití a los participantes de los grupos ofrecer de manera voluntaria información basada en su experiencia personal como individuos y miembros de familias con estatus migratorios mixtos.

Para los residentes documentados en Estados Unidos, algunas de las principales fuentes de información en cuanto a la seguridad de la migración médica son las llamadas telefónicas a sus familiares que viven en México y las alertas de la comunidad publicadas en redes sociales digitales como Facebook. Jade, una mujer joven, me dijo que su padre solía llamarle para darle noticias sobre México. Un día, su padre llamó y le dijo: “dile a tu tía que no venga.” Jade se rió de su padre, llamándole “chismoso”. Defendiendo la legitimidad de su preocupación, su padre le contestó: “métete a Facebook”.

En Estados Unidos, la cobertura mediática sobre la violencia de pandillas es con frecuencia inconsistente y no aporta información confiable en tiempo real. La información de medios de comunicación mexicanos rara vez es transmitida por medios estadounidenses. Los migrantes se movilizan a través de páginas de Facebook especializadas, creando sistemas de alertas comunitarias en tiempo real que desafían las fronteras nacionales. Las páginas de Facebook son actualizadas por los

News coverage in the United States about gang-related violence in Mexico is often inconsistent and does not provide reliable information in real time. The information that does emerge in Mexican media outlets is rarely relayed in U.S. media outlets. Migrants are mobilizing through dedicated Facebook pages, thus creating a community-based, real-time alert system that defies national boundaries. The Facebook pages are updated by subscribers to the page, and posts include the specific gangs involved and the cross streets where the violence is occurring. As an example, Reynosa’s alert page is called “Código Rojo Reynosa” (Code Red Reynosa). This information is then used by medical migrants to determine when it is safe to cross the border and to plan the most appropriate route.

Crossing the border safely requires a great deal of “media-ting” strategizing for documented U.S. residents; on the other hand, crossing the border is not an option for many undocumented counterparts. While the geographic distance between informants and family members living “on the other side” can be a mere five miles, the emotional distance is huge for informants who, due to their undocumented status in the U.S., are unable to enjoy the physical presence of spouses, parents, and children. They are barred from physically participating in medical migration, since they may not be able to successfully cross back into the U.S. in the future. However, undocumented Mexicans are sometimes able to access Mexican pharmaceuticals through documented members of their social network. Also, they take advantage of “under the counter” services—dental procedures are one example—offered by Mexican-trained doctors making unlicensed house calls in the United States (see below). Both trans-border pharmaceutical deliveries and dental house visits are arranged using digital means, usually via text and messenger.

### *Anxieties at the Border*

Documented migrants confessed a sense of anxiety when waiting in line to cross back into the United States. What would happen if they lost their



suscriptores y por publicaciones que especifican qué grupos delincuenciales están involucrados y las calles donde está sucediendo la violencia. Por ejemplo, Reynosa tiene una página de alerta que se llama “Código Rojo Reynosa”. La información publicada es usada por los migrantes médicos para determinar el momento más seguro para cruzar la frontera y poder planear la ruta más apropiada.

Cruzar la frontera con seguridad requiere de mucha planeación “media-tizada” por parte de los residentes estadounidenses documentados. En contraste, cruzar la frontera no es una opción para muchos migrantes indocumentados. A pesar de que la distancia geográfica entre informantes y familiares que viven “del otro lado” puede ser de apenas cinco millas, la distancia emocional es significativa para los informantes que, debido a su situación indocumentada en Estados Unidos, no pueden gozar de la presencia física de sus esposas, padres e hijos. Para ellos no es posible participar en la migración médica, dado que existe el riesgo de no lograr retornar exitosamente a Estados Unidos. Sin embargo, en ocasiones los mexicanos indocumentados acceden a medicamentos adquiridos en México a través de los miembros documentados de sus redes sociales. Estos individuos indocumentados también se benefician de servicios clandestinos—por ejemplo, de procedimientos dentales—ofrecidos por doctores mexicanos que hacen visitas a domicilio en Estados Unidos (véase abajo). Tanto las entregas transfronterizas de medicamentos como las visitas dentales a domicilio son organizadas a través de medios digitales, generalmente mensajes de texto y Messenger.

