



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).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
Planteamiento del tema y el problema de investigación.....	9
Perspectivas teórico conceptuales e hipótesis de investigación	14
Metodología	19
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
I. La migración México-EUA: el contexto del tránsito a EUA y del retorno involuntario a México.	29
1.1. El fenómeno migratorio.....	29
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
1.2. Las cifras de la migración México – EUA.....	38
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
Síntesis del capítulo	54
II. El acceso a la salud: componente indispensable del bienestar individual.....	57
2.1. Salud: acceso y atención médica.....	57
La salud, evolución del concepto.	57
Equidad y accesibilidad en la salud.....	59
2.2 Derecho y salud en México.	61
Sistema Nacional de Salud.....	61
El programa “Vete Sano, Regresa Sano”	65
Sociedad civil y su vínculo con la salud.....	66
2.3. Los servicios de salud en Baja California.	67
2.4. El proyecto “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005” ...	69
Síntesis del capítulo	72
III. Migración y salud en la frontera norte: el caso de Tijuana.	74
3.1. Servicios y programas de protección a migrantes en tránsito.....	74
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
3.2. La voz de las y los migrantes: vivencias durante el tránsito o el retorno involuntario.....	92
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
3.3. Factores de riesgo y condicionantes del acceso a los servicios de salud.....	99
Carencia de redes, inseguridad, desconfianza y falta de recursos.	101
Solidaridad, protección, confianza y calidad.	106
3.4. Los padecimientos de salud mental entre migrantes en tránsito.....	109
La repatriación de enfermos mentales notificados.	109
La no identificación de repatriados con enfermedades mentales.	111
Síntesis del capítulo	113
Consideraciones finales	115
Anexos	121
Anexo 1. Guía de entrevista para personas migrantes en tránsito	121
Anexo 2. Guía de entrevista institucional	122
Anexo 3. Guía de observación etnográfica de la institución, del servidor y del migrante entrevistado	124
Anexo 4. Relación de entrevistas.....	126
Bibliografía	129

II. EL ACCESO A LA SALUD: COMPONENTE INDISPENSABLE DEL BIENESTAR INDIVIDUAL

En el presente capítulo se presenta el concepto de salud, así como algunos debates respecto a la percepción, la equidad y la accesibilidad en la salud; también se abordan elementos que, de acuerdo al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, son necesarios para operacionalizar el derecho a la salud. Asimismo, se presenta el tema del derecho a la salud en México, revisando, de manera breve, la trayectoria de la salud pública desde la época prehispánica hasta el actual Sistema Nacional de Salud. En el mismo sentido, se expone el surgimiento y la participación de la sociedad civil organizada en ámbitos de protección a la salud.

Por otro lado, con la idea de contextualizar esta investigación, se incluye información de los servicios de salud en Baja California y se muestran datos de la infraestructura de la Jurisdicción Sanitaria Tijuana. Finalmente se presentan resultados del proyecto “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005”, una experiencia que documenta condiciones de salud de las y los migrantes de paso por la frontera norte, así como el conocimiento de estas personas respecto a programas de salud en México; investigación que también abordó el uso y acceso a servicios médicos de las y los migrantes en sus lugares de origen y/o de destino y algunos hábitos que resultan factores de riesgo para su salud.

2.1. Salud: acceso y atención médica.

La salud, evolución del concepto.

En la era de la medicina científica, las primeras definiciones sobre la salud centraban su atención en la ausencia de enfermedad. Desde esta visión, “la salud venía definida por la no percepción de enfermedad por parte del médico, la sensación de salud del ciudadano, las causas, circunstancias o condiciones por las que aquélla se produce (determinantes de salud), los criterios políticos, sociales y económicos dominantes y los conocimientos científicos” (Piédrola, 2001:3). El cambio de perspectiva conceptual se delinea en los años cuarentas, cuando Henry E. Sigerist plantea: “la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (Piédrola, 2001:3).

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) asentó en su carta fundacional que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946); concepto que integra holística y positivamente a las personas, tanto en lo individual como en lo colectivo.

Percepción del estado de salud.

La percepción de un individuo con respecto a su salud es de suma importancia, ya que lo conducirá (o no) a la búsqueda de los servicios de salud. Esta percepción, según la OMS, está relacionada con las condiciones socioeconómicas y demográficas de las personas: “Hay que considerar tanto los riesgos como los beneficios para comprender lo que motiva algunos tipos de comportamiento y la razón de que algunas intervenciones sean más aceptables y eficaces que otras. Los factores sociales, culturales y económicos son fundamentales para determinar la percepción que se tiene de los riesgos para la salud” (OMS, 2002).

Así, la percepción de la salud de una persona con altos ingresos será distinta a la de un migrante de escasos recursos, acostumbrado a las carencias y posiblemente a resistir el dolor. Las percepciones dependen de las experiencias personales, familiares y sociales de los individuos. Generalmente, la percepción de salud se relaciona con la capacidad socioeconómica; la salud se considera un bien “costoso”, por lo que los individuos con un mayor grado educativo la vinculan con el costo de oportunidad. En este sentido, Vargas *et al* señalan:

Un individuo con mayor educación posee una mayor expectativa sobre su vida y una mayor comprensión sobre los posibles problemas de salud que pudiera sufrir a lo largo de ella; por lo tanto, presenta un umbral superior de respuesta y mejor cuidado de su salud que lo lleva a percibir con mayor seriedad algunas enfermedades. Por otro lado, los sujetos con bajos o nulos niveles educativos experimentan menor expectativa sobre su futuro y menor entendimiento de las afecciones, soportan más los padecimientos y buscan atención médica sólo cuando resulta inevitable (Vargas *et al.*, 2006:486).

Desde el enfoque de la política pública de salud, Amartya Sen (2002) sostiene que los servicios de salud pública y las estrategias médicas deben incluir, entre otras cosas, cómo los individuos asumen sus estados de salud y enfermedad. Sen observa que una de las complicaciones es que las personas no conciben su estado de salud de acuerdo con las apreciaciones médicas. Por lo general, existen dos puntos de vista, uno interno y otro externo,

que implican un contraste conceptual entre la percepción de salud del paciente y las observaciones médicas. Asimismo, comenta que la mirada médica es, en muchos casos, alejada y poco sensitiva respecto a los estados de salud y enfermedad; de modo que hay decisiones en salud pública que, a menudo, no responden o no consideran la manera en que el paciente está concibiendo su sufrimiento o estado de salud. Por ello, Sen considera que basar la atención de la salud sólo en las percepciones de las personas es fuertemente discutible, ya que una persona puede sentir dolor y, al reconocerlo, intuir una necesidad de salud; sin embargo, la práctica médica debe ir más allá de lo sensorial ante una enfermedad.

Equidad y accesibilidad en la salud.

La equidad en salud deviene de una concepción filosófica y ético-valorativa que se inserta en el marco de las teorías de justicia social. La reflexión sobre el tema se ha dado desde enfoques liberales y utilitaristas que vinculan a la salud con el mercado, pasando por el llamado ideal rawlsiano, que “sitúa el objetivo de la equidad en salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social” (Linares Pérez y López Arellano, 2008:248), hasta la perspectiva igualitarista de Amartya Sen, que plantea esta equidad en función de las capacidades como eje central de justicia y libertad, así como de los derechos sociales, económicos y culturales.

Una discusión que, por su significado, se ha tornado relevante y ha sido retomada por diversos organismos internacionales pro salud es la diferencia entre los términos igualdad y equidad, dado que el primero, a diferencia del segundo, no implica necesariamente justicia. Whitehead apunta que la equidad “no significa que todos deben tener el mismo nivel de salud y consumir la misma cantidad de servicios y recursos, sino que deben considerarse las necesidades de cada uno” (Linares Pérez y López Arellano, 2008:251). La idea que subyace en esta discusión es, de acuerdo con Braveman, la de minimizar las diferencias evitables en los estados de salud y sus determinantes entre grupos de personas con distintos niveles sociales.

Según Whitehead, los principales tipos de equidad que se requieren para alcanzar la igualdad en los servicios de salud son: “a) igualdad en el acceso disponible para igual necesidad, b) igualdad de utilización para igual necesidad (referida a la adecuada distribución de los recursos de salud existentes entre los individuos que lo necesitan), c) igualdad en la calidad de la atención, y d) igualdad en el resultado” (Linares Pérez y López Arellano, 2008:252).

Con respecto al acceso a la salud, la OMS define el concepto “accesibilidad a los servicios de salud” como el grado en el cual los individuos están impedidos o facilitados en sus capacidades para acceder y recibir atención y servicios del sistema de salud. Los factores que influyen en esta capacidad incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras (OMS, 2009).

Asimismo, con la idea de hacer operacionales los conceptos referentes al derecho a la salud, en 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU emitió la Observación General número 14, que señala cuatro elementos básicos:

- a) *Disponibilidad.* Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- b) *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte (no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y acceso a la información).
- c) *Aceptabilidad.* Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- d) *Calidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad (OMS, 2009).

Por otra parte, la utilización de los servicios de salud es un proceso dinámico y complejo, que podría imaginarse como acontecimientos sucesivos a partir del surgimiento de una necesidad, pasando por la decisión de buscar atención médica, así como por la búsqueda y acceso a los citados servicios. Al respecto, Arredondo y Meléndez señalan: “A lo largo de este proceso se identifican como determinantes del deseo de atención médica, aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, la tolerancia al dolor y a la incapacidad, entre otros. Esta sucesión esquemática de acontecimientos es en la que se basan los estudios sobre el uso de los sistemas de salud” (Arredondo y Meléndez, 1992:38).

2.2 Derecho y salud en México.

Sistema Nacional de Salud.

La historia de la preocupación por la salud pública en México se remonta a la época prehispánica. En 1522, tras alzarse vencedor de los aztecas, Hernán Cortés establece medidas higiénicas colectivas para la Ciudad de México, como el reabastecimiento de agua potable, cuyo suministro habían cortado ellos mismos como estrategia militar contra los aztecas. Según Bernal Díaz del Castillo, la primera orden de Cortés “fue que adobasen los caños de agua de Chapultepeque, según de la manera que solía estar antes de la guerra” (Álvarez *et al.*, 1960a:50-59).

Otro documento que da noción de las medidas sanitarias de beneficio colectivo en la época de la colonia, es el de “Ordenanzas de la ciudad de México aprobadas por el Rey D. Felipe V., en cédula de noviembre de 1728”. Alguno de sus fragmentos reza: “Se prohíbe echar basura en las calles, plazas, acequias y pilas; que no se eche agua sucia ni limpia por las ventanas, ni de día ni de noche”. En este tenor se ubican ordenanzas municipales, reglamentos y bandos, entre otros, que dan cuenta del interés sanitario en la época colonial (Álvarez *et al.*, 1960a:50-59).

Al término de la guerra de independencia de México, en 1821, se comienzan a escribir reglamentos, avisos y bandos que, en un estilo similar a los coloniales, abordaban reglas sanitarias que los habitantes debían cumplir o de lo contrario, pagar las multas correspondientes; pero ya en ciertas ordenanzas se distingue el tema de la salud pública,³² así como la asistencia, como objeto de interés de los gobernantes; es decir, emergen ideas como las de beneficencia pública y de servicio social que se enfocan más hacia las personas en lo individual.

Más adelante, en la época del porfiriato se obtienen grandes logros en salud pública: a saber, un código sanitario reformado con mayores y mejoradas disposiciones sanitarias; la ampliación del Consejo Superior de Salubridad; la creación del Ministerio de Salud; la fundación de un hospital para trabajadores, en este caso los ferrocarrileros; la creación del Hospital General, que fortalece la práctica de médicos y enfermeras; y la formación de asociaciones contra enfermedades como la tuberculosis (Álvarez *et al.*, 1960a:203-461).

La revolución mexicana, en su afán por el cambio político y social, pretendió, entre otros aspectos, una mayor y justa distribución de beneficios entre la población de distintas clases sociales. En este contexto, la salubridad mexicana presenta una proyección social, se fortalece la

³² Hay que recordar que estas reglas se crean en un contexto de enfermedades y epidemias.

idea de protección a la salud y la vida de los habitantes del país. Estos pensamientos se reflejan en la Constitución de 1917, destacando tres aspectos de la medicina preventiva y asistencial: 1) conversión del Consejo Superior de Salubridad en un organismo nacional con autoridad jurídica; 2) creación del Departamento de Salubridad Pública; y, 3) un mayor interés, de acuerdo con el Artículo 123, por los trabajadores en su más amplio sentido. También plantea a las personas como sujeto de derecho. De hecho, el Artículo 73, fracción XVI, de dicha Constitución, alude a la salubridad general de la república y dice del derecho a la salud, física y mental (Álvarez *et al.*, 1960b:47-66).

En el mismo sentido, a partir de los años veintes, se inician en el país programas dirigidos a la salud pública, así como la organización de espacios de atención a la población, tales como las *Unidades Sanitarias*, que después se transformaron en *Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia*. Destaca también el contenido respecto a salubridad del *primer plan sexenal*,³³ que incluye presupuesto destinado a salubridad, enfrentar la mortalidad infantil, obligar a los ayuntamientos a construir, ayudados por el gobierno federal y estatal, hospitales y maternidades, entre otros aspectos.

En los años cuarentas, *el segundo plan sexenal* resalta la acción sanitaria como urgente obra social del gobierno y fortalece las acciones al respecto. En particular, en 1942, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y, en 1943, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

En la década del cincuenta, la política sanitaria y asistencial toma en cuenta la situación demográfica del país y las condiciones de pobreza, resaltando las de insalubridad del grueso de la población, en su mayoría rural. Se continúan y amplían actividades preventivas como las campañas nacionales contra diversas enfermedades; se mejora la organización de los servicios y se extienden los centros de salud, identificados como unidades dinámicas de la medicina preventiva y de la asistencia. La salud pública considera, además, la integración de actividades sociales, culturales, económicas y sanitarias; de ahí el surgimiento de diversos programas de bienestar social, especialmente dirigidos a la población rural, con una visión de participación comunitaria en la salud pública (Álvarez *et al.*, 1960b:287-561).

En la actualidad, como parte de las garantías individuales, el Artículo 4 de la Constitución

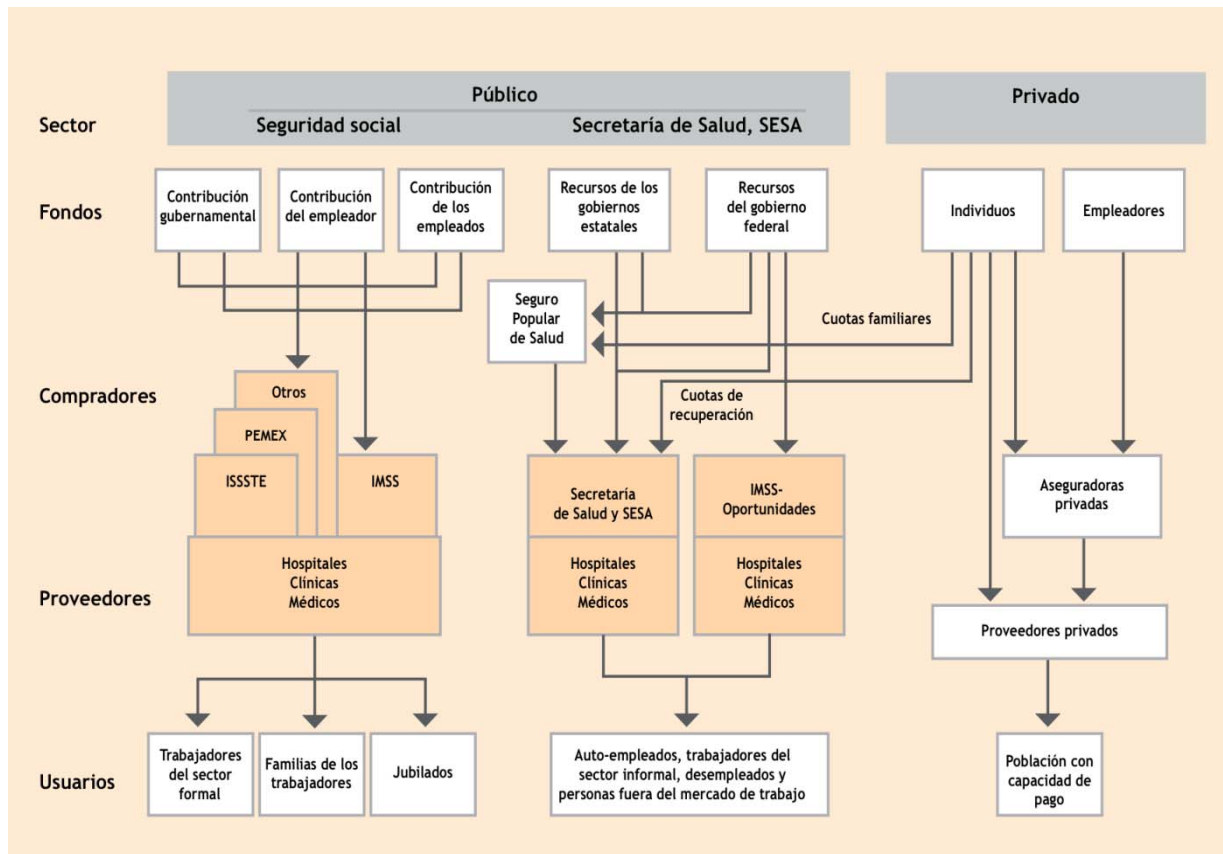
³³ Éste es un plan de gobierno que surge en la segunda convención ordinaria del Partido Nacional Revolucionario, en 1933.

Política de los Estados Unidos Mexicanos señala el derecho a la protección de la salud, indicando: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2009:5). El mecanismo para ejercer esta garantía es la Ley General de Salud, que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; así como los programas nacionales de salud, que dictan las líneas de acción para responder a los retos de equidad, calidad y protección de la salud.

En términos operativos, los servicios se brindan a través del Sistema Nacional de Salud. Éste está constituido por tres tipos de prestadores de servicios: las instituciones de seguridad social, las instituciones dirigidas a la población sin seguridad social y el sector privado. El IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los hospitales de Petróleos Mexicanos (Pemex), entre otros, son instituciones de seguridad social que prestan servicios a sus derechohabientes (trabajadores del sector formal de la economía y sus familias). La SSA, los Servicios Estatales de Salud (Sesa) y el programa IMSS-Oportunidades atienden a la población que no tiene seguridad social; mientras existe una red de servicio de salud sostenida por el capital privado a la que accede la población con capacidad de pago (Secretaría de Salud, 2007:51).

En 2004 se reformó la Ley General de Salud y se insertó un nuevo componente del sector público en salud denominado Seguro Popular de Salud (SPS). El programa se diseñó para ofrecer servicios de salud a las personas de bajos recursos, desempleadas o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social. La afiliación al SPS tiene una cuota de recuperación familiar acorde a la situación socioeconómica de la familia (Secretaría de Salud, 2007:50). Un resumen del Sistema Nacional de Salud y sus diversos componentes puede examinarse en el Diagrama 2.

Diagrama 2. Sistema Nacional de Salud.



Fuente: Secretaría de Salud, 2007: 51.

Ahora bien, las instituciones o programas que atienden a la población sin derechohabencia, están diseñadas para operar básicamente en un esquema local y no consideran el aspecto de movilidad. Situación que repercute directamente en las y los migrantes, quienes en su mayoría carecen de seguridad social ya por su condición de desempleo o por la precariedad de los trabajos que desempeñan, entre otros puntos.

Así, en el universo de excluidos de la seguridad social, que de acuerdo al II Censo de Población y Vivienda, ascendía, en 2005, a 51 402 597 personas en todo el país, cifra que correspondía al 50% de la población nacional, se ubicarían las y los migrantes en tránsito (INEGI, 2010).

El programa “Vete Sano, Regresa Sano”

El Programa “Vete Sano, Regresa Sano” (VSRS) fue creado en el sexenio 2001-2006 con la finalidad de otorgar protección en salud a los migrantes y sus familias, en sus lugares de origen, tránsito y destino. El programa caracteriza a los migrantes como personas vulnerables en salud a causa de las condiciones laborales deficientes y el deterioro de sus redes familiares y sociales. Asimismo, subraya que la pérdida del arraigo conlleva la posibilidad de trastornos psicológicos, como depresión y ansiedad, que, a su vez, incrementan su vulnerabilidad ante otras enfermedades, como las infectocontagiosas, los accidentes, entre otras, y los hace proclives a comportamientos y consumos riesgosos en demérito de su salud (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008:10-14). En este sentido, el programa VSRS expresa como misión:

Articular acciones de promoción de la salud dirigidas a los migrantes como grupo de población particularmente vulnerable, aplicadas en los sitios de origen, tránsito y destino para lograr un estado favorable de salud mediante el abordaje de los determinantes de la salud y la aplicación de un paquete de servicios de promoción de la salud y prevención de las enfermedades durante el fenómeno migratorio (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008:8).

En el sexenio 2007-2012, el Plan Nacional de Desarrollo enmarcó al VSRS en los ejes de “Igualdad de Oportunidades” y de “Grupos Prioritarios”. La vinculación se señaló de la siguiente manera:

El Programa Vete Sano, Regresa Sano contribuye a la política de brindar igualdad de oportunidades mediante los cambios en el ambiente social de los entornos de los migrantes (marcado en el modelo socio-ecológico de promoción de la salud) y a el acceso a los servicios de salud con énfasis en el otorgamiento del paquete de intervenciones garantizadas de Prevención y Promoción para una mejor Salud de los Migrantes, y así garantizarles el derecho a la atención médica en los lugares de origen, tránsito y destino (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008:21).

En concordancia, el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2017 también reconoce la vulnerabilidad de la población migrante y la asocia a los diversos factores de riesgo a los que se expone. Al respecto plantea: “El objetivo del PROSESA para la población migrante es proteger su salud a través de la participación coordinada de las instituciones del sector salud y los sectores involucrados, para ello tiene como actividad principal impulsar una nueva cultura

de promoción de la salud hacia las poblaciones indígenas y los migrantes” (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008:21).

Así, en su propuesta teórica, el documento que sustenta el programa VSRS precisa el marco institucional que otorga el derecho al acceso a la salud a los migrantes; el diagnóstico de salud asociado al fenómeno migratorio; la organización del programa detallando las estrategias, líneas de acción y actividades, así como la de implantación operativa para la ejecución del programa. En esta última, puntualiza la estructura y responsabilidades en los diferentes niveles de gobierno.

A nivel estatal, la operación, evaluación y seguimiento de VSRS corresponde a los Servicios Estatales de Salud, instancia que, además, deberá adecuarlo a las características regionales y locales del fenómeno migratorio; mientras que, las Jurisdicciones Sanitarias, en su papel de unidades técnico-administrativas, son las responsables de “la instrumentación del Programa en todos los ámbitos de su competencia, así como fortalecer las redes de apoyo identificadas por los migrantes a fin de consolidar la participación social en el marco de la salud y migración” (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008:43-44).

Respecto al presupuesto del programa “Vete Sano, Regresa Sano”, el documento rector señala:

- Asignación presupuestal federal y por los propios prestadores de servicios para asegurar la cobertura efectiva.
- Derivación correcta del presupuesto que cada Estado recibe para la operación de este programa, sin desviar estos recursos para otra gestión (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008:51).

Es de resaltar que este abordaje presupuestal se coloca en el apartado de acciones de mejora de la gestión pública del citado documento.

