



**Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Programa de Doctorado en Ciencias Sociales**

**“SOLOS Y VULNERABLES:
ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ MIGRANTE NO
ACOMPAÑADA.
UNA MIRADA DESDE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA”.**

Tesis presentada por

Karla Iroazem Delgado Hernández

para obtener el grado de

DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES

Director: Dr. Luis Antonio Payan Alvarado

Ciudad Juárez, Chihuahua, 2025



Ciencia y Tecnología

Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

**“SOLOS Y VULNERABLES:
ATENCIÓN A LA SALUD DE LA NIÑEZ MIGRANTE NO
ACOMPAÑADA.
UNA MIRADA DESDE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA”.**

Tesis presentada por

Karla Iroazem Delgado Hernández

para obtener el grado de

DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES

Ciudad Juárez, Chihuahua, 2025



Ciencia y Tecnología
Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

Dedicatoria

A todos los niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados, cuyo coraje, resiliencia y esperanza inspiran cada página de este trabajo.

A mi esposo, siempre a mi lado paciente, amoroso y con palabras de aliento.

A mis hijos, por ser tan comprensivos con su mamá-roomie y excelentes seres humanos.

A mis padres, mi gran ejemplo.

A Polly, mi gran amor perruno.

Agradecimientos

Al Dr. Tony Payan, a quien admiro, respeto y estimo mucho. Ha guiado mi estancia en el doctorado siempre solidario, paciente y dispuesto a orientarme. Excelente académico y ser humano.

A mis lectores Dra. Barrios, Dr. Peña, Dr. Gutiérrez, Dr. Schober y Dr. Pacheco, por dedicar su valioso tiempo a robustecer mi trabajo con sus conocimientos y experiencia.

A mis amigos de generación, siempre dispuestos a escuchar una y otra vez el tema de investigación e infundiendo ánimos cuando la mente se cansa.

A Fito, que es como un “grillito” en nuestra conciencia, pendiente en todo momento de nuestro bienestar como estudiantes.

A Bertha, Jesús e Inés, amigos entrañables, a quienes admiro y con quienes comparto el amor por la academia y el deseo de trabajar para mejorar las condiciones de vida de las personas en movilidad.

A la universidad Autónoma de Ciudad Juárez y a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación, por otorgarme el recurso económico para obtener el grado.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	9
FIGURA 1. ELEMENTOS CENTRALES DE LA INVESTIGACIÓN EN LA INTERSECCIÓN DE LOS NNA NO ACOMPAÑADOS	9
32	9
FIGURA 2.1. CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS SOCIALES	9
69	9
FIGURA 2.2. DETERMINANTES SOCIALES DE NNA MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS	9
76	9
FIGURA 2.3. RUTA DE ATENCIÓN A NNA NO ACOMPAÑADOS EN CIUDAD JUÁREZ	9
90	9
FIGURA 3.1. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	9
103	9
FIGURA 3.2. PARTICIPANTES EN EL TRABAJO DE CAMPO	9
112	9
FIGURA 4.1. SEXO DE LOS PARTICIPANTES	9
125	9
FIGURA 4.2. EDAD DE LOS PARTICIPANTES	9
126	9
FIGURA 4.3. LUGAR DE ORIGEN DE LOS PARTICIPANTES	9
127	9
FIGURA 4.4. DISTRIBUCIÓN DE ACTORES PARTICIPANTES EN LAS ENTREVISTAS	9
149	9
ÍNDICE DE MAPAS	9
ÍNDICE DE CUADROS	10
GLOSARIO	11
INTRODUCCIÓN	12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO	21
CAPÍTULO I	24
¿QUÉ SE SABE DE LA SALUD DE LA NIÑEZ MIGRANTE NO ACOMPAÑADA?	24

EL ESTADO DE LA CUESTIÓN	28
PROBLEMATIZACIÓN	36
<i>¿POR QUÉ MIGRAN LOS NNA MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS Y BAJO QUÉ CONDICIONES?</i>	37
<i>NNA MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS EN CIFRAS: LAS DIMENSIONES ESTADÍSTICAS</i>	40
<i>LAS RUTAS MIGRATORIAS</i>	43
MIGRACIÓN DE NNA MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS Y RIESGOS RELACIONADOS CON LA SALUD	47
<i>NNA migrantes no acompañados y cuadros epidemiológicos de origen</i>	48
<i>Lo invisible: Salud mental de la niñez no acompañada</i>	51
LA MIGRACIÓN Y EL DERECHO A LA SALUD: PROBLEMATIZACIÓN DEL MARCO LEGAL	54
<i>¿Por qué atender a esta población?</i>	58
SOBRE LA CONVENIENCIA DE ANALIZAR ESTE PROBLEMA	59
CAPÍTULO II	63
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	63
UN PROBLEMA CONCEPTUAL: ¿MENAS O NNA MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS?	66
LA TEORÍA DE LA SOCIEDAD DEL RIESGO	70
¿Y LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ? OTRO ACERCAMIENTO TEÓRICO	76
<i>La migración como determinante social de salud de NNA migrantes no acompañados</i>	80
<i>NNA no acompañados y la salud durante el tránsito</i>	81
EL ANDAMIAJE CONCEPTUAL DE ESTA INVESTIGACIÓN	85
<i>INTERSECCIONALIDAD</i>	87
VULNERABILIDAD SOCIAL: CLAVE DE LA SALUD DE NNA NO ACOMPAÑADOS	88
<i>VULNERABILIDAD SOCIAL EN SALUD</i>	95
<i>DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD</i>	97
SUFICIENCIA Y EFICIENCIA COMO ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL ACCESO A LA SALUD	99
ADVOCACY: UNA VARIABLE INTERVINIENTE	101
<i>Advocacy y servicios de salud</i>	102
ACCESO A LA SALUD DE NNA MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	104
CAPÍTULO III	107
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	107
LA NORMATIVA METODOLÓGICA DEL ESTUDIO	113
DELIMITACIÓN Y SUJETOS DE ESTUDIO	116
TRATAMIENTO METODOLÓGICO PARA EL TRABAJO CON NIÑEZ	118
ALGO MÁS SOBRE LAS TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	119

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	121
ALGUNOS SUPUESTOS HIPOTÉTICOS	122
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	124
CONCLUSIÓN	124
CAPÍTULO IV	126
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	126
INTRODUCCIÓN	127
<i>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</i>	129
<i>LUGAR DE ORIGEN</i>	132
EXPERIENCIA PRE-MIGRATORIA	133
<i>Motivaciones para migrar y redes de apoyo</i>	134
<i>¿Quién pagó el viaje?</i>	136
<i>Acompañamiento desde el lugar de origen</i>	137
<i>Tabla 4.4. acompañamiento durante el viaje. Elaboración propia con datos de MAXQDA.</i>	138
<i>Enfermedades frecuentes</i>	138
EN EL TRAYECTO	139
<i>Duración del viaje y medio de transporte utilizado</i>	140
<i>Experiencias de violencia</i>	141
<i>Accidentes</i>	143
<i>Enfermedades</i>	145
LA ESTANCIA EN CIUDAD JUÁREZ	146
<i>TIEMPO EN CIUDAD JUÁREZ</i>	147
<i>Accidentes y enfermedades durante la estancia en Ciudad Juárez</i>	149
<i>PARTICIPANTES Y MAPA DE ACTORES</i>	153
<i>¿DE QUÉ SE ENFERMAN LOS NNA MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS?</i>	154
<i>¿Qué es más urgente atender?</i>	156
<i>¿Los NNA migrantes no acompañados representan riesgo de salud pública?</i>	158
<i>Diferencia en los padecimientos entre niñez migrante y niñez local</i>	159
<i>Conocimiento sobre programas para niñez migrante no acompañada y su cobertura</i>	160
SOCIEDAD DEL RIESGO Y DERECHOS HUMANOS	162
<i>Discriminación en los servicios de salud para niñez no acompañada</i>	164
SUFICIENCIA Y EFICIENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD	167
<i>¿De quién es la responsabilidad de atenderlos?</i>	169
<i>Retos para mejorar la calidad de la atención</i>	171

