

Experiencias de vida y salud de mujeres migrantes retornadas: un análisis de género en el estado de Puebla

Life experiences and health of returning migrant women: a gender analysis in the state of Puebla

Araceli Espinosa Márquez¹
Citalli Ayutzi Cabrera Lezama²
Josefina Manjarrez Rojas³
Lucett Guadalupe Jiménez Martínez⁴

Recibido: 28 de enero de 2026 Aprobado: 18 de marzo de 2026
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.20029205>

RESUMEN

Este artículo tiene por objetivo mostrar el resultado del diagnóstico realizado en torno a la intersección entre salud y retorno de mujeres en el periodo comprendido entre el 2019 y 2021 que respecto del caso de Puebla se desenvuelve en el contexto de la pandemia causada por el COVID SARS 19. Estudio cualitativo, cuyo diseño fue la Teoría Fundamentada realizado en Puebla, con 16 mujeres de medio rural y urbano en situación de retorno de diferentes generaciones, jóvenes (18-25, 26-35 años), mediana edad (36-45, 46-55, 56-65 años) y mayores (>65 años). Se utilizó como técnica de obtención de datos la entrevista semi-estructurada. Los discursos fueron sometidos al análisis de contenido, según la teoría utilizada. Se presenta la perspectiva femenina y se analizan los testimonios de mujeres recopilados en ese periodo desde una perspectiva de género.

Palabras clave: intersección, pandemia, perspectiva femenina, retorno, salud, teoría fundamentada.

ABSTRACT

This article aims to present the results of an assessment conducted on the intersection between health and the return of women between 2019 and 2021, which, in the case of Puebla, took place in the context of the COVID-19 pandemic. This is a qualitative study, designed using Grounded Theory, carried out in Puebla with 16 women from rural and urban areas who are returning from different generations: young (18-25, 26-35 years old), middle-aged (36-45, 46-55, 56-65 years old), and older (>65 years old). Semi-structured interviews were used as the data collection technique. The discourses were subjected to content analysis, according to the theory used. The female perspective is presented and the testimonies of women collected during this period are analyzed from a gender perspective.

Keywords: female perspective, grounded theory, health, intersection, pandemic, return.

¹ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0475-6932> Correo electrónico: araceli.espinosa@correo.buap.mx

² Autora de correspondencia. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4536-1382> Correo electrónico: citlalli.cabreralezama@correo.buap.mx

³ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4323-6422> Correo electrónico: josefina.manjarrezrosas@viep.com.mx

⁴ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1686-8838> Correo electrónico: lucett.jimenez@correo.buap.mx

INTRODUCCIÓN

Este artículo se basa en una investigación colectiva financiada por el entonces CONACYT titulada *Estrategias de integración de mujeres retornadas mexicanas en municipios de Jalisco, Puebla y Sonora*, cuyo objetivo fue diseñar un modelo de política pública para mejorar su acceso a servicios de salud e identificar buenas prácticas de coordinación institucional y social. El estudio se enmarca en la llamada “nueva era migratoria”, marcada desde finales del siglo XX por desigualdades globales y presiones políticas, ecológicas y demográficas que han diversificado la movilidad humana, ampliada además por conflictos armados, violencia y crisis ambientales (Cortés y Manjarrez, 2018).

En este contexto, el retorno migratorio se ha convertido en un elemento central en la relación bilateral de distintos países. Se ha definido a la migración de retorno como:

“El movimiento de personas que regresan a su país de origen o a su residencia habitual, generalmente después de haber pasado por lo menos un año en otro país. Este regreso puede ser voluntario o no. Incluye la repatriación voluntaria” (OIM, 2018).

El retorno voluntario o involuntario, es un proceso complejo: cerca del 70% trabaja en la informalidad y alrededor del 80% carece de seguridad social (Mestries, 2013). Enfrentan baja calificación, discriminación y cargas de cuidado (OIT, 2016), vulnerabilidades que se agravan por el limitado acceso a servicios de salud (Tenorio, De la Sierra y Montañez, 2020).

Ahora, los gobiernos han dado tanta importancia a la migración, pero desde una perspectiva de la seguridad nacional y el control, que ha criminalizado a los migrantes y solicitantes de asilo. Los estados nacionales a través de sus políticas de seguridad y control les niegan la protección y atención adecuadas.

Aunque el retorno es parte del ciclo migratorio, adquiere mayor importancia cuando el saldo neto migratorio se acercó a cero entre 2005 y 2010, reflejando más retornos y menos salidas (Aguilar, 2021). El Censo 2010 mostró un aumento anual de retornados, de 285 mil a 351 mil entre 2000 y 2010 (Mestries, 2013), impulsado también por deportaciones masivas desde EE.UU.: más de 3 millones entre 2008 y 2015, 71.2% mexicanas, y 219,905 en 2016 (Rendón, 2017).

En México, el Estado ha securitizado sus fronteras en coordinación con la política estadounidense, reforzando desde el 11 de septiembre de 2001 y aún más tras la crisis de 2008, una narrativa que coloca al narcotráfico y a los migrantes centroamericanos como “enemigos”. En este contexto, la migración México–Estados Unidos ha sido estudiada históricamente desde una perspectiva masculina, relegando las experiencias de las mujeres (Gandini, Lozano y Gaspar, 2015). Su participación en el retorno ha sido menor y fluctuante: 37.6% en 1990, 28% en 2010 (el nivel más bajo) y 32.2% en 2015 (Delgadillo y Ángel, 2018).

Desde una perspectiva de género, el retorno evidencia diferencias marcadas entre mujeres y hombres. Durante décadas, la investigación trató a las mujeres migrantes como acompañantes sin agencia, invisibilizando su papel en la movilidad (Barrera y Oehmichen, 2000). No fue sino hasta los años 1980 y 1990 que la perspectiva de género permitió reconocer su participación activa y analizar cómo la migración transformó sus vidas en el origen y el destino (Woo, 2007; Mummert, 2010).

Las mujeres experimentan el retorno de forma diferenciada según género, edad y trayectoria migratoria (Pedone, 2013). Aunque su presencia suele invisibilizarse, han sido una parte constante de los flujos México–Estados Unidos: desde 1920 representan alrededor del 44–48% de la población mexicana en EE. UU., con variaciones menores a lo largo del siglo. Entre 1990 y 1995 fueron el grupo de mayor crecimiento, al pasar de 1,982 a 3,089 mujeres, y para 2016 retomaron el 48% (Delgadillo y Ángel, 2018; García y Gaspar, 2018).