Sociedad civil y su vínculo con la salud.

La historia de la participación ciudadana en acciones de bienestar social en México es larga. En el tema de salud, desde principios de siglo XX, se identifican, por ejemplo, asociaciones contra epidemias o para conformar hospitales, todas ellas de corte asistencial. Sin embargo, aproximadamente a partir de la década del setenta, se conforman grupos para defender y atender intereses colectivos en el ámbito social, surgiendo así las organizaciones de la sociedad civil

(OSC). Estas van más allá de lo asistencial y buscan intervenir en una gran diversidad de temas sociales, como salud, desarrollo comunitario, medio ambiente, derechos humanos, entre otros.

La sociedad civil organizada se identifica como un tercer sector, actor que demanda una gestión pública más responsable y un espacio de interlocución con los gobiernos, entre otros aspectos. Las OSC se han fortalecido por la amplitud de sus contactos, su pertenencia a redes locales, nacionales e internacionales, quienes, en muchos casos, las apoyan financieramente para el desarrollo de sus proyectos; pero, especialmente, las OSC toman relevancia por el reconocimiento ciudadano y su interlocución directa con los beneficiarios de sus iniciativas (OMS, 2001:3-4).

La participación de la sociedad civil en la salud se considera relevante para el fortalecimiento de la salud pública. Las OSC desempeñan un amplio abanico de funciones como son: *a) servicios de salud*, prestar servicios, facilitar la relación entre la comunidad y los servicios; *b) promoción de la salud e intercambio de información*, obtener y divulgar información en salud; *c) formulación de políticas*, promover la equidad y las políticas en favor de los grupos vulnerables y en condiciones de pobreza; *d) movilización y asignación de recursos*, financiar los servicios de salud; y, *e) vigilancia de la calidad de la atención y la capacidad de respuesta*, dar voz a los grupos marginados y promover la igualdad (OMS, 2001:4-9).

En México, una referencia para esbozar el universo de OSC es el Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil. El Registro es la instancia autorizada por la Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil para concentrar toda la información que forme parte o se derive de los trámites de dichas organizaciones. Según esta instancia, en 2008, se habían registrado 8 436 OSC, cuya labor se realiza en diversos ámbitos de acción y en distintas entidades de la República mexicana.

En la base de datos del Registro se identifica a una gama de OSC que trabajan en el área de salud y también a organizaciones que, en distintos temas, atienden a la población migrante en las fronteras mexicanas (Comisión de Fomento de las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil, 2009).

2.3. Los servicios de salud en Baja California.

La descentralización de los servicios de salud en México inició en 1983, cuando el Ejecutivo Federal decretó las bases del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la

Secretaría de Salubridad y Asistencia. En el Estado de Baja California, la Ley Estatal de Salud fue decretada en octubre de 1986 y, en 1997, se creó un organismo público descentralizado del gobierno del estado, denominado Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD).

Esta institución tiene la misión de “Garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud en la población de Baja California facilitando el acceso a los servicios de salud con humanismo, calidad, equidad y participación ciudadana”. Asimismo, la operación de estos servicios es a través de los hospitales generales y los centros de salud y laboratorios dependientes de cuatro jurisdicciones sanitarias: Mexicali, Tijuana, Ensenada y Vicente Guerrero. Estas jurisdicciones cubren los servicios de salud en áreas geográficas específicas; particularmente, la Jurisdicción No. 2 Tijuana abarca los municipios de Tijuana, Tecate y Playas de Rosarito.

En los servicios de salud existen dos vertientes principales de atención: consulta externa y hospitalización. La primera corresponde a atención primaria a la salud y la segunda supone servicios que requieren de hospitalización. La consulta externa se brinda en centros de salud establecidos o en unidades móviles, provistas con equipo y personal médico, que se desplazan a zonas donde no hay centros de salud. Por otro lado, los recursos humanos mínimos para otorgar servicios de salud son un(a) médico(a), un(a) enfermero(a) y un promotor(a) de salud, equipo al que se le denomina “núcleo básico”. En este contexto, los centros de salud de la Jurisdicción Tijuana se presentan en el Cuadro 7.

Cuadro 7. Centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria Tijuana.

Tipo de centro de salud	Núcleos básicos con los que cuenta						
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Ses	Diez
Unidad móvil	30						
Rural	6	1					
Urbano	8	14	6	2	1	1	1
Total	44	15	6	2	1	1	1

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Secretaría de Salud.

Cabe destacar que el centro de salud urbano de diez núcleos básicos se ubica en el centro de Tijuana. Para la atención de segundo nivel, la Jurisdicción Tijuana cuenta con dos Hospitales Generales, el de Tijuana y el de Playas de Rosarito; un centro de salud con servicios de hospitalización denominado Hospital Integral Tecate; y, tres unidades de especialidades médicas (UNEMES).

Con esta infraestructura de servicios se prevé atender a la población local sin seguridad social, que sólo en Tijuana asciende a 543 948 personas, lo que corresponde al 39% del 1 410 687 habitantes de la entidad (INEGI, 2010).³⁴

2.4. El proyecto “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005”.

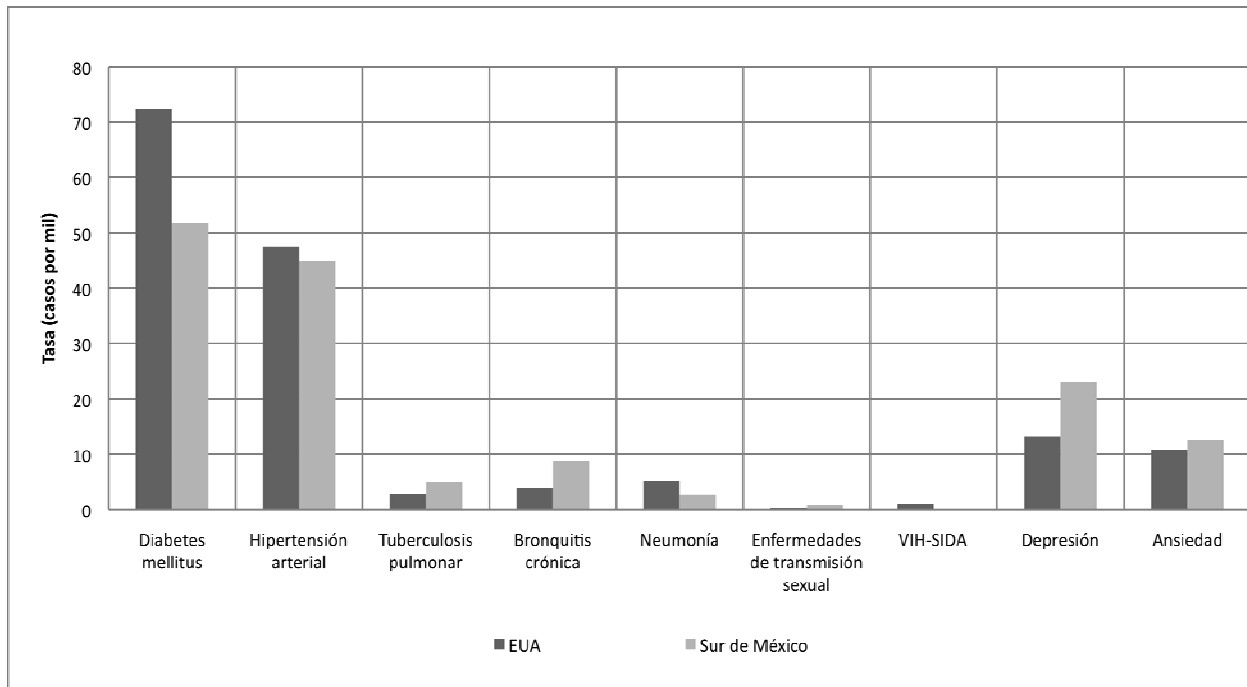
Una experiencia para documentar las condiciones de salud de las personas migrantes de paso por la frontera norte fue el estudio “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005”, el cual también investigó el historial de las y los migrantes en el acceso y uso de los servicios médicos en sus lugares de origen y/o de destino, así como los estilos de vida que inducen a factores de riesgo para su salud y, en particular, el conocimiento de programas de salud dirigidos a personas migrantes.

La encuesta, diseñada bajo la metodología de la EMIF Norte, se aplicó durante un año continuo en tres ciudades de la frontera mexicana: Tijuana, Ciudad Juárez y Nuevo Laredo. Se consideraron dos flujos de migrantes: personas procedentes de EUA y provenientes del sur de México. Para el primer flujo se encuestó a 2 014 personas, lo que correspondió a una muestra ponderada de 339 819; y, para el segundo, a 1 897 personas, lo que equivalió a 594 396 en la muestra ponderada (Corona, Rangel y Macías, 2009).

El proyecto halló que, durante los 12 meses previos a la aplicación de la encuesta, 12.8% de las y los migrantes provenientes de EUA y 11.1% de los procedentes del sur de México padecieron alguna enfermedad (Corona, Rangel y Macías, 2009). La patología más reportada fue la diabetes y, sin menoscabo de un posible sesgo, las menos referidas fueron las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-Sida (véase Gráfica 9).

³⁴ Según datos del II Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI referentes a derechohabiencia.

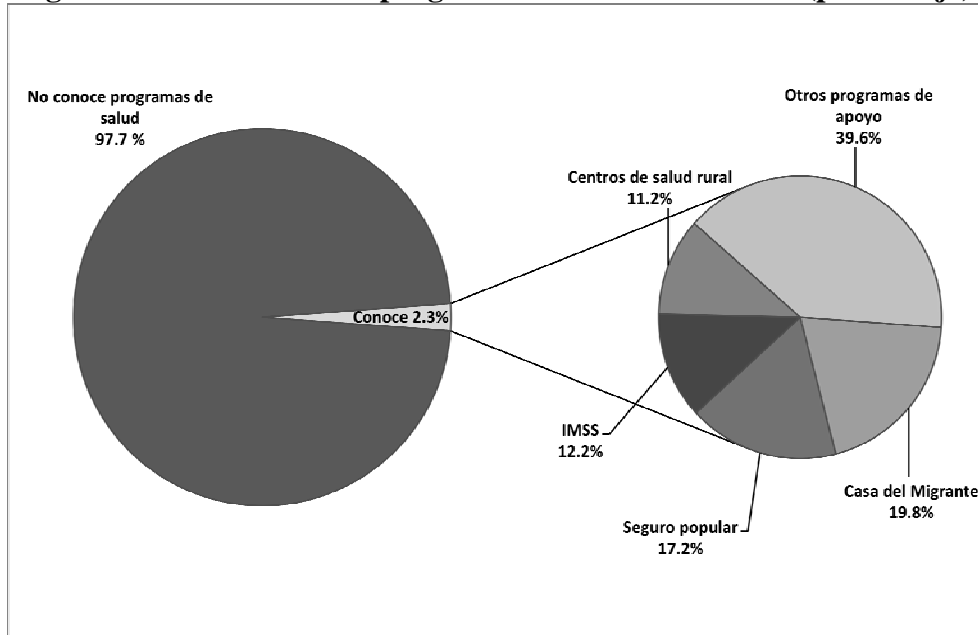
Gráfica 9. Migrantes en tránsito: prevalencia de morbilidad reportada, según lugar de procedencia.



Fuente: Elaboración propia basada en datos del proyecto “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005”.

Los programas de salud o instituciones en México que les pueden brindar atención médica a estas personas migrantes resultaron prácticamente desconocidos; sólo el 2.3% de las y los migrantes provenientes de EUA conocían algún programa de salud en México, proporción que ascendía al 3.4% de los que procedían del sur de México (véase Gráficas 10 y 11).

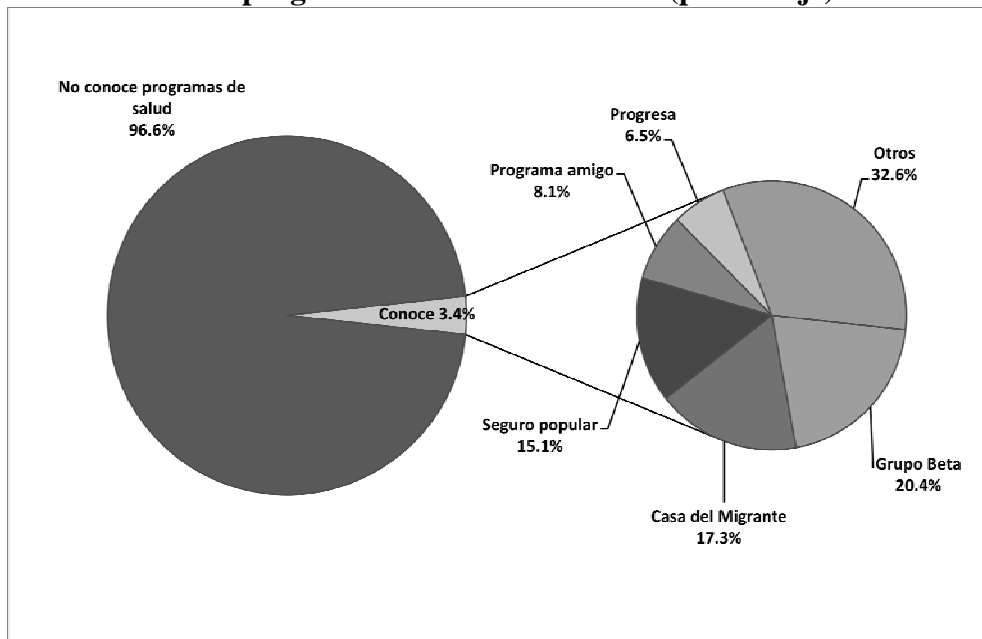
Gráfica 10. Migrantes en tránsito procedentes de EUA, según conocimiento de los programas de salud de México (porcentaje).



Fuente: Elaboración propia basada en datos del proyecto "Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005".

Las personas que conocían algún programa de salud identificaron a la Casa del Migrante, al Grupo Beta, al IMSS y al seguro popular, principalmente (véase Gráficas 10 y 11).

Gráfica 11. Migrantes en tránsito procedentes del sur, según conocimiento de los programas de salud de México (porcentaje).



Fuente: Elaboración propia basada en datos del proyecto "Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005".

El proyecto también identificó factores de riesgo que afectan negativamente la salud, especialmente los relacionados al consumo de alcohol y al uso de drogas ilícitas. Sin dejar de lado la posibilidad de subreporte de las y los encuestados debido al significado de las preguntas, Corona, Rangel y Macías (2009) obtuvieron los resultados expuestos en el Cuadro 8.

Cuadro 8. Consumo de alcohol y uso de drogas ilícitas, según procedencia del migrante en tránsito.

Tipo de consumo	EUA (%)	Sur de México (%)
Alcohol diariamente	4.20	3.00
Alcohol cada semana	21.70	18.90
Marihuana	3.23	1.20
Cocaína	1.05	0.54
Heroína	0.45	0.00
Cristal	1.22	0.67
Otras drogas	0.07	0.13

Fuente: Corona, Rangel y Macías (2009, 278:279)

De las condiciones que afectan la salud, beber alcohol semanalmente es el hábito que sobresale. Y, aunque el uso de drogas ilícitas es aún muy bajo entre los migrantes, los datos muestran la existencia de usuarios ocasionales. Otro aspecto interesante, que se desprende del Cuadro 8, es que las adicciones son más frecuentes en personas que vienen de EUA, salvo en el caso de “otras drogas”, lo que sugiere que la exposición a riesgo de adicciones es mayor en ese país que en México.

Síntesis del capítulo

En este capítulo se abordó el concepto de salud desde la perspectiva de un estado de bienestar físico, mental y social. Considerar la salud en el marco de derechos humanos, además de los civiles, incide en la salud pública, ya que sugiere la inclusión de todos los grupos sociales en el beneficio de la salud y la atención médica, con un enfoque de bienestar individual y colectivo. En este sentido, el Estado debe ofrecer servicios de salud equitativos; y, también, igualdad en la calidad de atención y en el resultado. Asimismo, se esbozó el tema del derecho a la salud en México a partir de la revisión histórica de la salud pública en el país. En principio, las reglas sanitarias de la colonia ya denotaban un interés en el bienestar colectivo; con la Revolución

Mexicana, la salud adquiere un trasfondo más político y social, de ahí que se plasma como derecho en la Constitución Mexicana y se suscribe la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU, reconociendo así a la salud como un principio de justicia social. Del mismo modo, paulatinamente, se va construyendo un Sistema Nacional de Salud para brindar seguridad social y servicios de salud a sus habitantes. En particular, para las personas migrantes, en el sexenio 2001-2006, se crea el programa “Vete Sano, Regresa Sano” (VSRS) con la finalidad de otorgar protección en salud a los migrantes y sus familias, en sus lugares de origen, tránsito y destino. La reconstrucción del devenir del sistema de salud mexicano, así como la revisión del planteamiento teórico del VSRS, permite ubicar los derechos en salud que toda persona mexicana debería estar en condiciones de ejercer, de modo que el desafío es encontrar los factores (condiciones y percepciones) que provocan que el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito sea parcial, fragmentado o no se logre.

La referencia al trabajo de las OSC en el ámbito de salud y en la atención de grupos vulnerables, confirman que son redes sociales valiosas indispensables para las personas migrantes en tránsito. Asimismo, con la idea de contextualizar el caso de estudio de esta investigación, se reconstruyó la organización de los servicios de salud en Baja California. El Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) es la máxima institución a cargo de estos servicios, que operan a través de los hospitales generales, los centros de salud y laboratorios, dependientes de cuatro jurisdicciones sanitarias. Con esta infraestructura de servicios se atiende a la población local sin seguridad social.

Los resultados del proyecto “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005” documentan las condiciones de salud de las y los migrantes de paso por la frontera norte. Al respecto destaca que las enfermedades más reportadas entre los encuestados, procedentes del sur de México y de la EUA, fueron la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial, asunto que lleva a la reflexión sobre las necesidades del acceso a la salud de las y los migrantes en tránsito enfermos crónicos. Asimismo, los resultados muestran un desconocimiento, por parte de ambos tipos de migrantes, de los programas de salud o instituciones en México que les pueden brindar atención médica. Finalmente, de las condiciones que afectan la salud, beber alcohol semanalmente es el hábito que sobresale, y aunque el reporte de uso de drogas ilícitas –que debe leerse con cuidado por el posible subreporte-- es muy bajo entre los migrantes, los datos indican la presencia de usuarios ocasionales.

III. MIGRACIÓN Y SALUD EN LA FRONTERA NORTE: EL CASO DE TIJUANA.

En este capítulo se presentan los resultados del trabajo de campo y se analiza la interacción de los fenómenos de migración y salud en el caso Tijuana. Se inicia describiendo a los actores claves y el papel que desempeñan; luego se presentan los testimonios, sobre los diferentes momentos de su paso por la ciudad fronteriza, así como durante la travesía del intento de cruzar la frontera con EUA, de las personas migrantes entrevistadas. Finalmente, con los elementos anteriores, se analizan los factores condicionantes del acceso a los servicios de salud de las y los migrantes en tránsito.

Como un hallazgo adicional, particularmente una inquietud presentada por los actores claves, se comenta el tema de salud mental de las y los migrantes de paso. Particularmente se alude a la repatriación o deportación de enfermos mentales notificados y la ausencia de mecanismos de identificación de repatriados con síntomas o proclives a enfermedades mentales.

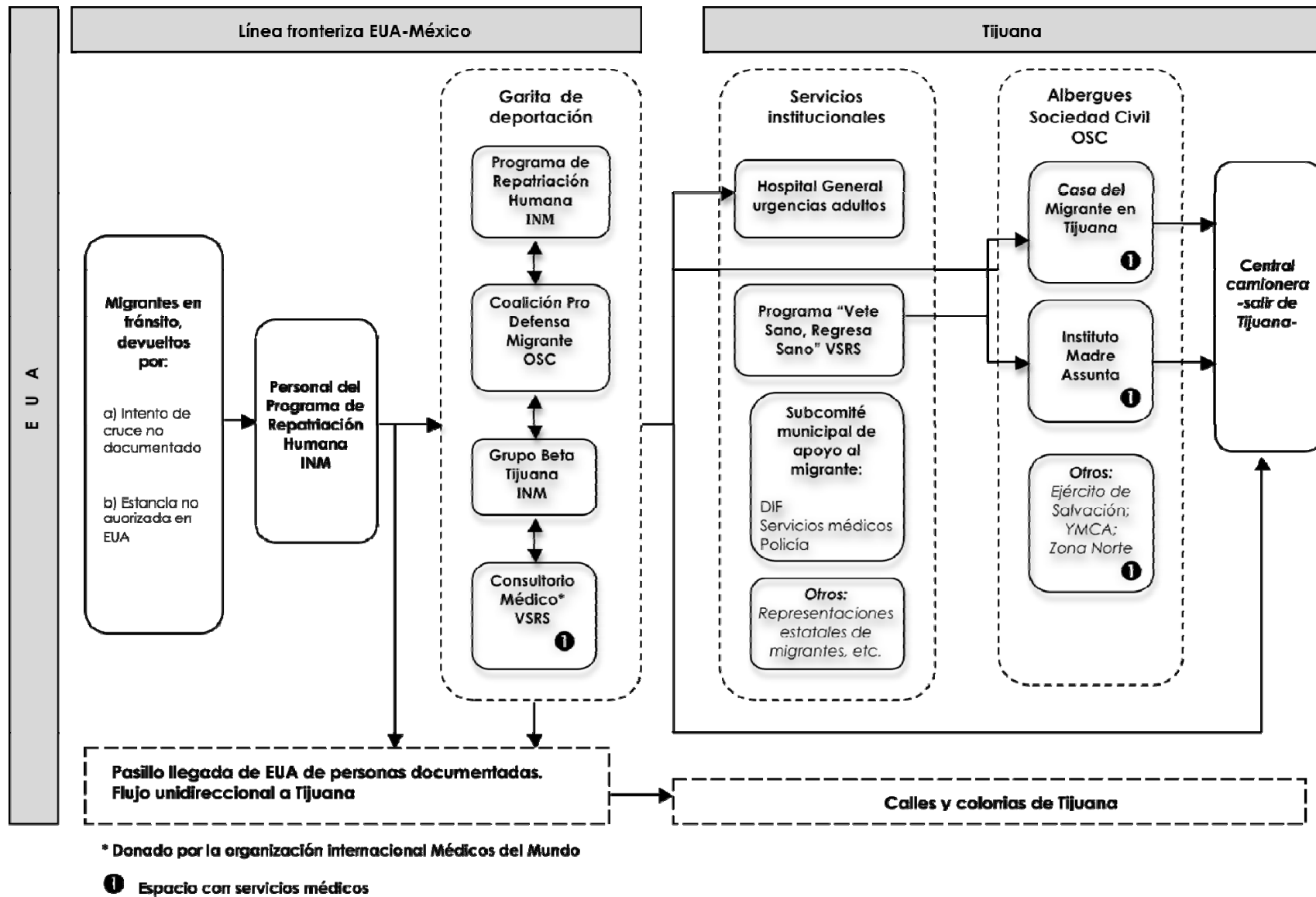
3.1. Servicios y programas de protección a migrantes en tránsito.

En Tijuana, la confianza social e institucional así como los servicios de salud son factores condicionantes del acceso a los servicios de salud de las y los migrantes en tránsito. Las redes de la sociedad civil, las políticas públicas migratorias, y los programas y servicios públicos de salud son dimensiones de protección para las personas y les facilitan el citado acceso.