### *Ansiedades en la frontera*

Los migrantes documentados confesaron sentir ansiedad mientras esperan en línea para regresar a Estados Unidos. ¿Qué pasaría si perdieran sus “papeles”? Hace algunos años, antes de que los requerimientos para cruzar la frontera fueran tan estrictos como lo son ahora, a Isabella le preocupaba sobre todo la violencia de las pandillas cuando planeaba su entrada y salida de México. Ella ne-

“papers”? A few years ago, before requirements for crossing the border were as strict as they are now, Isabella was primarily concerned with gang violence when planning her entrance into and exit from Mexico. She needed to deliver something to her mother, who lives just a few blocks away from the border on the other side. If she were to drive, she would have to drive deeper into Reynosa due to the intricate web of one-way streets. Instead, she decided to walk to her mother’s house, carrying the objects for delivery in her hands. When she returned to the border for re-entry into the United States, however, she realized that she forgot to bring her driver’s license with her because she decided not to drive. The immigration officer told her that without official identification, she would not be allowed entrance into the United States. Isabella panicked, thinking about her children on the other side, and what would happen if she were not allowed to return to them. She started to cry and pleaded with the immigration officer to let her enter. She finally convinced him by giving him information about the dental office where she is employed.

I argue that physical mobility across national borders—the degree to which individuals encounter obstacles or ease of movement—correlates to social mobility (Vega, 2018). Stated differently, while Bourdieu explains how social capital is linked to social mobility, my ethnographic observations have demonstrated that physical mobility is intimately associated with economic, cultural, and social capital, and can therefore translate into social mobility. As a result, physical mobility is linked to social mobility. From this perspective, freedom of movement (or lack thereof) serves as a measure of social inequality. Those who possess greater physical mobility—and lack of fear when crossing borders—possess greater economic, cultural, and social capital. Individuals’ disparate experiences of border crossing is linked to documentation status, but it is furthermore determined by capital; therefore, capital is primary in defining social hierarchies in the U.S.-Mexico borderlands.



cesitaba llevarle algo a su madre que vivía a unas cuadas de la frontera, del otro lado. Si manejaba tendría que adentrarse más a Reynosa debido a la compleja red de calles de un solo sentido. En lugar de eso, prefirió caminar hasta la casa de su madre, cargando en sus manos los objetos que le entregaría. Cuando regresó a la frontera para volver a entrar a Estados Unidos, se percató de que se le había olvidado su licencia de conducir porque había decidido no manejar. El oficial de inmigración le dijo que sin una identificación oficial no le sería permitida la entrada a Estados Unidos. Isabella entró en pánico al pensar en sus hijos y en lo que sucedería si no la dejaban regresar. Empezó a llorar y le suplicó al oficial que la dejara entrar. Finalmente, lo convenció al darle información sobre el consultorio dental donde trabajaba.

Se sostiene que la movilidad física a través de fronteras nacionales —el grado en el que las personas se encuentran con obstáculos o libertad de movimiento— se vincula con la movilidad social (Vega, 2018). Dicho de otra manera, mientras que Bourdieu explica cómo el capital social se relaciona con la movilidad social, mis observaciones etnográficas han demostrado que la movilidad física está íntimamente asociada con el capital económico, cultural y social, y, por ende, puede traducirse en movilidad social. Como resultado, la movilidad física está vinculada a la movilidad social. Desde esta perspectiva, la libertad de movimiento (o la falta ésta) sirve como medida de desigualdad social. Aquellos que poseen una mayor movilidad física —y que no manifiestan síntomas de ansiedad— cuentan con un mayor capital económico, social y cultural. Las experiencias desiguales de los individuos que cruzan la frontera están ligadas a su estatus migratorio, pero también están determinadas por el capital. De esta manera, el capital es primordial para definir las jerarquías sociales en los territorios fronterizos de Estados Unidos y México.

### *Migraciones bilaterales*

En los grupos focales con migrantes, 24 participantes dijeron haber tenido experiencias de mi-

### *Bilateral migrations*

In focus groups among migrants, 24 participants referred to medical migration experiences in Progreso, while 21 described medical migrations to Reynosa. Four others shared medical migration experiences in Matamoros and three more explained that their medical migrations were to their family's place of origin in Mexico (in land from the U.S.-Mexico border). Since Reynosa and Matamoros are considered epicenters of gang violence, migrants navigated these spaces with greater specificity. In other words, they planned their routes based not only on real-time updates on the locations of gang violence (see above), but also incorporated knowledge regarding the relative safety of specific neighborhoods and the perceived likelihood of gang violence given past patterns.