Aunque ha crecido la investigación sobre migración de retorno en México, sigue existiendo una brecha respecto a las experiencias de las mujeres retornadas. Más allá de sus trayectorias y roles familiares, se ha estudiado poco su reintegración en salud, acceso a derechos y violencia institucional. Como señalan D'Aubeterre (2012) y Giorguli y Bautista (2019), falta profundizar en cómo la desigualdad de género afecta la reconstrucción de su vida cotidiana. Aún se sabe poco sobre cómo ejercen su derecho a la salud ante la insuficiencia institucional y qué estrategias emplean para enfrentarla. A partir de ello, la investigación plantea la siguiente pregunta central: ¿Cómo influyen las desigualdades de género y las barreras institucionales en los procesos mediante los cuales las mujeres migrantes retornadas en Puebla acceden a la salud y reconstruyen su vida cotidiana después del retorno?

Este artículo examina cómo las desigualdades de género e interseccionales afectan la salud y la reintegración de mujeres migrantes retornadas en Puebla. Específicamente, busca: 1) identificar barreras institucionales, sociales y económicas en el acceso a la salud; 2) analizar cómo las responsabilidades de cuidado y la división de género influyen en su reintegración; y 3) estudiar las estrategias para ejercer sus derechos ante la falta de apoyos estatales. La hipótesis es que la reintegración se ve afectada por la interacción entre desigualdades de género, precariedad laboral y barreras institucionales, limitando el acceso a la salud y aumentando el desgaste físico y emocional.

La investigación se basó en un enfoque cualitativo con entrevistas a profundidad a 16 mujeres retornadas en municipios del Estado de Puebla. Este método permitió explorar sus experiencias cotidianas y las barreras estructurales y de género que enfrentan tras su regreso.

El estudio retoma a Pessar (2005) y el enfoque interseccional de Hill Collins (2015) para mostrar que las mujeres retornadas no son un grupo homogéneo, sino que viven desigualdades múltiples que afectan su salud y reinserción. Estas perspectivas permiten analizar cómo las responsabilidades de cuidado, la discriminación institucional y las condiciones laborales influyen en sus experiencias. A diferencia de trabajos previos centrados en patrones estructurales (D'Aubeterre, 2012; Giorguli y Bautista, 2019), este estudio se enfoca en la salud de mujeres retornadas, con evidencia reciente en el contexto pos-COVID-19.

En conjunto, el artículo muestra que el retorno no sólo supone un ajuste económico y social, sino también la reconstrucción de la vida cotidiana en trabajo, salud y bienestar emocional.

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

La migración transforma profundamente la vida emocional, social y material de las personas y sus familias. El retorno, lejos de cerrar el ciclo migratorio, abre procesos de reorganización afectiva y reconstrucción del proyecto de vida atravesados por relaciones de poder, desigualdades y

limitaciones institucionales. Analizar estas dinámicas requiere un marco teórico que articule género, salud, vulnerabilidad estructural e interseccionalidad, dado que las mujeres retornadas enfrentan condiciones diferenciadas que moldean su bienestar y su reintegración.

El retorno ya no se entiende solo como el cierre del ciclo migratorio, sino como un proceso continuo que combina rupturas y continuidades transnacionales. Cassarino (2004) y Durand (2016) destacan que exige reorganizar recursos y enfrentar expectativas familiares y comunitarias. En este estudio se define como el conjunto de ajustes socioeconómicos, relacionales y emocionales que las personas realizan al volver a México, visibles en el acceso a empleo y servicios, la reconfiguración de vínculos y la gestión del estrés y el duelo migratorio.

La salud, definida por factores biológicos, sociales, ambientales e institucionales (Navarro, 2004), adquiere matices específicos al analizarse desde el género. Las mujeres migrantes enfrentan mayores obstáculos de acceso, que se intensifican en el retorno por la precariedad económica, las cargas domésticas y la discriminación institucional (Villalón, 2010; Bojórquez-Chapela et al., 2024). En este estudio, la salud se entiende como la capacidad efectiva de acceder a servicios médicos y recibir atención oportuna y digna, observada mediante uso de servicios, barreras administrativas o económicas, calidad percibida y redes institucionales. Desde un enfoque de derecho, y ante la creciente mercantilización de la salud en la región (Díaz, 2021), estas desigualdades evidencian la brecha entre normas y prácticas cotidianas para las mujeres retornadas.

El enfoque interseccional permite entender cómo género, clase, edad, origen étnico y estatus migratorio generan desigualdades específicas en el retorno. En el caso de mujeres jefas de familia, la acumulación de tareas domésticas, administración de remesas, cuidado de hijos y personas mayores, junto con conflictos familiares o riesgos de acoso, intensifica la carga emocional y produce duelos prolongados por la separación y la reorganización familiar. Estos efectos coinciden con estudios recientes que documentan estrés crónico, ansiedad y duelo migratorio persistente en mujeres retornadas en América Latina (Bojórquez-Chapela et al., 2024). En este estudio, la interseccionalidad se operacionaliza identificando cómo estos ejes de desigualdad se expresan en el acceso diferenciado a servicios, la sobrecarga de cuidados y las afectaciones emocionales presentes en los relatos y condiciones materiales de las participantes.

Las desigualdades interseccionales generan afectaciones físicas y emocionales que limitan la integración social y laboral de las mujeres retornadas. Enfermedades crónicas, desgaste por trabajos precarios y falta de atención en salud mental se combinan con barreras institucionales —requisitos documentales, servicios saturados y poca oferta psicológica tras la pandemia (Manchinelly, 2021)—. En este estudio, estas condiciones se reflejan en problemas de salud no atendidos, obstáculos administrativos y limitaciones en la atención que dificultan el acceso a servicios, la reinserción laboral y el sostenimiento de redes de apoyo.