En este sentido, las organizaciones de la sociedad civil (OSC); el Programa de Repatriación Humana (PRH); el Grupo Beta; el Programa *Vete Sano, Regresa Sano* (VSRS); el área de urgencias del Hospital General Tijuana y el Subcomité Municipal de Apoyo al Migrante son actores claves en la atención a las personas migrantes. Estos actores se vinculan y generan sinergias a favor de las y los migrantes.

Uno de los espacios de confluencia de los actores claves y las y los migrantes es el punto de repatriación *Puerta México*, comúnmente llamado garita de deportación. Este lugar, ubicado en territorio mexicano limítrofe con EUA, es el punto donde los agentes de la patrulla fronteriza de EUA entregan a las personas aprehendidas en EUA por cruce indocumentado o por estancia no autorizada en ese país a las autoridades mexicanas. En el Diagrama 3 se esquematiza la red de actores claves, sus relaciones y las posibles direcciones del flujo de las personas migrantes en tránsito *devueltas* por EUA, a partir de su llegada a la garita de deportación.

Diagrama 3. Actores claves en la atención a personas migrantes en tránsito.



Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en el Diagrama 3, el flujo de las y los migrantes proviene de EUA. Los agentes de ese país los *devuelven*³⁵ a México y son los servidores públicos del PRH los encargados de recibirlos. Así, el primer contacto lo tienen con el PRH, quien verifica sus datos en una lista y les permite la entrada a territorio mexicano. La persona *devuelta* puede entonces dirigirse a la garita, y recibir los servicios que esta brinda, o tomar el pasillo general mezclándose con las personas documentadas que llegan de EUA, y entrar directamente a las colonias de Tijuana.

En la garita, el PRH ofrece a las y los migrantes devueltos un pasaje gratuito a su lugar de origen³⁶ y asistencia jurídica; también se encarga de gestionar traslados de personas con estado de salud crítico al área de urgencias del Hospital General Tijuana.

En las oficinas del Grupo Beta, las personas tienen la opción de hacer una llamada telefónica gratuita y se les entrega una sopa instantánea *maruchan*.

Por otro lado, el consultorio médico de VSRS brinda, en un horario acotado, atención básica en salud.

La OSC Coalición Pro Defensa del Migrante proporciona a las y los migrantes un refrigerio natural y caliente, también les brinda asesoría jurídica y, además, es el enlace con los albergues Casa del Migrante y Madre Assunta, por lo que invita a las personas a trasladarse a esos espacios.

En el Diagrama 3 también se visualizan las intersecciones de los actores claves y las personas migrantes cuando están en Tijuana. El programa VSRS se vincula con los albergues de las OSC ya que, una vez por semana, médicos pasantes contactados por el programa asisten a estos a brindar el servicio de consulta.

Por su parte, el Subcomité Municipal de Apoyo al Migrante, a través del DIF municipal, emite identificaciones temporales para las y los migrantes en tránsito; y, los servicios médicos municipales coadyuvan con el PRH en la atención de las personas *devueltas* notificadas como enfermos mentales.

³⁵ En ese punto de la línea fronteriza México-EUA, la división de territorios se marca con una valla de barrotes metálicos entre los que se ubica una puerta, misma que los funcionarios estadounidenses abren para entregar, desde su país, a las personas migrantes indocumentadas.

³⁶ El servicio es por única ocasión. El beneficio está condicionado a no haberlo obtenido previamente y a que la persona se comprometa a no volver a intentar el cruce indocumentado; sin embargo, esta intención difícilmente puede ser condición verificable.

Una descripción más detallada de éstos actores claves, así como la labor que desempeñan, se presenta en los siguientes apartados.

El proyecto de salud para migrantes de Médicos del Mundo

Con el interés de promover el acceso a los servicios de salud de las poblaciones en desplazamiento, en 2005, la organización humanitaria internacional Médicos del Mundo llegó a Baja California. A partir de ese año y hasta 2008 desarrolló, en Tijuana y en Mexicali, un proyecto de atención médica para las y los migrantes en tránsito.³⁷ Médicos del Mundo reconoce el acceso a la sanidad como un derecho humano, en ese sentido su trabajo abordó también factores de vulnerabilidad y de justicia social. Para esta organización, la migración por sí misma quebranta la salud; los riesgos y obstáculos en el proceso migratorio debilitan y dañan a las personas. Por ello afirman:

La migración limita también el acceso a la salud; tránsito en ciudades y lugares desconocidos, ausencia de información sanitaria, ausencia de medios financieros y dificultades administrativas por los desplazamientos constantes de personas se convierten en los mayores obstáculos (Médicos del Mundo, 2008:3).

La organización instaló un consultorio médico en la garita de deportación de Tijuana y fortaleció y brindó el servicio médico en los albergues de la OSC. Institucionalmente se vinculó con el programa *Vete Sano, Regresa Sano* para generar sinergias en la protección y el acceso a los servicios de salud de la población migrante en tránsito.

Con los datos obtenidos en las consultas médicas, Médicos del Mundo elaboró un panorama del estado de salud de los migrantes.³⁸ La OSC determinó que no existía un perfil epidemiológico específico de la población migrante ya que por ser población mayoritariamente joven mostraba un estado de salud relativamente bueno. Asimismo, señaló que la mayoría de estas personas presentaban patologías benignas: respiratorias, cutáneas, infecciosas y digestivas. Sin embargo, la organización también identificó un 3% de problemas psicológicos, como ansiedad, estrés y depresión, apuntando que podría haber un subregistro de estos problemas por falta de información completa. Por otra parte, encontró que un 5.6% de los migrantes atendidos tenían patologías con potencial de gravedad, como VIH-Sida, enfermedades cardiovasculares, diabetes y

³⁷ Aunque el eje del proyecto fue el tema de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ITS), la OSC realizó un diagnóstico médico global de esta población y revisó factores que influyen en las condiciones de salud.

³⁸ Otorgaron 6 204 consultas médicas, de las que retomaron 5 577 para el análisis estadístico.

traumatismos, entre otras.³⁹ Al respecto, la OSC alertó que estas enfermedades, y otras de corte infeccioso, debían detectarse y atenderse pronto, pues, de lo contrario, podrían tener consecuencias graves en la salud y en la economía de las personas y de la sociedad (Médicos del Mundo, 2008:15-18).

Para Médicos del Mundo, las mujeres son un caso especial de atención. Sus condiciones son diferenciales a las de los hombres y padecen más factores de vulnerabilidad. En su informe señalaban que 10% de las personas atendidas fueron mujeres, quienes tuvieron más dificultades físicas durante el intento de cruce, situación que se reflejaba en más traumatismos que en los varones. Asimismo, las patologías genitales y urinarias fueron parte del panorama médico de ellas. Un elemento de alta vulnerabilidad fue la situación de embarazo, siendo reportado por esta organización un 7.7% de mujeres atendidas en estado de gestación.⁴⁰ Al respecto, un informante de la OSC indicó:

Algunas venían con hijos y descuidaban su salud por proteger la de su hijo. No tuvimos en el módulo algún problema de violación, pero sí muchas que se deshidrataron en grado importante por darle agua a sus hijos. En la vida cotidiana algunas resultaban con infecciones vaginales, porque se les presentaba el periodo menstrual [...] algunas venían embarazadas (Entrevista a integrante de Médicos del Mundo, 04 de marzo de 2010).

En la búsqueda de elementos para apoyar a los migrantes, Médicos del Mundo se vinculó con el programa gubernamental dirigido a migrantes *Vete Sano, Regresa Sano*, en cuya propuesta normativa se indicaba que el documento llamado “Pasaporte de la Salud” era la cartilla que permitía al migrante el acceso a servicios de salud y al seguimiento médico. Sin embargo, comprobaron que la operación del VSRS era limitada, ya que el programa no tenía presupuesto asignado, pocas personas de los servicios de salud conocían de su existencia y el “Pasaporte de la Salud” era desconocido tanto para los migrantes y como para el personal de las instituciones de salud.

Precisamente, respecto al acceso a los servicios de salud, Médicos del Mundo halló que, entre las personas migrantes que habían enfermado, 17% no tuvieron acceso a estos servicios. Las razones aducidas fueron: 27% por falta de recursos económicos, 21% no sabían a dónde acudir,

³⁹ En su informe, la organización enfatizó que los traumas del aparato locomotor eran resultado de las condiciones del cruce y la violencia sufrida por el migrante.

⁴⁰ Al parecer, algunas mujeres buscan que sus hijos nazcan en EUA para que sean ciudadanos estadounidenses.

13% porque se requerían muchos papeles para la atención médica, 11% por temor a ser rechazado o mal atendido y 28% no consideraron necesario atenderse (Médicos del Mundo, 2008:24).

En su informe, Médicos del Mundo reconoce la voluntad política y los esfuerzos locales para operar el programa *Vete Sano, Regresa Sano* pero subraya su falta de eficacia, dado que las intervenciones propuestas por el programa son prácticamente teóricas para la población migrante en tránsito:

Casi ninguna campaña pública de información y si bien existen documentos de información específicamente diseñados para los migrantes, esos documentos no son distribuidos en los lugares donde se encuentran los migrantes. Ninguna acción de prevención ha sido desarrollada todavía. Después de tres años de presencia y de actividades en Tijuana y Mexicali, podemos afirmar que ninguno de los 1 535 migrantes vistos en consultas conocía la existencia de tal Programa y solo algunos de los servidores públicos de los Servicios de Salud (Médicos del Mundo, 2008:22).

Por otro lado, la organización también abordó el tema de la violencia en el proceso migratorio; especialmente, documentó que la mayoría de los migrantes que requerían atención médica, después de haber sufrido episodios de violencia, no la tuvieron. Igualmente tuvo información sobre la destrucción de documentos de identidad, como las credenciales provisionales emitidas por el DIF municipal o los albergues de migrantes. Sus estadísticas muestran que la policía municipal mexicana fue, prácticamente en el 50% de los casos, la responsable de estos actos de violencia, mientras un 25% correspondió a polleros y delincuentes (Médicos del Mundo, 2008:25-26).

El proyecto de Médicos del Mundo, pionero en la investigación en campo de los estados de salud de los migrantes en tránsito y en la abogacía en pro del acceso a la salud de esta población. Dentro de las conclusiones y recomendaciones están el acceso gratuito a la salud, consultas, medicamentos, tratamientos, exámenes complementarios para reducir los riesgos sanitarios físicos y psicológicos de la población migrante; una atención particular a las mujeres; prevención de enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual; seguimiento a las personas que llegan diagnosticadas y con tratamiento médico desde EUA; interés de desarrollar el Programa *Vete Sano, Regresa Sano* y respetar el estado de derecho de los migrantes, evitando cualquier tipo de violencia hacia ellos (Médicos del Mundo, 2008:28).

La relevancia del trabajo desarrollado por Médicos del Mundo en Tijuana ha sido documentar y colocar en la agenda pública, en un marco de derechos humanos, las condiciones sociales y de salud, así como el acceso a los servicios de las personas migrantes en tránsito. Asimismo, su labor de atención médica completa y de calidad sentó bases para que los programas correspondientes continuaran con esa labor en el marco institucional en que están inscritos. Su investigación, además de aportar conocimiento en varias aristas del fenómeno, coadyuva a la sensibilización sobre las condiciones de las personas migrantes en tránsito.

Instituto Nacional de Migración: Grupo Beta y Programa de Repatriación Humana

El Instituto Nacional de Migración (INM) es un órgano técnico desconcentrado de la administración pública federal (APF), dependiente de la Secretaría de Gobernación. EL INM es el encargado de aplicar la legislación migratoria vigente. Al respecto su misión es “Contribuir al desarrollo nacional a través de una adecuada gestión migratoria con base en el marco legal que facilite los flujos migratorios con respeto a la dignidad humana” (INM, 2010).

Uno de sus objetivos estratégicos es “garantizar el respeto de los derechos de los migrantes”; y, plantea las siguientes líneas de acción para lograrlo: a) fortalecer y ampliar los grupos de protección a migrantes y b) establecer mecanismos de capacitación y supervisión a fin de que los servidores públicos del INM respeten y tutelen los derechos humanos de los migrantes. En este marco operan el “Grupo Beta de Protección a Migrantes” y el “Programa de Repatriación Humana”.

El Grupo Beta tiene como objetivo general “La protección y defensa de los derechos humanos de los migrantes, así como de su integridad física y patrimonial, con independencia de su nacionalidad y de su condición de documentados o indocumentados”. Como misión establece “Trabajar por la defensa y salvaguarda de los derechos humanos de los migrantes, otorgándoles auxilio y protección en situaciones de riesgo, intentos de abuso por parte de autoridades y/o particulares” (INM, 2010).

Por su origen, el Grupo Beta está conformado, básicamente, por policías. Sus funciones iniciales eran combatir el tráfico ilegal de personas, además de la vigilancia y la protección a migrantes. Después, su perspectiva se definió hacia la protección y los derechos humanos, realizando, exclusivamente, actividades en ese sentido. El cambio adoptado incluyó dejar de portar armas, aunque no varió su estatus de policías.

El Grupo Beta Tijuana se compone por diez integrantes, siete pertenecen al INM y tres son policías municipales comisionados; nueve son hombres y hay una mujer. Su personal está capacitado en primeros auxilios, rappel y técnicas de natación.⁴¹ En la plantilla administrativa hay seis personas, incluyendo al coordinador del grupo, que es médico de profesión. Cuentan con siete unidades de servicio: cuatro jeeps y tres camionetas tipo “pick ups”.⁴² Los jeeps están equipados con camilla, botiquín, cuerdas, equipo de rappel, radios de comunicación y GPS.

En Tijuana, el Grupo Beta realiza sus tareas en dos modalidades y espacios: 1) asistiendo a las y los migrantes en la garita de deportación, y 2) recorriendo la zona fronteriza para apoyar y rescatar a las personas que se encuentran intentando cruzar la frontera. En la garita atienden a las personas *devueltas* por EUA, apoyándoles en la comunicación telefónica, brindándoles agua y sopa instantánea y, si se requiere, trasladándolas a los albergues de OSC o al Hospital General si se trata de una urgencia médica. La garita opera las veinticuatro horas y los integrantes del Grupo Beta se turnan para cubrir este horario. En cuanto a su tarea más relevante y conocida, el grupo hace los recorridos por la barda y zona fronteriza desde las seis de la mañana hasta las ocho de la noche; y sólo en caso de recibir alguna llamada de emergencia se coordinan con otras corporaciones para una búsqueda nocturna.

En esos recorridos, los Grupos Beta platican con las y los migrantes que encuentran y les alertan de los riesgos y peligros del cruce, tratando de disuadirlos de su travesía, pero permitiendo que decidan si continúan o no; en cualquier caso les proporcionan agua y alimentos enlatados. Por otra parte, si encuentran a personas que requieren atención médica, les ofrecen primeros auxilios y los trasladan (si se trata de un caso grave solicitan ambulancia) al Hospital General de Tijuana.

Como se mencionó previamente, el otro programa que el Instituto Nacional de Migración tiene para garantizar el respeto de los derechos de las y los migrantes es el Programa de Repatriación Humana (PRH).⁴³ Este tiene como objetivo brindar seguridad, orientación y apoyo a los migrantes deportados o repatriados. Asimismo, otorgar alimentación y telefonía gratuita, canalizar a servicios médicos o albergues, conceder descuentos parciales en pasajes para retornar al lugar de origen, son algunos de los beneficios que ofrece a los migrantes. En la garita de

⁴¹ De los integrantes entrevistados, los dos tenían un nivel escolar de preparatoria. Mientras que el coordinador es generalmente un médico, por lo menos ese era el caso de los Grupos Beta Tijuana y Tecate.

⁴² Datos proporcionados en entrevista a personal administrativo del Grupo Beta.

⁴³ Por sus funciones, el PRH es el área principal, en el sentido jerárquico, del INM en ese punto de repatriación.

Tijuana, el personal de este programa es el encargado de recibir a las y los migrantes que devuelven a México las autoridades de EUA.

La subdirectora encargada del PRH en Tijuana sostiene que el interés del programa es recibir, con un trato digno y humanitario, a las cerca de 400 personas que, diariamente, son *devueltas* por EUA. Asimismo, señala que entre las autoridades locales de migración, los consulados de México en EUA y las autoridades migratorias de EUA, hay acuerdos para que las repatriaciones o deportaciones se realicen por las garitas que cuentan con la infraestructura que permita atender adecuadamente a las personas. Estos acuerdos incluyen horarios para devolver a personas vulnerables --mujeres solas o embarazadas, niños, niñas, adolescentes, adultos mayores-- así como enfermos físicos o mentales; en estos casos, la repatriación debe hacerse previa coordinación, en los horarios de 8:00 a 18:00 horas.

El programa de Repatriación Humana coordina sus tareas con las OSC de Tijuana, especialmente con los albergues y con los demás programas gubernamentales ubicados en la garita. Asimismo, por ser el área que encabeza el INM en la garita, se vincula con el sector salud para los casos de emergencia y de enfermos mentales, así como con otras Secretarías de Estado y/o instancias gubernamentales para alguna gestión en beneficio de las personas repatriadas o deportadas.

En esta breve descripción del Grupo Beta y del Programa de Repatriación Humana se puede apreciar su importancia en la protección de las personas migrantes en tránsito. La labor del Grupo Beta incide en la salud de las y los migrantes; sus acciones de auxilio y rescate representan la posibilidad de disminuir los padecimientos del trayecto o incluso de salvarles la vida. Por su lado, el PRH coadyuva a la disminución de la vulnerabilidad de las personas, además de ser una representación oficial para la protección de sus derechos humanos en el proceso de repatriación, sus funciones de gestoría facilitan el acceso a los servicios de salud, entre otros aspectos.

Secretaría de Salud, Jurisdicción Sanitaria Tijuana: el programa Vete Sano, Regresa Sano y el Hospital General Tijuana.

Como se describió en el capítulo II, el instituto responsable de los servicios de salud en Baja California es el ISESALUD, del que depende la Jurisdicción Sanitaria Tijuana, encargada de operar los servicios en los municipios de Tijuana, Tecate y Rosarito.

De este modo, a la Jurisdicción le corresponde la operación del programa “Vete Sano, Regresa Sano”, cuya limitante principal es la ausencia de presupuesto, situación que disocia las intenciones políticas de garantizar el acceso a los servicios de salud de las y los migrantes en tránsito con la práctica. Al respecto la coordinadora del programa en la Jurisdicción Sanitaria Tijuana comenta:

El programa *Vete Sano, Regresa Sano* desafortunadamente no cuenta con presupuesto, nada más lo estatal, lo que da la jurisdicción, lo tratamos de solventar con lo de los otros programas que nosotros coordinamos [...] No tiene un médico contratado, un equipo, no le paga a nadie. El médico de otro programa se comparte; sacamos de aquí para poner allá (Entrevista a coordinadora del VSRS, 04 de marzo de 2010).

En estas circunstancias, la Jurisdicción intenta operar, de acuerdo a sus recursos, el citado programa. Para ello se apoya con médicos pasantes asignados a otros programas con presupuesto. Estos jóvenes, de manera complementaria y con un tiempo de trabajo voluntario, hacen roles para cubrir la consulta médica en los espacios en que confluyen los migrantes en tránsito, especialmente en los albergues de las OSC y la garita de deportación. En todos los casos, el servicio es sólo por las tardes, después de cubrir el turno del programa al que están asignados y por los que reciben un ingreso.

En el estacionamiento de la garita de deportación se ubica el consultorio médico donado por Médicos del Mundo.⁴⁴ La coordinadora del VSRS explica que firmaron un convenio con el INM para la operación de dicho consultorio; asimismo señala que, en el período en que Médicos del Mundo estuvo en la garita, la OSC aportaba los medicamentos y disponía de médicos en horarios matutinos y vespertinos; sin embargo, ahora, el médico pasante se apoya en el escaso medicamento y material disponible y sólo se cubre el turno vespertino hasta las 8 de la noche, aunque reconoce que después de esa hora aún llegan muchos migrantes a la garita. La coordinadora precisa la necesidad de acercarse a las personas al momento de su arribo y ofrecer el servicio médico, ya que reconoce la poca visibilidad física del consultorio y una cierta actitud de desconfianza institucional de las y los migrantes *devueltos* por EUA.

Aún con estas dificultades, los servidores públicos del VSRS reconocen que uno de los cambios institucionales que benefician a las personas migrantes es la atención médica en la garita;

⁴⁴ Es una pequeña casa de fibra de vidrio solo con el logo de Médicos del Mundo. No presenta ningún emblema de la Secretaría de Salud ni letreros que anuncien los servicios médicos que se ofrecen en el mismo.

ahí se tiene la oportunidad de hacer un primer contacto con las y los migrantes que generalmente desconocen la ciudad y sus servicios, razón que inhibe la búsqueda de servicios médicos, aún en caso de requerirlos. Asimismo, la coordinadora indica que la presencia en la garita permite atender a las personas que llegan de cárceles o psiquiátricos con algún diagnóstico clínico.

Respecto a las condiciones de salud de las personas atendidas en el consultorio de la garita, el personal de salud del VSRS menciona que, en general, las personas llegan con patologías menores propias del entorno climático (enfermedades respiratorias agudas, deshidrataciones, diarreas, dermatitis solares) y, en menor medida, se presentan casos con problemas mayores o que requieran hospitalización. Sin embargo, entre éstos destaca a las personas con fracturas, a las y los enfermos crónicos desestabilizados, a quienes han sufrido violencia física y sexual y a las mujeres embarazadas.

Ya en la zona urbana de Tijuana, el VSRS se vincula con las OSC a través del servicio de consulta médica que brinda en los albergues: Casa del Migrante de Tijuana, Ejército de Salvación, Casa YMCA e Instituto Madre Assunta. Los dos primeros reciben hombres adultos, mientras que YMCA atiende a menores no acompañados y Madre Assunta acoge a mujeres solas o con hijos pequeños. Con estos albergues no existen convenios formalizados. La consulta médica en los albergues es más estable porque la población a atender se encuentra en mejores condiciones, más relajada, más orientada por las OSC y, de algún modo, cautiva. Asimismo, las gestiones de las OSC permiten tener medicamento y material suficiente en sus albergues.

Una de las médicas pasante del VSRS, que atiende los consultorios de Casa del Migrante e Instituto Madre Assunta, relata cómo se organiza una jornada diaria en esos albergues:

Quando llego a Madre Assunta las personas ya están esperando la consulta. Generalmente vienen por dolores de cabeza, musculares o de muelas, resfriados, eso es lo más común o alguna lesión de por el cruce. Es rara la persona que viene por otra patología [...] La consulta es muy sencilla, nosotros sólo le pedimos nombres y edad, nos describen sus síntomas, se hace una revisión física, sobre todo dirigida hacia el aparato o sistema de los síntomas que está presentando, se hace el diagnóstico y luego se le proporciona el medicamento y bueno, aquí [en la OSC] tenemos una buena farmacia y se puede dar el tratamiento completo (Entrevista a médica pasante del VSRS, 10 de marzo de 2010).

