



**FLACSO**  
MÉXICO

**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales  
Sede Académica México**

**Maestría en Población y Desarrollo  
VIII Promoción  
2008-2010**

**Factores condicionantes del acceso a los servicios de salud  
de las personas migrantes en tránsito. El caso de Tijuana**

**Tesis que para obtener el grado de Maestra en  
Población y Desarrollo  
presenta:**

**María Del Carmen Herrera Bautista**

**Directoras:**

**Dra. Liliana Martínez Pérez (FLACSO-México)**

**Dra. Gudelia Rangel Gómez (Colegio de la Frontera Norte)**

**Agosto, 2010**

**México**

\*Para cursar este posgrado se contó con una beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

## Resumen

El acceso a los servicios de salud de las y los migrantes mexicanos que transitan por la frontera norte de México es un problema social modelado, esencialmente, por el incremento de la vulnerabilidad que genera las circunstancias del cruce fronterizo indocumentado o la condición de expulsados de Estados Unidos de América (EUA). Este estudio investiga el tema en el caso de la ciudad de Tijuana, uno de los principales lugares de cruce y puntos de repatriación de migrantes indocumentados, a partir de entrevistas a actores claves, a migrantes recién repatriados o deportados; y, de la observación etnográfica de los espacios e instituciones de tránsito migratorio. Los resultados más importantes confirman que, durante la travesía para intentar cruzar la frontera y en el retorno obligado, las personas enfrentan fuertes adversidades físicas y psicosociales, lo que provoca necesidades de atención a su salud; así como comprueban la existencia de factores que facilitan (redes personales, sociedad civil organizada, políticas públicas migratorias y programas y servicios de salud) o restringen (redes de tráfico de personas, inseguridad social, migración clandestina, abuso de autoridad, burocratismo, gestión pública ineficaz y falta de presupuesto de los programas para migrantes) el acceso de estas personas a los servicios de salud.

**Palabras claves:** acceso, salud, migrantes indocumentados mexicanos, tránsito frontera norte, sociedad civil, políticas migratorias.

## Abstract

Access to public health services by Mexican migrants who are in transit at Mexico's northern border is a social problem modeled essentially by the increase of their vulnerability due to the circumstances of their undocumented crossing or because of their situation as being expelled from the USA. This research explores the case of Tijuana, one of the main crossing points as well as one of the main repatriation spots for undocumented migrants. Data were collected using ethnographic observation of spaces and institutions of transit migration, in-depth interviews and informal conversations with key actors and undocumented migrants recently repatriated or deported from the USA. The most important findings confirm that during their journey in an attempt to cross the border and during the enforced return, people face harsh physical and psychosocial hazards that produce the need to have health care. Findings also prove the existence of factors that facilitate or limit people's access to public health services --while personal networks, organized civil society (OSC), migrant public policies, and programs and health services facilitate, human trafficking networks, social insecurity and clandestine migration, authorities' abuse, bureaucratic practices, ineffective public management, and lack of budget of the program for migrants limit these persons' access to public health services.

**Keywords:** access; health; undocumented Mexican migrants; transit; northern border; civil society; migration policies.

A mi padre a quien admiro y quiero profundamente.

A la memoria de mi madre, siempre en mi corazón.

A Marisa, Luchi, Juan, Lilia y Rosa.

## Agradecimientos

A la FLACSO México por la confianza y respaldo para mi formación en la maestría. A todas las personas de la institución que con sus diferentes tareas colaboraron para este logro. A mis maestras y maestros, particularmente a Liliana Martínez que me guió y acompañó en todo el trabajo académico de tesis; sus inteligentes propuestas y observaciones, así como sus tareas precisas, contribuyeron a mi desarrollo académico; mi sincero aprecio por esa dedicación, aún en momentos de delicada salud. También especial cariño y mi reconocimiento académico a Cecilia Gayet, cuyas valiosas gestiones hicieron posible el trabajo en Tijuana; las enseñanzas de Ceci se extendieron más allá del tema de salud, y aún a la distancia, sus orientaciones fueron centrales para el éxito en campo. Mi estima a Virgilio Partida y Alejandro Alegría, profesores queridos que con paciencia y sencillas explicaciones, nos compartieron conocimientos complejos. Marisol Luna representó alegría y asesoría imprescindible; no imagino la maestría sin su apoyo. A Gabriela Becerril también le guardo cariño, sus creativas tareas aportaron a mi aprendizaje.

A Gudelia Rangel por su respaldo y acompañamiento en el trabajo de campo en Tijuana; mi afecto también para Gabriela, Omar y René. Mi reconocimiento a quienes trabajan por la mejora de las condiciones sociales de las y los migrantes en Tijuana, especialmente a las organizaciones de la sociedad civil. Mi admiración al Instituto Madre Assunta por la sensibilidad y calidad en la atención a las migrantes; en Mary Galván encontré a una excelente y comprometida persona; sin duda, su vocación de servicio, sensibilidad e iniciativas han cambiado positivamente el rumbo de vida de muchas personas. Agradezco a quienes me compartieron tiempo y experiencia con sus entrevistas; especialmente a las y los migrantes en tránsito, razón de ser de este estudio.

A Paula Leite y César Infante por el apoyo y tiempo dedicado en la lectura y revisión de la tesis; sus ideas y comentarios ayudaron a la reflexión y mejoría de la misma.

A mis amigas y amigos queridos; especialmente a Carmen Vidaurri y a Yolanda Ramírez por infundirme alegría y ánimo todo el tiempo; a Alfredo González que me apoyó en la reflexión y debate; a Camilo Vicente por contagiarme de entusiasmo académico; a Amaranta Caballero, poeta que alegró mi estancia en Tijuana; a Paco Sánchez, a Gloria Careaga y a Mercedes Jordán por ser importantes en mi vida.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>Planteamiento del tema y el problema de investigación.....</b>	<b>9</b>
<b>Perspectivas teórico conceptuales e hipótesis de investigación .....</b>	<b>14</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>19</b>
Caso de estudio.....	19
Objetivos de la investigación .....	21
Fuentes y técnicas de recolección de la información .....	22
Dimensiones del análisis de la información .....	24
<b>I. La migración México-EUA: el contexto del tránsito a EUA y del retorno involuntario a México. ....</b>	<b>29</b>
<b>1.1. El fenómeno migratorio.....</b>	<b>29</b>
Algunos enfoques teóricos.....	29
El proceso migratorio: el tramo del tránsito.....	31
El retorno involuntario: devolución de migrantes.....	32
Costos sociales y de salud del tránsito a EUA y del retorno involuntario a México. ....	35
Ciudades fronterizas: entornos complejos para los migrantes. ....	36
<b>1.2. Las cifras de la migración México – EUA.....</b>	<b>38</b>
Flujos y puntos de cruce. ....	38
Características sociodemográficas de los migrantes en tránsito en la frontera norte.....	40
Redes, riesgos y vulnerabilidad: migrantes procedentes del sur. ....	42
Redes, riesgos y vulnerabilidad: migrantes devueltos por EUA. ....	46
<b>Síntesis del capítulo .....</b>	<b>54</b>
<b>II. El acceso a la salud: componente indispensable del bienestar individual.....</b>	<b>57</b>
<b>2.1. Salud: acceso y atención médica.....</b>	<b>57</b>
La salud, evolución del concepto. ....	57
Equidad y accesibilidad en la salud.....	59
<b>2.2 Derecho y salud en México. ....</b>	<b>61</b>
Sistema Nacional de Salud. ....	61
El programa “Vete Sano, Regresa Sano” .....	65
Sociedad civil y su vínculo con la salud.....	66
<b>2.3. Los servicios de salud en Baja California. ....</b>	<b>67</b>
<b>2.4. El proyecto “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005” ...</b>	<b>69</b>
<b>Síntesis del capítulo .....</b>	<b>72</b>
<b>III. Migración y salud en la frontera norte: el caso de Tijuana. ....</b>	<b>74</b>
<b>3.1. Servicios y programas de protección a migrantes en tránsito.....</b>	<b>74</b>
El proyecto de salud para migrantes de Médicos del Mundo .....	77
Instituto Nacional de Migración: Grupo Beta y Programa de Repatriación Humana.....	80
Secretaría de Salud, Jurisdicción Sanitaria Tijuana: el programa Vete Sano, Regresa Sano y el Hospital General Tijuana.....	82