En continuidad con estas brechas, la literatura de género y migración ha prestado poca atención al retorno, especialmente en su relación con la salud y el acceso a derechos. Este vacío limita la comprensión de los procesos de reconfiguración familiar y subjetiva que viven las mujeres al regresar. Los estudios existentes se han concentrado en lo económico o en las redes transnacionales, dejando de lado la salud mental, la discriminación institucional y las trayectorias desiguales de

reintegración (Giorguli y Bautista, 2019). En este estudio, este vacío se aborda mediante tres dimensiones analíticas: las barreras para acceder a servicios de salud, las experiencias de discriminación institucional y las estrategias para reconstruir vínculos y roles familiares tras el retorno.

Este estudio se inserta en ese vacío, aportando una mirada de género e interseccionalidad al recuperar las experiencias de mujeres poblanas retornadas y las estrategias que desarrollan para acceder a servicios de salud y reconstruir su vida cotidiana. Al ofrecer evidencia reciente sobre la relación entre salud mental, cargas de cuidado y discriminación institucional, el trabajo amplía los debates sobre el retorno como proceso de continuidad y ruptura, y visibiliza las tensiones entre los derechos reconocidos y las prácticas que los restringen.

MÉTODOS

La investigación es de naturaleza empírica cualitativa (Montero y León, 2007) y se apoya en la Teoría Fundamentada (TFD). Dado que el objetivo fue identificar las dificultades de acceso a servicios de salud, las experiencias de discriminación institucional y las estrategias de reintegración tras el retorno, se optó por un enfoque cualitativo (Ulin, Robinson y Tolley, 2006), adecuado para comprender la experiencia subjetiva desde la perspectiva de quienes la viven. Este paradigma privilegia la descripción sistemática de la vida cotidiana de las mujeres retornadas, considerando la singularidad de sus trayectorias migratorias, más que la predicción o el control de variables.

Las entrevistas se organizaron por grupos de edad —jóvenes (18-25 y 26-35), mediana edad (36-45, 46-55, 56-65) y mayores de 65 años— para analizar cómo los ciclos vitales influyen en las necesidades y estrategias de las mujeres retornadas. También se consideró el lugar de residencia (rural o urbano), realizando trabajo de campo en tres municipios de Puebla —Mixteca, Sierra Norte y zona metropolitana— con el fin de garantizar un muestreo teórico representativo. Esta segmentación permite comparar creencias sobre salud y enfermedad, identificar deficiencias del sector salud y observar posibles diferencias entre contextos rurales y urbanos.

Se analizaron 16 entrevistas semiestructuradas, 12 rurales y 4 urbanas, a mujeres en los rangos de edad definidos, con al menos dos informantes por perfil. Se aplicó un guion de 21 preguntas siguiendo COREQ (Tong, Sainsbury y Craig, 2007) sobre barreras de acceso a la salud, discriminación institucional y estrategias de reintegración. Las entrevistas (presenciales en domicilios, lugares de trabajo o salas de espera, y por Zoom) duraron en promedio 55 minutos; las participantes otorgaron consentimiento verbal para la grabación (audio/video) y transcripción, y fueron informadas sobre objetivos, uso de la información y anonimato. Las identidades se seudonimizaron mediante iniciales (o “E” si el nombre fue inaudible), número de entrevista y edad.

Se empleó muestreo teórico, adecuado para generar teoría sustantiva mediante un proceso de recolección y análisis continuo propio de la TFD. Bajo este enfoque, en 2021 se realizaron entrevistas en tres municipios de Puebla (Chietla, Puebla y Tlatlauqui). Además de la segmentación por edad y residencia, se incorporaron variables para fortalecer la representatividad: nivel educativo (sin estudios, estudios medios y universitarios, incluyendo estudiantes), maternidad (si eran o no madres) y ocupación a lo largo de la vida (amas de casa o trabajadoras remuneradas), con el fin de analizar su relación con creencias populares en salud y diferencias en los ciclos vitales.

Las categorías de análisis se organizaron conforme a los objetivos del estudio y se centraron en: 1) barreras de acceso a la salud; 2) desigualdades de género vinculadas a la reintegración; y 3) estrategias de afrontamiento y ejercicio de derechos. Dentro de estas categorías se analizaron también las expresiones populares y metáforas utilizadas por las mujeres para describir sus dificultades de acceso a servicios de salud y su experiencia del retorno, considerando diferencias por ciclo vital, municipio y trayectoria migratoria. Se examinaron variaciones en el lenguaje y en las metáforas según edad, contexto rural-urbano y lugar de destino migratorio, así como su relación con experiencias de discriminación institucional y con las estrategias empleadas para reconstruir roles y vínculos familiares.

En este estudio, la categoría de género se entiende como el conjunto de normas, valores, creencias y roles socialmente construidos que definen lo considerado “femenino” y “masculino”. Estas construcciones moldean las expectativas, responsabilidades y posibilidades de las mujeres, influyendo directamente en cómo viven su retorno y su proceso de reintegración social.

En las entrevistas surgieron referencias a emociones asociadas al retorno, especialmente la preocupación por la salud propia y de los familiares, así como el estrés generado por la falta de servicios médicos y las responsabilidades de cuidado. Estas emociones, frecuentemente descritas en la literatura sobre retorno migratorio como manifestaciones de ansiedad y tensión ante escenarios percibidos como inciertos, se consideraron como elementos contextuales que influyen en la experiencia de reintegración, más que como categorías analíticas centrales del estudio (Becerra-García et al., 2007).

El análisis de la información se realizó siguiendo a De la Cuesta-Benjumea C (2007), considerando los pasos propuestos por la TFD Grounded Theory, muy utilizada en el análisis de la información cualitativa (Strauss A.L. y Corbin J., 2002).

Tras la recolección de datos empíricos, se procedió a la codificación o análisis de los datos. Se realizó una preparación de los datos cualitativos, segmentación de los datos, codificación y agrupación de los códigos en familia. La finalización de una entrevista daba paso de manera constante e inmediata a una nueva codificación.

En la codificación inicial se analizaron las transcripciones línea por línea usando, cuando era posible, “códigos en vivo”. Con un muestreo teórico, la recolección y el análisis avanzaron simultáneamente, decidiendo en cada etapa dónde continuar entrevistando. Las experiencias sobre retorno, salud, interacciones institucionales y estrategias de afrontamiento se compararon de forma constante hasta lograr saturación. Entre los códigos más frecuentes destacaron el miedo a perder la salud o no acceder a servicios, el desconocimiento de trámites y la falta de información en salud reproductiva, nutricional y mental, junto con diversas formas de agencia y cuidado. La recolección concluyó al alcanzarse la saturación teórica.