Aunque en los albergues hay mejores condiciones para brindar la consulta médica, existen limitantes por las condiciones de tránsito de las personas. Al respecto, la médica dice:

La limitante es la población que estamos tratando, es muy difícil llevar un control porque a esa persona muy difícilmente la vamos a volver a ver, no sabemos si se recuperó de la enfermedad atendida, o si continuó el tratamiento o lo completó, porque a veces ellos no lo cuidan o por sus mismas condiciones de paso éste se descompone, por ejemplo la insulina. Eso es lo que yo creo que es lo difícil: la condición de la población, que es una población migrante y nosotros pues ya no sabemos qué pasó con esa persona [...] A veces ya no nos toca verlos, por ejemplo en el mes de septiembre aquí había una señora embarazada, se le hizo el control prenatal por dos semanas, la vimos un miércoles, luego al siguiente, pero al siguiente ya no. Es rara la persona que nos toca ver la siguiente semana y saber si hubo mejoría o que pasó (Entrevista a médica pasante del VSRS, 10 de marzo de 2010).

Por otro lado, una institución central para la salud de las personas migrantes en tránsito es el Hospital General de Tijuana. A esta institución llegan, en principio, los casos críticos de salud referidos por diversos actores que brindan servicios o interactúan con los migrantes. El Hospital General Tijuana ofrece servicios en las áreas de ginecología, pediatría, cirugía, traumatología, ortopedia, medicina interna y oftalmología. Cuenta con laboratorios para los exámenes más comunes, equipo de rayos x, tomógrafo, clínica de displacias y citologías. En consulta externa hay, en promedio, 200 atenciones diarias, lo que significa, aproximadamente, 5 400 al mes. Asimismo, tiene un área de urgencias médicas pediátricas y otra de adultos. En urgencias médicas de adultos se ofrecen, en promedio, 3 500 atenciones mensuales. El área tiene 17 camas y dos consultorios, sus recursos humanos se componen de personal médico y paramédico, enfermeras y trabajadoras sociales (Comunicación Social del Hospital General Tijuana, 2010).

En esta institución aplica también el Seguro Popular que cubre: a) control y atención de parto de la madre y su hijo; b) total de gastos a pacientes de VIH; c) atención completa a niños con cáncer; d) atención completa a pacientes diabéticos; e) atención a fracturas; y f) cirugías más comunes, como hernia o vesícula (Comunicación Social del Hospital General Tijuana, 2010).

Comúnmente, las y los migrantes son canalizados al área de urgencias médicas de adultos. En esta área son valorados y atendidos como cualquier paciente, sin que se registre su condición de migrantes de paso; sea porque no se tiene una clasificación como tal en el registro de entrada o porque no existe vinculación ni conocimiento del programa *Vete Sano, Regresa Sano*.⁴⁵ Para el personal de urgencias médicas lo relevante es brindar atención oportuna, especialmente a aquellas

⁴⁵ Se entrevistó a tres personas claves con niveles y tareas diferentes en el área: el jefe de urgencias médicas, con nueve años laborando en esta área; un médico residente, con casi tres años en el área y una trabajadora social con 35 años de servicio en el hospital general; ninguno conocía el programa *Vete Sano, Regresa Sano* ni el documento de pasaporte de la salud.

personas que tuvieron alguna eventualidad aguda. Una dinámica distinta se presenta si el paciente requiere atención en otra área del Hospital; por ejemplo, se deberán hacer algunos trámites que implican la identificación oficial de personas; asimismo, la entrega de medicamentos está sujeta a políticas como ser beneficiario del seguro popular o al pago de los mismos.

En general, las personas que llegan al servicio de urgencias tienen condiciones de salud críticas. Sin embargo, en el caso de las y los migrantes, éstas varían ya que algunos ingresan por patologías menos graves, muchas de ellas adquiridas durante la travesía del cruce. En este sentido, el médico Jefe de Urgencias indicó:

Hemos recibido de todos los estados [de salud], desde pacientes con lesiones leves hasta pacientes graves, pacientes con traumatismo craneoencefálico, pacientes con múltiples contusiones, pacientes que vienen deshidratados, pacientes que vienen con alguna contusión simple, pacientes con trauma torácico abdominal, la principal causa siempre son los traumatismos... pero la mayoría son patologías que se pueden egresar en un par de horas (Entrevista a médico jefe de urgencias del Hospital General Tijuana, 10 de marzo de 2010).

Así, tanto el área de urgencias del Hospital General como el programa *Vete Sano, Regresa Sano* son componentes esenciales para que las y los migrantes accedan a los servicios de salud. Aunque en el Hospital General la atención se otorga prácticamente sólo en situaciones de emergencia y el VSRS presente limitantes importantes, ambos aminoran el deterioro de la salud de las personas migrantes en tránsito.

Subcomité Municipal de Atención al Migrante.

Una iniciativa municipal que se distingue por su interés en beneficiar a las y los migrantes, es el Subcomité Municipal de Atención al Migrante. Esta instancia, conformada por actores sociales y servidores públicos que brindan servicios o interactúan con migrantes, tiene como finalidad revisar, periódicamente, las condiciones sociales de las personas migrantes en Tijuana y generar acciones para su beneficio y protección. Por parte de las autoridades participan: el regidor municipal; personal del DIF municipal; miembros del Grupo Beta; el subdirector de los servicios médicos municipales; las representaciones estatales de migrantes;⁴⁶ representantes del consulado de Guatemala; y, en ocasiones, los jueces municipales y los directivos de las estancias

⁴⁶ Las entidades federativas con tradición migratoria tienen alguna oficina para atender a sus paisanos. Así, en Tijuana, está la representación Estatal de Zacatecas y de Michoacán, entre otras.

municipales para infractores. Por parte de la sociedad civil participan: diversas OSC de Tijuana, entre las que se encuentra el Instituto Madre Assunta.

En este espacio de interlocución gobierno-sociedad civil, surge la oportunidad de colocar temas en la agenda pública municipal; así como revisarlos y discutirlos con los diferentes actores. Por ejemplo, en la reunión de marzo del 2010, los participantes acordaron realizar un recorrido por los albergues de la zona norte de Tijuana para conocer sus necesidades y condiciones de operación; también se discutió ampliamente sobre las detenciones de migrantes por parte de la policía municipal, a causa de carecer de identificación oficial; en especial, se demandó el respeto a las identificaciones de los albergues y a la del DIF municipal y se solicitó la eliminación de la práctica policíaca de destruir los documentos de identidad; por último, se abordó el tema de la estigmatización que generan los jueces al tratar como delincuentes a las y los migrantes que deambulan por la ciudad.

De este modo, en este espacio han surgido propuestas que disminuyen la vulnerabilidad de las personas de paso, tales como la emisión, por parte del DIF municipal, de una identificación temporal para las y los migrantes. Así, aunque podrían encontrarse visiones antagónicas en algunas aristas del fenómeno migratorio entre los participantes del subcomité, este espacio permite el diálogo y la elaboración de propuestas que intentan resolver situaciones adversas para las personas migrantes en tránsito.

Los albergues de las OSC: Casa del Migrante en Tijuana e Instituto Madre Assunta

Las organizaciones sociales han sido precursoras del trabajo con población migrante en Tijuana. Su tarea, inicialmente asistencial, fue ampliándose en diversas temáticas. Su mirada y cercanía social con las y los migrantes de escasos recursos les ha permitido conocer, cercanamente, algunos de los múltiples y complejos problemas de estas personas. Las OSC han realizado un trabajo relevante con visión social integradora, que incluye la inserción en la agenda pública de temas fundamentales como la salud de las personas migrantes en tránsito.

Casa del Migrante de Tijuana e Instituto Madre Assunta son dos de las más importantes organizaciones que albergan a migrantes. Ambas OSC pertenecen a la orden religiosa de los Scalabrinianos⁴⁷. También conforman parte de la red de organizaciones civiles llamada “Coalición

⁴⁷ La orden de “Los Misioneros de San Carlos Borromeo” más conocida como *Scalabrinianos*, fue fundada en 1887 por el beato italiano Juan Bautista Scalabrini (1839-1905) con la intención de ayudar a los migrantes. Actualmente los

Pro Defensa del Migrante”, cuyo objetivo es brindar atención y defender los derechos humanos de los migrantes en Baja California.

Casa del Migrante fue fundada hace 23 años, en 1987, con el fin de asistir y brindar albergue temporal a migrantes hombres adultos que estuvieran de paso por la ciudad de Tijuana. Más tarde, ante los cambios del perfil migratorio, en 1994, se estableció el Instituto Madre Assunta para atender a mujeres solas y/o acompañadas de niños.

La Casa del Migrante de Tijuana tiene capacidad para albergar a 180 personas y, generalmente, los migrantes pueden quedarse hasta por 12 días. La OSC asiste humanitaria y socialmente a las personas. Los servicios de asistencia que otorga son: alimentación, alojamiento, baño con agua caliente, ropa y calzado, servicio médico básico y bolsa de trabajo; mientras, los servicios de asistencia social corresponden a dinámicas y pláticas sobre derechos humanos, asesoría legal, información de la ciudad y del contexto, prevención en salud y otros temas enfocados a generar seguridad y confianza en las personas.

La dinámica de la casa ha ido modificándose de acuerdo con los cambios del fenómeno migratorio. Hasta antes del año 2002 recibían, en promedio, 5 000 migrantes al año, casi todos provenientes del sur con intenciones de cruzar la frontera. Sin embargo, en ese año, los directivos de la casa notaron una disminución en la cantidad de migrantes que acudían y decidieron buscar las causas de este descenso. Al respecto, el actual director de la Casa señaló:

Recibíamos en promedio 5 000 migrantes al año, pero en 2002 bajó el número y decidimos buscar dónde estaban los migrantes. Nos dimos cuenta que la gran mayoría era gente deportada y quisimos dar esa atención; junto con la Coalición Pro defensa del Migrante fuimos visitando las garitas de deportación e institucionalizamos ese trabajo [...] Asimismo, el gobierno se dio cuenta que era importante recibir bien a los deportados [...] De ahí que el número de personas atendidas en la casa fue subiendo hasta que el año pasado llegó a 11 000 (Entrevista al director de la Casa del Migrante, 01 de marzo de 2010).

Asimismo, con la perspectiva de atender integralmente a los migrantes, la organización impulsó acuerdos para ofrecer servicios médicos públicos en el albergue, logrando una vinculación y coordinación, no formal, con el sector salud que brinda, con el VSRS, la consulta médica, no así los medicamentos ni los materiales para la misma. Otra de las acciones de mejora

Scalabrinianos tienen presencia en más de 30 países. En México están desde 1985, cuando organizaron la primera casa del migrante, precisamente en Tijuana. Posteriormente, en 1999, forman la Red de Casas del Migrante Scalabrini que incluye las sedes de Tijuana, B.C.; Agua Prieta, Son.; Ciudad Juárez, Chih., Nuevo Laredo, Tamps.; Tapachula, Chis., entre otras ubicadas en México (<http://www.scalabrini.org>).

fue la emisión de una credencial de la Casa del Migrante, como respuesta a la falta de identidad de las personas y con el objetivo principal de atajar los abusos de la policía local.

Por otro lado, el Instituto Madre Assunta tiene por objeto social proporcionar apoyo a mujeres y niños migrantes a fin de protegerlos de situaciones riesgosas. Los principales servicios que brindan son: a) albergue temporal, que incluye alimentación y vestido; b) asistencia legal, especialmente asesoría en sus derechos legales ante situaciones de maltrato, extorsión, explotación, abuso sexual, tráfico de migrantes o separación familiar; c) apoyo de trabajo social, psicología y servicio médico a aquellas mujeres y niños migrantes que requieran atención especializada en estas disciplinas; d) bolsa de trabajo; y, e) gestiones para retornar a su lugar de origen, apoyo a la vinculación familiar, información de contexto sobre la ciudad y sobre los riesgos del cruce, así como emisiones de credenciales de identificación.

La organización tiene capacidad para atender a 45 personas con una estancia de hasta 15 días. Desde su fundación han atendido a más de 15 mil personas. En promedio, atienden a 850 mujeres y 150 menores al año. Según el informe 2009 de la OSC, las beneficiarias de Madre Assunta fueron, en un 76%, mujeres deportadas que tenían 15 o 20 años viviendo en EUA; y, el porcentaje restante correspondió a mujeres con intenciones de cruce o que buscaban un empleo en la ciudad de Tijuana. (Madre Assunta, 2009:1).

A través del tiempo, la organización ha efectuado cambios institucionales que mejoran la atención de las mujeres y menores migrantes. Las perspectivas social, de salud y de derechos humanos permean estas mejoras. Según la trabajadora social de la OSC:

Primero nada mas se recibían las migrantes y se les daba de comer; a partir de que se incorpora el departamento de trabajo social empezamos a hacer programas de atención para ellas. Lo primero fue abrir una bolsa de trabajo para que ellas pudieran salir a trabajar y ganar un poquito de dinero. Después abrimos el espacio de salud, nos relacionamos con médicos que pudieran brindaron el servicio de manera altruista, luego hicimos convenios de colaboración con la Secretaría de Salud del Estado para que las migrantes que estuvieran embarazadas pudieran ir al Hospital General y estuvieran exentas de pago [...] Después abrimos un espacio para niños, “aprende jugando”. Los niños migrantes son los que van cargando con todo el peso de las migraciones y nadie les dice nada, ellos no se enteran de por qué dejaron su casa [...] Aprendían a comprender por qué estaba aquí, conocer los derechos humanos, los derechos de los niños, se leían cuentos, hacían reuniones con las mamás, para hacer relación familiar con ellas; duramos como 7 años con ese programa pero se acabó el recurso y lo suspendimos (Entrevista a trabajadora social de Madre Assunta, 01 de marzo de 2010).

La organización también ha impulsado la concientización y sensibilización de la ciudadanía sobre el fenómeno migratorio. Los resultados positivos se reflejan en un cambio de actitud de la población local hacia las personas migrantes. La participación ciudadana se expresa en el trabajo voluntario y los donativos a la OSC.

Por otro lado, la principal limitante señalada por la organización es la demanda de atención por problemáticas diferentes a la migratoria; por ejemplo, mujeres que requieren refugio por violencia intrafamiliar. Entre otras razones, Madre Assunta atiende a migrantes porque reconoce la vulnerabilidad de estas mujeres y de los menores en una ciudad como Tijuana.

En el tema de salud, esta organización ha sido precursora en impulsar la atención a la salud de los migrantes y en demandar su derecho al acceso a los servicios públicos. Mary Galván, trabajadora social de Madre Assunta y con cerca de 15 años en la institución, narra las penurias de los migrantes en ese sentido:

Hace unos años, el tema de salud no figuraba en el tema migración, porque si bien en la frontera de Baja California se empezó a atender a los migrantes, en aquellos años, cuando llegaron los Scalabrinianos, la idea era más de tener un lugar donde acogerlos [...] Conforme fuimos creciendo, vimos la necesidad que había de atender el área de salud de los migrantes. Pero, si nos fue difícil poner el tema de la migración dentro de una agenda, ahora imagínate que entendieran que una de las situaciones por la que pasaban los migrantes era el tema de la salud [...] Imagínate a un migrante que llega a Tijuana y que agarró una bronquitis en un Estado; llegas a una ciudad que no conoces, ¿a dónde vas a ir? Le dices, ve a la Secretaría de Salud, puedes ir al centro de salud. Pero ¿cuántas fichas dan? 15 o 20 por consultorio; casi es imposible porque van a ser para los residentes de la ciudad, ¿y los migrantes?, ¿dónde van a quedar? Para nosotros fue difícil (Entrevista a trabajadora social de Madre Assunta, 01 de marzo de 2010).

La suma de esfuerzos de las OSC locales con la organización internacional Médicos del Mundo abrió la posibilidad de mejorar el acceso a los servicios de salud para los migrantes en tránsito. Las organizaciones insistieron en mostrar las necesidades de salud y en la puesta en marcha del programa *Vete Sano, Regresa Sano*. De este modo, generaron sinergias con las instancias gubernamentales para promover el acceso a la salud.

Los constantes abusos de la policía local hacia los migrantes en tránsito y la carencia de identificación de las personas son aspectos que la organización identifica como riesgos a la integridad de las migrantes. En ese sentido, han participado en diversas propuestas para disminuir

la vulnerabilidad de las personas y para detener las arbitrariedades policíacas. Estas iniciativas se han presentado en el Subcomité Municipal de Apoyo al Migrante.

Por otro lado, algunos de los relatos sobre las beneficiarias atendidas dan cuenta que los servicios de Madre Assunta trascienden la asistencia. La sensibilidad social se refleja en la atención de temas subjetivos y la gestión de apoyos para integrar socialmente a las mujeres más frágiles. Particularmente, la organización ha gestionado desde cirugías oftálmicas a mujeres migrantes débiles visuales, hasta la donación de terrenos municipales para mujeres migrantes jefas de familias viajando con más de cuatro hijos. También ha logrado apoyo terapéutico para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual.

Finalmente, tanto la Casa del Migrante de Tijuana como el Instituto Madre Assunta han manifestado su preocupación con las instancias gubernamentales sobre las deportaciones nocturnas y la separación de familias resultado de la repatriación de madres o padres mexicanos indocumentados con hijos ciudadanos de EUA. En el primer tema, las OSC han expresado su preocupación por los riesgos que representa ingresar a Tijuana en la noche, pues en esos horarios pocos servicios de la garita están disponibles y las personas se encuentran en mayor estado de indefensión. Respecto a la separación familiar, subrayan que además de violentar los derechos humanos, el hecho representa un fuerte impacto emocional en las personas, mismas que deterioran su salud y arriesgan la vida por intentar repetidamente el cruce indocumentado.

La confianza social que impulsan estas organizaciones las convierte en redes sociales valiosas e imprescindibles para las personas migrantes en tránsito en Tijuana. Contar con un hogar temporal permite a las personas recuperarse un poco de las adversidades del cruce y del impacto emocional de la deportación. Disponer de servicios de salud, medicamentos y de espacio para recobrase de enfermedades menores o lesiones es trascendental. Además, las OSC les infunden la confianza y la información del contexto que atenúa su fragilidad en la frontera.

En un nivel macro, las organizaciones son la voz de los migrantes; atraen el apoyo ciudadano a la causa; provocan la vinculación y coordinación entre los actores sociales involucrados en el fenómeno migratorio, entre otros. En el tema de salud, las OSC han desempeñado un papel relevante. Su persistencia en abordar el asunto con las instancias gubernamentales, así como su exigencia en la operación efectiva de las políticas de salud diseñadas para los migrantes en tránsito, han generado la disposición y apoyo de los servicios de salud estatales que, aunque limitados, muestran su voluntad política en el tema.

3.2. La voz de las y los migrantes: vivencias durante el tránsito o el retorno involuntario

Para conocer, de viva voz, las experiencias durante el tránsito y/o retorno involuntario se retoman en este apartado los aspectos relevantes de las conversaciones sobre las condiciones sociales y de salud de las y los migrantes entrevistados en los diferentes momentos del trayecto: a saber, el viaje o el retorno involuntario a Tijuana; la estancia en la ciudad; la experiencia del intento del cruce fronterizo; y, si la hubo, la estancia en el albergue.

Perfil de las y los entrevistados.

Las personas entrevistadas tenían edades entre 20 y 54 años. Cinco de ellos eran menores de 30 años, siete estaban en el rango de 30 a 39 años, cuatro entre los 40 y 45 años, y uno tenía 54 años. Se platicó con diez hombres y nueve mujeres. De las personas *devueltas* por EUA, 14 habían intentado cruzar a EUA y las detuvieron en la zona fronteriza, mientras cinco vivían en EUA.

De las mujeres entrevistadas destacan las siguientes situaciones: una estaba embarazada y había intentado cruzar por el puente fronterizo con documentos falsos; otra se había fracturado el tobillo al intentar cruzar y fue operada en San Diego, California; una fue agredida por la policía migratoria norteamericana (le rociaron gas pimienta en la cara y le golpearon el vientre provocándole sangrado, ella sospechaba estar embarazada, esta señora no fue atendida ginecológicamente ni en EUA ni en México); otra fue detenida y extorsionada por la policía de Tijuana; cuatro de ellas ya vivían en EUA, tres dejaron hijos en ese país, dos de las cuales mostraban un permanente estado de ansiedad.

De los hombres con los que se conversó sobresalen los siguientes casos: un señor de 54 años con fuerte tos, que dijo padecer diabetes, pero que había dejado de medicarse hacía un mes y que no había recibido atención médica porque tenía mucho temor a salir a la calle por las redadas policíacas; otro señor había sido agredido por la por la policía migratoria norteamericana junto con su esposa (rociado con gas pimienta y golpeado) y que fue revisado médicamente pero no se le otorgaron los medicamentos por no estar afiliado al seguro popular; y un tercer señor que dijo haber sido separado de su familia, que residía en EUA.

En este grupo de personas sobresalen sus nulas redes familiares y/o lazos amistosos en Tijuana. Algunas de ellas compensan un poco esta situación porque cuentan con esas redes en las ciudades fronterizas de EUA, cercanía que facilita el apoyo. Las condiciones diferenciales de las

mujeres se traducen en una mayor vulnerabilidad, menor resistencia a las adversidades del cruce, condición de madres separadas de su hijos y necesidad de atención ginecológica. La fragilidad se acentúa también en las personas con enfermedades crónicas.

El viaje o el retorno involuntario a Tijuana.

Las y los migrantes en tránsito provenientes del sur de México comúnmente llegan a Tijuana vía terrestre. En este caso, la mayoría de las personas entrevistadas llegaron en autobús; únicamente dos personas viajaron en avión y uno, que dijo ser oriundo de Puebla pero que tenía acento centroamericano, llegó en aventones en vez de en tren, medio de transporte que también conocía. Éste joven optó por pedir aventón a chóferes de trailers (a quienes les ayudaba un poco en compensación) ya que señaló que en tren era muy peligroso:

Porque en el tren es muy distinto, ahí los *bajadores*⁴⁸ te roban el poco dinero que traes, te tumban del tren o si no, cuando hace maniobras el tren, tienes que esperarlos. Luego la policía que te detiene, te quita el dinero que traes y todo. Mejor viajé de raite [sic], desde Puebla hasta acá, seis días, hice una semana (Lalo, 22 de febrero de 2010)

Las personas que llegaron del sur de México a Tijuana, no reportaron ningún problema grave de salud durante el viaje. En general, únicamente refirieron cansancio y dolores musculares por la larga travesía. El joven que viajó de aventón padeció gripa y se automedicó.

Quienes llegaron a Tijuana de forma involuntaria, a saber, las y los deportados o repatriados por estancia no autorizada en EUA, denotaban quebranto en su salud emocional; varias de estas personas pasaron unos días en las cárceles de EUA antes de ser deportadas o repatriadas a México. En este caso se hallaron dos mujeres que, además, eran madres con hijos que se quedaron en EUA:

De salud física no tuve problemas, pero me quería matar por mis hijas, porque no las he visto; estuve encerrada en una celda. El sábado me agarró migración caminando y nomás me llevaron; me encerraron y me dijeron que iba a ser deportada, no me dieron ni papel ni nada y cuando yo estaba encerrada me sentía mal y gritaba [...] Me fui desde 1980 a EUA, yo estaba pequeña, me cruzó un hermano mío [...] Me está

⁴⁸ En el lenguaje cotidiano de las y los migrantes, así llaman a los asaltantes, porque les “bajan”, es decir les quitan, sus recursos y pertenencias.

matando no ver a mis hijas, la más chiquita tiene tres, la otra 11 y la más grande 15; ellas son ciudadanas americanas, nacieron allá (Juana, 02 de marzo de 2010).