Subcomité Municipal de Atención al Migrante. ....	86
Los albergues de las OSC: Casa del Migrante en Tijuana e Instituto Madre Assunta.....	87
<b>3.2. La voz de las y los migrantes: vivencias durante el tránsito o el retorno involuntario.....</b>	<b>92</b>
Perfil de las y los entrevistados.....	92
El viaje o el retorno involuntario a Tijuana. ....	93
La estancia en Tijuana.....	94
El intento de cruzar la frontera.....	96
El albergue de las OSC.....	97
<b>3.3. Factores de riesgo y condicionantes del acceso a los servicios de salud.....</b>	<b>99</b>
Carencia de redes, inseguridad, desconfianza y falta de recursos. ....	101
Solidaridad, protección, confianza y calidad. ....	106
<b>3.4. Los padecimientos de salud mental entre migrantes en tránsito.....</b>	<b>109</b>
La repatriación de enfermos mentales notificados. ....	109
La no identificación de repatriados con enfermedades mentales. ....	111
<b>Síntesis del capítulo .....</b>	<b>113</b>
<b>Consideraciones finales .....</b>	<b>115</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>121</b>
<b>Anexo 1. Guía de entrevista para personas migrantes en tránsito .....</b>	<b>121</b>
<b>Anexo 2. Guía de entrevista institucional .....</b>	<b>122</b>
<b>Anexo 3. Guía de observación etnográfica de la institución, del servidor y del migrante entrevistado</b>	<b>124</b>
<b>Anexo 4. Relación de entrevistas.....</b>	<b>126</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>129</b>

## ÍNDICE DE CUADROS, DIAGRAMAS, FIGURAS Y GRÁFICAS

### Cuadros

Cuadro 1. Migrantes procedentes del sur con destino a EUA, según ciudad por la que esperan cruzar, 2002-2007 (porcentaje). .....	20
Cuadro 2 . Eventos de devolución (repatriación o deportación) de mexicanos desde EUA, 2007-2010 ..	21
Cuadro 3. Características sociodemográficas de las y los migrantes, según condición de tránsito. ....	41
Cuadro 4. Migrantes procedentes del sur, según diversas características relacionadas con la elección de la ciudad de cruce. ....	43
Cuadro 5. Migrantes devueltos por EUA, según diversas características durante su estancia en la ciudad fronteriza.....	47
Cuadro 6. Migrantes devueltos por EUA, según diversas características respecto al intento de cruce.....	51
Cuadro 7. Centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria Tijuana.....	68
Cuadro 8. Consumo de alcohol y uso de drogas ilícitas, según procedencia del migrante en tránsito.....	72

### Diagramas

Diagrama 1. Factores condicionantes del acceso a los servicios de salud de la personas migrantes en tránsito.....	26
Diagrama 2. Sistema Nacional de Salud.....	64
Diagrama 3. Actores claves en la atención a personas migrantes en tránsito. ....	75
Diagrama 4. Dimensiones de los factores condicionantes del acceso a la salud. ....	100

### Figuras

Figura 1. Modelo de vulnerabilidad de Rogers .....	16
Figura 2. Principales lugares de cruce en la frontera México-EUA, 2008 .....	39

## Gráficas

Gráfica 1. Migrantes procedentes del sur, según el lugar donde pasarán la noche previo al intento de cruce.....	44
Gráfica 2. Migrantes procedentes del sur, según sus antecedentes de estancia en la ciudad fronteriza.	45
Gráfica 3. Migrantes procedentes del sur, según el apoyo obtenido de sus redes personales. ....	46
Gráfica 4. Migrantes devueltos por EUA, según la razón de elección de la ciudad fronteriza para cruzar. ....	49
Gráfica 5. Migrantes devueltos por EUA, según el lugar donde pasaron la noche antes de emprender el cruce.....	50
Gráfica 6. Migrantes devueltos por EUA, según el principal peligro o riesgo enfrentado durante el cruce. ....	52
Gráfica 7. Migrantes devueltos por EUA, según ayuda recibida ante riesgos enfrentados durante el cruce. ....	53
Gráfica 8. Migrantes devueltos por EUA, según tiempo de permanencia en ese país (porcentaje).....	54
Gráfica 9. Migrantes en tránsito: prevalencia de morbilidad reportada, según lugar de procedencia.....	70
Gráfica 10. Migrantes en tránsito procedentes de EUA, según conocimiento de los programas de salud de México (porcentaje).....	71
Gráfica 11. Migrantes en tránsito procedentes del sur, según conocimiento de los programas de salud de México (porcentaje).....	71

## INTRODUCCIÓN

El tema del acceso a los servicios de salud de las y los migrantes mexicanos ha sido abordado en varias investigaciones; sin embargo, en su mayoría, estos estudios se han enfocado en migrantes que viven en Estados Unidos de América (EUA) o en los que retornan a sus comunidades de origen, por lo que, en general, se conoce poco respecto a los procesos de salud durante el viaje y, en particular, en su punto más crítico: la estancia en la frontera norte de México.

Durante el tránsito, las personas migrantes enfrentan fuertes adversidades físicas y psicosociales que, para algunas, sea por las circunstancias del cruce indocumentado o por su condición de expulsadas de EUA, suponen cambios drásticos en el rumbo de su vida y su bienestar. Así, el entorno complejo de ese período del proceso migratorio incrementa la vulnerabilidad de estas personas en la medida en que están lejos de su casa y de sus familiares y amigos, con escasos recursos y enfrentando múltiples peligros. Por ello, resulta esencial que el Estado mexicano no solo proteja legalmente a las y los migrantes en esta etapa, sino que asegure y facilite, al máximo, su derecho y pleno acceso a los servicios de salud públicos y no lucrativos mientras residen temporalmente en las ciudades fronterizas.

En este sentido, la escasa visibilidad del tema, así como la certeza de que la atención a los grupos vulnerables es prioritaria para el bienestar social, ha sido el incentivo fundamental para realizar este estudio, que considera como migrantes en tránsito a las personas que están de paso en la frontera porque están intentando ingresar sin documentos a EUA o porque fueron expulsados por su condición indocumentada en ese país.

La investigación pretende conocer los factores que favorecen o limitan el acceso a los servicios de salud de las y los migrantes en tránsito en la frontera norte de México, con el objetivo último de coadyuvar a la mejora de las condiciones sociales y de vida de estas personas y al incremento de la efectividad de las políticas públicas de salud hacia este sector de la población, con la consecuente eliminación, o disminución, de los riesgos que deterioran su bienestar.

### **Planteamiento del tema y el problema de investigación**

Desde la perspectiva sociológica contemporánea, gozar de buena salud se relaciona con tener buena condición física y mental, así como con el bienestar individual y la capacidad de producir

y de disfrutar la vida, por lo que supone la consideración de varios aspectos no estrictamente médicos. No obstante, las percepciones, el cuidado y la atención a la salud varían según el conocimiento y la relevancia que cada individuo asigne a ésta, así como de los recursos de que disponga, su nivel de vulnerabilidad, sus creencias culturales, entre otros.

Este abordaje académico del proceso de salud se complementa con la perspectiva de la política pública promovida a nivel internacional al respecto. Así, para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la salud es un derecho humano enmarcado en los principios de justicia social, por lo cual es responsabilidad del Estado proveer sistemas de atención a la salud para toda la población sin distinguir alguno de clase, religión o etnia.