La triangulación de fuentes se realizó con apoyo de Atlas.ti 22, integrando notas de campo y transcripciones con las categorías analíticas y la bibliografía. El estudio siguió los principios éticos de la Declaración de Helsinki: todas las participantes fueron informadas sobre los objetivos del proyecto, dieron su consentimiento informado para la grabación y se garantizó su anonimato y confidencialidad. Como limitación metodológica, se reconoce la dificultad para abordar dimensiones

subjetivas vinculadas al desconocimiento corporal, procesos de enfermedad y, en algunos casos, experiencias de violencia, aspectos que podían generar vergüenza o inhibición en el discurso.

En la siguiente tabla (Tabla 1) se muestran datos de las entrevistas realizadas.

Tabla 1. *Ficha informativa de las entrevistadas.*

#	Código informante	Fecha	Lugar	Edad	Sexo
1	MT1 35	28/02/2021	San Mateo Ozolco, Puebla	35	F
2	RD2 34	23/02/2021	Virtual (Zoom)	34	F
3	E13 37	20/01/2021	Virtual (Zoom)	37	F
4	E24 46	21/01/2021	Virtual (Zoom)	46	F
5	AT5 48	20/01/2021	Virtual (Zoom)	48	F
6	FE6 31	12/02/2021	Virtual (Zoom)	31	M
7	ML7 SE	12/02/2021	Virtual (Zoom)	-	F
8	NM8 61	05/02/2021	Virtual (Zoom)	61	F
9	PG9 SE	24/02/2021	Virtual (Zoom)	-	M
10	RG10 SE	18/03/2021	Calpan, Puebla	-	F
11	TG11 31	04/02/2021	Virtual (Zoom)	31	F
12	TP12 47	17/02/2021	Virtual (Zoom)	47	F
13	F13 42	22/02/2021	San Mateo Ozolco, Puebla	42	F
14	MH14 34	22/02/2021	San Mateo Ozolco, Puebla	34	F
15	NP15 35	28/02/2021	San Mateo Ozolco, Puebla	35	F
16	DI6 41	27/02/2021	San Mateo Ozolco, Puebla	41	F

Fuente: Elaboración propia con datos recuperados de las entrevistas realizadas en el 2021

RESULTADOS

Esta sección presenta los principales hallazgos del diagnóstico en Puebla. Primero, se analizan las barreras institucionales, sociales y económicas que afectaron el acceso a la salud. Después, se examina cómo las responsabilidades de cuidado y la división de género del trabajo condicionaron su reintegración. Finalmente, se describen las estrategias que desarrollaron para ejercer sus derechos ante la falta de apoyos estatales.

1) Identificar las barreras institucionales, sociales y económicas que afectan su acceso a servicios de salud

Las mujeres entrevistadas en Puebla tenían entre 35 y 50 años y migraron a Estados Unidos a edades tempranas, por lo que la mayoría retornó con hijos y más de diez años de experiencia migratoria. En cuanto al estado civil, estaban casadas, en unión libre, separadas o viudas. El 80% solo

cursó educación básica, interrumpiendo sus estudios al migrar y sin retomarlos al volver, lo que se refleja en ocupaciones precarias sin seguridad social. Solo 20% obtenía ingresos propios mediante pequeños negocios; el resto dependía de sus parejas. Muchas vivían con suegros o padres o debían rentar.

Tras el retorno, la mayoría no contaba con seguro de salud y acudía al INSABI o a servicios privados; algunas tenían acceso al IMSS por medio de sus parejas. Varias regresaron con hijos nacidos en Estados Unidos que carecían de nacionalidad mexicana, lo que dificultó el acceso a servicios públicos, especialmente de salud, obligando a atenderse de forma privada hasta completar los trámites de doble nacionalidad.

Las experiencias de acceso a la salud fueron diversas: algunas se sintieron bien atendidas, mientras otras enfrentaron procesos complicados y recurrieron a servicios privados por desconfianza en el sector público, con consecuencias económicas. Al comparar la atención en Estados Unidos y México, señalaron que, aun siendo migrantes irregulares, recibían mejor servicio, mayor calidad y ausencia de discriminación, mientras que en México muchas reportaron haber sido peor atendidas y más discriminadas.

E13 37 [...] “en Estados Unidos sentí que es como que dan más prioridad, y como que yo sentí que allá lo atienden a uno mejor, hasta el personal es más amable. Aquí la verdad cuando me alivié de mi pequeño, incluso la persona me dijo: -pues vaya a aliviar a Estados Unidos-, pero la verdad si hubo discriminación, hubo mal trato aquí”

E24 46 [...] “allá te atienden más rápido, eres como prioridad, aunque llegues, bueno aquí, aunque llegues de emergencia, te hacen esperar, allá no, allá te atienden luego, luego, obviamente las instalaciones son de calidad hay muchísimos más doctores con mejor actitud, es lo que mi mamá dice, pues el servicio en general es mejor, obviamente también es caro, y como no teníamos seguro allá, era el doble de caro”

Entre las mujeres retornadas, un sector de ellas, pertenecen a grupos indígenas y han enfrentado discriminación en México, especialmente al acceder a servicios de salud, en contraste con su experiencia como inmigrantes en Estados Unidos.

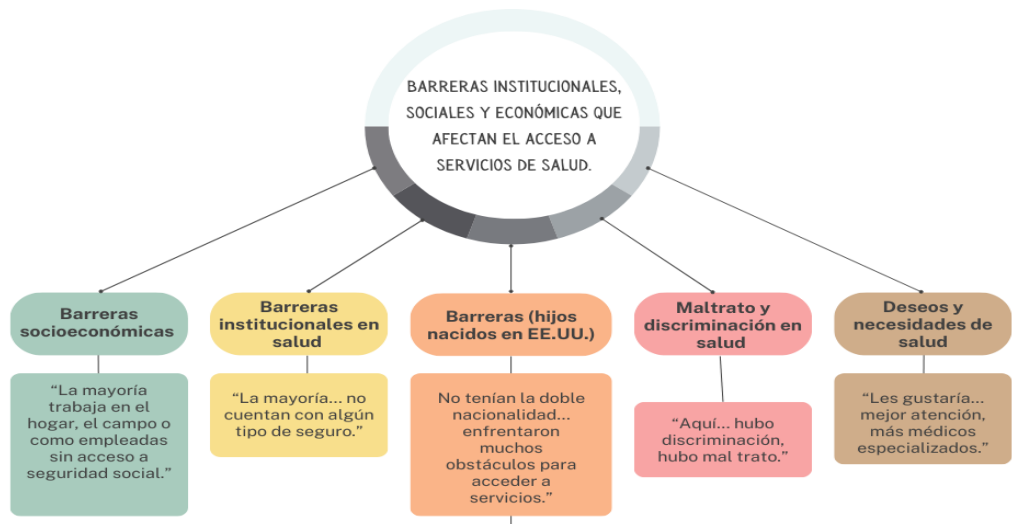
E13 37 [] “Aquí en los hospitales si, las enfermeras luego son muy groseras. Si, por ser indígena cuando vamos a los hospitales... hay discriminación”