Todo bien de salud, estuve cinco días en la cárcel. A mí sí me daban pastillas para dormir y como estoy dando pecho [la joven acababa de tener una niña] me dieron también la bombita para sacarme la leche. Tengo dos años viviendo en EUA, allá nació mi baby (Adela, 02 de marzo de 2010).

A su llegada a la garita de deportación, éstas dos mujeres se mostraban ansiosas. Adela requería de un *tiraleche* porque tenía un poco inflamados los senos; sin embargo, no hubo tal accesorio en el consultorio médico del VSRS. Tampoco recibieron consulta o algún medicamento para relajarse. Las mujeres no querían separarse, se habían conocido en la prisión, y optaron por buscar un hotel que el marido de Adela pagaría desde los Ángeles, California.

Otro caso, de un padecimiento menor, que no tuvo acceso a servicios de salud cuando llegó a la garita, fue el de un señor que también había estado detenido en EUA:

Estaba enfermo porque nos tuvieron cuatro días en la cárcel. A mí me dolía mucho la garganta, otro chavo tenía gastritis y él les pidió medicina pero no le dieron [...] Ya de aquí [garita] fuimos a la central camionera y compré algunas pastillas, le dije al de la farmacia que me diera algo para la garganta (Luis, 24 de febrero de 2010).

Coincidiendo con lo dicho por otros actores claves, los casos de emergencia o con alguna situación especial en salud, fueron canalizados al Hospital General por el programa de Repatriación Humana del INM. Este fue el caso de una pareja que sufrió una agresión física por la patrulla fronteriza cuando los detuvo por intento de cruce indocumentado:

Llegamos aquí, a la garita, en la madrugada, no había médico. Yo le dije a la señorita [PRH] si nos podíamos quedar aquí; ella dijo que sí y además nos regaló *Maruchan*, sardinas y pan, nos atendió lo mejor que se pudo; ella misma [ya de día] pidió la Cruz Roja pero la casualidad es que llegando al hospital de Tijuana, me hicieron una evaluación, me sacaron una radiografía pero nunca me dieron la medicina por no tener el seguro que ellos dicen que piden para la medicina (Manuel, 18 de marzo de 2010).

La estancia en Tijuana.

En consonancia con la idea de tránsito, la mayor proporción de personas entrevistadas llevaban menos de dos semanas en Tijuana. Una persona llevaba un mes en la ciudad; otra, la única con

familiares en la ciudad, llevaba dos meses; y, un caso diferente fue el del señor diabético de 54 años que tenía cerca de un año en la región, dado que había vivido en varios albergues de Tecate y Tijuana.

En lo referente a la estancia en la ciudad, la mayoría de las personas relataron que los primeros días se quedaba en hoteles. La razón principal es porque ahí estaba el pollero o coyote que las cruzaría. Algunos otros venían acompañados de parientes que adelantaron su ingreso a EUA porque contaban con documentación para hacerlo:

Nos hospedamos en un hotel y ahí nos tenía encerrados el guía, pero ayer nos dijeron que si no cruzábamos hoy, debíamos de empezar a pagar 100 pesos por día y por eso estoy aquí [Casa del Migrante] (Timoteo, 24 de febrero de 2010).

Durante su estancia en Tijuana y previo a su ingreso al albergue (si fue el caso), la mayoría no reportó problemas de salud física. Sin embargo, varios señalaron el hostigamiento policíaco, que en algunos casos perpetró abusos de autoridad aprovechando la vulnerabilidad de las personas: Ellas manifestaron o denotaron que ese hostigamiento les provoca temor a desplazarse en la ciudad:

Cuando me sacaron [de EUA] por primera vez [llevaba varios intentos de cruce] anduve en la calle; me sacaron una vez hace un mes, entonces anduve en la calle pero la policía me levantó. Sí, la policía mexicana, ya estando aquí en estado mexicano, trayendo yo identificación no respetó mi identificación y me acusó con el juez de que yo molestaba a la gente pidiéndoles dinero. Yo traía dinero que mi familia me mandó para sobrevivir, para que tuviera que comer [...] Pero ellos me llevaron y el juez me mandó para la veinte⁴⁹ y allá me quitaron el dinero que traía [...] Tengo muy mal concepto de la policía, yo hasta le dije que ellos están para cuidar a la gente no para dañarla. Ahorita yo ya le tengo más miedo a la policía que la gente que anda en la calle (Perla, 23 de febrero de 2010).

La policía municipal se ampara en el reglamento y bando de buen gobierno para realizar las detenciones y encarcelamientos. Sus argumentos son la ausencia de documentos de identidad de las personas que transitan por las calles; la “sospecha” de que sean delincuentes por andar “vagando” y/o estar “molestando” a la gente; y, por pedir dinero en la calle o por lavar parabrisas, principalmente.

⁴⁹ Se refiere a la cárcel municipal, cuyo nombre formal es Estancia Municipal para Infractores.

La carencia de identificaciones es una constante en las y los migrantes en tránsito y no fue la excepción con las personas entrevistadas. Al respecto, mencionaron que no traen identificación para no extraviarlas, para protegerse de los asaltos y de los chantajes, así como para que no los registren en EUA.

El intento de cruzar la frontera

Gran parte de las personas *devueltas* por intento de cruce trataron de cruzar la frontera por Tecate o por Tijuana. Sólo hubo un caso que lo hizo por Sonora y fue repatriado a Baja California. Las condiciones de salud de la mayoría de de estas personas fueron relativamente buenas, especialmente para el caso de los hombres entrevistados; pero también hubo casos de personas lastimadas. Destacan los riegos y daños sufridos durante el cruce, por agotamiento, accidentes o violencia. Algunos de los testimonios dan cuenta de ello:

Caminamos todo un día entero, nos perdimos; después ya llegamos a la línea; pero ellos [los polleros] nunca me dijeron que íbamos a brincar. La barda estaba alta, del tanto de un poste de luz; estábamos detenidos, hacía mucho frío y la migra no se iba; luego brincamos y yo me lastimé [se fracturó el tobillo], otro decía que le dolía su mano, un señor decía que decía que se había ensartado su pierna; pero ya no nos vimos, como ya ahí cada quien a ver como le hace, te quedas ahí o te vas, pues [...] Me ayudaron nomás a sentarme en un montecito, pero ellos [los polleros y el resto del grupo] se fueron, dijeron que tenían que llegar a donde iban. Yo esperé, pasaba la migra y les gritaba *auxilio, auxilio* y nadie me escuchaba. Pasó como tres veces la migra y hasta la tercera me escuchó porque me salí gateando hasta donde pasaban, hasta la carretera [...] Me operaron en San Diego y luego me *aventaron* para Tijuana (Honorina, 10 de marzo de 2010).

El *migra* nomás se paró y nos puso un cinturón plástico en la muñeca, nos juntó a los dos con eso. Nos enseñó la camioneta para que empezáramos a caminar; como mi esposo quería quitarse la mochila de la espalda para subirse, nos empezaron a gritar en inglés [...] El *migra* me dio un empujón, y sacó un spray de pimienta y nos empezó a amenazar con él, se lo acercó a la cara de mi marido. Luego me pegó otro empujón pero ya en el vientre, caí al suelo junto con mi marido y nos empezó a rociar el spray. Sentía un dolor tan fuerte, que me quemaba, horrible [...] Se oían risas, un *migra* que hablaba español me dijo: *no se preocupe señora, en 30 minutos se le va a quitar* [...] Yo tenía dos meses de retraso [de menstruación] y como a los 10 minutos que me golpeó el *migra*, sentí que me bajó algo fuerte, pero como no podía abrir los ojos del dolor y me ardía el rostro, no le dí importancia a eso [...] Cuando llegué a donde nos tomaron los datos [oficinas de migración en EUA], me fui a revisar y estaba sangrando (Verónica, 18 de marzo de 2010).

En éstos relatos se evidencia, además, la discriminación y el maltrato por parte de la patrulla fronteriza, así como los elementos adversos de las redes de tráfico de personas, como el abandono, la colusión con delincuentes, y el engaño a las y los migrantes respecto a sus servicios de guía. Asimismo, exponen un comportamiento antagónico de la patrulla fronteriza de EUA: el rescate y atención de personas lesionadas.

El acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito que han tenido percances en el cruce se complica, principalmente, por las limitantes del programa *Vete Sano, Regresa Sano*. A veces, la sola canalización al Hospital General no resuelve su situación de salud. La falta de recursos económicos de las personas y sus características de migrantes se conjugan para no acceder completamente a los servicios de salud como lo indica el testimonio siguiente:

Llegando al Hospital me hicieron una evaluación, me sacaron una radiografía pero nunca me dieron la medicina por no tener el seguro que ellos dicen que piden para la medicina. También fui con la trabajadora social que me indicó el médico pero ella nada más vio la receta y dijo: “pues ve a la farmacia a ver si ahí te la dan”. Llegué a la farmacia y les dije: “disculpe yo vengo de migración” y me respondieron: “eso no me interesa, si no tienes seguro no te la damos”. Me negaron lo que es el medicamento y en verdad yo necesito el medicamento por mi situación, como usted lo ve [estaba con moretones]. Me mantengo con dolor y todo por falta de *feria* [dinero] porque no puedo hacer nada con mi salud [...] También necesito una venda elástica para ponérmela acá, donde me duele. Pero por no tener un seguro, no procedieron a darme ningún tipo de ayuda en lo que es medicina ni la venda elástica (Manuel, 18 de marzo de 2010).

Hasta el día de la entrevista con Manuel no había logrado adquirir sus medicamentos ni el vendaje; habían transcurrido tres días del evento y él y su esposa habían regresado a la garita, porque los funcionarios del PRH estaban documentando la agresión de la patrulla fronteriza para emitir una queja por discriminación.

El albergue de las OSC

En la mayoría de los casos, el ingreso de las personas a los albergues se relacionó con su paso por la garita. Es decir, después de intentar el cruce y ser *devueltos* por EUA se enteraron, en la garita, de los servicios de las OSC, vinculándose así con estas redes sociales. De la misma manera conocieron a las OSC las personas retornadas involuntariamente a México:

Me sacaron por la línea [garita] y de ahí los señores del Beta me trajeron a esta casa de Assunta. Me sacaron [de EUA] al mediodía, yo no tenía a donde ir y no podía ni mover ni mis pies, de cansada (Perla, 23 de febrero de 2010).

También hubo casos de personas que se enteraron informalmente de los albergues y llegaron directamente a ellos.

La estancia en el albergue permite a las y los migrantes atenderse y recuperarse de problemas de salud no graves. Ahí reciben servicios médicos de atención primaria y medicamentos, entre otros. La armonía de estos espacios, especialmente de Madre Assunta, les da un poco de relajamiento emocional.

Cuando llegué ya no traía medicamento para el dolor de la fractura, pero la directora me dio pastillas. Ahora aquí estoy esperando ponerme bien para regresarme a Oaxaca (Honorina, 10 de marzo).

Todas las personas entrevistadas en albergues señalaron sentirse muy bien en estos lugares, recibir un trato amable y servicios de buena calidad.

Me han tratado muy bien, me atendió la doctora, nos dan de comer, nos permiten asearnos; aquí estoy tranquila. No nos tienen encerradas sin poder salir, nomás que tenemos un reglamento que tenemos que cumplir (Perla, 23 de febrero).

Los beneficiarios se involucran en el albergue a través de participar en sencillas tareas, como ayudar en los quehaceres de la casa. Las actividades informativas y de relajación también generan espacios de mayor convivencia:

Los viernes viene una muchacha de San Diego y nos pone videos de los derechos de los migrantes. También tenemos yoga, hacemos un poquito de ejercicio; la semana pasada hicimos manualidades (Mary, 23 de febrero).

Un caso diferente fue la única persona entrevistada en el albergue Ejército de Salvación. Este señor, de 54 años, llevaba un año de estancia en la región. Originario de Michoacán había llegado a Tecate con intenciones de cruzar ya que toda su familia reside en EUA. No logró pasar y desde entonces ha residido en varios albergues; en este último llevaba tres semanas. Su aspecto denotaba salud deteriorada, dijo ser diabético y tenía tos. Sin embargo, no había recibido servicio

médico. También era notorio su temor a la policía, motivo por el cual no quería salir a la calle. Asimismo dejó entrever que carecía de identificación. Un fragmento de la conversación esboza su situación:

Ya estando aquí me enfermé, la tos que me ataca aquí [se señala parte de la espalda, por los pulmones]; nomás he tomado pastillitas y me he puesto *Vick Vaporub*, no he ido al hospital [...] También me tomaba la pastillita para la diabetes; allá en Michoacán me la tomaba pero ahora ya tengo tiempesito de no tomarla, hace como un mes que se me acabó [...] Mi mamá me la trae del otro lado, toda mi familia está en el otro lado, estoy esperando que me vengán a visitar y que me traigan pastillas (Pablo, 19 de febrero de 2010).

El señor Pablo se sentía a gusto en la OSC porque tenía un lugar donde comer y dormir. Cuando se le preguntó si le habían informado sobre los servicios médicos de la ciudad, respondió que no le habían comentado al respecto. Su participación en la OSC era más bien de tipo religiosa ya que acudía a los servicios de la iglesia cristiana del lugar.

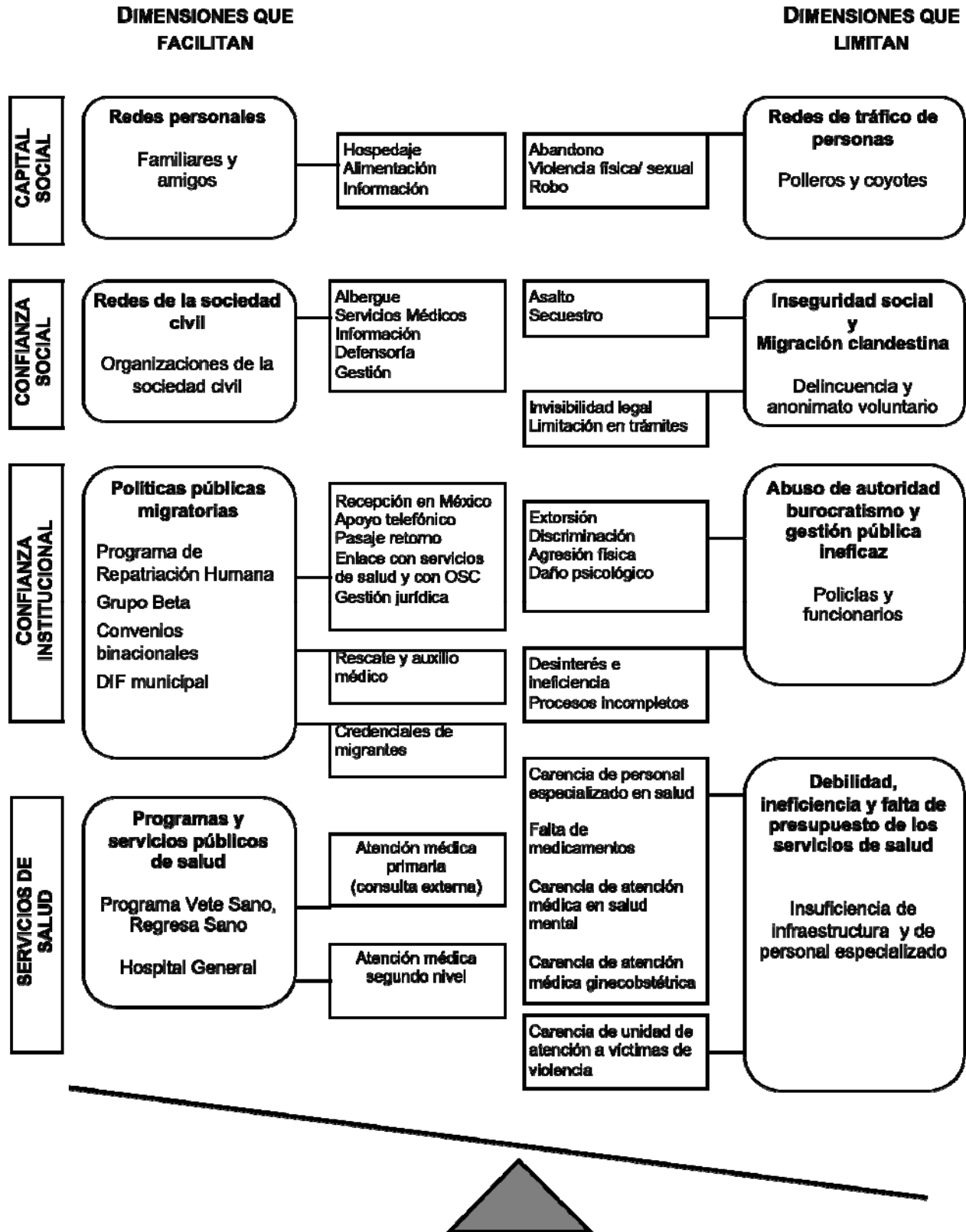
Es notorio que la estancia en el albergue significa mucho para las personas y, en algunos casos, previene contra la indigencia. Además de la protección y los servicios, los albergues son hogares temporales que les infunden confianza. Son redes sociales, capital y confianza social indispensable para las personas migrantes en tránsito.

3.3. Factores de riesgo y condicionantes del acceso a los servicios de salud.

Los factores condicionantes del acceso a los servicios de salud por parte de las personas migrantes en tránsito --el capital social y la confianza social e institucional, así como los servicios de salud-- suponen tanto dimensiones facilitadoras como limitantes del acceso a estos servicios. Las fortalezas y debilidades de los actores claves, así como los entornos complejos de las personas migrantes en tránsito componen tales dimensiones.

El Diagrama 4 expone las dimensiones citadas e incluye algunos descriptores de las mismas. A partir de las entrevistas a las personas migrantes y a los actores claves, así como varios elementos reunidos a partir de la observación etnográfica, se analizan éstas dimensiones en el caso Tijuana.

Diagrama 4. Dimensiones de los factores condicionantes del acceso a la salud.



Fuente: Elaboración propia.

Carencia de redes, inseguridad, desconfianza y falta de recursos.

La circunstancia de que, con excepción de una persona, las y los entrevistados declararan no tener familiares ni amigos en la ciudad –aunque sí los tuvieran en ciudades cercanas de EUA--; y, que más de la mitad estuvieran por primera vez en Tijuana permite confirmar la debilidad de las redes personales entre estos migrantes, lo que les dificulta acceder a hospedaje, alimentación e información. Esta situación empeora las difíciles condiciones del tránsito en la medida en que se les agotan los escasos recursos con los que cuentan estos migrantes; asimismo, incide en la fragilidad y el estrés de las personas al sentirse solas en Tijuana. Por ejemplo:

Casi toda mi familia está del otro lado, sólo alguno se quedaron en Michoacán. No tengo familiares ni amigos aquí en Tijuana. Ahorita me están ayudando aquí [Ejército de Salvación] y ya cuando venga mi familia a ver qué pasa (Pablo, 19 de febrero de 2010).

Estas carencias incrementan los riesgos implícitos en el frecuente vínculo de estos migrantes con las redes de tráfico de personas, en la medida en que el trato con los polleros y coyotes, conocedores de estas debilidades, resulta ampliamente desequilibrado a favor de estos últimos, quienes pueden extorsionarlos y cometer cualquier tipo de abuso contra ellos sin mayores consecuencias.

Al respecto comenta una de la migrantes entrevistadas:

Tenía viviendo 20 años en EUA y me agarró migración. Me *aventó* aquí por la frontera. Al día siguiente traté de *meterme* pero los coyotes me llevaron a un lugar donde nada más hay personas que te quitan tus cosas y me robaron. Me robaron, no nomás a mí, a todos los que íbamos, y nomás nos trajeron dando vueltas por ahí y otra vez quedamos en el mismo lugar, o sea aquí (Perla, 23 de febrero).

Así, la complicidad para robar a las y los migrantes y el desparpajo para abandonarlos, aún cuando se encuentran en condiciones críticas de salud y el abandono puede resultar mortal, parecerían un actuar cotidiano por parte de las redes de tráfico de personas. Un informante comenta lo siguiente:

Llegan muchas veces golpeados; les pegan o ya sea que vengan quebrados de que los atropellaron; nos decían: es que la migra me *aventó* al carro. Muchas veces eran los mismos paisanos para robarlos, a veces ni los cruzaban al otro lado, les quitaban el dinero y extorsionaban a sus familiares (Entrevista a enfermero del VSRS, 02 de marzo de 2010).

Sin embargo, a pesar de todos estos riesgos, las cifras muestran que más de la mitad de las personas acuden a estas redes de tráfico para intentar el cruce fronterizo: las necesidades imperantes de cruzar, una veces económicas y otras de reunificación familiar, llevan a las y los migrantes a vincularse con polleros o coyotes a quienes adjudican mayor conocimiento del entorno y, por tanto, mayor probabilidad de éxito en el cruce.

Por otra parte, integrantes del Grupo Beta y de las OSC relatan que los polleros exigen a las y los migrantes evitar platicar o relacionarse con otras personas u organizaciones y, mucho menos, identificarlos como sus guías en el caso de ser *devueltos* por EUA. Este aislamiento deriva en menores herramientas para la búsqueda o enlaces con los servicios de hospedaje y salud.

La inseguridad social y la migración clandestina son dimensiones de riesgo de la confianza social. En varios relatos, las y los entrevistados aludieron al riesgo de encontrarse a delincuentes, *bajadores*, durante la travesía del cruce fronterizo. También los miembros del Grupo Beta los señalaron como obstáculo a sus tareas de vigilancia y rescate; situación que afecta a las y los migrantes que podrían requerir auxilios y/o atención médica. En este sentido, un informante comentaba lo siguiente:

Hay gente de mal agüero, hay *bajadores* que ya están conectados con el mismo pollero, los lleva el mismo pollero a que les roben, eso nos dificulta a nosotros el trabajo en la sierra. Gente que usa armas largas y todo (Entrevista a coordinador de Grupo Beta, 18 de marzo de 2010).

En la ciudad de Tijuana, la inseguridad social representa un riesgo mayor para las personas que son repatriadas o deportadas en los horarios nocturnos, y para aquellas que por desconocimiento de los servicios de la garita, salen directamente a las colonias de Tijuana. Estas personas se exponen a una ciudad peligrosa, generalmente sin dinero y sin conocerla.

Médicos del Mundo documentó que las deportaciones o repatriaciones de hombres, mujeres y niños se hacen incluso a altas horas de la noche. Según sus datos, el 55% de los entrevistados expulsados fueron entre las 18:00 y las 06:00 horas, situación que representa un riesgo adicional para las personas por la probabilidad de ser víctima de violencia. Además, aquellos que vienen enfermos no pueden ser atendidos médicamente ni referidos al Hospital General en la madrugada.

Un elemento común encontrado en la migración clandestina es el anonimato voluntario de las personas. En la búsqueda de lograr su objetivo de cruzar indocumentadamente la frontera y/o permanecer en EUA, las y los migrantes asumen estrategias para el tránsito como el ocultamiento de su identidad. Con ello pretenden desvincularse temporalmente de sus redes familiares para salvaguardarlas en caso de que sean víctimas de algún secuestro u otro delito que de pie al chantaje o la extorsión; así como impedir el registro negativo de sus datos personales en los archivos migratorios de EUA.

Sin embargo, la carencia de identidad los coloca en situaciones sumamente delicadas como el ser, en un momento dado, legalmente inexistente. Y, respecto al acceso a los servicios de salud, tienen diversas consecuencias, como limitar sus trámites ante instituciones públicas; por ejemplo, es un pre-requisito para el seguro popular.