Furthermore, the directionality of medical migration is not only of Spanish-speaking service seekers traveling to Mexico to access medical and dental services at a cheaper price, but also includes service providers migrating in the opposite direction. As mentioned above, some dentists trained and licensed to practice in Mexico make house calls to Spanish-speaking patients in the United States. They provide dental services through cash-based arrangements that allow the patients to avoid travel to Mexico. While the dentists earn money for these house calls, focus group participants emphasized that the primary motive for dentists is not economic profit; rather, they are providing needed support to vulnerable members of their social network.

In addition, some pharmacies arrange illicit delivery services—upon receiving text messages from migrants in the U.S., a pharmacy employee will walk the desired medication across the U.S.-Mexico bridge for hand delivery to customers waiting on the other side. Focus group participants also shared their experiences transporting pharmaceuticals from Mexico to the United States for undocumented family members and friends. One young woman, Sara, explained that before she makes a trip across the border to buy pharmaceuticals, she will make a



graciones médicas a Progreso, mientras que 21 las tuvieron a Reynosa. Además, cuatro compartieron experiencias de migraciones médicas a Matamoros, y tres más, al lugar de origen de su familia en México (más allá de la frontera México-Estados Unidos). Dado que Reynosa y Matamoros son considerados como epicentros de la violencia de grupos delinuenciales, los migrantes recorren estos espacios con mayor cuidado. Es decir, planean sus rutas no solamente con base en actualizaciones en tiempo real de la localización de la violencia (véase arriba), sino que también incorporan conocimientos sobre la seguridad relativa de algunas colonias específicas y perciben probabilidades de violencia a partir de patrones anteriores.

Además, la direccionalidad de la migración médica no es solo de hispanohablantes que viajan a México para acceder a servicios médicos o dentales a mejor precio, sino que incluye también a proveedores de servicios médicos que viajan en dirección opuesta. Como se mencionó antes, algunos dentistas calificados y autorizados para ejercer en México realizan consultas a domicilio a pacientes hispanohablantes en Estados Unidos. De esta manera, son proveedores de servicios dentales a través de pagos en efectivo, lo cual permite a los pacientes no viajar a México. Aunque los dentistas reciben dinero por estas consultas a domicilio, los participantes de los grupos focales enfatizaron que el principal motivo de los dentistas no es forzosamente el beneficio económico, sino otorgar un apoyo necesario para los miembros vulnerables de sus redes sociales.

Por otra parte, algunas farmacias organizan entregas ilícitas: al recibir un mensaje de texto de migrantes en Estados Unidos, un empleado de la farmacia caminará con los medicamentos solicitados por el puente México-Estados Unidos para entregarlos personalmente a los clientes que esperan del otro lado. Los participantes de los grupos focales también narraron sus experiencias al transportar medicamentos de México a Estados Unidos para familiares y amigos indocumentados. Una mujer joven, Sara, explicó que antes de cruzar la frontera para comprar medicamentos, suele hacer una lista con los pedidos de todos los miembros indocu-

list that includes the requests of all of her extended family members who are undocumented. Common requests include antibiotics since undocumented family members want to keep extra antibiotics on hand in case they become necessary.

### *Seeking Care: What Different Types of Health Services Indicate About Class Aspirations*

Migrants seek a wide variety of health-related services in Mexico. While their medical migration habits include purchasing pharmaceuticals and receiving dental services at a cheaper price, their medical migration repertoire also includes elective cosmetic procedures. I argue that the extreme socioeconomic inequality in the Rio Grande Valley places impoverished and affluent people in close proximity to each other, and these socioeconomic inequalities correlate to racial differences. The two groups in my study interact through what Urry (2007; referring to Augé, 1995) describes as “solitary contractuality”: an arrangement in which people coexist or cohabit without living together. This can be subtly observed in neighborhoods across Hidalgo County where de facto racial segregation exists and to which migrants visit only as housekeepers, gardeners, and repairmen.

The result of “solitary contractuality” is that those with fewer socioeconomic resources are acutely aware of the consumption practices of their more affluent counterparts. The exposure of migrants to affluent White consumption—paired with being “priced out” of the U.S. market—contributes to the medical migration patterns of documented U.S. residents of Mexican origin in my study. Through this ethnographic research, we found that migrants turned to medical migration for elective cosmetic procedures that they would not be able to afford in the U.S. These procedures include orthodontia and plastic surgery (especially of the nose, breasts, and buttocks). I argue that this medical migration is entangled in migrants aspirations for a better life.