Las entrevistadas expresaron perspectivas diversas sobre la planificación familiar: varias no la priorizan debido al maltrato vivido en el sector público y a la falta de recursos para acudir a servicios privados. Todas manifestaron interés en recibir información sobre nutrición y salud, pues consideran que la falta de prevención ha afectado gravemente a sus familias.

Respecto a la pandemia, algunas inicialmente dudaron de la existencia de la COVID-19, pero cambiaron de opinión al ver enfermar y fallecer a familiares y conocidos, lo que generó miedo y estrés. La mayoría modificó sus rutinas y más del 90% no recibió apoyos gubernamentales. Señalaron la necesidad de contar con seguro médico, más especialistas y un trato digno en los servicios de salud. El acceso a la salud de las mujeres retornadas está atravesado por barreras estructurales: falta de documentación, ausencia de seguridad social, precariedad económica y prácticas discriminatorias, especialmente hacia mujeres indígenas. Estas condiciones las llevan a recurrir a servicios privados

costosos y alimentan la percepción de haber recibido mejor atención en Estados Unidos. La pandemia profundizó estas desigualdades, evidenciando las limitaciones del derecho a la salud para las mujeres en retorno.

Figura 1. Barreras Institucionales, sociales y económicas que afectan el acceso a servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia con datos recuperados de las entrevistas realizadas en el 2021.

2) Examinar cómo las responsabilidades de cuidado y la división de género del trabajo condicionan su reintegración

La mayoría de las retornadas se fueron a los Estados Unidos cuando tenían entre 15 y 20 años, eran mujeres muy jóvenes, pero que tenían deseos de mejorar su calidad de vida, por lo que, algunas de ellas partieron porque tenían oportunidad de trabajar, al contar con redes de apoyo en el país vecino. Dentro de los principales destinos se encontraron, Chicago, California y Minnesota. Trabajando en los campos de brócoli y fresa; otras trabajaban en el área de servicios.

Con relación a los motivos principales de su retorno, es importante destacar que fueron por complicaciones en su propia salud o de algún familiar.

E13 37 [] “Ya estábamos la verdad cansados de tanto trabajo en el campo, a veces malos tratos, pues enfermedades también que ya no nos permitía trabajar allá, también por motivos de salud de mi suegra que ya estaba aquí que tuvo un accidente. Pues nos animamos a probar suerte acá en Puebla”

Diversas participantes indicaron que habían regresado con problemas de salud, debido al arduo trabajo en el campo su cuerpo se fue deteriorando con el tiempo.

E13 37 [...] “en Estados Unidos cuando tuve a mis dos hijos allá, sufría mucho de la cadera, estar trabajando en el brócoli es cargar, subir cajas, y es un poco pesado, entonces yo también ya sufría bastante de mi cadera, ya no andaba tranquila trabajando por lo mismo de mi cadera”

Otro de los motivos del regreso fue por la salud de algún familiar cercano de las migrantes, por ejemplo, sus madres, sus abuelas, sus suegras u otros parientes cercanos, en donde, ellas como mujeres se sienten responsables de cuidar y hacerse cargo, por lo tanto, deciden volver al país.

E24 46 [...] “regresamos porque la abuelita de mi esposo estaba enferma y el primero me dijo que iba a regresar porque iba a ver a su mamá, él la veía como madre porque ella lo crió. Y llegó el tiempo que me dijo que iba regresar, pero las cosas no pueden ser así porque mi abuelita está enferma, entonces, regresa y ahí vengo yo”

Se encontró el caso de ayuda a un familiar que iba a tener a su bebé, en donde, no había nadie quien la apoyara en ese momento, por lo que, el padre de la retornada, la obliga a volver a México para ayudar a su hermana. Es entonces, que la retornada, no buscaba regresar, sin embargo, de alguna manera fue obligada, para apoyar a su familia.

E24 46 [...] “No me motivó nada, simplemente fue una decisión de mi papá, que mi hermana se iba a aliviar y estaba estudiando estilismo y no tenía con quien dejar a los demás bebés, no tenía confianza con nadie, y por eso me mandaron, yo no decidí irme”

Otros de los motivos por los cuales regresaron las entrevistadas fueron que algunos de sus hijos se encontraban en México. Por lo que, deciden volver para estar con ellos. La reunificación familiar para las mujeres es una de las principales razones por las cuales, ellas como madres o hijas deciden volver.

E13 37 [...] “he compartido más tiempo con mis hijos, eso es lo que sí más he disfrutado, estar con ellos, poderles hacer yo su desayuno y su comida, pues a veces no sabía si comían bien o no comían bien...disfrutar a mis hijos, la verdad”

En conjunto, los hallazgos muestran que las responsabilidades de cuidado, la reunificación familiar y el deterioro físico acumulado influyen en el retorno y condicionan la reintegración de las mujeres. Sus mandatos de cuidado y los problemas de salud, junto con la falta de apoyos institucionales, limitaron su inserción laboral y reforzaron desigualdades de género.

Figura 2. Responsabilidades de cuidado, división de género del trabajo y sus efectos en la reintegración



Fuente: Elaboración propia con datos recuperados de las entrevistas realizadas en el 2021.

3) Analizar las estrategias que las mujeres desarrollan para ejercer sus derechos ante la ausencia de apoyos estatales.