Sin excepción, todos los actores claves mencionaron el tema, señalando que es casi una regla entre las y los migrantes:

Es raro quien trae algún documento, los que ya tienen experiencia en cruzar les dicen que no lleven nada, ni teléfonos, por cosas como los secuestros virtuales [...] Lo que es muy común en los que vienen deportados y no tienen ninguna documentación es que tampoco podemos documentarlos en México, porque nacieron en México pero vivieron toda su vida en Estados Unidos. Algunos no hablan ni español, entonces cuando tú los buscas en la base de datos para sacarle una CURP pues no existen; si vamos a gestionarles el acta de nacimiento tampoco existe, porque no fue registrado [...] Si la persona quiere quedarse a vivir en México y padece VIH es un proceso complicado documentarlo. Son cosas que no están pensadas para la atención al migrante, el aspecto social, el simple hecho de dar una identificación no está pensado para estos migrantes (Entrevista a integrante de Médicos del Mundo, 04 de marzo de 2010).

Sin duda, los entornos de inseguridad social y la migración clandestina limitan el acceso a los servicios de salud; por ejemplo, la delincuencia restringe y afecta las tareas de los grupos de rescate que son el enlace para los casos de emergencia médica; mientras, la carencia de identificación oficial se torna un obstáculo para acceder a servicios más allá de los de emergencia.

La desconfianza institucional se debe, en parte, al abuso de autoridad, el burocratismo y la gestión pública ineficaz, que además actúan como dimensiones limitantes del acceso a los servicios de salud, en escalas distintas, contribuyendo al deterioro de la misma.

Los encargados de salvaguardar a los ciudadanos y hacer respetar las leyes, a veces, abusan de su autoridad al extorsionar y/o agredir física y verbalmente a los migrantes; el

hostigamiento de la policía municipal fue un tema abordado por los actores claves y referido en la mayoría de los testimonios:

El migrante no quiere estar en Tijuana, es correteado por la policía en todos lados, para ellos es imposible vivir aquí. La policía maltrataba mucho a los migrantes por estar indocumentados, por no traer identificación [...] Algunos han llegado golpeados, tanto por la migra como por la policía de aquí (Entrevista al director de la Casa del Migrante, 01 de marzo de 2010).

En el tema de las detenciones policíacas en Tijuana subyacen el estigma y la discriminación; en principio, la ambigüedad del reglamento municipal en sus bandos de buen gobierno permite detener a personas sólo por “sospechar” que podrían cometer delitos, acción avalada por los jueces municipales. Estos, en la reunión del subcomité municipal, expresaron que cualquier persona deambulando es proclive a ser delincuente, ya que su experiencia muestra que “antes de cometer un delito, generalmente la persona no hace nada”.

Un ejemplo de estigma es lo expresado por el director de la estancia municipal de infractores, que refirió proteger a los ciudadanos de quienes les molestan pidiéndoles dinero o limpiando sus autos. Estas actitudes también resaltan el desinterés de algunos servidores públicos, que además aceptan las detenciones como estrategia de prevención del delito.

Por otro lado, las expresiones de discriminación de la patrulla fronteriza de EUA, traducidas en violencia, se evidencian también en daños físicos y emocionales. En las personas que llegan a la garita se manifiesta esta situación:

En la garita, vemos lo de siempre: gente que viene derrotada, que deja a su gente, a su familia, a sus hijos. Gente lastimada, golpeada, es lo de diario, uno lo ve diario, diario [...] Una vez vino una muchacha que venía lastimada con una fractura en la pierna, contó que cuando intentaron cruzar en el área serrana, ya en EUA, la corretearon, la tumbaron y le pasó una moto del *migra* por encima. Venía ella con su pierna quebrada. Ella ya venía atendida por ellos [por EUA], vendada, con muletas (Entrevista a integrante de Grupo Beta, 18 de marzo de 2010).

El abuso de autoridad genera temor en la población migrante y restringe su movilidad; además, contribuye a la desconfianza institucional, lo que repercute en los programas de protección como Grupo Beta, que en ocasiones es esquivado por las y los migrantes al relacionarlos con policías:

La mayoría de las veces ya conocen al Grupo Beta, pero como los migrantes desconfían de los policías y de otras corporaciones; todavía hay gente que nos tiene miedo, que te ve y corre. Le dices ¿cómo estás? ¿cómo te llamas, de dónde vienes? y les causas pavor, piensan que somos policías, se van con la *finta* (Entrevista a coordinador de Grupo Beta, 18 de marzo de 2010).

En menor medida, otro elemento desfavorecedor es el burocratismo. Por ejemplo, la falta de identificación oficial limita trámites y obtención de medicamento; otro ejemplo es la credencial del migrante que emite el DIF municipal que sólo se obtiene en sus oficinas (que colinda con la cárcel municipal). Al preguntar en la institución, si adicionalmente acudían a ofrecer ese servicio a los espacios donde se ubican la mayoría de las y los migrantes, respondieron que no lo consideraban necesario pues las personas podrían fácilmente ubicar y llegar a sus oficinas. Sin embargo, como ya se mencionó y se denotó en las narraciones, gran parte de las y los migrantes tienen temor a ser vistos por la policía y cuentan con pocos recursos económicos para desplazarse en una ciudad que generalmente desconocen.⁵⁰

La falta de presupuesto de los servicios de salud, así como su debilidad y poca eficiencia, son dimensiones que limitan su acceso, lo que afecta directamente a las personas migrantes en tránsito. El programa *Vete Sano, Regresa Sano* carece de un presupuesto federal y ello lo torna poco eficiente. La operación parcial del consultorio médico de la garita es otro obstáculo para cumplir cabalmente el objetivo de recibir, con trato digno y humanitario, a los migrantes.

El acceso a la salud de las personas se trunca, en parte, por ésta circunstancia:

El consultorio médico es de ISESALUD, lo abren por las tardes, por carestía de personal, ese es el argumento que nos da el sector salud. En las mañanas se nos dificulta [...] Vienen pasantes quienes dan los primeros auxilios pero sólo a los migrantes que lleguen en la tarde (Entrevista a subdirectora de PRH, 18 de marzo de 2010).

La ausencia de recursos del VSRS incide en muchas aristas del acceso a la salud de las y los migrantes en tránsito; la situación provoca desde la carencia de personal especializado y equipos completos para la atención, es decir cuadrillas de médico(a), enfermera, promotor en

⁵⁰ El transporte colectivo en Tijuana es amplio si se compara con otras ciudades de México. Sin embargo, un viaje en camión urbano, también llamado *calafia*, vale aproximadamente 10 pesos; y, debido a las rutas de los camiones, generalmente se requiere tomar más de uno para llegar a cierto punto de la ciudad. Para las y los migrantes, este gasto representa una fuerte erogación si se considera que, durante las entrevistas, algunos de ellos refirieron contar sólo con veinte o cincuenta pesos al momento de su llegada a la garita de Tijuana.

salud y trabajadora social, hasta la ausencia de una unidad de atención a víctimas de violencia, pasando por la falta de medicamentos, carencia de atención médica en salud mental, atención médica especial para las mujeres (consulta ginecobstétrica), entre otros.

Precisamente, la vulnerabilidad de las mujeres se expresa, en parte, en sus estados de salud física y emocional, lo que se demuestra en estos relatos:

Atender a las mujeres es más difícil, ya que muchas veces ellas regresan violadas [...] Mujeres embarazadas eran pocas, pero sí llegaban; embarazadas de tres, cuatro y hasta ocho meses; a veces mujeres de 17 o 18 años (Entrevista a enfermero del VSRS, 02 de marzo de 2010).

Nos ha tocado de casos, que comentan ellas, que fueron ultrajadas en el cruce, que la misma gente que las estaba cruzado abusó de ellas, que las golpearon, que les quitaron su dinero, y eso sí no es algo de todos los días pero sí se oye, sí se llega a reportar (Entrevista a coordinadora del VSRS, 04 de marzo de 2010).

Finalmente, el servicio de urgencias del Hospital General Tijuana, de por sí saturado con la demanda local, sirve, de manera incompleta, para resolver la falta de funcionamiento del VSRS. En este sentido, es común que a esa área del Hospital General trasladen a todas las personas migrantes que necesitan atención médica, aún cuando no se trate de una urgencia; consecuentemente las personas no son prioridad en el área y, aunque les proporcionan consulta médica, ésta no corresponde a sus necesidades; y, si los canalizan a otras áreas del propio hospital, éstas solicitan requisitos que difícilmente pueden cumplir.

Solidaridad, protección, confianza y calidad.

Ante la carencia de redes personales, familiares y amigos, algunos migrantes logran acceder a los recursos sociales y económicos de varias organizaciones de la sociedad civil (OSC). La confianza y credibilidad en las OSC se construye sobre la base del desinterés de estas organizaciones al ofrecerles sus servicios, su respaldo ante situaciones de emergencia, así como por el respeto a su identidad y condición legal, entre otros puntos.

Por ello, la demanda supera la capacidad de los albergues, especialmente el de la Casa del Migrante; de ahí que el proceso de selección y el control de entradas sea estricto, en el sentido de apoyar a los que están en una situación de emergencia; básicamente, a los recién repatriados o deportados. Y, sin menoscabo de quebrantar la confianza, en los albergues hay rigurosos reglamentos para las y los beneficiarios; reglas que buscan proteger la integridad de las personas

albergadas de un entorno complejo, donde coyotes o polleros, traficantes de drogas o delincuentes buscan posibles víctimas.

Las OSC tienen un papel relevante para la protección y atención de la salud de las y los migrantes; en la medida de sus posibilidades, las organizaciones han desarrollado acciones de salud preventiva y curativa. En Tijuana, Casa del Migrante e Instituto Madre Assunta han trascendido la consulta médica básica para apoyar a quienes requieren procesos de recuperación de mediano plazo como las personas fracturadas o que necesitan de medicación delicada como la insulina, por ejemplo.

De este modo, se puede apreciar que la dimensión de la confianza social que facilita el acceso a la salud es el vínculo con las OSC de Tijuana, ya que además de dar albergue, brinda atención primaria a la salud, no sólo con la consulta médica sino proporcionando, además, los medicamentos y apoyando para los exámenes clínicos que se requieran. Asimismo, las OSC facilitan el vínculo con las instituciones de segundo nivel; por ejemplo, Madre Assunta gestiona atención ginecológica en el Hospital General para las mujeres embarazadas que lo soliciten.

La confianza institucional es otro elemento que brinda protección y seguridad a las personas. En este marco, en Tijuana, las políticas públicas migratorias forman parte de la dimensión que coadyuva a la protección de las y los migrantes y que facilitan el acceso a los servicios de salud. El Programa de Repatriación Humana y el Grupo Beta son los principales elementos de esta dimensión, en la que también participa el Subcomité Municipal de Apoyo al Migrante.

Como se describió, el PRH se vincula con el sector salud de segundo nivel y facilita el vínculo a las y los migrantes repatriados o deportados que requieran servicios médicos; también es la vía con el consulado de México en San Diego para acordar el traslado de personas en estado de salud crítico o delicado. Por otra parte, Grupo Beta contribuye al acceso a través de sus acciones de rescate, de primeros auxilios y de enlace con los servicios de emergencia. También los integrantes del Grupo Beta se coordinan con los albergues de OSC para llevar y acompañar, en casos especiales, a las y los migrantes a las instituciones de salud.

En este sentido, declaran:

Los integrantes de Beta están en enseñanza continua, van a cursos para que puedan poner una férula, detener una hemorragia inmediatamente, tomar signos vitales, también para el rappel en caso que se necesite (Entrevista a coordinador de Grupo Beta, 18 de marzo de 2010).

Un gran número de pacientes nos los trae el Grupo Beta. Realmente ellos les dan un seguimiento, porque se esperan a que uno le haga todos los estudios y todo eso [...] Como que su función termina hasta establecer qué es lo que tuvo el paciente (Entrevista a médico jefe de urgencias del Hospital General Tijuana, 11 de marzo de 2010).

El Subcomité Municipal de Apoyo al Migrante realiza diversas acciones de protección para las y los migrantes que pasan por Tijuana; pero, principalmente, es el espacio para impulsar la concertación entre sociedad civil y gobierno en distintas aristas del tema. Así, las iniciativas del subcomité no provienen exclusivamente de autoridades municipales, ya que el grupo se integra por servidores públicos estatales, federal y por representantes de la sociedad civil organizada. Un informante indica al respecto:

Esta credencial del migrante [la del DIF], también nació en el subcomité, por presión nuestra. Nació con la intención de evitar que los policías estuvieran extorsionando a los migrantes, porque los detienen y les dicen: ¿No traes documentos? Vente, te llevo a la preventiva [a la cárcel] y sales hasta que pagues una multa o hagas servicios comunitarios en la ciudad [...] Algo que nosotros pedíamos en el subcomité era que el INM, ahorita que hay tantas deportaciones, les dé una identificación a los migrantes, (Entrevista a trabajadora social de Madre Assunta, 01 de marzo de 2010).

Por otro lado, contar con el programa de VSRS y la disponibilidad de servicios públicos de salud es una dimensión que facilita a las personas el acceso a estos servicios, lo cual es indispensable para evitar un mayor deterioro de la salud de las y los migrantes en tránsito.

Los actores claves coincidieron en la descripción de las condiciones de salud de las personas y, aunque refirieron que la mayoría presentan un estado relativamente bueno de salud o con padecimientos no graves, destacaron los casos de padecimientos críticos, crónicos y/o con lesiones producidas durante el intento del cruce:

Algunos sí vienen con infecciones venéreas, otros con VIH o personas que fueron golpeadas por la migra, o que se cayeron [...] Me tocaron hipertensos, diabéticos descontrolados; con el apoyo de Grupo Beta, con ellos tuve buena respuesta, en sus jeeps, los llevaban al Hospital General (Entrevista a enfermero del VSRS, 02 de marzo de 2010).

En este contexto, los servicios de salud dirigidos a las y los migrantes son relevantes, así como aquellas instituciones en los que pueden recibir atención médica.

3.4. Los padecimientos de salud mental entre migrantes en tránsito

El tratamiento de los padecimientos psiquiátricos es, en sí mismo, un tema complejo para las comunidades. Si la atención de esos pacientes resulta difícil cuando cuentan con redes familiares y sociales, para las y los migrantes en tránsito el caso se complica mucho más. Las posibles circunstancias de su movilidad, como la falta de identidad, sus débiles o nulas redes familiares, sus bajos recursos económicos y su carencia de seguridad social, son algunos de los factores que dificultan su atención.

Los pacientes con estas enfermedades pueden estar diagnosticados médicamente o no. Lo primero podría permitir una cierta atención por los diversos actores sociales; pero, en caso contrario, la situación se complejiza porque podría no ser tratados adecuadamente. De no atenderse, estas personas son proclives a la indigencia y la rápida pérdida de su salud.

Varios de los actores claves en los servicios a los migrantes abordaron el tema de las repatriaciones o deportaciones de personas con enfermedades mentales. Los albergues, por ejemplo, señalaron que ésta era una limitante para ofrecer el servicio; ellos no se mostraron insensibles a la problemática, pero señalaron que no tenían las condiciones para atenderlos. La preocupación central es que el tema está poco abordado, los procedimientos de recepción y atención de personas en esa condición son muy endeble, aunado a que no hay un recibimiento médico que permita diagnosticar casos no notificados.

La repatriación de enfermos mentales notificados.

Cuando EUA pretende repatriar a México a una persona enferma mental, identificada como tal por diagnóstico médico, debe preceder una notificación sobre ese evento, para prever su atención médica y asegurar su integridad. Teóricamente, en ese procedimiento de repatriación participan el consulado de México en EUA, el Instituto Nacional de Migración y el Sector Salud. Al respecto, la subdirectora del Programa de Repatriación Humana comenta algunas dificultades en la recepción y entrega de enfermos mentales notificados:

Es algo que se ha acrecentado bastante. Por la condición en la que se encuentran, no sabemos si son mexicanos o no, o si tienen familia o no, ellos no están coherentes, no te pueden proporcionar información

[...] Esas personas son diagnosticadas en EUA, normalmente son indigentes allá [...] Tenemos un término de 24 horas para darles salida de la garita. Nosotros somos una autoridad meramente administrativa, que nuestra obligación es recibirlos de manera digna, responsable y humanitaria pero no somos salud [...] En esos casos llamamos al sector salud para que ellos se hagan cargo [...] En estos casos interviene el consulado en San Diego; en EUA estas personas se quedan en centros psiquiátricos hasta que estén estables y puedan informar de sus familias. También contactamos con el gobierno del estado de donde es originario. En la ciudad, avisamos a la Dirección Municipal de Salud, quienes los envían a un centro de salud mental para hacerles una valoración médica. Si la persona se encuentra agresiva se interna y una vez estable se egresa (Entrevista a subdirectora de PRH, 18 de marzo de 2010).

A partir de los acuerdos en el subcomité del migrante, el municipio de Tijuana apoya médicamente a las personas enfermas mentales *devueltas*. El municipio se coordina con el PRH para recibir a los enfermos mentales notificados y trasladarlos al hospital psiquiátrico de Tijuana. Este hospital es privado pero tiene convenios con el municipio para atender a las personas que éste le remita:

En el caso de pacientes con trastornos mentales, contamos con el hospital de salud mental. Es un hospital privado pero tenemos un convenio a nivel de municipio. Ellos reciben a los pacientes que les referimos, les hacen un diagnóstico médico psiquiátrico y les dan el tratamiento a seguir. Puede ser un tratamiento ambulatorio que diga que el paciente está controlado y éste podría tener consulta subsecuentes mensuales, o si el paciente ingresa a una fase aguda se interna; el tiempo de internamiento depende de la enfermedad con la que llegue y que tan aguda sea la enfermedad (Entrevista a subdirector de servicios médicos municipales, 19 de marzo de 2010).

El subdirector médico comentó que la mayoría de los pacientes provienen de cárceles de EUA y ya vienen controlados médicamente. De ahí que el municipio se interesa en continuar con esa estabilización, cuyo costo no es alto; las cuotas del hospital son de 250 pesos la consulta y 500 pesos por día de internamiento. También señaló que las trabajadoras sociales buscan y contactan a los familiares y así, al darlos de alta, se entregan a sus familiares o a centros de apoyo si no tienen a nadie en la ciudad.

Según el subdirector médico, la mayoría de las enfermedades son esquizofrenias delirantes y paranoias; en muchos casos, en su opinión, secuelas de la drogadicción. Señaló que, en menor medida, están los casos de problemas emocionales como depresión o ansiedad. Y, según indicó,

no existen limitantes para brindar ese servicio, pues se cuenta con suficientes recursos y es un interés municipal.

Para la subdirectora del PRH, una de las limitantes es el poco involucramiento del sector salud. El área de Repatriación Humana indica que el número de casos mensuales de enfermos mentales notificados es bajo, sólo llegan cinco o seis al mes. La experiencia de Médicos del Mundo proporciona el panorama siguiente:

La cuestión de los padecimientos psiquiátricos es algo serio; para los migrantes que no tienen familiares es algo mucho más serio. Realmente derechos humanos debería de ver algo mas en ello [...] La experiencia que yo tengo es que si viene alguien notificado, normalmente contactan con su familiares para que bien lo recoja o lo espere en el lugar al que va a llegar [...] En cinco años que llevo trabajando con migrantes, solo he visto un caso que nos haya sido notificado (Entrevista a integrante de Médicos del Mundo, 04 de marzo de 2010).

La información de los actores sociales, cuya participación en la garita se ha dado en diferentes momentos, apuntaría a cambios institucionales en la atención de los enfermos mentales notificados. En las entrevistas se percibe la voluntad política de atender la cuestión, pero también un manejo mínimo de la problemática y una baja o nula participación y corresponsabilidad del sector salud federal y/o estatal. Un indicador de ello es el desconocimiento del programa *Vete Sano, Regresa Sano* entre el personal de los servicios médicos municipales.

La no identificación de repatriados con enfermedades mentales.

Desconocer que una persona está enferma repercute fuertemente en su salud, ya que ni siquiera se plantea la posibilidad de ser atendida. En el caso de los padecimientos mentales, no atenderlos repercute en crisis de salud para la persona, en posibles alteraciones de su comportamiento que, a su vez, probablemente resulten en violencia hacia su propio cuerpo y/o hacia terceros.

Para los migrantes enfermos mentales, carentes de redes sociales y/o familiares, la indigencia es el escenario más próximo si no son atendidos médicamente y de manera oportuna:

La consulta en la línea [garita] y en Casa del Migrante nos dio la experiencia de casos de personas esquizofrénicas pero que se detectaron hasta que les hicimos el diagnóstico; personas con problemas ya graves; que tal vez tomaron medicamento, pero en la actualidad, por la cuestión de la migración perdieron ese tratamiento, por ejemplo, lo suspendieron porque estuvieron presos o lo perdieran en la calle. El hecho de suspender la medicación hace que vuelvan a desarrollar toda la sintomatología psiquiátrica y eso los vimos

en Casa del Migrante, hemos tenido casos severos, de intentos de suicidios, gente que sale corriendo por la noche, afortunadamente no ha habido daños y se han atendido ya que presentaron el evento, pero alguien que tenga una tendencia psicótica asesina puede causar algo serio (Entrevista a integrante de Médicos del Mundo, 04 de marzo de 2010).

La narración anterior muestra una realidad: la llegada a la garita de personas enfermas mentales no notificadas. La condición de salud mental de las personas no es apreciable a simple vista, por lo que implica conocimientos médicos de la sintomatología y la habilidad de observación entre otros puntos. De ahí la relevancia de disponer de servicios médicos continuos en la garita, con personal capacitado para realizar pruebas, identificar y atender estos casos.

La no identificación de repatriados con enfermedades mentales no es una situación esporádica. Llegan personas que carecen de diagnóstico, otras que lo tienen pero que no pasaron por el procedimiento adecuado. Además de las consecuencias en salud, no identificar oportunamente a estas personas arriesga la integridad del propio migrante y de quienes comparten servicios con él en los diferentes espacios de apoyo:

No están diagnosticados, y los que sí lo están no están notificados [...] nosotros tuvimos varios casos en la garita, no son pocos, tampoco son muchos, pero con uno que llegue con eso nos basta. Hay que sedarlo para que esté más tranquilo, contactar con los familiares, en fin, hay que hacer toda una logística para enviarlo con un familiar que pueda hacerse cargo de él (Entrevista a integrante de Médicos del Mundo, 04 de marzo de 2010).

La ausencia de un hospital psiquiátrico público en Tijuana, urbe de cerca de millón y medio de habitantes con una conocida problemática de usuarios de drogas, puede responder a diversas razones, pero pareciera apuntar también a un bajo interés público hacia los temas psiquiátricos. Para las personas migrantes en tránsito esa ausencia es una limitante de acceso a los servicios de salud:

No hay hospital psiquiátrico público, hay uno privado; así que la atención [del municipio] puede ser de buena voluntad pero el medicamento es sumamente caro. Pero más que el medicamento, el hecho es que no tenemos un sitio donde alojar a personas solas; en un lugar que no conocen, sin dinero y sin nadie a quien contactar. Si tenemos a una persona mentalmente desequilibrada, los albergues de migrante de Tijuana no pueden atenderla; no tienen la capacidad técnica ni la infraestructura para hacerlo. Debería haber un lugar

donde se pueda quedar mientras se contacta a los familiares, donde esté medicada y cuidada (Entrevista a integrante de Médicos del Mundo, 04 de marzo de 2010).