<i>Aciertos del sistema de salud</i>	173
<i>Barreras para el acceso a servicios a NNA migrantes no acompañados</i>	174
EXPERIENCIAS PROFESIONALES CON NNA MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS	175
ALGUNAS REFLEXIONES	177
VULNERABILIDAD Y DESIGUALDAD EN SALUD EN LA NIÑEZ NO ACOMPAÑADA	179
<i>DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS) EN MIGRACIÓN Y SERVICIOS DE SALUD</i>	186
<i>INTERSECCIONALIDAD EN ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA NNA MIGRANTE NO ACOMPAÑADA</i>	188
<i>SALUD DE LA NIÑEZ NO ACOMPAÑADA: ¿SUFICIENTE Y EFICIENTE? ¿Y EL ADVOCACY?</i>	190
<i>¿QUÉ PASA CUANDO CUMPLEN 18 AÑOS? SALUD EN CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO MÉXICO-EEUU</i>	194
CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO	196
CAPÍTULO V	197
SOCIEDAD DEL RIESGO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA NNA MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS	200
EL ADVOCACY COMO UN DERECHO DE LOS NNA MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS	209
LO QUE SÍ ACOMPAÑA A LA NIÑEZ MIGRANTE DURANTE EL TRÁNSITO	215
<i>Determinantes sociales de la salud (DSS), vulnerabilidad, y desigualdad</i>	216
<i>El problema de la suficiencia y la eficiencia en los servicios de salud</i>	229
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	246
<i>Limitaciones en el trabajo con NNA migrantes no acompañados</i>	247
REFERENCIAS	250
ANEXOS	262
<i>Formato de consentimiento informado NNA</i>	262
<i>Formato de consentimiento informado personas adultas</i>	265
<i>Guía grupo focal con NNA</i>	269
<i>Guión entrevistas médicos y Trabajo social</i>	272
<i>Guion de entrevista director-coordinador de albergue</i>	275

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Enfermedades frecuentes en los NNA migrantes según lugar de origen	45
Tabla 1.2. Enfermedades y accidentes de la migración de NNA migrantes no acompañados	49
Tabla 2.1. Marcos teóricos, medidas cuantificables y calificables y potenciales predicciones o supuestos hipotéticos que ofrecen los marcos conceptuales	60
Tabla 2.2. Conceptos clave en el estudio del riesgo social	68

Tabla 2.3 Categorías de discriminación en la interseccionalidad.	83
Tabla 2.4. Ruta de atención a NNA no acompañados en Ciudad Juárez	100
Tabla 4.1. Edad de los participantes	126
Tabla 4.2. Motivaciones para migrar y redes de apoyo	130
Tabla 4.3. ¿Quién pagó el viaje?	131
Tabla 4.4. acompañamiento durante el viaje	133
Tabla 4.5. Padecimientos en su lugar de origen	134
Tabla 4.6. Medio de transporte utilizado	136
Tabla 4.7. Duración del viaje	136
Tabla 4.8. Experiencias de violencia	138
Tabla 4.9. Accidentes durante el trayecto	139
Tabla 4.10. Enfermedades en el trayecto	141
Tabla 4.11. Tiempo de estancia en Ciudad Juárez	144
Tabla 4.12. Forma de llegar al albergue	144
Tabla 4.13. ¿Qué esperas en el futuro?	146
Tabla 4.14. Motivos por los que acuden a solicitar atención médica	151
Tabla 4.15. De las necesidades de salud identificadas	152
Tabla 4.16. Enfermedades de NNA migrantes no acompañados representan riesgos para la población local.	153
Tabla 4.17. Diferencia en los padecimientos de salud entre niñez migrante y niñez local	155
Tabla 4.18. Programas de gobierno disponibles para niñez migrante no acompañada y su cobertura	156
Tabla 4.19. ¿Considera importante atender la salud de NNA no acompañados?	158
Tabla 4.20. ¿Qué considera más importante: preservar la salud de la población local o hacer efectivo el derecho humano a la salud de NNA no acompañados	159
Tabla 4.21. Discriminación en centros de salud y hospitales hacia NNA migrantes no acompañados	160
Tabla 4.22. ¿Hay retos para la comunicación con NNA migrantes no acompañados?	162
Tabla 4.23. Calificación a la calidad del servicio en las instituciones públicas	164
Tabla 4.24. ¿De quién es la responsabilidad de atenderlos?	166

Tabla 4.25. Retos para mejorar la calidad de la atención	167
Tabla 4.26. Aciertos del sistema de salud o unidad de atención	169
Tabla 4.27. Barreras para el acceso a servicios de salud	170
Tabla 4.28. Experiencias profesionales con NNA no acompañados	172

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Elementos centrales de la investigación en la intersección de los NNA no acompañados	32
Figura 2.1. Clasificación de los riesgos sociales	69
Figura 2.2. Determinantes sociales de NNA migrantes no acompañados	76
Figura 2.3. Ruta de atención a NNA no acompañados en Ciudad Juárez	90
Figura 3.1. Estrategia metodológica	103
Figura 3.2. Participantes en el trabajo de campo	112
Figura 4.1. Sexo de los participantes	125
Figura 4.2. Edad de los participantes	126
Figura 4.3. Lugar de origen de los participantes	127
Figura 4.4. Distribución de actores participantes en las entrevistas	149

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1.5. Rutas migratorias de centroamericanos en México	40
---	----

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 5.1. Dimensiones de los determinantes sociales a la salud aplicados a los NNA migrantes no acompañados	219
Cuadro 5.2. Análisis de las dimensiones de vulnerabilidad y desigualdad en la salud de NNA migrantes no acompañados	223

GLOSARIO

ACNUR: Alto comisionado de las Naciones UNidas para los Refugiados

BIENESTAR: Secretaría de Bienestar

CAS: Centro de Asistencia Social CNDH: Comisión Nacional de Derechos Humanos

CDN: Convención de los Derechos del Niño

CETI: Centros de Estancia Temporal Para Inmigrantes

COMAR: Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados

DUDH: Declaración Universal de los Derechos Humanos

INM: Instituto Nacional de Migración

LGDNNA: Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

NNA: Niñas, Niños y Adolescentes

OIM: Organización Mundial para las Migraciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPI: Oficiales de Protección de la Infancia del Instituto Nacional de Migración.

OSC: Organización de la Sociedad Civil

PPNNA: Procuraduría Federal, Estatal y Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

SIPINNA: Sistema de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INTRODUCCIÓN

La migración humana ha sido constante a lo largo de la historia. Desde siempre, esta ha sido global en su carácter. Millones de personas han migrado desde su lugar de origen hacia diversos destinos y por diferentes motivos en toda la historia de la humanidad (Naciones Unidas, 2018). Este fenómeno continúa hoy en día, bajo motivos no muy disímiles a aquellos de las olas migratorias anteriores—el migrante busca mejorar su condición económica y su calidad de vida, la seguridad personal o familiar, realizar el deseo de un crecimiento profesional, encontrar la libertad política o social, llevar a cabo la reunificación familiar, o simplemente tener experiencias nuevas en lugares diferentes al propio (Giménez, 2003). Lo que sí ha ido cambiando, e incluso se ha ido recrudeciendo, hacia finales del siglo XX y, a principios del siglo XXI, es el andamiaje retórico hostil hacia el fenómeno migratorio, el usufructo político de este, y la mirada escéptica hacia los derechos que porta el migrante consigo independientemente del lugar donde se encuentre—aunque tales expresiones hostiles a los migrantes se han dado en otros contextos y momentos también.

La retórica hostil hacia los migrantes, sin embargo, no priva a la persona en movimiento de sus derechos. En efecto, hay quienes argumentan, por un lado, que, al migrar, el individuo o grupo migrante lo hace portando un conjunto de derechos humanos que son inalienables (DUDH, 2022), es decir, el espacio geográfico en que se encuentren o el estatus legal que posea en un momento dado no debe afectar la posesión y el ejercicio de dichos derechos por parte de los migrantes. Las organizaciones observadoras del fenómeno de la migración insisten inequívocamente que los migrantes tienen ciertos derechos que no pueden ser arrebatados, excepto por una arbitrariedad o una injusticia. Pero, por otro lado, esta postura no es aceptada por todos—y es altamente cuestionada por muchos, y cada vez más,

sobre todo en los países receptores. Estados Unidos bajo las dos administraciones de Donald J. Trump es un ejemplo extremo de esta postura, aunque esta actitud no es privativa de ese país. Incluso en los países de tránsito, así como en los países de destino, hoy se cuestiona ampliamente si los migrantes tienen derechos que no pueden ser alienados de la persona humana.