En relación con el tercer objetivo las experiencias recopiladas muestran que la precariedad económica tras el retorno se convirtió en un elemento central de su vida cotidiana. Las retornadas expresaron una profunda frustración frente a los ingresos salariales en México, especialmente al compararlos con los salarios por hora que percibían en Estados Unidos. Mientras que allá podían alcanzar cierta estabilidad económica y adquirir bienes en menos tiempo, el contexto laboral mexicano les exigía jornadas mínimas de ocho horas para obtener un salario significativamente menor. Esta disparidad no solo afectó su bienestar material, sino que también las llevó a buscar alternativas y diseñar estrategias propias para sostenerse, reclamar sus derechos y reorganizar su vida en condiciones adversas.

D16 41 [...] “Pues de hecho aquí nunca había pedido, no es como allá, allá vas pides trabajo, hay aplicaciones que dan. Y aquí no, aquí hay que comprar, hay que pedir eso. Para pedir trabajo es diferente”

En ausencia de apoyos estatales que garantizaran trabajo digno, las mujeres retornadas recurrieron a distintas estrategias para sostener su reintegración económica. Muchas optaron por el autoempleo, ya fuera como parte de un plan previo al retorno o como única alternativa de ingreso. Otras dependieron de empleos temporales y de tiempo parcial, lo que reducía su estabilidad salarial. Algunas incluso se desplazaron fuera de sus municipios para ampliar oportunidades laborales, asumiendo mayores costos y traslados. Estas prácticas evidencian la combinación de creatividad y vulnerabilidad con la que buscan ejercer sus derechos en contextos laborales restrictivos.

AT5 48 [...] “Solamente los que ocupan te comentan si los quieres ayudar y te dicen que sí, que va a ser una semana o tres días de trabajo, va saliendo el trabajo no con un mismo patrón sino con diferentes personas”

AT5 48 [...]” preguntaba, acá con los amigos, iba a las gasolineras, fui a la tienda Aurrera, fui a Coppel, pero en muchos me decían que ahorita no necesitaban personal y en otros me decían que necesitaba la prepa y la verdad es que yo no termine la prepa y algún otro se me hacía muy mal pagado y muchas horas”

Asimismo, se registró el caso de una entrevistada que intentó ejercer su derecho a la seguridad social solicitando el Seguro de Desempleo en la Ciudad de México. Aunque el programa está diseñado para apoyar la reinserción laboral mediante un incentivo económico y capacitación, el trámite tardó cerca de tres meses en resolverse. Durante ese periodo, la retornada tuvo que buscar empleos temporales para subsistir, evidenciando que, aun cuando existen programas formales, su lentitud y limitada accesibilidad dificultan que las mujeres ejercen efectivamente sus derechos en el proceso de retorno.

TP12 47 [...]” Pues me iba a presentar, aunque perdiera mi tiempo, no importa...en donde leía se solicita persona ahí iba”

El contraste entre perfiles de retorno muestra que, mientras algunas mujeres enfrentaron serias dificultades para acceder a empleo formal, otras avanzaron mediante esfuerzos propios para construir patrimonio y asegurar su reinserción. Estas trayectorias evidencian que, sin apoyos estatales, dependen de recursos personales y comunitarios para ejercer su derecho al trabajo y reconstruir su autonomía económica.

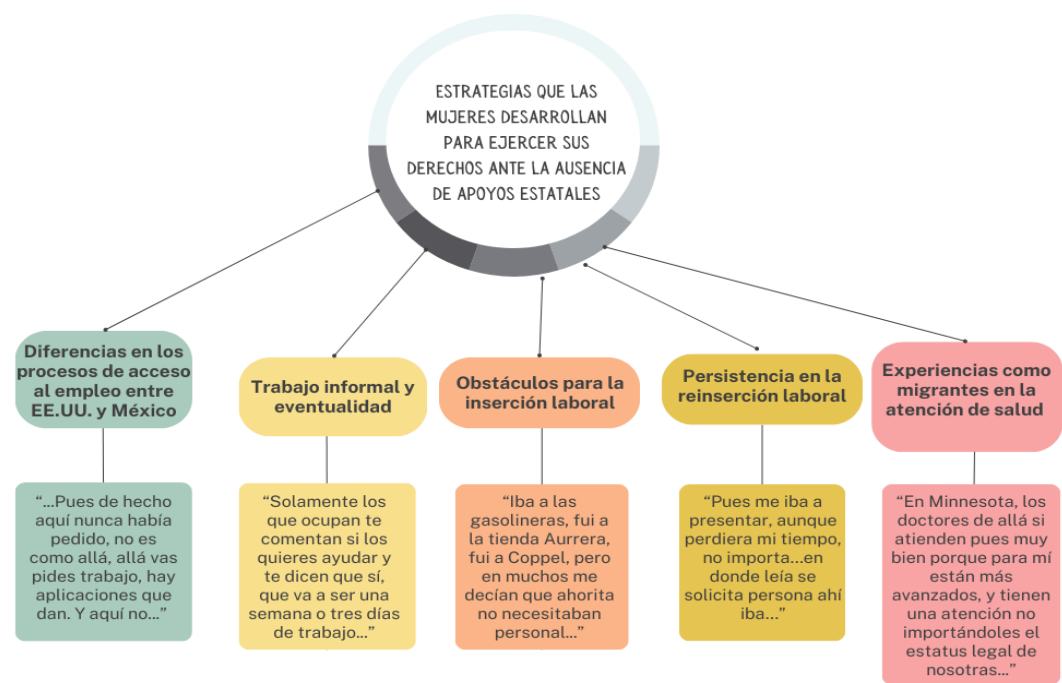
En salud, también debieron generar sus propias estrategias ante la falta de seguro, ya fuera por su estatus en EE. UU. o por no estar afiliadas al regresar. Muchas recurrieron a servicios privados accesibles o recomendados por otras personas migrantes, como clínicas que no discriminaban por falta de documentos. Estas redes fueron clave para resolver necesidades básicas y atender problemas de salud.