For example, Gala is a Spanish-speaking housekeeper whose daughter is pursuing her bachelor’s degree. Gala and her daughter work to-



mentados de su familia extendida. Los antibióticos son uno de los pedidos más comunes, dado que los miembros de familias indocumentadas prefieren tenerlos a la mano en caso de necesidad.

*En búsqueda de la atención médica: lo que los diferentes tipos de servicios de salud indican sobre las aspiraciones de clase*

Los migrantes buscan una amplia variedad de servicios de salud en México. Las prácticas más comunes en la migración médica incluyen comprar medicamentos y recibir cuidados dentales en México a menor precio, aunque el repertorio de migraciones médicas también contempla procedimientos cosméticos electivos. Sostengo que la desigualdad socioeconómica extrema en el Valle del Rio Grande coloca a ricos y pobres en una situación de proximidad, y que estas desigualdades socioeconómicas se vinculan con diferencias raciales. Los dos grupos de mi estudio interactúan a través de lo que Urry (2007, refiriéndose a Augé, 1995) describe como “contractualidad solitaria”: un arreglo en el cual las personas coexisten o cohabitan sin vivir juntos. Esto puede ser sutilmente observado en ciertos barrios del Condado de Hidalgo, donde existe una segregación racial *de facto* y donde los migrantes se desempeñan exclusivamente como empleados domésticos, jardineros o técnicos en reparación.

El resultado de la “contractualidad solitaria” es que los individuos con menores recursos socioeconómicos están fuertemente conscientes de las prácticas de consumo de las personas más pudientes. La exposición de los migrantes al consumo de los blancos acomodados —además de estar “excluidos económicamente” del mercado estadounidense— contribuye a los modelos de migración médica de residentes estadounidenses documentados de origen mexicano. A través de esta investigación etnográfica se encontró que los migrantes recurrían a migraciones médicas para procedimientos cosméticos electivos que no podían pagar en Estados Unidos, los cuales incluyen ortodoncias y cirugías plásticas (en especial de nariz, senos y glúteos). Estos hechos sugieren que la

gether while cleaning houses in a mostly White neighborhood. The earnings are used not only to pay for her daughter’s education, but her braces as well. Braces in Reynosa, Tamaulipas cost less than a third of the price compared to braces five miles away in McAllen, Texas. In focus group settings, 24 of 29 young adults either had personal experience or knew of someone who migrated to Mexico for orthodontia. For Gala, orthodontia for her daughter is an investment. While she herself is lower-class, it is possible that braces and a college education will open doors for her daughter to a brighter future. Gala’s decision-making process regarding her daughter’s braces is a clear example of how economic capital is used to seek cultural capital, as a larger strategy for gaining social mobility.

*Social Reproduction Strategies and Accessing Health*

Individuals access health care services through two modalities: that of citizen or that of consumer (Vega, 2018). The migrants in this study are likely to be uninsured or underinsured. Therefore, in the context of this study, the consumer modality of health care access often meant engaging in medical migration due to prices being more affordable in Mexico. More specifically, I argue that documentation status plays an important role in shaping an individual’s access to Bourdieu’s three types of capital (Bourdieu, 1986). In turn, how much of each type of capital an individual possesses interacts with psychosocial elements during decision-making processes regarding medical migration. As a result, an individual’s citizenship status is a strong determinant of how and where individuals are able to access health care.

Of the documented U.S. residents of Mexican origin in my study, some of these individuals qualify for Medicaid, and turn to medical migration and the consumer modality when seeking services that are not covered by this federal program. For those without health insurance, lack of documented status is a common contributing factor. The undocumented members in the commu-



migración médica está ligada a las aspiraciones de los migrantes a lograr una vida mejor.

Por ejemplo, Gala es una empleada doméstica hispanohablante cuya hija está estudiando en la universidad. Gala y su hija trabajan juntas limpiando casas en barrios preponderantemente blancos. Las ganancias son utilizadas no solo para pagar la colegiatura de su hija, sino también para sus frenos dentales. En Reynosa, Tamaulipas, los frenos cuestan un tercio de lo que cuestan a cinco millas en McAllen, Texas. En un grupo focal, 24 de los 29 jóvenes adultos habían migrado a México para recibir ortodoncia, o conocían a alguien que lo había hecho. Para Gala, la ortodoncia de su hija es una inversión. Aunque ella sea de clase baja, Gala espera que los frenos y la educación universitaria de su hija le abran las puertas a un mejor futuro. El proceso de toma de decisiones de Gala con respecto a los frenos dentales de su hija es un claro ejemplo de cómo el capital económico es usado para buscar capital social, como parte de una estrategia más amplia para lograr la movilidad social.