Al respecto, desde 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, en su artículo 25, señala:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social (ONU, 1948).

Sin embargo, a más de sesenta años de la aprobación de este acuerdo internacional, persisten inequidades en el acceso a los servicios de salud en muchas regiones del mundo. Así, en la mayoría de los países, la salud es un derecho exclusivo de sus ciudadanos y, en muchas ocasiones, la seguridad social depende de las condiciones laborales. Asimismo, las diferencias de género, raza, educación, condición socioeconómica, entre otras, son determinantes sociales que influyen en la marginación o exclusión del citado derecho.

En México, el derecho a la protección de la salud está garantizado constitucionalmente. De este modo, cualquier persona mexicana, en territorio mexicano, tiene el derecho a acceder a los servicios de salud públicos, aunque, en la práctica, subsisten serias limitaciones al ejercicio de este derecho por parte de amplios sectores de la población; en particular, destaca el caso de las personas en situación de pobreza extrema y de las asentadas en zonas rurales con escasa o nula infraestructura de comunicación y servicios públicos.

Asimismo, en los últimos años a nivel internacional se ha observado una mayor intensidad y complejidad en la movilidad poblacional, en la que México destaca con uno de los flujos migratorios más prominentes. En este sentido, se suman a las citadas poblaciones con escaso acceso a los servicios de salud nacionales, el caso de las poblaciones móviles indocumentadas, cuyas características y patrones de desplazamiento las insertan, generalmente, en contextos de riesgo y en condiciones de alta vulnerabilidad.

El fenómeno migratorio mexicano a EUA, que data de más de un siglo, se ha caracterizado por el incremento sistemático en el volumen de sus flujos. A partir de 1970, el crecimiento de la población mexicana en ese país fue exponencial. En ese año, la población estimada fue de 865 mil personas, mientras que, en 2007, había ascendido a cerca de 11.9 millones (Leite, Angoa y Rodríguez, 2009:107). Mucha de esta intensidad migratoria se explica por la Ley de Reforma y Control de la Inmigración (Immigration Reform and Control Act), aprobada en 1986, que permitió la legalización de inmigrantes indocumentados y que, indirectamente, incentivó la inmigración no documentada.

En principio, este flujo migratorio fue abordado con el interés principal de resaltar sus beneficios económicos;<sup>1</sup> no obstante, más recientemente, los estudios sobre el mismo han comenzado a dirigir la mirada hacia sus costos sociales; es decir, las pérdidas humanas durante el cruce indocumentado en la frontera, el deterioro de las condiciones de vida de las poblaciones en tránsito, la ausencia del acceso a la salud de los migrantes residentes en EUA, la discriminación que sufren en ese país, entre otros.<sup>2</sup>

Asimismo, tradicionalmente, los estudios de migración se concentraron en explorar las condiciones de expulsión del lugar de origen y las consecuencias del proceso migratorio en el lugar de destino;<sup>3</sup> sin embargo, poco a poco, las aristas y dinámica del fenómeno han requerido

---

<sup>1</sup> Ejemplo de ello es la amplia literatura sobre remesas producida desde hace más de una década. En este sentido, Adelman y Taylor (1990); Durand, Massey y Parrado (1994); Canales (2006); y, Tuirán, Santibáñez y Corona (2006) son algunos de los trabajos destacados en el tema.

<sup>2</sup> Los trabajos de Cornelius (2001) sobre muertes en la frontera; de Castillo (2005) en derechos humanos y migración; de Bustamante (2006) respecto a vulnerabilidad y migración; de Leite y Ramos (2008) sobre migrantes *devueltos*; así como las publicaciones de CONAPO (2005) y del Instituto Nacional de Salud Pública (2008) en temas de salud en el contexto de la Migración México- EUA son una muestra del abordaje de éstas problemáticas.

<sup>3</sup> Algunos ejemplos son los estudios de Durand y Massey (2003) y Durand (2005); autores que han analizado la historia de la migración mexicana a EUA desde un enfoque de las condiciones sociales, revisando las regiones mexicanas de mayor expulsión, así como la distribución geográfica de las personas en EUA, entre otros aspectos.

poner mayor atención en el carácter circular del proceso, las características y consecuencias del retorno y el tránsito migratorio.<sup>4</sup>

Las nuevas aproximaciones al fenómeno permiten resaltar los cambios del patrón migratorio y su creciente complejidad, especialmente en lo que se refiere a las condiciones del cruce en la franja fronteriza, que se han tornado cada vez más difíciles, entre otros puntos por la mayor vigilancia en la frontera así como por la construcción del muro de concreto por parte de EUA. Estos obstáculos han propiciado la exploración de nuevas rutas de ingreso cada vez más peligrosas, en la medida que implican cruzar el desierto, zonas montañosas, ríos caudalosos, además de incrementar el costo de la contratación de guías de redes clandestinas, que garantizan cada vez menos la integridad personal. Al respecto, Durand y Massey describen esa transformación:

Lo que era una línea imaginaria, o a lo más, una malla de alambre, se convirtió en un muro infranqueable y, como suele suceder con los obstáculos, la gente empezó a rodearlo. El cruce subrepticio de la frontera, que era relativamente fácil, barato y seguro, se convirtió en una pesadilla, con un alto costo monetario para los esmirriados bolsillos de los migrantes y un inaceptable costo en vidas humanas (Durand y Massey, 2003:5-6).

Por otro lado, las repatriaciones o deportaciones de EUA, sustentadas en la Ley de Inmigración y Nacionalidad (Immigration and Nationality Act, 2010), se han incrementado a raíz de las últimas reformas<sup>5</sup> y ha endurecido, aún más, las condiciones de vida de la población indocumentada en ese país, que ahora corre el riesgo permanente a ser detenida y devuelta a México sin mayor protección legal.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> La relevancia actual de estos temas se manifiesta en la presencia de un mayor debate en torno a las mismas. Por ejemplo, Leite *et al.* (2009), abordan el desgaste de la circularidad migratoria, y otros costos sociales. Asimismo, en espacios académicos de reflexión, tales como el ciclo 2010 del Seminario Permanente sobre Migración Internacional del Colegio de la Frontera Norte (COLEF), se incluyeron sesiones de análisis respecto de las múltiples formas e implicaciones del retorno.

<sup>5</sup> Un indicador cuantitativo al respecto son los datos de la Encuesta sobre Migración de la Frontera Norte (EMIF) 2008, cuya muestra ponderada reporta, aproximadamente, 721 000 eventos de devolución al año. Alrededor de 71 000 de esas devoluciones correspondieron a personas que declararon vivir en EUA y cerca de 650 000 fueron de personas que señalaron que vivían en México, por lo que es de suponer que éstos últimos eran migrantes que estaban intentando cruzar de manera indocumentada.

<sup>6</sup> Un ejemplo de endurecimiento y detonador de las detenciones fue la sección 287g de la Ley de Inmigración y Nacionalidad de EUA, aprobada en 1996, que autorizó a los gobiernos locales a ejercer algunas funciones de inmigración. En el mismo sentido, el 23 de abril de 2010, se promulgó en Arizona, EUA, la Ley SB 1070 que criminaliza a las personas indocumentadas y avala que la policía local detenga a cualquiera persona que, por su aspecto, sea sospechoso de ser un inmigrante indocumentado (La jornada, 2010). El trasfondo racista y discriminatorio de esta Ley se evidencia en su objetivo explícito: “The provisions of this act are intended **to work together to discourage and deter the unlawful entry and presence of aliens and economic activity by persons**

Asimismo, como Corona y Huerta (2009) han comprobado, los migrantes mexicanos que fracasan en su intento de cruce o de permanecer en EUA, y que son *devueltos* a algunas de las ciudades fronterizas, son los más vulnerables:

La vulnerabilidad de los devueltos se exhibe justo en el momento en que recuperan su libertad en el lado mexicano, porque generalmente las deportaciones se realizan en una ciudad diferente de la que cruzaron y que para algunos resulta desconocida, donde además no tienen familiares, amigos o conocidos que les ofrezcan hospedaje y alimentación (Corona y Huerta, 2009:98).