E24 46 [...] “En Minnesota, los doctores de allá si atienden pues muy bien porque para mí están más avanzados, y tienen una atención no importándoles el estatus legal de nosotras, de todos modos, lo atienden a uno bien”

En síntesis, los hallazgos muestran que, ante la ausencia de apoyos estatales efectivos, las mujeres retornadas despliegan diversas estrategias para ejercer sus derechos laborales y de salud. El autoempleo, la búsqueda de trabajos temporales dentro y fuera de sus municipios, y la gestión

individual de programas públicos como el Seguro de Desempleo evidencian que la carga de su reinserción recae principalmente en ellas. De manera similar, la atención a su salud depende de servicios privados accesibles o de redes comunitarias, ante la falta de un sistema que las reconozca plenamente. Estas acciones reflejan su agencia, pero también revelan las limitaciones estructurales que restringen su ejercicio efectivo de derechos tras el retorno.

Figura 3. Estrategias que las mujeres desarrollan para ejercer sus derechos ante la ausencia de apoyos estatales.



Fuente: Elaboración propia con datos recuperados de las entrevistas realizadas en el 2021.

Tabla 2. Resumen de resultados

Dimensión analítica	Descripción del hallazgo	Implicaciones para las mujeres retornadas
1.Barreras institucionales y acceso a la salud	Existen obstáculos administrativos (documentación desactualizada), saturación del sistema y ausencia de programas dirigidos a población retornada. La mayoría no cuenta con seguro médico propio; uso de INSABI o servicios privados; IMSS solo vía pareja.	Consultas intermitentes, automedicación, retraso en atención preventiva y mayor riesgo de enfermedades crónicas no diagnosticadas.
2. Sobrecarga de cuidados y reintegración desigual	Tras el retorno, las mujeres asumen de inmediato responsabilidades intensificadas de cuidado (hijos, personas mayores y familiares enfermos). Además, su retorno se debe al cuidado de familiares, algunas mujeres regresan para	Menor disponibilidad para emplearse o continuar tratamientos médicos; aumento del desgaste físico y emocional; reintegración laboral limitada.

	convivir y cuidar a hijos, madres y/o familiares cercanos.	
3. Estrategias frente a la desigualdad y ausencia de apoyos estatales	Las mujeres generan redes informales, gestionan apoyos comunitarios y combinan trabajos precarios con cuidados para sostener el hogar.	Se sostienen mediante resiliencia y agencia, pero operan en condiciones de alta vulnerabilidad estructural y sin garantías de acceso pleno a derechos.

Fuente: Elaboración propia con datos recuperados de las entrevistas realizadas en el 2021.

DISCUSIÓN

El análisis de las mujeres migrantes retornadas es especialmente relevante cuando se observa desde la intersección entre género, salud y condiciones socioeconómicas. Los hallazgos del Centro de Gestión del Conocimiento de la UE y la OIM (2023), así como los estudios de D’Aubeterre (2012) y Giorguli y Bautista (2019), junto con el diagnóstico realizado en Puebla, muestran que las experiencias de retorno se desarrollan dentro de un marco de vulnerabilidades compartidas.

La investigación de la OIM (2023) señala que los hombres retornados suelen enfrentar problemas de salud mental, adicciones y presión para ser proveedores, las mujeres enfrentan mayores dificultades vinculadas a la violencia, la salud reproductiva y el acceso limitado a servicios adecuados, evidenciando el impacto de las desigualdades de género en su salud.

Por otro lado, el estudio en Puebla profundiza esta perspectiva al mostrar que muchas retornaron tras más de una década y con hijos nacidos en Estados Unidos que, al no tener nacionalidad mexicana, enfrentan barreras para acceder a servicios básicos, afectando su bienestar.

En conjunto, los estudios destacan que el retorno implica reorganizar el proyecto de vida en medio de desigualdades laborales, limitaciones institucionales y falta de acceso a servicios de salud, especialmente para mujeres que trabajan en condiciones precarias y sin seguro médico.

Finalmente, las investigaciones muestran que el retorno, desde un enfoque de derechos, es un proceso de adaptación marcado por nuevas condiciones de vida; y que en Puebla, los bajos niveles educativos, empleos precarios y cargas familiares evidencian desigualdades de género que afectan la reinserción.

CONCLUSIONES

El presente artículo permitió cumplir con el objetivo planteado al analizar cómo las mujeres migrantes retornadas en Puebla ejercen su derecho a la salud y enfrentan los desafíos asociados a su reintegración social y laboral. Los hallazgos muestran que estas mujeres se encuentran vulnerables y, a su vez, los obstáculos enfrentados tras su regreso, en materia laboral y de salud. La evidencia confirma la hipótesis inicial: la falta de acceso efectivo a la salud está estrechamente vinculada con la ausencia de documentación oficial, las barreras institucionales y la reducción de servicios, la cual se agravó durante la pandemia de COVID-19, lo que incrementó la precariedad física, emocional y económica de las mujeres retornadas.

En este sentido, desde un enfoque interseccional, el estudio demuestra que el retorno migratorio no constituye un cierre lineal del ciclo migratorio, sino un proceso complejo de reacomodo vital atravesado por género, estatus migratorio irregular, ciclo de vida, precariedad laboral y

responsabilidades familiares. Es así que el retorno se configura como un espacio donde se negocian cuidados, autonomía, bienestar y acceso a la salud en contextos institucionales limitados.

Por otra parte, en el plano empírico, la investigación aporta evidencia novedosa sobre dinámicas poco documentadas, particularmente el papel de las redes comunitarias como sistemas alternativos y en muchos casos como sistemas únicos, de acceso a la salud. Tanto en Estados Unidos como en México, estas redes funcionaron como mecanismos de información, acompañamiento y gestión del cuidado que compensaron la ausencia o insuficiencia de los servicios formales.

Los hallazgos permiten delinear recomendaciones de política pública, como crear ventanillas únicas migrante-salud, capacitar al personal de salud en enfoque de género e interculturalidad, y fortalecer redes comunitarias mediante promotoras de salud migrante. También se plantea impulsar certificaciones laborales que reconozcan competencias adquiridas en Estados Unidos para reducir la precariedad y facilitar la reintegración económica.

No obstante, el estudio presenta ciertas limitaciones. La concentración del análisis en un solo estado dificulta la generalización de los resultados y la dependencia de narrativas autorreportadas puede introducir omisiones o sesgos de memoria. La falta de entrevistas a autoridades del sector salud o migratorio limita, además, la posibilidad de contrastar las experiencias de las mujeres con las perspectivas institucionales. Estas limitaciones abren oportunidades para investigaciones futuras, entre ellas estudios comparativos entre entidades con distintos patrones migratorios, investigaciones longitudinales sobre la reintegración, análisis específicos sobre mujeres retornadas indígenas y afrodescendientes, y estudios que examinen el efecto de la binacionalidad de los hijos en el acceso a derechos.