Dentro del vasto y complejo escenario de la migración internacional de hoy en día, y en medio de los múltiples debates sobre el tema, uno de los aspectos más serios del fenómeno de la migración es la presencia de decenas de miles, quizás cientos de miles, de niñas, niños y adolescentes (NNA) no acompañados que migran continuamente desde Latinoamérica (y de otros países) hacia países vecinos o hacia países desarrollados, como por ejemplo a Estados Unidos, y desde África y el Medio Oriente hacia Europa. En el caso de los niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados, el tema de los derechos se convierte en algo todavía más intrincado debido precisamente a su condición de menores—pues de ellos no tienen la madurez para hacer valer ni siquiera sus mínimos derechos aun cuando estos sean reconocidos en cierto grado.

En contraste, si el niño, niña o adolescente está acompañado en su trayecto migratorio, los padres o tutores pueden ejercer los derechos de protección del menor de su parte. Pero, en la intersección de un niño, niña o adolescente no acompañado y la ruta migratoria, los actores que intervienen sobre ellos toman decisiones que ellos consideran apropiadas para con el deseo del NNA, su cultura, su identidad, y cualquier vulnerabilidad específica que pudieran tener (Ortega, 2015), pero nada garantiza que la protección de sus derechos sea realmente efectiva. En un mundo ideal, este es un ejercicio subrogado que se

genera a partir de su condición de ser un menor de edad no acompañado en el proceso migratorio, pero es la exigencia, que no siempre la práctica.

De hecho, en teoría, la lista de derechos individuales y colectivos de los menores migrantes no acompañados la marca el derecho internacional expresado por la *Convención de los Derechos del Niño* de 1989 (CDN), la cual tiene como premisa fundamental que antes de cualquier cosa un menor es un niño o niña y que los dos principios básicos tienen relación con el derecho a la no discriminación y al interés superior del de la niñez. Este compromiso también aplica a cualquier país donde se encuentre un NNA no acompañado, incluido México, que hoy se ha convertido en un paso obligado de miles de menores no acompañados en movilidad. Y no se trata de un compromiso incrustado meramente en el derecho internacional.

En otro nivel distinto al internacional, la legislación mexicana misma, a partir de la firma de la *Declaración de los derechos humanos* de 1994, entre otros tratados internacionales como el *Pacto por la migración* (2020) y que se encuentran inscritos en diferentes leyes como la *Ley General de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes* (LGDNNA), incluyen como derechos el derecho a la vida, a desarrollarse sana e integralmente, a la vida en familia, a vivir libre de discriminación, y a habitar en condiciones de bienestar, recibiendo servicios educativos y de salud, entre otros (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2018). En la práctica, sin embargo, surge el problema de qué tan efectivamente integran los gobiernos, y para el caso al centro de este trabajo de investigación el gobierno mexicano, la normativa internacional a su normativa nacional, y qué tan apegado es a sus obligaciones legales—pero este es un tema para otro trabajo.

Ahora bien, entre los derechos mencionados y que portan los niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados, teóricamente hablando, está el *derecho a la salud*—un derecho a menudo controvertible entre los residentes permanentes (o ciudadanos) de un país de tránsito o receptor con relación a estos residentes de paso. Lo controvertido del derecho a los servicios de salud, por ejemplo, tiene que ver no solamente con la naturaleza del derecho a la salud sino también con la práctica de la provisión de dichos servicios. Por ejemplo, en ciertos países, como en Estados Unidos, la salud es un bien de mercado, al que se accede como tal—por un precio.

En otros países, es un beneficio que se ofrece a los derechohabientes, a partir de su pertenencia o ciudadanía en el grupo (Ortega, 2015). En ambos esquemas, los migrantes quedarían muy a menudo excluidos—en el marco del mercado por la ausencia de ingreso, especialmente los menores que raramente cuentan con los recursos económicos para la adquisición de este servicio, o en el marco de la derechohabiencia por no ser residentes permanentes o ciudadanos sino individuos en tránsito.

Aun así, muchas organizaciones de la sociedad civil (OSCs) dedicadas a la atención de los migrantes, así como muchas organizaciones internacionales abocadas a los derechos humanos, insisten en que, entre los derechos del migrante, incluyendo a los menores no acompañados, se encuentra el derecho a acceder a los servicios de salud, ya sea en referencia al acceso a servicios médicos con el propósito de atender una condición temporal (fracturas, heridas, infecciones, etc.) o una enfermedad crónica, como la diabetes o el VIH (DUDH, 2022) o, de manera preventiva para llevar una vida saludable ya sea en el trayecto o en el lugar de destino. Estos actores señalan que esto es una obligación del Estado que controla el

territorio donde se encuentra el migrante en un dado momento, sin importar su estatus legal o el marco legal o la orientación de la política pública de la provisión de los servicios de salud. Este trabajo se ubica precisamente en esta problemática, especialmente con relación a la niñez migrante no acompañada, la cual cuenta con una capacidad disminuida en la gestión de su propio derecho (o beneficio) en materia de salud.

Todo esto, se razona, implica no solamente la obligación del Estado de responder a la necesidad de un acceso a agua limpia, a una dieta balanceada, a un espacio incontaminado, etc. (UNICEF, 2018), sino también la atención a la salud del migrante cuando este la requiera. Esta investigación problematiza especialmente el problema del acceso a la salud si el migrante no tiene la capacidad de gestión sobre sí mismo por su corta edad, que es el caso de los niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados.

Es cierto que el debate sobre el derecho a los servicios de salud del migrante abarca temas como los costos, los procesos, los actores, etc., pero más allá de estos detalles, las organizaciones protectoras del migrante—y sus derechos—alegan que el garante de hacer cumplir el derecho a los servicios de salud es el Estado, a través de ciertos compromisos en el marco del derecho internacional y humanitario, ya sea que su calidad sea la de un país de tránsito o la de un país receptor de migrantes (OIM, 2018), como en el marco de muchos países de tránsito y acogida que han incorporado tales derechos en sus marcos legales. De esto se puede aducir que la responsabilidad operativa directa cae sobre quienes conforman las políticas públicas de salud, sobre quienes dirigen las instituciones proveedoras de estos servicios, y sobre los profesionales que trabajan en ellas y que tienen contacto directo con el usuario de un servicio de salud. Se reconoce así que los compromisos que adquiere un Estado

para con una población migrante en materia de salud pueden variar dadas las condiciones materiales o institucionales propias del territorio o el momento, pero de cualquier manera existen ciertas expectativas básicas en el acceso a los servicios de salud y el trato al migrante en la administración de dichos servicios.

En este tenor de complejidad, es necesario tener presentes a los sujetos de estudio y con pertinencia a la condición de migración, aunado al tema del acceso a la salud, donde cobra importancia examinar la realidad del individuo y la relación que guarda en relación con el territorio en que se encuentre, con el marco que rige la provisión de los servicios de salud, con las capacidades materiales de las instituciones con las que entra en contacto, con las poblaciones demandantes de atención en la circunscripción, con las necesidades en que se encuentre el consumidor de servicios, etc., pero también se debe diferenciar a partir del sujeto que requiere un servicio de salud, sobre todo cuando se trata de un NNA. Así pues, se puede y se debe hablar de la salud y del migrante como un tema merecedor de atención con relación a ciertas variables y factores que inciden sobre el acceso a los servicios de salud. Esto es mucho más importante en el caso del NNA migrante, especialmente el que viaja solo.

Pregunta de investigación

De esta manera, se entiende que para las poblaciones migrantes las condiciones del tránsito migratorio conlleva riesgos a la salud desde el aspecto físico, mental, y familiar, pues no solamente pudieran ser portadores de cuadros epidemiológicos que requieren atención sino que al estar expuestos a situaciones y condiciones inseguras e insalubres se vuelven vulnerables a sufrir accidentes, enfermedades, y agravar los padecimientos que ya tenían desde su lugar de origen, además de la posibilidad de adquirir prácticas riesgosas a la salud

(Secretaría de Salud, 2013), hay que sumar los diversos padecimientos propios de su lugar de origen. Esto pone en riesgo no solamente al migrante sino también a la comunidad donde este se encuentra en el momento de su trayecto migratorio.

También se ha identificado el grupo objeto de este estudio, los NNA migrantes no acompañados, y se han discutido algunos aspectos conceptuales y problemáticos de esta población. En este apartado se afinan las preguntas de investigación que guían este estudio. Este grupo es de particular importancia precisamente porque carece de la capacidad plena de ejercer sus derechos o de exigirlos y depende en gran parte de los adultos en su entorno o de la sociedad en donde se encuentra para lograr la atención a sus vulnerabilidades, incluyendo aquellas relacionadas con su salud.