En suma, es importante identificar a las personas repatriadas con enfermedades mentales para su canalización a una atención médica oportuna que les asegure una estabilización y, de alguna manera, los aleje de los riesgos de indigencia, así como de un mayor deterioro de su salud.

Síntesis del capítulo

En este capítulo se presentaron los resultados del trabajo de campo. En el panorama general de las condiciones de salud, destacan las personas enfermas crónicas, las que dañaron su salud por la violencia u otro factor del entorno. También resalta la vulnerabilidad de las mujeres, aproximadamente un 10% embarazadas, y según testimonio de terceros, varias de ellas víctimas de violencia sexual; en este tema se observó imprecisión ya que no hay un área especializada para la atención de éstos casos.

Se describieron los actores claves cuyos servicios protegen y atenúan la vulnerabilidad de las personas en tránsito. La solidaridad de las organizaciones de la sociedad civil las torna redes sociales valiosas e indispensable para la las persona en tránsito; además es sus albergues es donde se suministran en mayor medida servicios de salud. A nivel institucional, el Programa de Repatriación Humana y el Grupo Beta forman parte de políticas públicas migratorias de protección y respeto a los derechos humanos; sus funciones también facilitan el acceso a los servicios de salud. El programa *Vete Sano, Regresa Sano* y el área de urgencias del Hospital General Tijuana son elementos centrales para la salud de personas. Sin embargo, la operación del VSRS está limitada por la ausencia de presupuesto, situación que disocia las intenciones políticas de garantizar el acceso a los servicios de salud de las y los migrantes en tránsito con la práctica. Otro actor clave es el Subcomité Municipal de Atención al Migrante cuyo objetivo es revisar las condiciones sociales de las personas migrantes en Tijuana y generar acciones para su beneficio y protección. Este espacio de interlocución gobierno-sociedad civil permite debatir y colocar temas en la agenda pública municipal.

Los testimonios de las y los migrantes entrevistados evidenciaron sus condiciones de vulnerabilidad; sobresalen sus débiles o nulas redes familiares en Tijuana. Las condiciones diferenciales de las mujeres se expresaron en una menor resistencia a las adversidades del cruce en algunas, o por su condición de embarazo, entre otros. Igualmente se notó la fragilidad de los

enfermos crónicos con tratamiento médico interrumpido y de las víctimas de violencia. Las consecuencias negativas de confiar en redes de tráfico de personas se evidenció con los relatos de casos de robo por los propios coyotes, de engaño para guiarlos, así como del abandono, aún en condiciones críticas de salud, en lugares inhóspitos. Las personas entrevistadas también dieron cuenta de elementos vinculados a la migración clandestina, como el anonimato voluntario, exponiéndose así a la invisibilidad legal y a ser víctimas de la policía. En los relatos se encuentran casos de abuso de autoridad y violencia por discriminación, los cuales no tuvieron una atención médica completa relacionada a sus condiciones de migrantes pero también por la debilidad del programa VSRS. En contraparte, las y los entrevistados destacaron los apoyos de los actores claves; aquellas que estaban en albergues subrayaron el otorgamiento de servicios médicos y la protección respecto al entorno en Tijuana, particularmente se sentían seguros y tranquilos de no ser acechados por la policía municipal.

A partir de los diferentes elementos del trabajo de campo se halló que el capital social, la confianza social e institucional de las personas, así como los propios servicios de salud son los factores condicionantes del acceso a la salud. Estos factores se componen de dimensiones que facilitan o limitan el citado acceso; así, mientras las redes personales; las OSC; las políticas públicas migratorias y los programas y servicios de salud dirigidos a migrantes actúan en sentido positivo, las redes de tráfico de personas; la inseguridad social y la migración clandestina; el abuso de autoridad, el burocratismo, la gestión pública ineficaz, y especialmente la debilidad, poca eficiencia y falta de presupuesto del programa para migrantes -*Vete Sano, Regresa Sano*- son elementos que lo restringen.

El tema de la salud mental en migrantes fue abordado por los actores claves; la preocupación central es que la mayoría de estos casos no son identificados a su llegada a la garita, además que no hay una estrategia clara de atención y perciben un incremento en el volumen de connacionales repatriados en esas condiciones. En la garita no se aplican pruebas médicas al respecto, por lo que si llega un enfermo mental que no está notificado como tal y no presenta ningún comportamiento que revele en su padecimiento, ingresará como cualquiera. Los casos que sí llegan notificados, son atendidos por el PRH en coordinación con los servicios médicos municipales; pero son casos complicados por ejemplo, a veces se desconoce su identidad y es difícil contactar a familiares, el servicio en el hospital psiquiátrico privado es más de valoración y atención ambulatoria, entre otros aspectos.

CONSIDERACIONES FINALES

Uno de los objetivos de los estudios de población y desarrollo es generar conocimiento para comprender mejor las problemáticas que afectan a las sociedades. En ese sentido, esta investigación aborda los fenómenos de migración y salud centrándose en las condiciones de vulnerabilidad de las personas en tránsito para acceder a los servicios de salud mientras se encuentran en la frontera norte de su propio país. Sin duda, las múltiples aristas de éstos fenómenos sociales, sumado a su interacción en los entornos complejos de las ciudades fronterizas de México, plantean una serie de desafíos a resolver; particularmente, interesa abordar los relacionados en esta investigación, a partir de que se corroboró la hipótesis planteada: “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”.

Acorde a la EMIF 2008, una cantidad considerable de personas mexicanas intenta cruzar indocumentadamente la frontera con EUA; también, esa fuente esboza el elevado número de personas *devueltas* a México por estancia no autorizada en EUA, éstos connacionales tienen un retorno obligado al país que, en algunos casos, dejaron hace años y/o con el que tienen un débil vínculo personal y social. Ahora bien, se encontró que durante la travesía del *cruce* y en el retorno involuntario, las y los migrantes enfrentan fuertes adversidades físicas y psicosociales, lo que provoca necesidades de atención en su salud. En este entorno, las personas con lesiones psicomotoras y/o con padecimientos crónicos así como las mujeres, se ubican en situación de mayor vulnerabilidad, ellas por su propia condición de género, como en el caso de estar embarazadas. Asimismo, entre las personas *devueltas* que ya vivían en EUA, destacan aquellas que sufrieron una abrupta separación familiar, cuyo retorno obligado impacta negativamente en su salud emocional.

La posibilidad de que estas personas accedan a los servicios de salud institucionalizados se condiciona por los factores de capital social, confianza social e institucional y los propios servicios de salud. Las dimensiones de estos factores facilitan o limitan el acceso, según su sentido de protección, riesgo o debilidad institucional. Así, las redes personales; la sociedad civil

organizada; las políticas públicas migratorias y los programas y servicios de salud dirigidos a migrantes actúan en sentido positivo; en oposición, las redes de tráfico de personas; la inseguridad social y la migración clandestina; el abuso de autoridad, el burocratismo, la gestión pública ineficaz, y especialmente la debilidad, poca eficiencia y falta de presupuesto del programa para migrantes *Vete Sano, Regresa Sano* son elementos que lo restringen.

El estudio reunió elementos que dieron cuenta de un mayor peso de las dimensiones limitantes; por ello es menester impulsar y consolidar la confianza social, la confianza institucional y los servicios de salud. Las acciones de mejora que coadyuvarían en ese sentido estarían encabezadas por la real y eficiente operación del VSRS, que daría la posibilidad a un acceso a la salud completo y de calidad a las y los migrantes en tránsito.

Es imperante la necesidad de personal médico especializado, de enfermería y de trabajo social, cubriendo horarios completos en los espacios de mayor confluencia de las y los migrantes; estos equipos deben contar con los medicamentos y materiales necesarios para la atención oportuna y de calidad. Además, el VSRS es prácticamente la opción institucional para garantizar el apoyo a la continuidad de tratamientos médicos para la población migrante que lo requiera, como es el caso de enfermos crónicos, porque, como lo muestran Corona, Rangel y Macías (2009) en los hallazgos de su proyecto sobre migrantes de paso por la frontera norte, entre ellos existe prevalencia de padecimientos como la diabetes y la hipertensión arterial; situación que también fue expresada por el personal de salud entrevistado.

Las diferencias biológicas y sociales de las mujeres exigen la atención de necesidades específicas de salud; ello demanda una atención médica particular, que incluya diversos aspectos como el de salud sexual y reproductiva. Asimismo, dado el entorno de la inseguridad social de la migración clandestina, es latente el riesgo de violencia sexual; sin embargo, en la garita de deportación, espacio de mayor confluencia de las migrantes *devueltas* por intento de cruce, no hay unidad de atención a víctimas de violencia, cancelando la posibilidad de atender y documentar estos casos. Por ello, es recomendable incluir éste servicio como parte del esquema de la repatriación digna, ordenada y segura que proclama el INM.

La coordinación del VSRS con los servicios de salud locales es clave para propiciar el acceso a los mismos, particularmente a la atención médica de segundo nivel que no necesariamente sea una urgencia; se precisa de esta intervención del VSRS porque las instituciones que atiende a las personas sin seguridad social están diseñadas para atender a la

población local y no existen mecanismos previstos para las poblaciones móviles. Del mismo modo, una de las debilidades encontradas es la falta de registro hospitalario de la condición migrante; esta ausencia de documentación no permite el conocimiento preciso de los estados de salud ni las necesidades al respecto de esta población. Por ello, es relevante incluir esta categoría, distinguiendo situación migratoria en los registros de ingreso, tanto en los hospitales de segundo nivel como en los centros de salud.

La sensibilización de los funcionarios y servidores públicos que interactúan con las y los migrantes es clave para el desempeño de su labor: romper con el desinterés e ineficiencia de procesos abona a la confianza ciudadana; evitar tareas redundantes y completar con calidad las correspondientes a cada programa contribuye a la disminución de la vulnerabilidad de las personas. Desde acciones sencillas como asegurar la orientación e invitación a ingresar a la garita y visibilizar con anuncios los servicios que actualmente se brindan hasta la puesta en marcha, en ese espacio, de en un modelo de atención integral a las y los migrantes en tránsito son opciones para atenuar la vulnerabilidad de las personas.

En la garita, los servicios actuales tendrían que asegurar su calidad y cobertura, tal es el caso del consultorio médico, que debería fortalecerse con un local más apropiado y mejorando sus servicios, incluyendo una médica especialista en salud de la mujer.

Además, en ese espacio podría instaurarse un modelo de atención integral, que incluya la instalación de una unidad de atención a víctimas de violencia; una oficina de gestoría de documentos de identidad que, vinculándose con los gobiernos estatales, obtenga documentos de identidad jurídica como actas de nacimiento o la clave única de registro de población (CURP), además de coadyuvar a la localización de personas, la gestión de apoyos para los traslados de enfermos, entre otros. Asimismo, sería de gran ayuda para las personas contar con una credencial de identificación oficial federal, este documento podría emitirse por el Instituto Nacional de Migración.

De esta manera, desde la llegada a territorio mexicano de las personas *devueltas*, se les invitaría a un módulo para una breve entrevista que aborde los puntos claves que permitan conocer sus condiciones de vulnerabilidad y, sobre todo, sus necesidades indispensables; por ejemplo, si cuentan con lugar para pernoctar en la zona, si requieren consulta médica, si tienen alguna enfermedad diagnosticada o crónica que requiera tratamiento continuo, si tiene identificación. Además, tener un espacio adecuado para el recibimiento de las personas facilitaría

el desarrollo de otros proyectos, como son el levantamiento de encuestas oficiales, que requieren de tiempo y disponibilidad de la persona. Precisamente, en estos instrumentos es relevante la inclusión del tema de salud para la generación de estadísticas que permitan, por ejemplo, realizar análisis de tipo longitudinales.

Por otro lado, pese a la solicitud del cese de deportaciones nocturnas, éstas continúan, a pesar de estar comprobado que estas deportaciones aumentan la vulnerabilidad de las personas por su mayor exposición a robos, asaltos, detenciones, entre otros peligros; además de que en esos horarios no se disponen de la mayoría de los servicios en la garita, entre ellos el médico. En este contexto, es menester un mayor impulso al cumplimiento de los convenios binacionales que logren las deportaciones o repatriaciones en horarios diurnos para asegurar las mejores condiciones para el recibimiento de las personas.

El abuso de autoridad, especialmente las detenciones y la extorsión de la policía municipal a las y los migrantes, fue una preocupación expresada por la mayoría de las personas entrevistadas, quienes señalaron la cotidianidad de esta situación. Estos abusos, que potencian la vulnerabilidad de las personas, deben eliminarse, ya que no sólo provoca desconfianza institucional sino que desampara, aún más, a las y los migrantes; por ejemplo, el robo de sus escasos recursos les quita la posibilidad de atenderse particularmente ante alguna situación de salud.

Eliminar los abusos de autoridad conlleva un trabajo amplio y conjunto entre sociedad y gobierno, que va desde la capacitación a servidores públicos hasta la enmienda de reglamentos municipales cuya interpretación pueda llevar a esta situación. De ahí la importancia de los espacios de diálogo entre sociedad civil y gobierno, tal como el Subcomité Municipal de Atención al Migrante, donde se pueden plantear propuestas y revisar estrategias para eliminar estigmas y evitar la discriminación hacia las y los migrantes; y, en contraparte, generar una imagen humana y digna, destacando sus aportaciones y beneficios a las propias economías locales.

El deterioro de salud de las y los migrantes por acciones de violencia y discriminación de los agentes de la patrulla fronteriza también fue referido en las distintas pláticas. Ante esta incesante falta hacia los derechos humanos, concierne al INM y a la Secretaría de Relaciones Exteriores documentar estos abusos, emitir las quejas correspondientes y continuar insistiendo en el respeto hacia las y los connacionales. Asimismo, desde la sociedad civil y la academia se

pueden realizar aportaciones valiosas para intentar aminorar esa situación; la documentación y difusión de casos, así como la generación de estadísticas es una de tantas posibles contribuciones.

La experiencia mostró que la confianza social es uno de los ejes relevantes que disminuyen la vulnerabilidad de las personas de paso; por ello, es menester el fortalecimiento de la sociedad civil, así como de los servicios médicos que se brindan en sus espacios. Nuevamente, un elemento central es el VSRS; en la medida de la real operación del programa podrán generarse sinergias con las OSC en beneficio de la salud de la población objetivo. Asimismo, considerando que los albergues son un refugio que brinda un lapso de relativa tranquilidad y armonía ante la incertidumbre de las y los migrantes, se podrían prever dinámicas de apoyo psicológico para el apoyo y recuperación emocional de las personas, especialmente de las mujeres y los niños, así como de aquellas personas que hayan sufrido alguna situación psicosocial adversa.

La escasa identificación de migrantes enfermos mentales a su llegada a México fue una preocupación abordada unánimemente por los actores claves; para las pocas personas que sí llegan notificadas con algún padecimiento psiquiátrico, hay avances en su atención pero el procedimiento es aún poco preciso. Ante los innumerable retos que presenta esta problemática, algunas propuestas que ayudarían a su solución sería asegurar que las personas diagnosticadas sean notificadas previo a su llegada a la garita; también es indispensable que las autoridades corresponsables revisen y acuerden los procedimientos para así sumar esfuerzos y lograr una atención integral a la persona. Los casos más graves son aquellas personas que carecen de un diagnóstico médico, dado que si no son identificadas y carecen de redes personales son extremadamente vulnerables y proclives a la indigencia; de ahí la importancia de que en la garita se ofrezca un recibimiento médico integral y se realicen las pruebas médicas que permitan detectar los casos de padecimientos psiquiátricos para diagnosticar y atender oportunamente a las personas.

En suma, es menester fortalecer los elementos de protección de las y los migrantes en tránsito así como eliminar o disminuir, en lo posible, aquellos componentes que ahondan su vulnerabilidad e incertidumbre cuando se encuentran en condiciones de tránsito. 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.

Sin duda, la atención a los grupos vulnerables es prioritaria para el bienestar social; ese ha sido el incentivo fundamental para realizar esta investigación cuyo objetivo último es coadyuvar a la mejora de las condiciones sociales y de vida de las y los migrantes en tránsito 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.

ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista para personas migrantes en tránsito

Dirigida a: migrantes repatriados o deportado por cruce ilegal o por estancia no autorizada en EUA; y, de ser posible, personas en espera de cruzar.

A. Perfil del entrevistado

Seudónimo

Sexo

Comentarios etnográficos:

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿En qué mes y año nació?

B. Viaje a Tijuana

3. ¿Es la primera vez que está en esta ciudad o había venido antes?
4. Platíqueme, ¿cómo llegó a Tijuana? [tipo de transporte; solo o acompañado]
5. ¿Tuvo algún problema de salud o se sintió mal durante el viaje?

Si lo tuvo,

¿qué le pasó? [tipos de problemas de salud física y emocional]

¿Pudo resolverlo?

Si la respuesta es positiva, ¿cómo lo resolvió?[quién lo atendió, quién se lo sugirió, calidad y trato del servicio]

Si la respuesta es negativa, ¿por qué no pudo resolverlo? [carencias de redes, información, comunicación, discriminación, sentimientos de vergüenza, temor]

Si no lo tuvo,

¿cómo le hizo para mantenerse saludable o bien de salud durante el viaje? [estrategias de prevención y cuidado de la salud personal]

C. Estancia en la ciudad

6. ¿Cuánto lleva en Tijuana? [tiempo de estancia: horas, días, semanas]
7. *Antes de ingresar al albergue,* ¿cómo le ha hecho o cómo hizo para mantenerse en la ciudad? [parientes, conocidos, contactos, información de la ciudad]
8. *Antes de ingresar al albergue,* ¿tuvo algún problema de salud o se sintió mal en algún momento?

Si lo tuvo,

¿qué le pasó? [tipos de problemas de salud física y emocional]

¿Pudo resolverlo?

Si la respuesta es positiva, ¿cómo lo resolvió?[quién lo atendió, quién se lo sugirió, calidad y trato del servicio]

Si la respuesta es negativa, ¿por qué no pudo resolverlo? [carencias de redes, información, comunicación, discriminación, sentimientos de vergüenza, temor]

Si no lo tuvo,

¿cómo le ha hecho o le hizo para mantenerse saludable o bien de salud? [estrategias de prevención y cuidado de la salud personal]

D. Intentos de cruce

9. **Si es repatriado por cruce ilegal,** ¿qué pasó y qué dificultades tuvo durante su intento de cruce? [dificultades de salud física y emocional, problemas relacionados con los “polleros” u otras personas vinculadas al cruce, violencia]
10. **Si no es repatriado,** ¿ha intentado cruzar?

Si la respuesta es positiva, ¿qué pasó y qué dificultades tuvo durante su intento de cruce? [dificultades de salud física y emocional, problemas relacionados con los “polleros” u otras personas vinculadas al cruce, violencia]

E. Estancia en albergue

11. ¿Cómo llegó usted a este lugar? [comunicación formal o informal; solo o acompañado]
12. En estos días que ha estado en este lugar, ¿ha tenido algún problema de salud o se ha sentido mal en algún momento?

Si lo tuvo,

¿qué le ha pasado? [tipos de problemas de salud física y emocional]

¿Pudo resolverlo?

Si la respuesta es positiva, ¿cómo lo resolvió? [quién lo atendió, quién se lo sugirió, calidad y trato del servicio]

Si la respuesta es negativa, ¿por qué no pudo resolverlo? [carencias de redes, información, comunicación, discriminación, sentimientos de vergüenza, temor]

Si no lo tuvo,

¿cómo le ha hecho para mantenerse saludable o bien de salud? [estrategias de prevención y cuidado de la salud personal]

13. ¿Cómo se ha sentido en este lugar? [evaluación del servicio]
14. ¿Ha realizado algún tipo de actividad o tarea en este lugar durante su estancia? [involucramiento con la OSC]

F. Perspectiva de vida después de su salida del albergue

15. ¿Qué piensa hacer usted cuando salga de aquí?
16. ¿Con qué cuenta para lograrlo?

G. Cierre de la entrevista

17. ¿Quiere usted comentarme algo más: sugerencia, opinión o algo importante que no hayamos platicado durante la entrevista?.

Gracias por sus respuestas y que le vaya muy bien.

Anexo 2. Guía de entrevista institucional

Dirigida a: directivos y personal de instituciones que brindan servicios a las y los migrantes en tránsito.

Institución [dato previamente llenado]

A. Perfil del entrevistado

Posición en la estructura de la institución [dato previamente llenado]

Nombre del servidor público [dato previamente llenado]

Sexo []

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? [Año, mes y día]
2. ¿En dónde nació?
Si no nació en Tijuana, ¿desde cuándo vive Usted aquí de manera fija o permanente?
3. ¿Cuál es su grado máximo de estudio?
Si tiene estudios universitarios, ¿cuál es su profesión?
4. ¿Desde cuándo trabaja en esta institución? [Año]
5. ¿Cuáles han sido sus principales actividades o tareas en la institución?

B. Funcionamiento y dinámica institucional

6. ¿Conoce Usted cómo se sostiene la labor institucional (fuentes de financiamiento y apoyo no financiero)?
7. ¿Sabes si existe alguna instancia que evalúe los servicios que brinda la institución? [nombre de la instancia evaluadora]
Si la respuesta es afirmativa, ¿conoce los criterios que se tienen en cuenta en dicha evaluación y si existen informes escritos al respecto?
8. Desde que Ud. trabaja en esta institución, ¿qué cambios institucionales ha notado en la atención al migrante?
Si ha habido cambios, en su opinión, ¿por qué se hicieron? y ¿qué resultados han tenido esos cambios en la atención al migrante?
9. En su criterio, ¿cuáles son las principales limitantes, materiales y de otro tipo, para el trabajo de esta institución?
10. ¿Podría Usted describir cómo se organiza el trabajo o la atención a los migrantes diaria o semanalmente?
11. ¿Sabe si existe alguna forma de participación de los migrantes atendidos en la vida institucional y en qué consiste esta participación?
12. ¿Conoce Usted con qué otras instituciones se coordina o vincula la institución para atender a los migrantes y en qué consiste esta coordinación?
13. ¿Sabe Usted qué opciones les ofrece la institución a los migrantes cuando concluye el servicio que les proporciona?

C. Opiniones sobre los migrantes atendidos

14. ¿Podría describirme en qué condiciones de salud encuentran o reciben a los migrantes en tránsito que atiende la institución?
Si las condiciones son precarias, en su opinión, ¿qué factores las explican?
15. ¿Podría comentarme cuáles son las dificultades más frecuentes para establecer u ofrecer el servicio que brinda la institución a los migrantes que encuentran o reciben?
Si es difícil establecer el servicio, en su opinión, ¿qué factores explican esta dificultad?
16. ¿Cuáles han sido los casos que más recuerda y por qué?
17. ¿Recuerda Usted haber atendido en varias ocasiones a la misma persona?
Si se ha dado el caso, en su opinión, ¿qué razones explican esta reiteración?
18. En su opinión, ¿por qué cree Ud. que estas personas intentan migrar a pesar de los riesgos personales y/o familiares a los que se exponen?
19. ¿En alguna ocasión ha podido darle algún tipo de seguimiento a alguna de las personas migrantes que ha atendido la institución?
Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué ha consistido el seguimiento y qué resultados ha tenido?
Si la respuesta es negativa, ¿por qué no ha podido hacerlo?