En suma, esta investigación evidencia que el retorno migratorio de mujeres poblanas es un fenómeno profundamente marcado por desigualdades estructurales, pero también en prácticas de resiliencia colectiva que permiten sostener la vida en contextos adversos. Reconocer esta complejidad es fundamental para avanzar hacia políticas públicas sensibles a la interseccionalidad y orientadas a garantizar el derecho a la salud, la autonomía y el bienestar integral de las mujeres migrantes retornadas en Puebla e inclusive en otros Estados.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, J. F. (2021). Mujeres mexicanas retornadas: Reconfiguraciones en la dinámica familiar / Mexican women migrants returning. Reconfigurations in the family dynamics. *Revista Trace*, 80, 234. <https://doi.org/10.22134/trace.80.2021.754>
- Barrera Bassols, D., & Oehmichen Bazán, C. (2000). *Migración y relaciones de género en México*. GIMTRAP A.C.; UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Célio, E., Rodríguez-Rico, J. L., Dias, H., Bassi, A., Chagas-Bloes, D. A., & Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: Su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 75–81. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539107>
- Bojórquez-Chapela, I., Leyva-Flores, R., Gómez-López, D., Vázquez, E. K., & Cortés-Alcalá, R. (2024). Forced migration and psychological distress among migrants in transit through Mexico. *Salud Pública de México*, 66(2), 173–181.
- Caballero, M., & Ortiz, L. (2022). Salud mental, género y migración en contextos de retorno en México. *Papeles de Población*, 28(114), 45–72.

- Campo-Redondo, M., & Labarca Reverol, C. (2009). La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: Un caso sobre el rol orientador del docente. *Opción*, 25(60), 41–54. <https://redalyc.org/pdf/310/31012531004.pdf>
- Cassarino, J. P. (2004). Theorising return migration: The conceptual approach to return migrants revisited. *International Journal of Multicultural Societies*, 6(2), 253–279.
- Cortés, A., & Manjarrez, J. (2018). *Género, migraciones y derechos humanos*. Bellaterra.
- Cuesta Benjumea, C. de la. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los Cuidados*, 10(20), 136–140.
- D'Aubeterre, M. E. (2012). Empezar de nuevo: Migración femenina a Estados Unidos. Retornos y reinserción en la Sierra Norte de Puebla, México. *Norteamérica*, 7(1). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-35502012000100006
- D'Aubeterre, M. E., & Rivermar, L. (2014). *¿Todos vuelven? Migración acelerada, crisis de la economía estadounidense y retorno en cuatro localidades del estado de Puebla, México*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Delgadillo Aguilar, N., & Ángel Cruz, J. (2018). *Población migrante mexicana de retorno*. Observatorio Mexicano de Movilidad Internacional.
- Díaz, J. V. (2021). *Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud*. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46994>
- Durand, J. (2016). *Retornos: Ensayos sobre migración de retorno*. Universidad de Guadalajara.
- Gandini, L., Lozano, F., Gaspar, S., & Molina, R. (2015). *El retorno en el nuevo escenario de la migración entre México y Estados Unidos* (1a ed.). Consejo Nacional de Población.
- García Zamora, R., & Gaspar Olvera, S. (2017). *Migración de retorno de Estados Unidos a seis estados de México: Hacia la reintegración familiar y comunitaria*. Universidad Autónoma de Zacatecas; Miguel Ángel Porrúa.
- Giorguli, S., & Bautista, L. (2019). *Migración de retorno y derechos sociales: Barreras a la integración*. El Colegio de México; Comisión Nacional de los Derechos Humanos. https://migracionderetorno.colmex.mx/wp-content/uploads/2019/06/COMPILADO_WEBpdf
- Hill Collins, P. (2015). Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*. <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-soc-073014-112142>
- Manchinelly Mota, E. D. (2021). *El acceso a la salud de la migración irregular en México*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).
- Mestries, F. (2013). Los migrantes de retorno ante un futuro incierto. *Sociológica*, 28(78), 171–212. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862.
- Mummert, G. (2010). ¡Quién sabe qué será ese norte! Mujeres ante la migración mexicana. En F. Alba, M. Castillo, & G. Verduzco (Coords.), *Migraciones internacionales*. El Colegio de México.
- Navarro, V. (Ed.). (2004). *Los contextos políticos y sociales de la salud*. Baywood Publishing.
- OIM; Centro de Gestión del Conocimiento de la UE; Samuel Hall. (2023, marzo 8). *La realidad de los migrantes retornados y sus necesidades de salud según su género*. IOM Blog. <https://weblog.iom.int/es/la-realidad-de-los-migrantes-retornados-y-sus-necesidades-de-salud-segun-su-genero>
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Promover una migración equitativa: Estudio general sobre los instrumentos de los trabajadores migrantes* (1a ed.). Oficina Internacional del Trabajo.

- Pedone, C. (2013). Familias que trascienden fronteras. En C. Pedone & S. Gil Araujo (Coords.), *Políticas públicas, migración familiar y retorno de la población migrante latinoamericana en Cataluña* (pp. 33–42). Consorci Institut d'Infancia i Món Urbà.
- Pessar, P. (2005). Reunión del grupo de expertos sobre migración internacional y desarrollo en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. <https://www.migrationpolicy.org/article/mujeres-migrantes-en-trnsito-y-detenidas-en-mexico>
- Rendón, E. (2017). Migración: Un modelo para el retorno. *Nexos*.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia.
- Tenorio, De la Sierra, & Montañez. (2020). Acceso a servicios de salud en población migrante mexicana en Estados Unidos antes y después del Affordable Care Act. *Migración y Salud*, 2. Ciudad de México.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. (2006). Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos. Organización Panamericana de la Salud.
- Villalón, R. (2010). *Violence Against Latina Immigrants: Citizenship, inequality, and community*. NYU Press.
- Woo, O. (2007). Las mujeres migrantes: Población vulnerable por su condición de género. En *Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México* (pp. 54–63). Instituto Nacional de las Mujeres.