Es innegable pues que los NNA migrantes no acompañados que se encuentran en tránsito requieren de servicios de salud, como cualquier persona humana, pero que este requerimiento pasa por su propia condición de menores de edad. Esta es una cuestión humanitaria para las comunidades de tránsito y recepción, pero también es una cuestión de autoprotección, pues al proteger a esta población vulnerable se protege a la comunidad en la cual se encuentran. Sin embargo, el acceso a estos servicios se complica mientras esta población se encuentra en contextos ajenos al propio, en parte porque no poseen los mismos derechos de los residentes y ciudadanos de las sociedades por las que transitan o a donde van. En efecto, en el caso de los NNA migrantes no acompañados la condición empeora porque a menudo carecen de un aparato crítico para valorar su propia condición, la situación en la que se encuentran y las necesidades que esta genera, y no poseen tampoco la capacidad de gestión

para pedir o incluso exigir la atención que requieren. Parte de exigir un trato humano es resultado de una madurez cognitiva y cívica con la que muchos menores todavía no cuentan.

Por esto, la pregunta que guía este estudio va en función de analizar ¿Cómo influye el enfoque de atención en la prestación de servicios de las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil en la salud de la niñez migrante no acompañada que se encuentra en tránsito en Ciudad Juárez? En este sentido, surgen también cuestionamientos sobre las instituciones mismas que se supone que proveen estos servicios y sobre los actores alrededor de la provisión de servicios de salud a este grupo de migrantes, con base en su condición de grupo vulnerable—especialmente por su minoría de edad. Se agrega a esto la relativa invisibilización de la población de NNA migrantes no acompañados, cuya ausencia en muchos de los documentos que discuten el tema es evidente.

Todos estos elementos son necesarios en el análisis pues la respuesta institucional también tiene variantes que van desde el tipo de atención que puedan ofrecer, ya sea por los recursos con que cuentan, el tipo de población que atienden, el conocimiento de los males de origen y riesgos de tránsito que afligen a los NNA, los procesos y protocolos a los que están obligados, y hasta la misma disposición y actitud del personal de salud, aún y cuando ya se ha hablado y pudieran conocer de los derechos humanos y del derecho a recibir servicios de salud que tienen por parte de los organismos públicos y de no ser así, el riesgo que toman las instituciones públicas en la posible transmisión de enfermedades importadas a las comunidades de tránsito y destino en los países en los que se observa este fenómeno.

Se pretende entonces contestar a las siguientes preguntas secundarias:

- ¿Cuáles son las condiciones de salud que presentan los NNA migrantes no acompañados en Ciudad Juárez?
- ¿Cómo solucionan sus necesidades en materia de salud tanto individual como institucionalmente?
- ¿Cuáles son los mecanismos de atención para esta población migrante especial?
- ¿Hay una coincidencia entre la atención en cantidad y calidad y las necesidades de esta población de acuerdo con sus propias vulnerabilidades?
- ¿De qué maneras atender las necesidades de salud de esta población es un tema de cumplimiento de los compromisos adquiridos para con las poblaciones migrantes?
¿En qué formas el garantizar el derecho al acceso de salud es también un elemento de autoprotección de la población propia?
- ¿Qué explica la presencia, ausencia, o deficiencia en la atención a la salud de los migrantes NNA migrantes no acompañados?
- ¿Qué cambios se requieren en la manera de visualizar esta población para atender sus necesidades de salud con base a su condición y vulnerabilidades propias?

Esta serie de respuestas, examinadas a partir de los marcos teóricos propuestos, debe permitir entender la condición de esta población y sus necesidades y la respuesta institucional, así como los temas alrededor de la agencia propia y de la comunidad sobre el tema del acceso a la salud.

Objetivos de este estudio

Por lo tanto, para entender si las instituciones públicas actúan enfocadas en el respeto de los Derechos Humanos de las personas tal y como lo establece la legislación, especialmente con

relación a la población objeto de este estudio o si solamente actúan desde una perspectiva de autoprotección para evitar la propagación de enfermedades infecciosas en la población local es necesario establecer objetivos que guíen la investigación. En este caso son tres.

El primer objetivo es *identificar el enfoque de acción en la atención en salud de las y los funcionarios públicos hacia los NNA migrantes no acompañados dentro de las instituciones de salud y albergues del gobierno y de la sociedad civil*. Este análisis se lleva a cabo con relación a la población migrante clasificada como menores no acompañados. El caso de estudio es México, ya que, como se ha mencionado, existen varias organizaciones internacionales como la OMS, UNICEF, OIM, ACNUR y la ONU que desde hace años han visibilizado y señalado la necesidad de atención a la salud de las personas que se encuentran en movilidad, especialmente los más vulnerables como mujeres y niños y el compromiso que adquieren los Estados miembros al firmar los acuerdos propuestos por estos organismos.

Por otra parte, se considera como un segundo objetivo de investigación *analizar las condiciones de salud de NNA migrantes no acompañados en tránsito*, tomando como punto de partida el lugar de origen, el trayecto migratorio y su estadía en Ciudad Juárez, pues se sabe que existen enfermedades endémicas que portan desde su lugar de origen, otras que pueden contraer durante el tránsito y el riesgo de sufrir accidentes en el trayecto migratorio, y la correspondencia entre el sistema de salud en sus programas específicos con relación a esta población migrante y sus necesidades. Se busca entender si los subsistemas de salud presumiblemente diseñados para atender a esta población funciona de tal manera que la atención sea mínimamente adecuada en sus operaciones, protocolos, presupuestos, personal,

etc. También discernir en este proceso si en estos subsistemas se consideran los cuadros de salud descritos arriba parcial o globalmente.

Posteriormente, como tercer objetivo se plantea *analizar la relación entre los programas de atención a la salud de NNA migrantes no acompañados desde su diseño, conceptualización, recursos y operatividad, así como la manera en que ponen en marcha los protocolos de atención diseñados por las instituciones públicas, incluyendo las asociaciones de la sociedad civil*, ya que algunas investigaciones previas coinciden en que son éstas quienes han desarrollado trabajo en materia de salud con población migrante como una manera de hacer efectivo el acceso a la salud desde un enfoque de derechos humanos y han empujado el tema a la agenda pública.

Se busca entender, de esta manera, la forma en que las organizaciones de la sociedad civil intervienen como gestores de las necesidades de salud de los NNA migrantes no acompañados y su efectividad en el trabajo de gestión.

CAPÍTULO I

¿QUÉ SE SABE DE LA SALUD DE LA NIÑEZ MIGRANTE NO ACOMPAÑADA?

Esta tesis se ubica en las complejas intersecciones de ser niño, niña y/o adolescente en movilidad, que viaja sin una figura legal como sus padres o algún tutor, con todas sus necesidades únicas y especiales, y el derecho a la salud que porta como tal y que a su vez se encuentra reconocido en la legislación mexicana a través de distintos acuerdos internacionales y de la legislación y normativa doméstica. En otras palabras, el presente trabajo de investigación se sitúa en este empalme, partiendo de las necesidades de salud propias de los niños, niñas, y adolescentes migrantes no acompañados (en adelante NNA migrantes no acompañados), específicamente los que se encuentran en tránsito y en espera prolongada en Ciudad Juárez, enfocándose en las características de su derecho al acceso a servicios de salud, y con base en su condición especial de vulnerabilidad dadas sus (in)capacidades de gestionar dichos derechos, ya sea temporal o permanentemente o con base en una necesidad propia del individuo y cómo pueden o no enfrentar el acceso a la salud tanto institucional como individualmente.

Para abordar la intersección de estos dos temas—el derecho y acceso a los servicios de salud y los migrantes menores no acompañados—en el capítulo I se desarrolla una revisión de trabajos teóricos y empíricos previos que ponen sobre la mesa el problema y la necesidad de comprender y atender la problemática que representa el acceso a los servicios de salud de NNA migrantes no acompañados en tránsito. Problematizar el tema a partir de las investigaciones que lo abordan desde varios enfoques, evidencia la urgencia de comprender bien la problemática de los NNA migrantes no acompañados con el fin último de mejorar la atención y medidas que aseguren la protección de quienes viajan sin

acompañamiento adulto y que tienen necesidades de salud no cubiertas desde su lugar de origen y durante el tránsito.