Así, el flujo migratorio no solo se ha incrementado sino que se ha complejizado con las problemáticas agregadas por los diversos puntos del recorrido entre el origen y el destino y, especialmente por los puntos de cruce y devolución. En estos últimos, las barreras físicas y legales a la migración internacional han provocado la presencia de grandes grupos de población flotante; mientras, los obstáculos burocráticos a la libre circulación hacen cada vez más persistente el negocio del tráfico de personas y todas las actividades asociadas a ese tipo de delitos, lo que incrementa los riesgos a la integridad de estas personas.

De este modo, es preocupante que, en su propio país, las y los migrantes mexicanos en tránsito, cada vez más expuestos que otros grupos poblacionales a riesgos de salud extremos --a pesar, incluso, de su relativa buena salud, en comparación con otros individuos de su mismo entorno, al inicio del viaje--,<sup>7</sup> enfrenten limitaciones en el acceso a los servicios de salud.

Por ello, considero relevante proponer la **pregunta de investigación** siguiente: ¿qué factores favorecen o dificultan el acceso a los servicios de salud a las personas migrantes en tránsito en la frontera norte de México?

---

**unlawfully present in the United States**"; así como en su espíritu: "For any lawful contact made by a law enforcement official or agency of this state or a county, city, town or other political subdivision of this state **where reasonable suspicion exists that the person is an alien who is unlawfully present in the United States**, a reasonable attempt shall be made, when practicable, to determine the immigration status of the person". La entrada en vigor de la Ley SB1070 está programada para el 28 de julio de 2010.

<sup>7</sup> Corona, Rangel y Macías (2009) consideran que antes de emigrar a EUA, las personas se encuentran relativamente sanas. En su proyecto "Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005" hallaron que 11.1% de los migrantes procedentes del sur padecieron alguna enfermedad un año antes de aplicarles la encuesta; mientras, enfermedades como la diabetes *mellitus* (tercera causa de mortalidad en México) fue reportada como padecimiento en tres de cada diez de los migrantes procedentes del sur. Cfr. Corona, Rangel y Macías (2009:276-283).

A continuación, a partir de los aportes teórico conceptuales encontrados en la literatura y las investigaciones recientes sobre migración internacional y salud, se propone una hipótesis o posible respuesta a esta interrogante.

### **Perspectivas teórico conceptuales e hipótesis de investigación**

Las características más comunes encontradas en las investigaciones sobre las y los migrantes mexicanos en tránsito en la frontera norte de México destacan sus escasos recursos económicos y su bajo nivel de escolaridad, circunstancias que, con relativa frecuencia, han promovido una mirada de este fenómeno desde la perspectiva de las teorías sobre pobreza.<sup>8</sup> Sin embargo, como lo indican algunos autores, más que la pobreza, dada la selectividad del proceso migratorio,<sup>9</sup> lo que parece caracterizar a estos migrantes es su alto nivel de vulnerabilidad, dados los elevados riesgos y la incertidumbre generados por el carácter clandestino de la migración indocumentada en la que participan estas personas.

En relación con la distinción entre pobreza y vulnerabilidad, destaca la interpretación de Robert Chambers (2006), quien sostiene que la pobreza es frecuentemente definida en términos de ingresos o de consumo, de ahí que los programas para superar la pobreza se diseñan para incrementarlos y la medición de la pobreza se hace con indicadores enfocados, precisamente, al ingreso y/o consumo. Mientras que la vulnerabilidad significa indefensión, inseguridad, exposición a riesgos, impactos y tensiones; la vulnerabilidad, más que la pobreza, se vincula con redes de recursos. A diferencia de la pobreza, la vulnerabilidad carece de una teoría desarrollada y aceptada con indicadores y métodos para su medición.

Para Chambers, la vulnerabilidad se refiere a la exposición a contingencias, tensiones, y a la dificultad para hacerles frente. Asimismo, señala que la vulnerabilidad tiene dos aspectos, uno externo y otro interno. El externo refiere a los daños, impactos y tensiones a los que se exponen los individuos y/o los hogares; mientras, el interno se relaciona con la indefensión, entendida

---

<sup>8</sup> Al respecto se ha dado una amplia producción académica. Cornelius (1979) fue de los precursores en el tema. Una revisión reciente del vínculo pobreza-migración en México se encuentra en el trabajo de Zenteno (2006).

<sup>9</sup> A principios de la década del ochenta, varios investigadores resaltaron la selectividad del proceso migratorio y, sin descartar la hipótesis de que los migrantes son pobres, apuntaron que los más pobres no migraban, dado que sus precarias condiciones les impedía asumir, entre otros aspectos, los costos del viaje. Posteriormente, éste debate incluyó la hipótesis de que las personas que suelen migrar cuentan con redes sociales y tienen mejores condiciones de vida en su comunidad. Los estudios de Lourdes Arizpe (1983) y de David Brown (2002) son ejemplos destacados de estas propuestas.

como la falta de medios para enfrentar los daños sin tener pérdidas. El autor señala que las pérdidas pueden adquirir múltiples formas, como debilidad física, pobreza económica y humillación o daños psicológicos (Chambers, 2006:33-34).

Así, el concepto de vulnerabilidad estaría asociado a dos asuntos centrales: la idea del riesgo y su aplicabilidad a las personas, en otras palabras, la posibilidad de que un individuo o grupo de personas estén en riesgo de sufrir cierto daño; y, la noción de que la vulnerabilidad es situacional, es decir que se vincula a un marco de interacción social que puede variar en el tiempo.

En el ámbito de los estudios sobre salud, diversos autores han teorizado en relación con la vulnerabilidad. Tal es el caso de Aday (1994), quien sostiene que las poblaciones vulnerables son las que están en riesgo de pobreza física, psicológica y de salud social. Este autor propone un modelo que incluye dos perspectivas de vulnerabilidad: la comunitaria y la individual, ambas determinadas por las políticas socioeconómicas, así como por las de los cuidados médicos y de salud pública.

Aday plantea que, a nivel individual, la vulnerabilidad se vincula a los recursos personales y sociales, a saber: status social (edad, sexo y raza), capital social (lazos interpersonales) y capital humano (capacidades y calificaciones individuales). Asimismo, afirma que, en este nivel, la vulnerabilidad se relaciona con las necesidades individuales de salud física, psicológica y social. En el caso de la vulnerabilidad comunitaria, el autor considera los mismos componentes indicados para la individual pero con algunas diferencias en su definición. Por ejemplo, capital social refiere a los lazos entre la gente y a la pertenencia, o no, a redes sociales; mientras, capital humano alude a recursos del vecindario como los servicios, los tipos de vivienda, etc.