D. Cierre de la entrevista

20. ¿Qué otras instituciones conoce usted para la atención a la salud de los migrantes en tránsito en la ciudad de Tijuana?
21. ¿Quiere usted comentarme algo más: sugerencia, opinión o algo importante que no hayamos platicado durante la entrevista?

Muchas gracias por la entrevista.

Anexo 3. Guía de observación etnográfica de la institución, del servidor y del migrante entrevistado

I. De la institución

A. Del espacio de atención: características y condiciones materiales o físicas.

1. Ambiente: ¿cómo es en general el espacio?, ¿cómo es la institución?
 - 1.1. ¿Es cálido en su ambiente?
 - 1.2. ¿Hay sillas, sillones u otros muebles pensados para el descanso o relajamiento del beneficiario?
2. Condiciones del lugar: iluminado, ventilado, adecuado para el servicio, etc.
3. Información expuesta o pública, a la vista de los usuarios del servicio
 - 3.1. ¿Sobre qué tema versa la información?, ¿a quién se dirige?
 - 3.2. ¿Qué carteles o anuncios hay?; ¿requisitos de atención?; ¿organigrama?; ¿horarios de atención?; ¿campañas?; ¿derechos del migrante, paciente o enfermo?; ¿respecto a derechos humanos?, etc.
 - 3.3. ¿Cómo es la información? vigente, gráfica, detallada, puntual, abstracta, restrictiva.
 - 3.4. ¿Hay letreros referidos a la transparencia de procesos?
 - 3.5. ¿La información está en armonía con el trabajo o se contradice con lo que pregona?
4. Relación entre el servidor/oferente y demandante:
 - 4.1. ¿Cómo se da la relación físicamente?: ¿hay “barreras” físicas que distancian a las personas, en lo auditivo por ejemplo?
 - 4.2. ¿Son espacios abiertos que permiten una interacción cercana?
5. Secuencia de los eventos:
 - 5.1. ¿qué hacen los actores (antes, durante y después)?
 - 5.2. Describir la manera en que transcurren las actividades o eventos, si es posible cronológicamente; y, controlar el tiempo de atención.
6. Detectar particularidades institucionales u organizativas (rendijas peculiares).
7. Observar si hay consonancias y/o disonancias entre lo formalmente establecido en el servicio y lo que realmente ocurre (praxis).

B. De los servidores y su servicio: tratamiento a las personas; actitudes; relaciones de trabajo.

8. Relación entre servidor/oferente y beneficiario o demandante:
 - 8.1. ¿Cómo es el trato?
 - 8.2. ¿Hay actitudes comprensivas o incomprensión?
 - 8.3. ¿Cómo es la comunicación?, ¿hay ruidos o interferencia por tipo de lenguaje, formal o técnico o porque el español no es su lengua nativa, qué dificultad el servicio?
 - 8.4. ¿Hay, si se requiere, actitudes o estrategias personalizadas para mejorar la comunicación?
 - 8.5. ¿Hay signos de conflictos culturales, discriminación, estigmas?
9. ¿Hay actitudes de cooperación o rechazo?
10. ¿Cuáles son los comentarios entre compañeros o servidores públicos?
 - 10.1. Sobre su trabajo.
 - 10.2. Sobre las personas a las que ofrecen los servicios.

C. De los que reciben el servicio: características y actitudes.

11. Características más notorias de los sujetos.
12. ¿Qué dice la gente?, ¿qué temas son lo que más comentan entre ellos?
13. ¿Cuál es su actitud ante el servicio que reciben?

II. Del servidor entrevistado

A. Durante la entrevista:

1. Recursos socioculturales.
 - 1.1. Vestimenta y bienes: tipo de ropa, calzado, equipaje.
 - 1.2. Características antropomórficas y físicas: color de la piel, estatura, peso, acento al hablar.
2. Capacidades comunicativas:
 - 2.1. Dificultad o facilidad en la recepción de las preguntas.

- 2.2. Dificultad o facilidad en la expresión o emisión de las respuestas.
- 2.3. Vocabulario, gramática.
3. Actitud personal: sincero, con respuestas institucionales, dudaba, atendía muy de prisa, desconocía algunos temas, con des/ interés en el tema.
4. Actitud respecto a su labor: cooperador, indiferente, burócrata, etc.
5. Nivel de involucramiento en el tema: interés, conocimiento.

B. Al término de la entrevista:

6. ¿Algo que llamó mi atención durante la entrevista?
7. Discordancias y/o concordancias de la información de las bases institucionales, si existen, y la de la entrevista.

III. Del migrante entrevistado

Nota: Si existe expediente del entrevistado, conocerlo antes de la entrevista para ir contrastando mentalmente esta información mientras se realiza la entrevista.

A. Durante la entrevista:

1. Recursos socioculturales:
 - 1.1. Vestimenta y bienes: tipo de ropa, calzado, equipaje.
 - 1.2 Características antropomórficas y físicas: color de la piel, estatura, peso, acento al hablar.
2. Problemas de salud:
 - 2.1. Salud física: defectos o minusvalía física, golpes, quemaduras, llagas; psicósomática (tics, erupción, tartamudeo).
 - 2.2. Salud emocional: llanto, risa, bromas, silencios, tono de la voz.
3. Capacidades comunicativas:
 - 3.1. Dificultad o facilidad en la recepción de las preguntas.
 - 3.2. Dificultad o facilidad en la expresión o emisión de las respuestas.
 - 3.3. Vocabulario, gramática.

B. Al término de la entrevista:

4. ¿Algún elemento o asunto que llamó mi atención?
5. Actitud y comportamiento general del entrevistado: interesado, emotivo, displicente, desconfiado.
6. Discordancias y/o concordancias de la información del expediente, si existía, y la de la entrevista.

Anexo 4. Relación de entrevistas

Entrevistas a personas migrantes en tránsito

No.	Lugar de aplicación	Fecha	Tipo migrante	Seudónimo
1.	Ejército de Salvación, A.C.	19 febrero 2010	Devuelto por intento de cruce	Pablo
2.	Casa del Migrante en Tijuana, A.C.	22 febrero de 2010	Devuelto por intento de cruce	Lalo
3.	Instituto Madre Assunta, A.C.	23 febrero de 2010	Devuelta por intento de cruce	Mary
4.	Casa del Migrante en Tijuana, A.C.	24 febrero de 2010	Devuelto por intento de cruce	Timoteo
5.	Casa del Migrante en Tijuana, A.C.	24 febrero de 2010	Devuelto por intento de cruce	Luis
6.	Central de autobuses	28 febrero de 2010	Devuelto por intento de cruce	Ricardo
7.	Garita de deportación	05 de marzo de 2010	Devueltos por intento de cruce	Familia Mixteca
8.	Garita de deportación	05 de marzo de 2010	Devuelto por intento de cruce	Andrés
9.	Garita de deportación	05 de marzo de 2010	Devuelto por intento de cruce	Jorge
10.	Garita de deportación	05 de marzo de 2010	Devuelto por intento de cruce	José
11.	Instituto Madre Assunta, A.C.	10 de marzo de 2010	Devuelta por intento de cruce	Honoría
12.	Garita de deportación	18 de marzo de 2010	Devuelto por intento de cruce	Manuel
13.	Garita de deportación	18 de marzo de 2010	Devuelta por intento de cruce	Verónica
14.	Instituto Madre Assunta, A.C.	23 febrero de 2010	Devuelta con años viviendo en EUA y devuelta por intento de cruce	Perla
15.	Instituto Madre Assunta, A.C.	23 febrero de 2010	Devuelta con años viviendo en EUA	María
16.	Garita de deportación	02 de marzo de 2010	Devueltas con años viviendo en EUA	Juana y Adela
17.	Casa del Migrante en Tijuana, A.C.	24 febrero de 2010	En tránsito (me dio la impresión de que era indigente)	Fernando

18.	Instituto Madre Assunta, A.C.	23 febrero de 2010	Centroamericana en intento de cruce	Alfreda
19.	Instituto Madre Assunta, A.C.	23 febrero de 2010	Centroamericana en intento de cruce	Evelin

Entrevistas a actores claves

No.	Lugar de aplicación	Fecha	Institución	Cargo	Nombre
1.	Instituto Madre Assunta, A.C.	01 de marzo de 2010	Instituto Madre Assunta, A.C.	Trabajadora social de la organización	Mary
2.	Casa del Migrante de Tijuana, A.C.	01 de marzo de 2010	Casa del Migrante de Tijuana, A.C.	Director de la organización	Luiz
3.	Consultorio médico de la SSA en garita de deportación	02 de marzo de 2010	Jurisdicción Sanitaria Tijuana Programa "Vete Sano, Regresa Sano" (VSRS)	Enfermero del programa de Caravanas por la Salud, con experiencia en el consultorio de la garita	Alejandro
4.	Jurisdicción Sanitaria Tijuana	04 de marzo de 2010	OSC Médicos del Mundo	Integrante de Médicos del Mundo, con experiencia en el proyecto de salud y migración en Tijuana y Mexicali	Jorge
5.	Jurisdicción Sanitaria Tijuana	04 de marzo de 2010	Jurisdicción Sanitaria Tijuana Programa "Vete Sano, Regresa Sano" (VSRS)	Coordinadora del Programa de Extensión de Cobertura, que incluye al de VSRS	Carolina
6.	Consultorio médico del Instituto Madre Assunta	10 de marzo de 2010	Jurisdicción Sanitaria Tijuana Programa "Vete Sano, Regresa Sano" (VSRS)	Médica pasante del programa del Adulto Mayor, asignada por las tardes al programa VSRS	Verónica
7.	Área de urgencias del Hospital General	11 de marzo de 2010	Hospital General Tijuana	Jefe de urgencias médicas de adultos	Luis A.
8.	Área de urgencias del Hospital General	22 de marzo de 2010	Hospital General Tijuana	Médico residente en urgencias médicas de adultos	Victor H.

9.	Área de urgencias del Hospital General	23 de marzo de 2010	Hospital General Tijuana	Trabajadora social en urgencias médicas de adultos	Rosa
10.	Oficina del grupo Beta en garita deportados	17 de marzo de 2010	Grupo Beta Tijuana	Integrante Grupo Beta	Antonio
11.	Oficina del grupo Beta en garita deportados	18 de marzo de 2010	Grupo Beta Tijuana	Integrante Grupo Beta	Marta
12.	Oficina de grupo Beta en garita deportados	18 de marzo de 2010	Grupo Beta Tecate	Coordinador general del Grupo Beta Tecate (cubriendo vacaciones del coordinador de Tijuana)	José Luis
13.	Oficina de Programa de Repatriación Humana en garita deportados	18 de marzo de 2010	Programa de Repatriación Humana	Subdirectora de protección al migrante (Programa de Repatriación Humana y Enlace Paisano)	Aideé
14.	DIF municipal Tijuana	01 de marzo de 2010	DIF municipal Tijuana XIX Ayuntamiento de Tijuana	Trabajadora social del programa de Atención a Discapacitados y Migrantes	Patricia

Breve plática

15.	Dirección municipal de salud	19 de marzo de 2010	Dirección Municipal de Salud. XIX Ayuntamiento de Tijuana	Subdirector médico	Carlos
16.	Sala de regidores del palacio municipal de Tijuana	16 de marzo de 2010	Estancia municipal para infractores XIX Ayuntamiento de Tijuana	Director de la estancia municipal de infractores	Ernesto

BIBLIOGRAFÍA

- Aday, Lu Ann (1994), "Health Status of Vulnerable Populations", *Annual Review of Public Health*, 15, 487-493
- Adelman, Irma y J. Edward Taylor (1990), "Is Structural Adjustment with a Human Face Possible? The Case of Mexico". *Journal of Development Studies* 26 (3), 387-407.
- Álvarez José, Miguel Bustamante, Antonio López y F. Fernández (1960), *Historia de la salubridad y asistencia en México*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 2 tt.
- Arango, Joaquín (2003). "La explicación teórica de las migraciones: luz y sombras", en *Migración y Desarrollo. Red Internacional de Migración y Desarrollo* 1, (1). 1-22
- Arizona State Legislature (2010), *Senate Bill 1070 An Act (Ley Arizona SB 1070)*. Recuperado el 05 de junio de 2010, de <<http://www.azleg.gov> >
- Arizpe, Lourdes (1983). "El éxodo rural en México y su relación con la migración a Estados Unidos". *Estudios Sociológicos*. 1 (1).
- Arredondo, Armando y Víctor Méndez (1992), "Modelos explicativos sobre la utilización de los servicios de salud: revisión y análisis". *Salud Pública México*, 34 (1), 36-49.
- Brown, David (2002). "Migration and Community: Social Networks in a Multilevel World." *Rural Sociology*. 67. (1).
- Bustamante, Jorge (2006), "*La migración indocumentada de México a Estados Unidos; la dialéctica de la vulnerabilidad y los Derechos Humanos*". Recuperado el 03 de junio de 2010, de <<http://www.comitenorte.org.mx/simposio/ponencias/jorgeb.pdf>>
- Canales, Alejandro (2006) "Remesas y desarrollo en México. Una visión crítica desde la macroeconomía". *Papeles de Población*, 12 (50):171-196.
- Castillo, Manuel A. (2005) "*Migración, derechos humanos y ciudadanía*". México Working Paper Serie, Universidad de Princeton, 2005, 1-30.
- Castles, Stephen (2000), "Migración internacional a comienzos del siglo XXI: tendencias y problemas mundiales". *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 65, 17-32.
- Chambers, Robert (2006), "Vulnerability, Coping and Policy", *Institute of Development Studies (IDS) Bulletin*, 37 (4), 33-40
- Comisión de Fomento de las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil (2009), *Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil*. Recuperado el 20 de noviembre de 2009, de <<http://www.corresponsabilidad.gob.mx> >.

Consejo Nacional de Población (2005). *Migración México- Estados Unidos. Temas de salud*. México. Consejo Nacional de Población.

——— (2010). “Migrantes procedentes del sur con destino a Estados Unidos por expectativas de cruce y lugar de destino, según año de levantamiento de la EMIF NORTE, 1995, 1999-2007” en *Flujos migratorios EMIF NORTE*. México. Consejo Nacional de Población. Recuperado el 15 de junio de 2010, de <<http://www.conapo.gob.mx>>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2009). Recuperado el 14 de noviembre de 2009, de <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>>.

Cornelius, Wayne (1979). “La migración ilegal mexicana a los Estados Unidos: conclusiones de investigaciones recientes, implicaciones políticas y prioridades de investigación”. En *Indocumentados: mitos y realidades*. México: El Colegio de México, pp. 69-109.

Corona, Rodolfo; Gudelia Rangel y Giovanni Macías (2009), “Servicios de salud de los migrantes mexicanos”, en Gudelia Rangel y Mauricio Hernández (coordinadores), *Condiciones de salud en la frontera norte de México*. Secretaría de Salud, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos-Instituto Nacional de Salud Pública y el Colegio de la Frontera Norte. México.

Corona, Rodolfo y Liliana Huerta (2009), “Notas sobre la emigración de mexicanos a Estados Unidos”, en Gudelia Rangel y Mauricio Hernández (coordinadores), *Condiciones de salud en la frontera norte de México*. Secretaría de Salud, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos-Instituto Nacional de Salud Pública y el Colegio de la Frontera Norte. México.

Durand, Jorge; Douglas S. Massey y Emilio Parrado (1994), "Migradollars: The Remittances and Savings of Mexican Migrants to the United States". *Population Research and Policy Review* 13 (1):3-30.

Durand, Jorge y Douglas S. Massey (2003), *Clandestinos. Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI*. México: Miguel Ángel Porrúa y Universidad Autónoma de Zacatecas.

Durand, Jorge (2005), "Nuevas regiones de origen y destino de la migración mexicana", *Working Paper Series*, Center for Migration and Development, Princeton University .

Gambetta, Diego (2007), *La mafia siciliana. El negocio de la protección privada*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gordon, Sara (2005), “Confianza, capital social y desempeño de organizaciones. Criterios para su evaluación” . *Enlace, expresiones de la sociedad civil* Nueva época año 3, número 2. Recuperado el 28 de mayo de 2010, de <http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev4/confianza_capital_social.html>

H. Ayuntamiento de Tijuana (2009). Recuperado el 26 de noviembre de 2009, de <<http://www.tijuana.gob.mx>>.

- Herreros, Francisco (2004), “¿Por qué confiar? Formas de creación de confianza social”. *Revista Mexicana de Sociología*, 66 (4), 605-626
- IMC Multimedia Magazine, 10/08/2009: “Las pequeñas víctimas de la migra”. Recuperado el 17 de abril de 2010, de <http://www.imcmultimediamagazine.com/index.php?option=com_content&view=article&id=179%3AAlas-pequeñas-victimas-de-la-migra&catid=42%3AArticles&showall=1>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *Migración México Estados Unidos: consecuencias para la salud*. México. Instituto Nacional de Salud Pública
- Instituto Nacional de Migración (2010). “Boletín mensual de estadísticas migratorias 2010. Eventos de repatriación de mexicanos desde Estados Unidos, según entidad federativa y punto de internación, 2010”. Recuperado el 04 de junio de 2010, de <http://www.inm.gob.mx/index.php?page/Repatriacin_de_mexicanos_de_EUA_01>.
- (2010), *Quiénes somos*. Recuperado el 08 de abril de 2010, de <http://www.inm.gob.mx/index.php?page/Menu_Quienes_Somos>
- Immigration and Nationality Act (2010). Recuperado el 12 de abril de 2010, de <<http://www.uscis.gov/portal/site/uscis/menuitem.eb1d4c2a3e5b9ac89243c6a7543f6d1a/?vgnextoid=f3829c7755cb9010VgnVCM10000045f3d6a1RCRD&vgnnextchannel=f3829c7755cb9010VgnVCM10000045f3d6a1RCRD>>
- Leite, Paula, María A. Angoa y Mauricio Rodríguez (2009). “Emigración mexicana a Estados Unidos: balance de las últimas décadas”, en Consejo Nacional de Población, *La situación demográfica de México 2009* (pp. 103-122). México.
- Leite, Paula y Luis F. Ramos (2008). “Migrantes devueltos por las autoridades migratorias de Estados Unidos”, en Anguiano, M. E y Rodolfo Corona (coordinadores), *Flujos migratorios en la frontera Guatemala-México* (pp. 305-331). SEGOB, INM, El COLEF y DGE. México.
- Ley General de Salud (2009). Recuperado el 18 de noviembre de 2009, de <<http://www.salud.go7b.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>>.
- Levi, Margaret (1996), "A State of Trust". En Valerie Braithwaite y Margaret Levi, *Trust and Governance*. New York, Russell Sage Foundation.
- López A., Olivia y Nivaldo Linares P. (2008), “La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva”. *Medicina Social*, 3 (3), 247-259.
- Martínez, F., 12/04/2010: “El INM evita el retorno de ex convictos por Juárez”. La Jornada. Recuperado el 19 de abril de 2010, de <<http://www.jornada.unam.mx/2010/04/12/index.php?section=politica&article=013n2pol>>

- Maung, D. (2007), “Deported migrants end up homeless in Mexican border cities” *Associated Press*. Recuperado el 22 de abril de 2010, de <http://www.nctimes.com/news/local/sdcounty/article_f60dd612-05be-5bc8-b48f-3d8a60686cad.html?mode=story>
- Médicos del Mundo (2008), “Frontera de México con Estados Unidos Ciudades de Tijuana y Mexicali: Encuesta sobre la situación de salud de los migrantes y su acceso a la salud. Encuesta 2006-2007”. 1-29
- Mendoza, Alexandra. (2010, 25 de febrero). “Cancelan deportación de tres estudiantes”. *Diario San Diego*. Recuperado el 16 de junio de 2010, de <<http://www.diariosandiego.com/bin/articulos.cgi?ID=83895&q=1&s=2>>
- Meza G. Liliana y Miriam Cuellar (2009), “La vulnerabilidad de los grupos migrantes en México”. Universidad Iberoamericana.
- Moreno M., José. (2009), “Editorial”. *Migrantes* 15 (4), 3.
- Naciones Unidas (1948), “Declaración Universal de los Derechos Humanos”. Recuperado el 22 de noviembre de 2009, de <<http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml#a25>>.
- Notimex (2010, 11 de junio). “Arrestan en EU a mexicano que estudia en Harvard”. *Milenio.com*. Recuperado el 14 de junio de 2010, de <http://www.milenio.com/node/463727>
- Organización Mundial de la Salud (1946), *Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de noviembre de 2009, de <<http://www.who.int/es/>>.
- (2001), *Alianzas estratégicas: El papel de la sociedad civil en el ámbito de la salud*. Recuperado el 12 de noviembre de 2009, de <www.who.int/entity/civilsociety/documents/en/AlianzasEstrategicas2001-DP1-sp.pdf>.
- (2002), *Informe sobre la salud en el mundo 2002*, “Capítulo 3. Percepción de los riesgos”. Recuperado el 17 de julio de 2009, de <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>>.
- (2009), *El derecho a la salud*. Recuperado el 14 de noviembre de 2009, de <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>>.
- Piédrola, Gil. (2001), *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona, España: Masson, 10 ed.
- Portes, Alejandro (2001), “La sociología en el hemisferio: hacia una nueva agenda conceptual”. *Nueva Sociedad*, 178, 126-144.
- Rogers, Ada C. (1997), “Vulnerability, health and health care”, *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65– 72
- Salgado de Snyder, V. Nelly; Tonatiuh González, Ietza Bojorquez y César Infante (2007), “Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos”. *Salud pública México*, 49 (edición especial XII Congreso de Investigación en Salud Pública). Recuperado el 22

de marzo de 2009, de <http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/Edicion%20Especial/simposio%20I%20Vulnerabilidad%20social%20salud.pdf>

——— (2008), “La salud de los migrantes en tránsito”, en *Migración México Estados Unidos: consecuencias para la salud*-. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Migración, Secretaría de Relaciones Exteriores, Secretaría de Trabajo y Previsión Social y El Colegio de la Frontera Norte (2009), *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México, 2007*. México.

Secretaría de Salud (2007), Programa Nacional de Salud 2007-2012: Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Recuperado el 12 de enero de 2010, de <<http://www.ssa.gob.mx/>>.

Sen, Amartya (2002), “Health: Perception versus Observation”. *BMJ*, 324 (7342), 860-861. Recuperado el 15 de marzo de 2009, de <<http://www.bmj.com> >

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2008), *Programa de acción específico 2007-2012, Vete Sano, Regresa Sano*. México: Secretaría de Salud.

Tuirán, Rodolfo; Jorge Santibáñez y Rodolfo Corona (2006). "El monto de las remesas familiares en México. ¿Mito o realidad?". *Papeles de Población* No. 5169.

Vargas, Armando, Juan P. Gutiérrez, y Víctor Carreón, (2006), “Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México”. *Salud Pública México*, 48 (6), 482-489.

Wayne, Cornelius (2001), "*Muerte en la Frontera, La Eficacia y las Consecuencias 'Involuntarias' de la Política Estadounidense de Control de la Inmigración, 1993-2000*," Recuperado el 10 de junio de 2010, de <<http://estepais.com/site/?p=24592>>

Zenteno, René. (2006) “Pobreza, marginación y migración mexicana a Estados Unidos” en Alejandro Canales (editor), *Panorama actual de las migraciones en América Latina*. México: Universidad de Guadalajara. 161-195.