### *Estrategias de reproducción social y acceso a la salud*

Los individuos acceden a servicios de atención médica mediante dos modalidades: como ciudadanos o como consumidores (Vega, 2018). Los migrantes del presente estudio tienen altas probabilidades de no estar asegurados o de estar subasegurados. En este contexto, la modalidad de consumidor para acceder a una atención médica a menudo implica una migración médica, dados los precios más accesibles en México. En particular, sostengo que el estatus migratorio juega un papel importante en el acceso de una persona a los tres tipos de capital (Bourdieu, 1986). Por su parte, la cantidad de cada capital que posee un individuo interactúa con elementos psicosociales durante los procesos de toma de decisiones sobre las migraciones médicas. Como resultado, la ciudadanía y el estatus migratorio de una persona son fuertes determinantes de cómo y dónde accede a la atención médica.

nity are barred from accessing health care services through the citizen modality in the U.S. and thus turn to community health centers when available. They are also unable to access health care services in their natal country of Mexico since leaving the U.S. represents a huge risk. Furthermore, while they would be eligible for a number of preventative services through Seguro Popular (Mexico's universal health insurance) on the bases of their Mexican citizenship, Seguro Popular often does not cover less cost-effective treatments for chronic illness (Laurell, 2013).

In essence, individuals turn to medical migration when they are unable to access health care services and pharmaceuticals through citizenship-based entitlements. In so doing, they reposition themselves as consumers, leveraging the different types of capital they possess, and access whatever health care services they are able to afford—sometimes risking physical safety in the process. Importantly, research on medical migration across the U.S.-Mexico border highlights the distinction between those who engage in medical migrations because they are *able* (this is the focus of the majority of existing studies on medical tourism) and those who turn to medical migrations because they *must* (as is the case for many of the medical migrants in my study). That is, the present research signals how many participants in medical migration have no other choice but access whatever they can through the consumer modality when the citizenship modality has already failed to meet their health needs.

These considerations lead me to consider the extreme importance of social reproduction strategies when it comes to health care access. Those with documents may be thrust into the consumer modality due to poverty and insufficient government support; alternatively, they may pursue the consumer modality as a route for achieving the middle-class aspirations they could otherwise not afford in the United States. Those without documents are comparatively more vulnerable—they lack physical mobility, and thus cannot access health care services or pharmaceuticals as citizens.



Entre los individuos de origen mexicano que residen con documentos en Estados Unidos que formaron parte del estudio, algunos tenían derecho al seguro público Medicaid, y hacían uso de la migración médica y de la modalidad de consumo al buscar servicios no cubiertos por este programa federal. Para aquellos sin seguro médico, la falta de un estatus migratorio documentado es un elemento crucial. A los miembros sin documentos de la comunidad se les niega el acceso a la atención médica a través de la modalidad ciudadana en Estados Unidos, por lo que recurren a centros comunitarios de salud según su disponibilidad. Sin embargo, tampoco pueden acceder a servicios médicos en su país natal, México, dado que dejar Estados Unidos representa un gran riesgo. Además, aunque podrían acceder por su nacionalidad mexicana a algunos servicios preventivos del Seguro Popular (el sistema de seguro universal en México), este sistema de salud a menudo no cubre tratamientos caros para enfermedades crónicas (Laurell, 2013).

En esencia, las personas recurren a la migración médica cuando son incapaces de acceder a los servicios de salud y a medicamentos a través de sus derechos ciudadanos. Al hacerlo, se reposicionan como consumidores, aprovechando los diferentes tipos de capital que poseen, accediendo a cualquier tipo de servicio médico que pueden pagar —a veces arriesgando su integridad física en el proceso. La investigación sobre la migración médica a través de la frontera México-Estados Unidos subraya la diferencia entre los que eligen migraciones médicas porque *pueden* (como es el caso de la mayoría de los estudios sobre el turismo médico) y aquellos que lo hacen porque *tienen que* hacerlo (como es el caso de muchos de los migrantes médicos de mi estudio). Es decir, esta investigación demuestra cómo muchos migrantes médicos no tienen otra opción que acceder a lo que pueden bajo la modalidad de consumidor, pues la modalidad de ciudadano ha fallado en cubrir sus necesidades médicas.