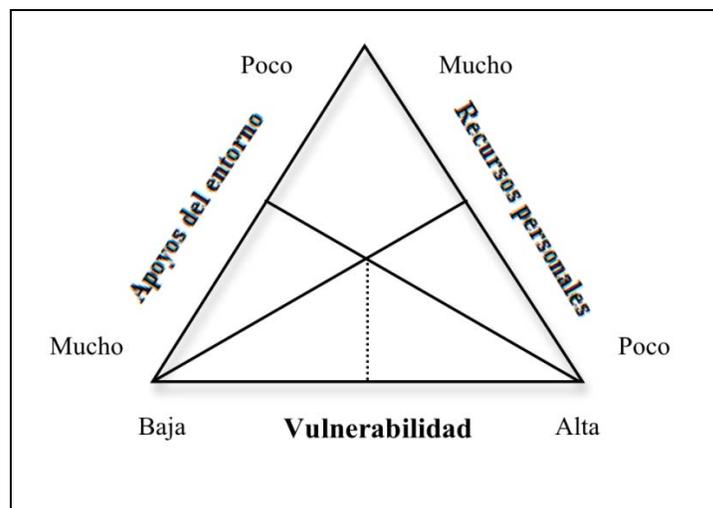
Para Aday, la disponibilidad de oportunidades y la distribución de los recursos en general inciden en los grupos vulnerables; entre los que considera a las madres, los niños, los enfermos crónicos y mentales, los refugiados y los inmigrantes (Aday, 1994:487-493).

Por otra parte, también en el marco de los estudios sobre salud, destaca la propuesta desarrollada por Rogers (1997), quien apunta, primero, el aspecto situacional de la vulnerabilidad, de modo tal que una persona que no es vulnerable en un ambiente puede serlo en otro, lo que ejemplifica con el caso de los entornos de los migrantes. También acota que, aunque todos los individuos son vulnerables en algún momento de su vida, algunas personas tienen

mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud, argumento por el cual el autor señala que la vulnerabilidad depende tanto de los recursos personales como de los del entorno.

En este sentido, Rogers propone un modelo que vincula estas variables, recurriendo a un triángulo equilátero cuya base es la vulnerabilidad y los lados son los apoyos del entorno y los recursos personales. La intersección de éstas variables proporciona el grado de vulnerabilidad de las personas (véase Figura 1).

**Figura 1. Modelo de vulnerabilidad de Rogers**



Fuente: Rogers, 1997; 68.

Por otra parte, en el ámbito de los estudios sociológicos sobre la migración, en particular los que han intentado explicar la persistencia de los flujos migratorios en circunstancias en que las variables económicas resultan insuficientes para entender el incremento e intensidad del proceso,<sup>10</sup> destacan las interpretaciones que resaltan los conceptos de capital y red social; conceptos que, a su vez, puede relacionarse positivamente con las interpretaciones revisadas con anterioridad sobre los recursos personales y sociales que pueden movilizar ciertos sectores poblacionales, como los migrantes, frente a las situaciones de vulnerabilidad.

Según Portes (1999), uno de los máximos exponentes de las interpretaciones sobre capital social aplicado a los estudios de migración, el análisis contemporáneo de este concepto se debe

<sup>10</sup> Para profundizar en la revisión de teorías migratorias y especialmente en el enfoque centrado en redes sociales, véase el artículo de Joaquín Arango (2003:19).

al sociólogo francés Pierre Bourdieu, quien lo definió como “agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimientos mutuos” (Portes, 1999:245), resaltando la importancia del monto y la calidad de éstos recursos.

Con posterioridad, diversos autores incluyeron nuevos aspectos al concepto; por ejemplo, Coleman lo definió por su función, señalando que el capital social facilita cierta acción de los actores en la estructura social y precisó que las fuentes de capital social están en la estructura de las relaciones (introyección de valor, solidaridad circunscripta, intercambio de reciprocidad y confianza exigible), distinguiendo tres funciones básicas del mismo: control social, apoyo familiar y beneficios a través de redes intrafamiliares.

Por último, autores como Portes también han señalado los efectos negativos o adversos del capital social, en la medida en que el fortalecimiento de estas redes puede restringir la movilidad o excluir a los individuos que no se adscriben o cuestionan las normas adoptadas al interior de una red (Portes, 1999: 256-259).

Por supuesto, el concepto de capital social también ha sido abordado desde el ámbito de lo cívico y lo comunitario. En este sentido, Robert Putnam señala que la confianza en las normas sociales facilita la acción, así como la cooperación en beneficio mutuo, propia de las redes u organizaciones sociales (Portes, 1999:243-259).

Así, la noción de confianza social está vinculada, en su sentido positivo, al bienestar social e individual, en la medida en que permite que las personas confíen en extraños o desconocidos; situación que evidentemente también podría conducir a resultados negativos, considerando el oportunismo de las personas (Herreros, 2004: 605-607). En este sentido, como lo demuestra Gambetta para el caso de las mafias en Italia, los que venden protección “tienden a exagerar y manipular el carácter deseable de la misma” (Gambetta, 2007:27); y, aunque puede ser una mercancía auténtica, la relación entre el vendedor y el cliente resulta desigual y, en cualquier momento, puede tornarse en sentido adverso para este último, quien puede convertirse en víctima de extorsión, secuestro, control psicológico o cualquier tipo de abuso (Gambetta, 2007:25-62).

Asimismo, la confianza social se amplía y abstrae hasta convertirse en confianza institucional cuando expresa la confianza de los ciudadanos en las instituciones gubernamentales y en las autoridades. En este nivel, el individuo expresa su confianza o desconfianza institucional

a partir de su re-conocimiento, o no, de las normas institucionales, así como de su experiencia práctica de inclusión-exclusión social.

Según Margaret Levi (1996), la confianza tiene tres elementos que conforman un proceso: un sujeto A que confía en un sujeto B para X acción o cosa; ésta confianza proviene de diferentes fuentes y toma diversas formas de expresión. En el plano institucional, la autora subraya la influencia del Estado para generar y mantener confianza en una sociedad. El cumplimiento de las leyes y de las garantías de los ciudadanos es el atributo más importante para la confianza y la credibilidad en las instituciones.

En el marco del desempeño gubernamental, algunos de los elementos que construyen la confianza --o desconfianza-- de los ciudadanos en las instituciones son la infraestructura, recursos, cobertura y calidad de los servicios que dan soporte y garantizan el bienestar social, así como la burocracia, la rendición de cuentas, el comportamiento ético de las autoridades, entre otros (Levi, 1996: 9-14)

En este debate, Sara Gordon (2005) sostiene que la confianza es un factor fundamental para la cooperación y la coordinación social, que permite resolver problemas de acción colectiva que redundan en mejores niveles de desarrollo (Ostrom y Kahn citados en Gordon, 2005). La autora precisa que la confianza depende de las relaciones entre los involucrados; es decir, se trata de una expectativa construida entre ellos.

Gordon también cita a Luhmann, quien, desde una perspectiva sistémica, propone que “la confianza es un mecanismo que permite a los actores reducir la incertidumbre a través de adoptar expectativas específicas sobre el comportamiento futuro del otro y predecir en alguna medida sus acciones, de manera rutinaria, no necesariamente producto del cálculo”; pero, asimismo, diferencia entre la confianza personal, proveniente de la membresía a un mismo grupo social, y la confianza sistemática, relacionada con un orden social y reforzada por mecanismos legales.

Gordon sintetiza los enfoques de varios autores apuntando al vínculo de confianza y reducción de incertidumbre, a la asociación de confianza con la familiaridad, con identidades y/o características compartidas; también destaca que “la seguridad que proporcionan los mecanismos y estructuras formales, favorece la confianza institucional, ya que ambos restringen el riesgo de la confianza mal depositada” (Gordon, 2005).

Considerando las perspectivas y los conceptos antes mencionados, sería plausible establecer, entonces, la siguiente **hipótesis de trabajo**:

Las personas migrantes en tránsito en la frontera norte de México tienen escasas o nulas posibilidades de acceder a los servicios de salud institucionalizados debido a su alto grado de vulnerabilidad --causado por sus bajos niveles de capital social--, así como a su débil confianza social e institucional --relacionada con la inseguridad social del entorno y su situación migratoria irregular.

Por tanto, la atención médica por daños a la salud física y mental durante el tránsito o el retorno forzado de EUA, resultaría más probable y eficaz en la medida en que las redes sociales --en sustitución de las redes personales y en oposición a las redes clandestinas de tráfico de personas-- movilicen sus recursos sociales y económicos para proteger la integridad de estos migrantes, gestión que dependerá, a su vez, de la confianza que tengan en estas organizaciones las y los migrantes de paso.