Seguido de este, en el capítulo II se exponen las teorías y conceptos que guían el estudio, comenzando por la Teoría de la Sociedad del riesgo, de Ulrich Beck y el enfoque de Derechos de la niñez, conformado por diferentes tesis y propuestas teóricas. Cabe mencionar que la propuesta de Beck no suele utilizarse para explicar temas de esta naturaleza, sin embargo este tipo de teorías nos proporcionan un marco analítico que se ha adaptado al tema de estudio, retomando únicamente algunos conceptos como el de vulnerabilidad social. Otros conceptos que se incluyen son el de desigualdad social en salud y los que se derivan de los Determinantes sociales de la salud, como interseccionalidad, suficiencia y eficiencia y advocacy. Estos conceptos fueron utilizados para analizar las partes macro y microsocioal del problema estudiado.

Luego, en el capítulo III, correspondiente al marco metodológico se describe cómo fueron operacionalizados cualitativamente los conceptos anteriores, marcando una ruta de acción en dos fases: una conformada por 12 entrevistas semiestructuradas a personal de salud, coordinadores y directores de espacios de atención y la segunda con dos grupos focales donde participaron 29 NNA migrantes no acompañados, en un Centro de asistencia social local bajo las normas éticas establecidas por la institución; por último, se realizó una actividad final con tres entrevistas a NNA migrantes no acompañados que recién cumplieron la mayoría de edad y fueron llevados a albergues de la sociedad civil. Toda la información fue analizada y sistematizada utilizando el software MAXQDA, y los instrumentos de

recolección de datos fueron revisados y aprobados por el comité de ética de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Asimismo, en el capítulo IV se muestran los resultados y hallazgos del trabajo de campo realizado, donde se encontró que los NNA migrantes no acompañados tienen generalmente buen estado de salud en su lugar de origen, y que es en el tránsito cuando su estado de salud se deteriora o surgen afecciones derivadas de las condiciones del viaje. También la posibilidad de tener accidentes es alta, ya que están constantemente en situaciones de riesgo. También se encontró que la mayoría de los NNA que participaron tuvieron experiencias de violencia en el trayecto, se accidentaron o enfermaron y que en ninguno de los casos recibieron ayuda de algún actor de gobierno, aún cuando lo solicitaron. Otro hallazgo es que al llegar a la frontera norte de México y ser identificados por autoridades mexicanas se activa la ruta de protección a niñez migrante no acompañada, sin embargo la atención médica la reciben finalmente en Ciudad Juárez, aún cuando se hayan puesto a disposición de las autoridades en otra ciudad del Estado de Chihuahua u otro estado en el país.

Así también, se encontró que los prestadores de servicios de salud trabajan en condiciones precarizadas que no les permiten garantizar los derechos en salud a los NNA, solamente cuando realizan ejercicios de advocacy reúnen los insumos necesarios para solventar las necesidades de esta población particular. Después, en el capítulo V se hace el cruce de las teorías y conceptos utilizados con la evidencia empírica, donde se identifican elementos clave en la prestación de servicios de salud a NNA migrantes no acompañados.

Finalmente, se presentan las conclusiones generales de la tesis, y se realizan algunas sugerencias para la atención de esta población en particular.

El estado de la cuestión

Desde un enfoque teórico, Cabieses et al. (2018) hacen una revisión documental en bases de datos de ciencias sociales migración y salud donde inicialmente identifican 3,382 documentos de los cuales se seleccionan 33 documentos entre artículos científicos y literatura gris, en los cuales el interés estuvo en analizar cuatro teorías sociales de la migración internacional y la salud con el objetivo de discutir de forma crítica cómo las teorías sobre migración hacen aportaciones enfocadas en incidir en la toma de decisiones en el área de salud pública. Las teorías de la migración identificadas son la teoría *Push and Pull* (Ravenstein, 1885), la teoría de globalización (De Haas, Castles y Miller, 2020), la teoría de acumulación causal desde la perspectiva de Massey (1990), y el transnacionalismo (Schiller y Blanc-Szanton en 1992 y 1994). Todos estos acercamientos teóricos apuntan a que es muy importante la acción de las instituciones en los diferentes niveles de la salud pública con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de personas en movilidad frente al complejo escenario migratorio dentro de un contexto globalizado. Esto indica claramente que la intersección de los temas de la migración y la salud ya han llamado la atención de los estudiosos desde hace tiempo y en varios foros.

Para reforzar este punto, es importante considerar otros estudios que se han llevado a cabo también en países como Francia, Alemania, Colombia, Estados Unidos, y México, los cuales demuestran que la migración de NNA migrantes no acompañados representa riesgos que por un lado ponen en evidencia la deficiencia de los sistemas de salud desde su

lugar de origen, ya que algunos portan enfermedades infecciosas que se agravan durante el tránsito y, por otro lado, la limitada y, a veces, nula atención en materia de salud en los países de tránsito—objeto de este estudio—así como en los sistemas de salud de los países de destino hacia la atención de las necesidades de cuidados de esta población.

Como ejemplo de estos trabajos empíricos, Spallek et al. (2016) hacen un trabajo donde se evalúa desde un enfoque mixto la salud de NNA migrantes refugiados y la atención médica que se presta desde las instituciones gubernamentales, concluyendo que, a pesar de que hay investigaciones en la intersección de la migración y la salud, existen muy pocos trabajos que estudian el tema con relación a la atención sanitaria de los menores refugiados no acompañados con base a sus necesidades únicas y propias de su condición de menores.

Este trabajo tiene pues como trasfondo ahondar en los elementos diferenciados y particulares que indican necesidades médicas importantes como la atención no solamente relacionada con el bienestar físico sino también psicológica/psiquiátrica y la que se enfoca en atender enfermedades infecciosas que portan desde el origen, así como aquellas que tiene que ver con los efectos del trayecto sobre la salud del mismo NNA migrante no acompañado (i.e., accidentes o abusos por parte de otras personas). Siguiendo en la misma línea, Baker (2022) estudia el caso de Estados Unidos y sus particularidades, al ser un lugar considerado como destino, ya que llegan NNA migrantes no acompañados originarios de diferentes partes del mundo, y es precisamente donde se observa el reflejo del trayecto migratorio y las condiciones en las que viajaron. Este estudio muestra como la salud de los NNA ya afectada desde su lugar de origen se va deteriorando, representando retos para el sistema de salud, pues a partir de que los NNA son canalizados a alguna institución del gobierno pueden pasar

hasta 90 días para recibir atención médica especializada, revisiones generales o vacunas, sin mencionar la parte de la salud mental, que en ocasiones se encuentra más dañada que la física, ya que según Duran-Strauch (2021) las experiencias traumáticas previas son comunes, que van desde el hecho de separarse de sus padres, huir de contextos violentos o de la guerra.

De igual forma, Ibáñez et al. (2020) analizan el sistema de salud colombiano y su relación con la migración desde un enfoque no solamente preventivo, sino que resaltan la urgencia de implementar medidas agresivas que prevengan el contagio de enfermedades portables tanto en las poblaciones locales como en las comunidades de migrantes, por lo que para tal estudio se calculó en la totalidad de casos cuáles fueron las enfermedades infecciosas por mes y en qué municipio se identificaron y se hace un balance entre los flujos de migrantes y la recurrencia de enfermedades: las que se transmiten por vector, las prevenibles con vacunación, y las de transmisión sexual, teniendo como resultados que la migración como factor principal provocó un aumento en la incidencia de enfermedades como varicela, tuberculosis, VIH y sífilis en 4,8%, 4,9%, 10% y 6.9% respectivamente. En NNA, la enfermedad registrada con más frecuencia fue la varicela, por lo que el estudio confirma la necesidad de implementar políticas para prevenir los contagios—y si es posible un sistema de vacunación en el cual puedan participar los menores migrantes.

De esta manera, y en general, estos estudios previos sobre el tema de los NNA migrantes no acompañados abordan la problemática desde las diferentes disciplinas, intentando explicar y comprender el fenómeno desde las teorías de la migración, desde enfoques jurídicos y derecho humanistas, y desde las determinantes que ven el fenómeno a partir de una perspectiva de control de las enfermedades, proponiendo medidas rígidas para

conservar la salud de sus habitantes como elemento primordial. Todos estos estudios ponen en evidencia que el acceso a los servicios de salud es un tema transversal, que puede ser analizado desde diferentes enfoques y que merece ser atendido no solamente por la academia, sino que es necesaria su trascendencia en política pública y programas de intervención adaptables y replicables a los diferentes contextos.