Estos puntos llevan a considerar la importancia crucial de las estrategias de reproducción social cuando se trata del acceso a la atención médica. Los migrantes con documentos son forzados

Instead, they must rely on others in their transnational social network to facilitate access to health care services and pharmaceuticals. These observations signal how citizenship status is related to capital, and how different types of capital are leveraged to the degree possible to access health care.

### Conclusion and Public Policy Recommendations

Individuals of Mexican origin living in the Rio Grande Valley often live in conditions of poverty and face socioeconomic vulnerability. Within this community, individuals who are undocumented face even greater vulnerability. This vulnerability directly impacts their ability to access health care since their undocumented status makes them ineligible for federal and state programs such as Medicaid. At the same time, they are unable to access health care in their country of origin due to increasing obstacles at the border. That is, despite the existence of Seguro Popular in Mexico, the services that they would be entitled to on the bases of their Mexican citizenship are physically inaccessible to them.

Over the course of this ethnographic research, the primary recurring theme was the importance of social networks. Social networks both shape the decisions that individuals made and the services and resources they were able to access.

Documented individuals planned their medical migration routes using information passed to them by family members living in Mexico or posts on Facebook. They also traveled with others in their social network (both friends and family) across the border to access more affordable health care. They would often frequent particular dental offices and pharmacies, etc. because that particular business was recommended by someone in their social network. For example, one informant explained that she accompanied her friend to an orthodontia appointment and, having felt comfortable with what she observed during that visit, decided to use the same dentist when she herself got braces.

Undocumented individuals sought the help of documented individuals in their social network





hacia la modalidad de consumidores por pobreza y falta de apoyo gubernamental. Además, pueden recurrir a la modalidad de consumidor como una ruta para alcanzar aspiraciones de clase media que no podrían costear de otra manera en Estados Unidos. Aquellos sin documentos son comparativamente más vulnerables –carecen de movilidad física y no tienen acceso a servicios de atención médica o medicamentos como ciudadanos. Como alternativa, se apoyan en sus redes sociales transnacionales para facilitar su acceso a servicios de atención médica y medicamentos. Estas observaciones indican cómo el estatus migratorio está relacionado con el capital, y cómo los diferentes tipos de capital son aprovechados para acceder a la atención médica.

### *Conclusiones y recomendaciones de política pública*

Las personas de origen mexicano que residen en el Valle del Rio Grande suelen vivir en condiciones de pobreza y se enfrentan a situaciones de vulnerabilidad socioeconómica. Dentro de esta comunidad, los indocumentados encaran una vulnerabilidad incluso mayor, la cual impacta directamente en su habilidad de acceder a la atención médica, debido a que justamente su estatus de indocumentados los hace inelegibles para programas federales o estatales como Medicaid. A la vez, son incapaces de acceder a la atención médica en su país de origen, dados los crecientes obstáculos en la frontera. Es decir, a pesar de la existencia del Seguro Popular en México, los servicios a los cuales tienen derecho por su nacionalidad mexicana les son físicamente inaccesibles.

Durante el curso de esta investigación etnográfica, el tema principal fue la importancia de las redes sociales. Éstas definieron tanto las decisiones de las personas, como los servicios y recursos a los que pudieron acceder.

Los individuos documentados planearon sus rutas de migración médica usando información facilitada por sus familiares en México o por publicaciones en Facebook. También viajaron con otros de su red social (tanto amigos como familiares) a

to transport pharmaceuticals from Mexico to the United States. Undocumented individuals also turned to social networks to obtain health care services such as dental house calls. These social networks are transnational in nature, spanning both sides of the border. The dentists who provide these services are members of the same social network and are providing services that undocumented individuals would otherwise not be able to access. While the help they offer is illicit, they are also filling a need that results from undocumented individuals' inability to access health care services through lawful means.

Medical migration is a creative means for filling gaps in access to health care and demonstrates the resilience and adaptation of people of Mexican origin living in the Rio Grande Valley. However, it is also indicative of vulnerability—furthermore, it is potentially dangerous to the health of those who participate. Medical migration often goes hand in hand with selfmedication. Since medical migrants do not have sufficient access to health care services in the United States, they obtain care and resources from Mexico, based on what they detect as significant health threats. That is, many of the subjects in this study lack robust preventative medicine and routine primary care. Given this circumstance, they often self-diagnose when they feel ill, often responding to poor health at a later stage than if they had better health care access. Late diagnosis and self-medication can potentially lead to very poor health outcomes in this vulnerable population.