De igual forma, las políticas migratorias así como los programas y servicios de salud hacia las y los migrantes en tránsito se convertirán en factores de protección y facilitadores del acceso a los servicios de salud en la medida en que se envistan de una mayor confianza institucional.

En síntesis, la hipótesis de esta investigación pretende poner a prueba el argumento de que el acceso a los servicios de salud de la población objetivo de esta investigación --las y los migrantes en tránsito en la frontera norte de México que se dirigen a EUA sin documentos para ingresar a ese país o que fueron expulsados por su condición indocumentada-- depende, en gran medida, del balance que se establezca entre los recursos personales, la confianza social y los apoyos institucionales.

## **Metodología**

### *Caso de estudio*

Las rutas de los migrantes se vinculan, sobre todo, a la infraestructura de las vías de comunicación de las regiones fronterizas, así como a sus ciudades de origen, al mercado laboral, a las posibles redes familiares en la ciudad destino, entre otros.

De acuerdo con la *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México* (EMIF NORTE), el cruce hacia y desde EUA se realiza por 23 localidades, y las principales ciudades

dentro de las regiones de “paso”, en los más de tres mil kilómetros de frontera norte, son: Tijuana y Mexicali (Baja California); Nogales (Sonora); Ciudad Juárez (Chihuahua); Piedras Negras (Coahuila); Nuevo Laredo, Reynosa y Matamoros (Tamaulipas) (EMIF NORTE, 2007:17-25).

De entre estos ocho núcleos urbanos, la ciudad de Tijuana se ha destacado por ser el cruce fronterizo más transitado del país (Ayuntamiento de Tijuana, 2009). Las cifras de la EMIF NORTE, que desde 2002 capta el lugar por donde la persona intentará el cruce, muestran también a Tijuana como un lugar relevante (véase Cuadro 1).

**Cuadro 1. Migrantes procedentes del sur con destino a EUA, según ciudad por la que esperan cruzar, 2002-2007 (porcentaje).**

	Año					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Ciudad fronteriza de cruce</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>
Mexicali, B. C.	4.01	4.06	1.21	1.20	1.41	1.12
<b>Tijuana, B. C.</b>	<b>15.24</b>	<b>19.96</b>	<b>19.78</b>	<b>15.39</b>	<b>11.55</b>	<b>13.01</b>
Nogales, Son.	22.35	13.59	4.64	5.61	5.82	11.26
Ciudad Juárez, Chih.	4.03	6.45	5.34	3.25	1.94	2.06
Piedras Negras, Coah.	3.67	9.21	13.84	13.33	12.18	5.02
Nuevo Laredo, Tamps.	14.19	7.80	7.12	6.82	5.48	5.59
Reynosa, Tamps.	0.78	1.86	1.64	2.58	0.81	0.99
Matamoros, Tamps.	2.38	3.04	2.56	1.82	1.87	0.55
Otra ciudad (grupo de más de 15)	33.36	34.03	43.87	50.01	58.95	60.40

Fuente: Elaboración propia basada en EMIF NORTE (2002-2008), STPS, CONAPO, INM, SRE y EL COLEF.

Los puntos de repatriación, comúnmente llamados garitas de deportación, son los lugares donde los agentes de la patrulla fronteriza entregan, a las autoridades mexicanas, a las personas aprehendidas en EUA por cruce indocumentado o por estancia no autorizada en ese país. De las aproximadamente veinte garitas que operan en la frontera norte, la de Tijuana, oficialmente llamada “Puerta México”, es la que registra el mayor número de eventos de devolución de mexicanos desde EUA (INM, 2010).

**Cuadro 2 . Eventos de devolución (repatriación o deportación) de mexicanos desde EUA, 2007-2010**

	Año			
	2007	2008	2009	2010 (enero-abril)
<b>Estado / punto de repatriación</b>	<b>514,609</b>	<b>577,826</b>	<b>590,091</b>	<b>192,597</b>
<b>Baja California</b>	<b>213,187</b>	<b>265,099</b>	<b>232,464</b>	<b>73,801</b>
Mexicali I	39,335	40,063	53,269	21,809
Tecate	6	178	240	73
<b>Tijuana, Puerta México</b>	<b>173,580</b>	<b>224,857</b>	<b>178,935</b>	<b>51,919</b>
Garita de Otay	266	1	0	0
<b>Chihuahua</b>	<b>87,194</b>	<b>59,095</b>	<b>53,759</b>	<b>10,109</b>
<b>Coahuila</b>	<b>6,271</b>	<b>13,620</b>	<b>16,631</b>	<b>7,525</b>
<b>Sonora</b>	<b>175,011</b>	<b>174,558</b>	<b>204,985</b>	<b>69,782</b>
Agua Prieta	14,476	7,913	32,593	10,589
Naco	13,584	10,615	18,009	9,191
Nogales Tres	nd	nd	14,057	0
Nogales Uno	129,330	153,736	133,690	44,935
San Luis Rio Colorado	17,621	2,294	6,636	5,067
<b>Tamaulipas</b>	<b>32,946</b>	<b>46,989</b>	<b>71,688</b>	<b>31,380</b>
<b>Distrito Federal</b>	<b>nd</b>	<b>18,465</b>	<b>10,564</b>	<b>nd</b>

Fuente: Elaboración propia basada en datos del INM (2010).

Dado que la población objetivo de esta investigación son los y las migrantes en tránsito en la frontera norte de México, se consideró que la ciudad de Tijuana sería un punto ideal para estudiar los problemas que enfrenta esta población para acceder a los servicios de salud.

#### *Objetivos de la investigación*

Para poner a prueba la hipótesis central de esta investigación fue necesario plantear los objetivos siguientes:

- Conocer los servicios y programas de salud que ofrecen a las personas migrantes en tránsito los distintos niveles de gobierno en Tijuana.
- Conocer las alternativas ciudadanas, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), que ofrecen servicios de atención a la salud para las personas migrantes en tránsito en Tijuana.
- Identificar los factores estructurales que favorecen y limitan el acceso a los servicios de salud de los migrantes en tránsito en Tijuana.

- Identificar los factores personales que favorecen y limitan el acceso a los servicios de salud, institucionalizados o alternativos (OSC), por parte de los migrantes en tránsito en Tijuana.

#### *Fuentes y técnicas de recolección de la información*

Para cumplir los objetivos antes indicados se consideró necesario recolectar tanto información cuantitativa como cualitativa.

En relación con la información de tipo cuantitativa, se revisaron las bases de datos siguientes:

- a) Encuesta sobre Migración de la Frontera Norte de México, 2008 (EMIF NORTE). Específicamente los módulos: “Procedentes del Sur” y “Migrantes Deportados”, con el fin de presentar una aproximación a la magnitud y a la caracterización del flujo de personas con intenciones de cruzar indocumentadamente la frontera México-EUA y del flujo de personas *devueltas* por EUA, por intento de cruce indocumentado o por estancia no autorizada en EUA.
- b) Encuesta de Salud de El Colegio de la Frontera Norte, realizada en el marco del proyecto “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005”.
- c) Bases de datos gubernamentales sobre la infraestructura hospitalaria, servicios y programas de salud pública para migrantes en Tijuana; en particular las del programa “Vete Sano. Regresa Sano”.
- d) Informes y documentos de las organizaciones de la sociedad civil que atienden a las personas migrantes en tránsito en Tijuana; en particular, los de Casa del Migrante en Tijuana, A.C.; el Instituto Madre Assunta, A.C.; y, el de la organización internacional “Médicos del Mundo”.<sup>11</sup>

Asimismo, con la intención de ampliar la base de datos estadísticos y de contexto, así como obtener información cualitativa sobre el tema en cuestión, se diseñaron las guías de entrevistas siguientes:

- a) *Guía de entrevista para personas migrantes en tránsito*. El objetivo de la guía fue recolectar la información sobre las vivencias, los significados y las percepciones de las

---

<sup>11</sup> Entre 2006 y 2007, esta OSC internacional desarrolló en Tijuana y Mexicali un proyecto sobre la situación y el acceso a la salud de los migrantes; mismo que marcó un hito en la atención a la salud de los migrantes en tránsito en Tijuana.

personas migrantes respecto a sus condiciones en el tránsito, enfatizando en las relativas a la salud, así como en los factores que les facilitaron y/o dificultaron su acceso a los servicios de salud. Los apartados del instrumento fueron: a) perfil del entrevistado; b) viaje a Tijuana; c) estancia en la ciudad; d) intentos de cruce; e) estancia en albergue y f) perspectiva de vida. Las preguntas de estos módulos se dirigieron a los aspectos de vulnerabilidad, a partir de los ejes de capital social y confianza social e institucional (véase Anexo 1).