La migración masiva de los años recientes dicta que también se le ponga atención a este tema desde esta perspectiva, sobre todo entre las poblaciones más vulnerables, como lo son los NNA migrantes no acompañados. En general, la aportación de estos estudios es que estos NNA no poseen el acceso que determina la normativa internacional, los sistemas no están equipados para dar respuesta a sus condiciones únicas y distintas como menores, y que no poseen la capacidad de gestión que pudiera estar presente en migrantes de mayoría de edad. Esta es una hipótesis que este estudio aborda en el caso de México, y específicamente de Ciudad Juárez, lugar de alta migración, que incluye muchos NNA migrantes no acompañados.

Así pues, la importancia de revisar la problemática en la intersección de estos temas—la salud y los servicios de salud con relación a la niñez no acompañada—se eleva con el aumento y creciente atención al fenómeno como tal en años recientes, y a los diferendos en el grado de vulnerabilidad de esta población, cuya capacidad de agencia o gestión ante cualquier servicio, incluyendo los servicios de salud, se ve mermada por su propia (in)capacidad de ejercer sus derechos de manera asertiva. Durante la última década, el número de NNA migrantes no acompañados que migran desde regiones como Centroamérica, el Medio Oriente, y la África subsahariana hacia los países desarrollados de

Norteamérica y Europa ha ido en aumento (OIM, 2020). Entre las causas de esta migración de menores destacan la necesidad de reunificación familiar (dada la migración anterior de un familiar adulto), el impulso de la familia que pone su fe en la migración como una manera de mitigar la precariedad económica y la falta de oportunidades para el menor, la alta vulnerabilidad de la violencia en las regiones expulsoras, etc. (Marcus et al.). Esta última razón, de hecho, parece cada vez más frecuente en el caso de los menores migrantes de Centroamérica (Bucknall et al., 2021) y de ciertos países del África subsahariana (Unicef, 2021). Así pues, las dimensiones de la migración de menores hoy en día exigen mayores y mejores estudios.

Independientemente de las razones, el origen, o las rutas migratorias, existe una crisis humanitaria migratoria global que se acentúa en el caso de la niñez que comenzó a agravarse a partir del 2014, cuando los números se dispararon y el fenómeno representó problemas no vistos antes, sobre todo en las rutas hacia Estados Unidos y Europa. De hecho, fue durante el gobierno y las políticas de Barack Obama especialmente que el tema de NNA migrantes no acompañados explotó en el escenario mundial, presentando retos cualitativamente distintos a las olas migratorias anteriores por la naturaleza y características de esta cohorte de migrantes.

Este problema empeoró durante la primera gestión de Donald J. Trump, entre el 2017 y el 2021, (Marcus et al., 2023), porque este no dudó en deportar muchos más menores migrantes a sus países, a México a través de la frontera, e incluso en separar a muchos menores de sus familias y tutores—hasta la fecha cientos de menores no han podido ser reunificados con sus familias (El Economista, 2023). Aunque la administración de Joseph

R. Biden (2021-2025) en Estados Unidos tuvo un mejor cuidado de no separar NNA de sus familias, muchos de estos seguían llegando no acompañados y tanto México como Estado Unidos tuvieron que adoptar políticas específicas para estos grupos etarios, con resultados mixtos (UNICEF, 2015).

Asimismo, sin tomar en cuenta el fenómeno y sus causas propiamente, el fenómeno de los NNA migrantes no acompañados se agolpaba en México puesto que muchos de ellos se dirigían hacia Estados Unidos y luego en Estados Unidos cuando se tomó la decisión de no deportarlos sino de colocarlos en el sistema de cuidados de menores llamado *Foster Care* (Olivares y Vega, 2015). Es entonces que a partir del 2014, en consecuencia, durante el gobierno de Enrique Peña Nieto, que se dio en México una crisis humanitaria también con el repunte en los flujos de NNA migrantes no acompañados que ingresaron a México rumbo a los Estados Unidos (Bucknall et al., 2019). Por mencionar un ejemplo, en el año 2015 el gobierno mexicano repatrió a 166,000 centroamericanos. Entre ellos se encontraban alrededor de 30,000 NNA migrantes no acompañados, mientras que Estados Unidos realizó más de 75,000 deportaciones de NNA (La Prensa, 2015).

Esto fue sin contar los que sí fueron recibidos y reubicados tanto en México como en los Estados Unidos y quienes, sin embargo, apenas recibieron una atención particular, ya que ante el incremento identificado en el flujo de migrantes totales que pasan por México y Guatemala hacia el norte de México se establecieron acuerdos en conjunto con el gobierno guatemalteco en el tema del control fronterizo, en los cuales a menudo no se hacía una distinción de las particularidades de los NNA migrantes no acompañados. En estos acuerdos se buscaba promover un “flujo ordenado” en la frontera sur de México, con cinco estrategias

que consistían en acciones como otorgar permiso con mayor temporalidad para los ciudadanos de países como Guatemala y Belice, ya sean de trabajo o por motivos de turismo, los cuales se solicitaban en los estados fronterizos del sur de México. Se buscaba también mejorar las condiciones de infraestructura y seguridad, así como mejorar los procesos de coordinación entre los países, y fomentar una mejor comunicación entre agencias gubernamentales y proporcionar servicios de salud a personas migrantes (Crisis Group, 2016). Estos acuerdos, sin embargo, raramente trataron el tema de los NNA migrantes no acompañados separadamente, por lo que esta población siguió siendo altamente invisibilizada ante las políticas gubernamentales y los acuerdos binacionales.

El tema de este trabajo es vigente e importante en cualquier lugar donde se encuentren los NNA migrantes no acompañados y estos entren en contacto con la necesidad de acceder a los servicios de salud dentro de una jurisdicción territorial. Pero, porque en un sentido más estricto, las rutas migratorias están bastante bien definidas, la problemática de esta población tiene alcances geográficos claros sobre los servicios existentes en estas rutas y, por supuesto, en la frontera. En la frontera de México-Estados Unidos la problemática se hace más evidente por ser un espacio de acumulación migratoria con una relación con los esfuerzos de control de las fronteras de Estados Unidos.

La franja territorial es controvertible aún sin considerarlos. Por ejemplo, se ha construido un muro en la frontera México-Estados Unidos, con el objeto de detener los flujos de migrantes, pero estos no se han detenido, y solamente recientemente han bajado, gracias a un acuerdo entre Washington y la Ciudad de México en enero de 2024—en el cual tampoco se secciona a esta población particularmente vulnerable, aunque la separación de menores de

sus padres y tutores que caracterizó a la primera administración Trump sí ha bajado radicalmente. Aun así, la respuesta, paradójicamente, ha sido y sigue siendo el reforzamiento fronterizo por parte de Estados Unidos y la detención, a veces en condiciones inhumanas, y la deportación masiva por parte de México. Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos locales, binacionales, y regionales, los flujos fronterizos sólo se redirigen a otros puntos, a veces con consecuencias mortales para los migrantes—especialmente los más vulnerables—o, cuando se reducen, permanecen latentes ante la falta de una estrategia comprensiva para gestionar dichos flujos.

Por tanto, en esta construcción y reconstrucción de la frontera física en ambas fronteras y la radicalización de la política migratoria mexicana como instrumentos para el control de los pasajes irregulares, las afectaciones a los NNA migrantes no acompañados siguen siendo mucho mayores a las de los migrantes adultos (Sánchez, 2021). Raramente se ha pensado en este grupo demográfico migrante de forma distinta a los flujos generales, aunque sí existen algunas medidas esporádicas dirigidas a ellos en la región. Estas, sin embargo, siguen siendo insuficientes para atender las necesidades específicas de este grupo etario.

Es pues en la intersección de estos temas que este trabajo se centra: En las condiciones específicas de los NNA migrantes no acompañados, con relación a las características que los hacen mayormente vulnerables con base en su edad, todo en la intersección de las necesidades particulares que tienen con relación a la garantía de los servicios de salud para esta población, específicamente lo relacionado con el acceso a los servicios de salud. Se pretende examinar la manera en que su cuadro etario incide sobre las necesidades de salud

propias de su condición y las formas, cuantitativas y cualitativas, sobre las que acceden a los servicios de salud cuando estos se requieren. Este trabajo permite visibilizar las condiciones y necesidades particulares de los NNA migrantes no acompañados en relación a su salud—ya sea de origen o adquiridas en tránsito—y la manera en que se les atiende, para apuntar hacia la necesidad de tener una política pública coherente para un grupo con vulnerabilidades muy específicas. El lente de este trabajo se orienta al caso México-Estados Unidos como ejemplo que permite dilucidar el tema y la necesidad de cambios concretos hacia esta población.