This research offers insights for binational public health. Specifically, the health of many individuals of Mexican origin would benefit from greater access to health resources such as telemedicine, as suggested by focus group participants. While telemedicine could provide health information and, in certain cases, diagnosis, it would likely supplement instead of replace existing medical migration practices since many individuals would continue accessing care (in the form of pharmaceuticals, medical procedures, and laboratory tests) in Mexico. Online platforms such as Facebook already



través de la frontera para acceder a una atención médica más asequible. A menudo, frecuentaban algunos consultorios dentales y farmacias, etc. que les eran recomendados por alguien de su red social. Por ejemplo, una informante explicó que acompañó a su amiga a una consulta de ortodoncia, y que, por haberse sentido bien con lo que observó durante su visita, optó por acudir al mismo dentista cuando decidió colocarse frenos.

Las personas indocumentadas buscaron la ayuda de individuos con documentos de su red social para transportar medicamentos de México a Estados Unidos. Los indocumentados también hicieron uso de sus redes sociales para obtener servicios médicos, como visitas a domicilio por parte de dentistas. Estas redes sociales son transnacionales por naturaleza, extendiéndose por ambos lados de la frontera. Los dentistas son miembros de las mismas redes sociales y proveen de servicios a individuos indocumentados –servicios a los cuales normalmente no podrían acceder. A pesar de que la ayuda que brindan los dentistas es ilícita, al no estar autorizados para ejercer en Estados Unidos, satisfacen una necesidad ante la incapacidad de las personas indocumentadas de acceder a servicios de salud por medios legales.

La migración médica es una manera creativa de llenar lagunas en el acceso a la atención médica, y demuestra la resiliencia y posibilidad de adaptación de las personas de origen mexicano que viven en el Valle del Rio Grande. No obstante, también es un indicador de vulnerabilidad –es más, es potencialmente peligroso para la salud de aquellos que participan en ella. En efecto, por lo general, la migración médica se acompaña de automedicación. Debido a que los migrantes médicos no tienen acceso adecuado a los servicios de salud en Estados Unidos, obtienen atención y recursos de México, con base en lo que ellos detectan como potenciales amenazas a su salud. Es decir, muchos de los sujetos de este estudio carecen de servicios robustos de salud preventiva y de una atención primaria de rutina. Dada esta circunstancia, suelen auto-diagnosticarse al sentirse mal, lo que muchas veces los conduce a malas condiciones de salud

play a large role in how this population obtains information related to medical migration and health. Leveraging a similar online platform, especially one that has both messenger and video chat capabilities, would be an effective way to provide telemedicine to this population given their existing habits. A public health intervention that uses social media in order to connect existing social networks with greater health resources stands to improve health outcomes by reducing the harmful effects of self-diagnosis and self-medication.



más adelante, contrariamente a lo que pasaría si tuvieran acceso a una mejor atención médica. Los diagnósticos tardíos y la automedicación pueden tener repercusiones negativas sobre la salud de esta población vulnerable.

Los hallazgos de esta investigación son relevantes para la salud pública binacional. En particular, como fue sugerido por participantes de un grupo focal, la salud de muchos individuos de origen mexicano se beneficiaría al permitir un mayor acceso a recursos médicos como la telemedicina. Aunque la telemedicina podría proporcionar información médica y, en ciertos casos, diagnósticos, lo más probable es que complementarías, en vez de reemplazar, a las prácticas de migración médica existentes, ya que los individuos seguirían accediendo a la atención médica en México (en la forma de medicamentos, procedimientos médicos y pruebas de laboratorio). Las plataformas en línea como Facebook están jugando un papel crucial respecto a cómo esta población obtiene información relacionada con la migración médica y la salud. Aprovechar una plataforma en línea similar, en especial una que tenga capacidades de mensaje y vídeo chat, sería una manera efectiva de acercar la telemedicina a esta población, basándose en sus hábitos existentes. Una intervención en salud pública, que use medios de comunicación para conectar redes sociales existentes con mayores recursos médicos, podría brindar un medio para mejorar la salud al reducir los efectos dañinos del autodiagnóstico y de la automedicación.



Fuente / Source: Rosalynn Vega.



Fuente / Source: Rosalynn Vega.