- b) *Guía de entrevista a actores institucionales claves.* Considerando que estos actores claves brindan servicios y/o interactúan con las personas migrantes en tránsito, la guía pretendió, además de recoger la información puntual de los servicios, obtener su perspectiva del fenómeno, a partir de su experiencia en la atención a esta población; especialmente, conocer respecto a las condiciones sociales y de salud, así como los factores que influyen en el acceso a los servicios de salud de las y los migrantes. Los apartados del instrumento fueron: a) perfil del entrevistado; b) funcionamiento y dinámica institucional; y, c) condiciones y opiniones sobre las y los migrantes atendidos (véase Anexo 2).

Por otra parte, con el afán de complementar la información cualitativa obtenida a través de las entrevistas, se realizó observación etnográfica de los lugares de concurrencia de los migrantes en tránsito; a saber, Tijuana, Puerta México, conocida informalmente como garita de deportación de Tijuana, y algunos recorridos de la barda fronteriza que realiza el Grupo Beta Tijuana; así como de las organizaciones y espacios institucionales que albergan o atienden a estos migrantes, tales como la Casa del Migrante en Tijuana, A.C., el Instituto Madre Assunta, A.C., el área de urgencias del Hospital General Tijuana, Grupo Beta Tijuana, Programa Repatriación Humana, Program “Vete Sano. Regresa Sano”, “Médicos del Mundo”, DIF Tijuana (véase Anexo 3).

Durante el trabajo de campo, realizado entre febrero y marzo de 2010 en la ciudad de Tijuana, entrevisté a 16 actores claves --catorce de los cuales resultaron entrevistas en profundidad; y, dos, pláticas cortas-- y a 19 migrantes en tránsito --ocho de éstas en profundidad y once relatos cortos relevantes al problema de estudio. Por consideraciones éticas, se mantiene la confidencialidad de los informantes y por tanto los nombres son ficticios o de pila; en el caso de los actores claves se indica sólo el cargo (véase Anexo 4).

Las personas migrantes entrevistadas fueron seleccionados según los siguientes criterios: adultos que recientemente habían intentado el cruce indocumentado o habían sido “devueltos” a

México por estancia no autorizada en EUA y preferentemente que hubieran experimentado una necesidad de acceder a los servicios de salud. Sin embargo, también influyó la población que se encontraba en el día y la hora que visité los diversos lugares de confluencia y, por supuesto, la disposición de las personas a otorgar una entrevista. Este sesgo en la selección incluye a las y los migrantes en tránsito que se encontraban en la ciudad con la intención de cruzar indocumentadamente pero que, por su propio interés de esconderse y por su relación y dependencia con los polleros o coyotes, no fue posible contactarlos por la dificultad de acceder a los espacios en que se supuso se localizan; por ejemplo, en hoteles o casas de la zona norte de Tijuana.

Los actores claves fueron seleccionados por la relevancia de su trabajo con las y los migrantes. Cabe mencionar que todos los actores claves identificados aceptaron la entrevista, misma que se programó con antelación. Sin embargo, reconozco que, por la limitante de tiempo y por la necesidad misma de acotar este universo, es posible que algunos actores relevantes quedaran fuera de la investigación.

Asimismo, participé en un recorrido de aproximadamente 25 km a lo largo de la barda fronteriza y descendí al cañón del matadero,<sup>12</sup> lo que me permitió conocer, de manera directa, las características del muro y la vigilancia fronteriza de EUA, así como el terreno por el que transitan los migrantes en su intento de cruzar la frontera.

Por último, un evento que también me aportó información de contexto cualitativa, fue mi participación, en calidad de oyente, en una reunión del Subcomité del Migrante de Baja California, en la sala de regidores del Palacio municipal. En ese encuentro, diversos actores claves discutieron respecto a situaciones de distinta índole que afectan a los migrantes de paso por la ciudad, así como algunas propuestas de solución para esos problemas.

### *Dimensiones del análisis de la información*

El procesamiento estadístico de la información cuantitativa disponible en torno al tema se concentró en la producción de resultados descriptivos. Con los módulos de la EMIF 2008 de personas migrantes procedentes del sur y el de personas *devueltas* por la patrulla fronteriza, se

---

<sup>12</sup> El cañón es una cuenca natural colindante con la barda fronteriza que, por sus características, permite a los migrantes esconderse un poco del lado mexicano, por eso algunos intentan, en las tardes o noches, cruzar por ahí hacia EUA.

analizaron magnitudes y características relevantes del flujo de las y los migrantes en tránsito.<sup>13</sup> Particularmente, se reconstruyó un perfil sociodemográfico y se obtuvieron descripciones de variables asociadas a los aspectos de vulnerabilidad, confianza y capital social de las personas. Para acotar a la población objetivo, el flujo del sur se filtró para obtener sólo a los migrantes con destino a EUA y sin documentos oficiales para ingresar; mientras que del flujo de personas *devueltas* se distinguió --con las variables lugar y tiempo de residencia-- a los migrantes que estaban intentando el cruce de aquellos con experiencia de vida en EUA.

Algunos instrumentos de política pública, reportes e informes gubernamentales, así como los documentos de las OSC, se utilizaron como fuentes para describir la infraestructura de los servicios de salud en Baja California y, particularmente, en Tijuana. La revisión de la propuesta normativa de atención a la salud de los migrantes en tránsito expuesta en los documentos del programa “Vete Sano. Regresa Sano” sirvió para contrastarla con la operación del programa en Tijuana, incluyendo los datos proporcionados por la Secretaría de Salud sobre las actividades desarrolladas en el mes de enero, sí como lo observado etnográficamente.

Con el informe de “Médicos del Mundo” se obtuvo un panorama epidemiológico y de la salud de los migrantes en tránsito, a partir de la atención médica brindada, de 2006 a 2007, en los albergues para migrantes de Mexicali y Tijuana, así como en el consultorio ubicado en el punto de repatriación Tijuana, Puerta México, también conocido como garita de deportación San Ysidro-Tijuana. De este documento se pudieron extraer, también, antecedentes cuantitativos y cualitativos sobre el tema del acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito.