Problematización

Habiendo expuesto la complejidad del tema de los NNA migrantes no acompañados y las dificultades del acceso a la salud dada su condición de menores, con capacidad limitada para gestionar sus propios derechos o necesidades, y con necesidades muy particulares propias de su grupo etario, en esta sección se busca delinear el problema que brota del cruce de tres conceptos clave: 1) Los niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados en su condición de menores de edad, carentes de un guardián que gestione sus necesidades y medie sus derechos de protección y, sobre todo, el acceso a servicios de salud, como un derecho fundamental; 2) su condición de menores de edad con una ausencia o baja capacidad de ser agentes enteramente efectivos de sus propios derechos; y 3) su condición de migrantes con todas las vulnerabilidades que acompañan a quienes deciden o son orillados a abandonar su hogar independientemente de las razones por las que lo hacen, ya sean condiciones de origen, adquiridas durante el trayecto, o enfrentadas en el lugar de destino.

La figura 1 resume visualmente la problemática al centro de este trabajo y, a continuación, se presenta el debate teórico alrededor de este importante problema, así como el debate empírico alrededor del tema.

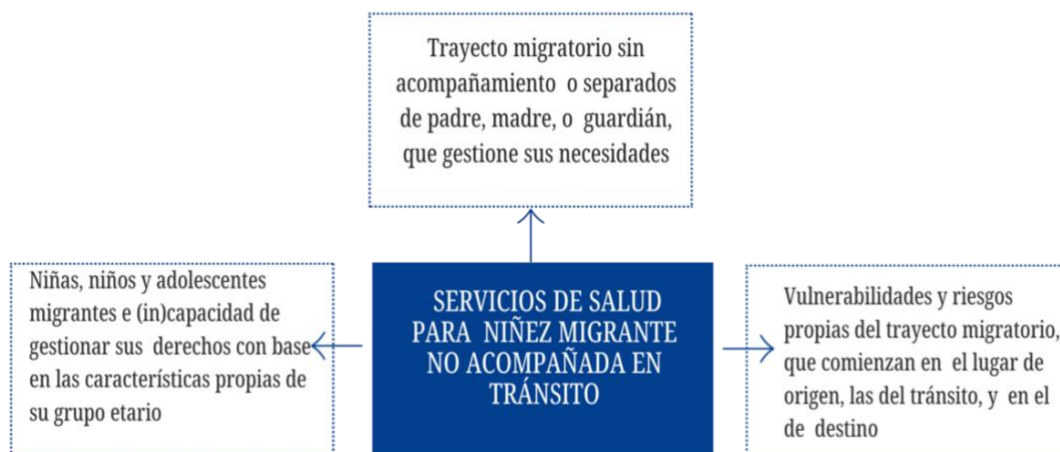


Figura 1. Elementos centrales de la investigación en la intersección de los NNA no acompañados. Elaboración propia, 2025.

¿Por qué migran los NNA migrantes no acompañados y bajo qué condiciones?

Para acotar este trabajo, es importante mencionar que el trabajo se enfoca en la niñez no acompañada en tránsito por territorio mexicano. Ante la imposibilidad de abordar la problemática a nivel nacional—por tiempo y recursos, se recurre a examinar el problema principalmente en el área de la frontera en Ciudad Juárez, Chihuahua, asumiendo que, siendo esta ciudad un lugar de tránsito y recepción masiva de migrantes, incluyendo NNA migrantes no acompañados, la misma es representativa de la problemática a nivel nacional e incluso regional.

Además, se debe aclarar que la mayor parte son de origen latinoamericano y caribeño, y sobre estos se centra el trabajo, sin necesariamente dejar a un lado a aquella minoría de menores migrantes no acompañados que pudieran venir de otros países más allá de las

Américas. De hecho, una revisión de los estudios que hablan de los sujetos de este estudio revela que algo que caracteriza a los NNA migrantes no acompañados de Latinoamérica y el Caribe muestra que las razones por las cuales migran son las mismas por las que migran otros grupos que vienen a las Américas de otros continentes. Según lo que ha identificado la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), en las últimas dos décadas las causas por las que migran niñas, niños y adolescentes son de naturaleza estructural y las razones son muy diversas, pero las que se han identificado desde el ACNUR son tres: en primer lugar el contexto de violencia de su lugar de origen, que se manifiesta desde un alto nivel de criminalidad e inseguridad en la ciudadanía debido a los conflictos armados, las pandillas y los grupos armados; luego las razones económicas que tienen su origen en la desigualdad social, los recursos económicos insuficientes para solventar los gastos básicos de subsistencia y las pocas oportunidades para acceder a empleos bien; y en tercer lugar la necesidad de reunirse con sus familiares que ya migraron.

Existen otros motivos, por supuesto, pero estos tres sobresalen sobre otros. Así pues, el 48.6% de los niños, niñas y adolescentes han salido de sus países por una situación de violencia, 29.2% por motivos económicos, y 22.2% por reunificación familiar (ACNUR, 2018). Con relación a la primera causa de migración, los NNA enfrentan diferentes formas de violencia en sus países, que tiene que ver con la violencia dentro del espacio privado, como el hogar, la violencia dentro del espacio público como la colonia o los barrios (ACNUR, 2018)—misma que se expresa como violencia criminal o conflicto armado. Este tipo de violencia se agrava cuando no solamente se vive en este espacio agresivo, sino que se es

obligado a participar en actos delincuenciales. Estas razones son muy similares en todos los grupos nacionales, incluyendo entre los NNA migrantes no acompañados.

Estos problemas son los mismos que han exacerbado los flujos de niñez no acompañada a través de México, y, a pesar de su importancia, no han encontrado la resonancia debida o la atención especial adecuada en las políticas públicas ni con relación a un esquema de derechos humanos ni por la nacionalidad o el origen de la persona migrante. Es decir, a pesar de una mayor incidencia y una mayor conciencia de la situación de los NNA migrantes no acompañados, las políticas públicas en materia de migración dirigidas hacia ellos siguen rezagadas—quizás por las dimensiones del fenómeno y la escasez de recursos—enfocándose principalmente en la población migrante en general más que en lo particular a cada uno de los grupos etarios, de género, etc.

Y aunque este trabajo se centra en el trayecto migratorio, las condiciones en el lugar de destino, cuando logran llegar, no necesariamente son mejores. Varela (2015), por ejemplo, argumenta que a partir del éxodo de personas de origen centroamericano hacia los Estados Unidos se ha propiciado una precarización general, lo que lleva a condiciones en las cuales, y por ejemplo, al no haber suficiente fuerza laboral adulta, los NNA migrantes no acompañados son quienes comienzan su vida laboral a temprana edad, con condiciones de explotación en las empresas maquiladoras con sueldos de 90 dólares mensuales en jornadas laborales semanales de hasta 80 horas.

Estas condiciones también se dan en los Estados Unidos, en donde se encuentran NNA migrantes en el mercado laboral desde los catorce años de edad (Dreier, 2023). Para estos menores de edad, las alternativas son trabajar bajo este concepto o integrarse a alguna

de las pandillas locales en sus lugares de origen, trabajar en el trayecto para seguir la ruta migratoria, o trabajar en el lugar de destino, con muy baja consideración a su condición de menores de edad. Ciertamente, muchos de los NNA migrantes no acompañados buscan reunificación familiar, y no precisamente por decisión propia.

A veces sus padres piden que sean enviados hacia los Estados Unidos, solos o apenas acompañados, sin considerar que, a partir del 2001 con el ataque terrorista a las torres gemelas en Estados Unidos, las fronteras se han estado reforzando continuamente y los peligros son mucho mayores hoy que hace veinte años. Según Masey (2009), al ser más costoso y con más riesgos, el proceso de circularidad de los migrantes adultos que se encuentran de manera irregular o indocumentada en Estados Unidos vuelve casi imposible regresar a su país de origen, por lo que optan por pagar o “mandar traer” a sus NNA con guías, “coyotes” o solos. Esto es también muy frecuente para con los NNA no acompañados—para no hacer el viaje, los familiares prefieren pagar a un coyote para que les haga llevar al menor hasta su destino, aunque muchos eventualmente son abandonados por estos coyotes-guardianes o incluso retenidos hasta recuperar el pago de transportarlos.