## Bibliografía / Bibliography

- Augé, M. (1995). *Non-Places: Introduction to an Anthropology of Supermodernity*. London, U.K.: Verso.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. En Richardson, J. (Ed.), *Handbook of Theory and Research for The Sociology of Education* (241-258). Westport, CT: Greenwood.
- Crenshaw, K. (2014). The Structural and Political Dimensions of Intersectional Oppression. En Patrick R. Grzanka (Ed.), *Intersectionality: A Foundations and Frontiers Reader* (16-21). Boulder: Westview Press.
- Deomampo, D. (2013). Gendered Geographies of Reproductive Tourism. *Gender and Society*, 27(4), pp. 514-537.
- Grzanka, P. (2014). *Intersectionality: A Foundations and Frontiers Reader*. Boulder, CO: Westview Press.
- Melo, M. A. (2017). Risky Health Systems: Exclusion and Dialysis. En Ed. J. Mulligan y H. Castaneda (Eds.), *Unequal Coverage: The Experience of Health Care Reform in the United States*. New York: New York University Press.
- Montoya, M. (2011). *Making the Mexican Diabetic: Race, Science, and the Genetics of Inequality*. Berkeley: University of California Press.
- Roberts, E. F. S., & Scheper-Hughes, N. (2011). "Introduction Medical Migrations". *Body & Society*, 17 (2-3), pp. 1-30.
- Thompson, Charis (2011). "Introduction Medical Migrations". *Body & Society*, 17 (2-3), pp. 205-213.
- Urry, J. (2007). *Mobilities*. Cambridge, U.K.: Polity Press.
- U.S. Census Bureau (2016). American Community Survey: 2014 & 2015 data [base de datos]. Recuperado de: <https://www.census.gov/programs-surveys/acs/news/data-releases/2014/release.html>
- Vega, R. (2018). *No Alternative: Childbirth, Citizenship, and Indigenous Culture in Mexico*. Austin, TX: University of Texas Press.
- Zimmerman, C., Kiss, L., and Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Medicine*, 8 (5), e 1001034.





## SOBRE LOS AUTORES / ABOUT THE AUTHORS

• **Aldana, Angélica, MPH**

Jefa de departamento de mexicanos en el exterior /  
Head of Research Department of Mexicans Abroad  
Consejo Nacional de Población, México

• **Christine B. Williams, MPH**

Investigador asociado / [Research associate](#)  
Department of Pediatrics  
University of California, San Diego, United States

• **Eastern Kang Sim, PhD**

Posdoctorante / [Post-doctoral research fellow](#)  
Department of Pediatrics  
University of California, San Diego, United States

• **Eyal Oren, PhD, ms**

Profesor Asociado / [Associate Professor](#)  
Division of Epidemiology and Biostatistics,  
School of Public Health  
San Diego State University, United States

• **Francisco González-Salazar, PhD**

Profesor e Investigador / [Professor and Researcher](#)  
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),  
Departamento de Ciencias Básicas, México

• **Julieta Guzmán Flores, PhD**

Profesora e investigadora / [Research Professor](#)  
Centro Universitario de Ciencias Económico Administra-  
tivas, Departamento de Estudios Regionales-INESER.  
Universidad de Guadalajara, Jalisco, México

• **María Luisa Zúñiga, PhD**

Profesora / [Professor](#)  
School of Social Work  
San Diego State University, United States

• **Miguel Pinedo, PhD**

Profesor Asistente / [Assistant Professor](#)  
Department of Kinesiology & Health Education  
University of Texas, Austin, United States

• **Nicté Soledad Castañeda-Camey, PhD**

Profesora e investigadora / [Research Professor](#)  
Centro Universitario de Ciencias Económico  
Administrativas, Departamento de Políticas Públicas,  
Universidad de Guadalajara, Jalisco, México

• **Philippe Stoesslé, PhD**

Profesor Investigador / [Research Professor](#)  
Departamento de Ciencias Sociales  
Universidad de Monterrey, México

• **Rosalynn A. Vega, PhD**

Profesor Asistente / [Assistant Professor](#)  
Department of Sociology and Anthropology  
University of Texas, Rio Grande Valley, United States

• **Rebeca E. Giacinto, PhD**

Investigadora / [Researcher](#)  
Universidad de California, Davis Health  
University of California, Davis, United States

• **Reyes, Alejandra, MPH**

Subdirectora de estudios socioeconómicos y migración  
internacional/ [Associate Director of Socio-Economic Studies  
and International Migration](#)  
Consejo Nacional de Población, México

• **Savannah Pearson Ayala, BS, BA**

Asistente de Investigación / [Research Assistant](#)  
School of Medicine,  
New York University, New York, United States



# MIGRACIÓN Y SALUD

*Retos y oportunidades actuales*

---

# MIGRATION AND HEALTH

*Current challenges and opportunities*