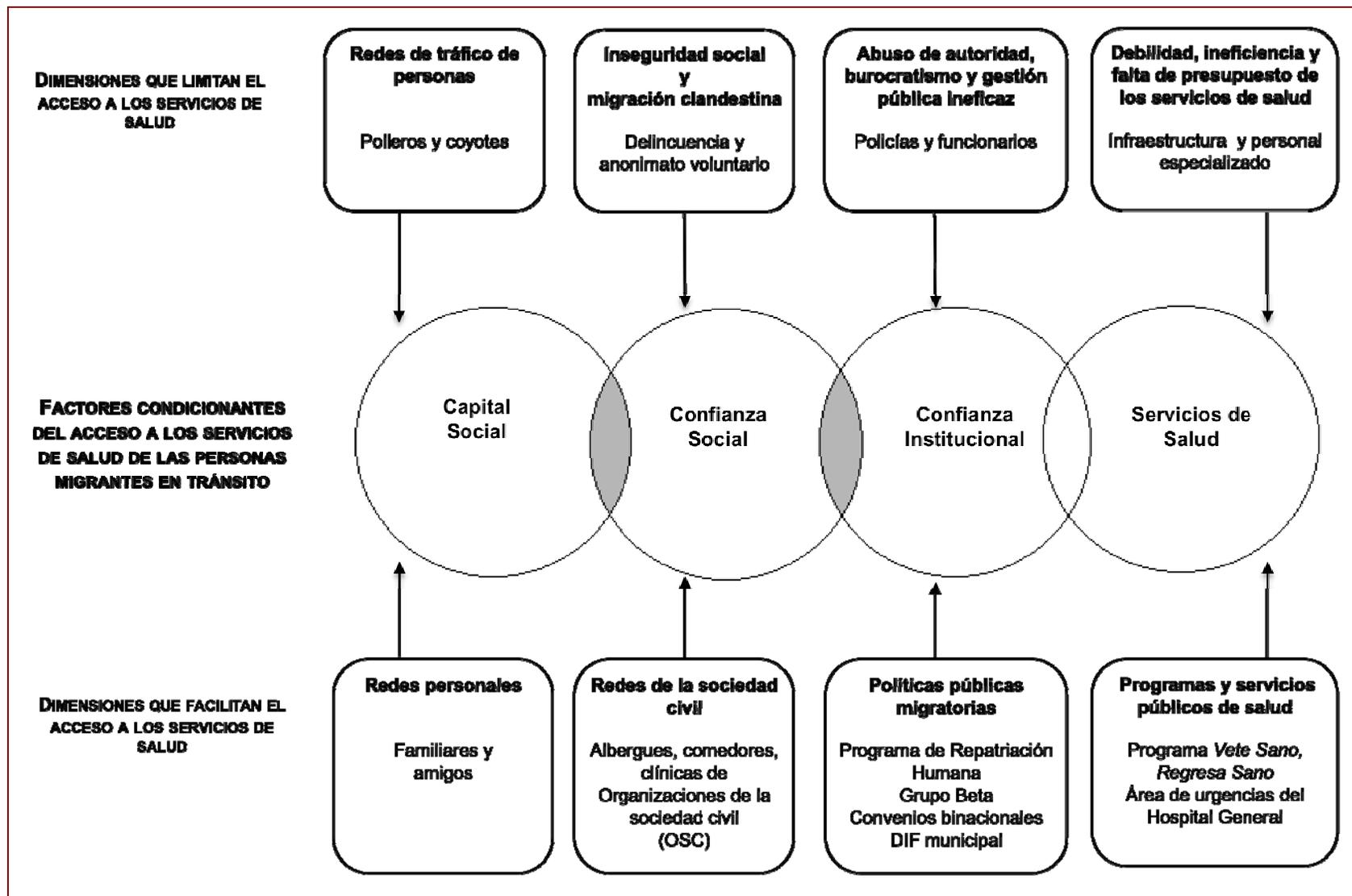
Por último, la información recabada a través de las entrevistas se sistematizó y examinó en función de los factores condicionantes del acceso a los servicios de salud de las y los migrantes en tránsito (capital social, confianza social, confianza institucional y calidad de los servicios de salud) y sus respectivas dimensiones.

Un primer acercamiento gráfico a las relaciones entre los factores condicionantes se esboza en el Diagrama 1.

---

<sup>13</sup> Cabe destacar que el flujo de personas *devueltas* refiere a eventos de devolución, los cuales no corresponden estrictamente por persona, ya que un individuo puede realizar varios intentos de cruce y, de ser aprehendido, podrá tener varios eventos de devolución. En el caso de los migrantes provenientes del sur, podría decirse que el flujo se acerca más al número de personas.

Diagrama 1. Factores condicionantes del acceso a los servicios de salud de la personas migrantes en tránsito



Fuente: Elaboración propia.

Aunque la relación entre los factores condicionantes al acceso a los servicios de salud es compleja, el Diagrama 1 intenta destacar las relaciones más importantes y relevantes del problema de la investigación. En este sentido, el engarce de los factores indica el vínculo entre todos ellos. El capital social facilita los lazos que engendran confianza social y ésta, a su vez, aumenta el capital social de las personas; en el mismo sentido, la confianza social posibilita la confianza institucional. Sin embargo, los enlaces entre capital social y confianza social, así como entre confianza social e institucional, son débiles, lo que se representa en el Diagrama 1 con el color gris, por las circunstancias de precariedad y dificultad de las personas migrantes indocumentadas en tránsito.

Ahora bien, si es posible reconocer la relación que existe entre capital social y confianza institucional, debe entenderse que ésta relación está mediada por la confianza social, dado que un recurso institucional puede llegar a considerarse parte del capital social en la medida en que el individuo confía en la sociedad (confianza social); pero, también, debe considerarse que en el entorno, en la situación, en el que viven los migrantes indocumentados en tránsito, donde buena parte de la confianza social está debilitada, es plausible que la confianza institucional esté en cuestión, de modo que las personas estén más dispuestas a confiar en ciertas instancias sociales, aparentemente neutrales --como las organizaciones eclesiales seculares--, antes que en las institucionales --cotidianamente asociadas a una operación ineficiente-- contrario a lo que podría ocurrir, por ejemplo, en procesos migratorios documentados.

Por otra parte, los servicios de salud públicos a los que pueden recurrir las personas migrantes en tránsito son escasos, especialmente el programa diseñado para esta población --“Vete Sano, Regresa Sano”--, cuya limitación principal es la ausencia de presupuesto público; así, la posibilidad de acceder a servicios está permeada, además, por los factores de capital social, confianza social e institucional; por ejemplo, es más probable obtener una consulta médica si se está en un albergue de una OSC que si se accede a los servicios disponibles en la garita de deportación de Tijuana.

Finalmente, la estructura de exposición de los resultados de la investigación se organizó de la manera siguiente:

El primer capítulo aborda algunos enfoques teóricos sobre migración; revisa, brevemente, el proceso migratorio, enfatizando en el tramo del tránsito así como en las construcciones

sociales sobre *tránsito y retorno*; presenta información de contexto, como los entornos complejos de las ciudades fronterizas y la posible inserción de las personas migrantes en éstos; y muestra algunas cifras de encuestas oficiales que permiten esbozar un panorama respecto a la vulnerabilidad de las personas en el marco de la migración México-EUA.

El segundo capítulo presenta la evolución del concepto de salud; algunos debates sobre los temas de percepción, accesibilidad y equidad en la salud, así como del proceso de atención médica; expone el tema del derecho a la salud en México, revisando, brevemente, la trayectoria del sistema nacional de salud desde la época colonial hasta la actualidad; expone el surgimiento y la participación de la sociedad civil organizada en ámbitos de protección a la salud; proporciona información de los servicios de salud en Baja California, enfocándose en Tijuana. Finalmente se presentan hallazgos de una investigación sobre las condiciones de salud de los migrantes que pasan por la frontera, misma que revisó el uso y acceso a los servicios de salud en sus lugares de residencia.

El tercer capítulo analiza la interacción de los fenómenos de migración en salud en la frontera norte, en el caso Tijuana, describiendo a los actores claves y el papel que desempeñan; y devela los hallazgos del trabajo campo, destacando la voz de las personas migrantes así como los testimonios de los actores claves, con la intención de dar cuenta de las condiciones que favorecen y limitan el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito en esa zona fronteriza mexicana.