NNA migrantes no acompañados en cifras: Las dimensiones estadísticas

En el caso del Estado mexicano, existen datos que muestran que entre 2009 y 2018, los funcionarios de inmigración mexicanos detuvieron a aproximadamente 80,000 NNA migrantes no acompañados, originarios principalmente de países de Centroamérica como El Salvador, Guatemala, y Honduras, aunque hay migrantes menores de otros países, pero a finales del 2021 la cifra había alcanzado 112,192 NNA migrantes no acompañados (Kandel,

2021), sin contar los cientos o miles más que migran a través de México sin ser detectados (Bucknall et al., 2019).

A finales del 2018, estas cantidades se incrementaron aún más durante las “caravanas” que llegaron a la frontera norte de México y posteriormente durante la crisis provocada por la COVID-19 y el cierre de las fronteras entre México y Estados Unidos, y en los años pos-COVID-19 por la presión acumulada sobre los migrantes en sus lugares de origen (OIM, 2021). A estas caravanas se han sumado los NNA deportados de Estados Unidos bajo el Título 42, una medida sanitaria que fue utilizada por el primer gobierno de Donald J. Trump (2017-2021) a partir de marzo del 2020 para expulsar rápidamente a los migrantes hacia México—en ocasiones incluyendo a NNA migrantes no acompañados, aunque esta última acción fue terminada debido a las fuertes críticas de las organizaciones de la sociedad civil (Dickerson, 2020).

Bajo la primera administración del presidente Trump, de hecho, estos NNA migrantes fueron incluso aislados en condiciones crueles y altamente insalubres, y a menudo se les sujetó a violencia física y verbal (EFE, 2021), y, en un acto de particular crueldad, ocho mil menos fueron separados de sus padres y familias—de los cuales casi 800 no habían sido han sido todavía reunificados con sus unidades parentales para el año 2018 (de Llano, 2018). Este no fue el caso de la administración de Joseph R. Biden (2021-2025) en Estados Unidos, quien fue, como se indicó, mucho más cuidadoso con relación a los NNA migrantes no acompañados (Drehier, 2023).

El presidente Biden intentó incluso la reunificación de los menores separados de su familia, pero el objetivo no se logró del todo. Pero aun así, una política con un contenido más

humanitario no necesariamente garantiza un cumplimiento cabal con la política de acceso a la salud, sobre todo para personas cuya capacidad de gestión de sus derechos es limitada por su edad.

Con relación a las cifras de los NNA migrantes no acompañados, la Unidad de Política Migratoria (UPM) presentó un informe (2020) donde dice que únicamente de enero a junio del 2020, el Instituto Nacional de Migración (INM) atendió los casos de 5,797 NNA deportados por alguna frontera del norte de México, de los cuales 4,701 se identificaron como hombres y 1096 como mujeres. La frontera de Nuevo Laredo, Tamaulipas—Laredo, Texas fue el lugar que más casos reportó (1,458 casos). Cabe mencionar que esta cifra es únicamente de la frontera norte de México, y son números de aquellos que sí fueron detectados. Hay muchos que escapan a la contabilización. A esto se deben sumar los identificados en la frontera sur y los transmigrantes. Asimismo, la UPM (2020) identificó que solamente 1,780 menores de edad viajaban acompañados y 4,017 lo hacían no acompañados, lo que se puede interpretar como un factor que aumenta la vulnerabilidad de un grupo que ya lo era antes de migrar.

Finalmente, el tránsito por México puede tener repercusiones en el menor de edad que van desde lo familiar, social, y cultural, hasta el deterioro de la salud física y el abandono escolar. Así pues, es difícil conocer las dimensiones del fenómeno de los NNA migrantes no acompañados, pero los números indican que este problema es creciente y merece un trato separado y especial dadas las condiciones de vulnerabilidad de esta población y su desprotección. Resta solamente agregar que, aunque a veces los números bajan, estimar los totales es difícil puesto que la migración es en gran parte clandestina y es difícil detectar

cuántos sí transitan y llegan a su destino. De igual forma, aunque los números han bajado en el 2024, muchos permanecen detenidos en centros de retención en México, en condiciones inhumanas, y el problema se puede desbordar en cualquier momento otra vez. En efecto, el muro de contención es en este momento la política migratoria de México—pero las condiciones expulsoras en los países como Cuba, Venezuela, Haití, o Nicaragua no han cambiado.

Las rutas migratorias

Un viaje migratorio se define como “un proceso de tránsito largo, complejo, y a menudo con numerosas estaciones” (Marroquín y Huezo-Mixco, 2006:27). El viaje no tiene tiempo de duración; va en etapas que pueden tener diferentes momentos y tiempos. Con relación al tema de esta tesis, todo el trayecto queda supeditado a los brotes de enfermedades de varias categorías: 1) aquellas de las cuales son portadores los NNA migrantes no acompañados, 2) aquellas que son producto de las emergencias que puedan surgir en el trayecto a partir de accidentes o abusos, y a las características geográficas y de seguridad de los caminos y rutas que se siguen y los peligros que en ellas se encuentran, las cuales también pueden ser más complejas debido al tipo de política migratoria del país de tránsito o receptor (Parrini y Flores, 2018), y 3) aquellos a los que están expuestos en el lugar de destino, tales como explotación laboral, sexual, u otro tipo de abusos y privaciones a los que pudieran estar expuestos por su condición.

Es preciso recalcar también que este estudio se sitúa en ese intermedio entre el lugar de destino y el de tránsito, de hecho se sigue considerando parte del tránsito, sin embargo, una nueva categoría dentro de las fases de migración es la de espera prolongada, que

justamente encaja con el caso de estudio, donde se pueden observar dinámicas en los procesos del acceso a la salud que tienen relación con los espacios de acogida, el sistema público de salud y las enfermedades que pueden contraer/desarrollar durante este periodo.

En cualquier momento un NNA migrante no acompañado se puede ver en la necesidad de acceder a un servicio de salud—por un problema portado desde su origen, por un problema de salud adquirido en el trayecto migratorio, o por una condición acaecida ya en un lugar de destino. Ahora bien, todos los viajes son, finalmente, distintos para cada migrante y para cada grupo—pero no se puede negar que un NNA migrante no acompañado se encuentra en una situación particularmente vulnerable por su incapacidad de gestión ante un problema de salud que quizás ni el propio NNA entiende o para el cual no tiene la manera de contar con o buscar la información para procurar la atención que requiere.

Estos problemas pueden aparecer en cualquier momento de la ruta migratoria. Esta capacidad de gestión por supuesto, está directamente relacionada con la edad. Los NNA migrantes no acompañados de pocos años de edad tienen mucha menos capacidad de gestión que aquellos que ya se encuentran en la adolescencia. Por tanto, la capacidad de gestión de un derecho, como el derecho a la salud, depende en gran medida del grupo etario en que se encuentre el menor migrante. El siguiente mapa muestra las rutas que se utilizan para llegar a Estados Unidos desde Centroamérica a través de México. Ciudad Juárez, el caso de estudio de esta tesis es una de las rutas más importantes, como se puede apreciar.



Mapa 1.5. Rutas migratorias de centroamericanos en México. Fuente: México: Paso Migrante.

En la ilustración se puede percibir que las rutas varían mucho, la elección de la ruta depende del recurso económico del migrante para realizar el viaje, de su lugar de origen, su idioma, si se ha contratado a un guía, o si ya ha viajado anteriormente por esas mismas rutas (*Save the Children*, 2018), aunque también de las políticas públicas desplegadas para disuadir al migrante de ciertos caminos. Sorprendentemente, y a pesar de variaciones importantes, las rutas y las condiciones del trayecto migratorio tienen mucho en común—la experiencia vivida es traumática, si se utiliza la descripción de Marroquín y Huez-Mixco (2006). Al mismo tiempo, este hecho permite un comparativo entre y una generalización a partir de los casos que se examinan en este trabajo—precisamente las condiciones tienden a ser muy similares a lo largo del territorio mexicano y, se puede asumir en muchos otros trayectos del mundo.

Ahora bien, aunque las rutas a veces convergen y a veces divergen, el mapa anterior muestra ejemplos de las rutas que a menudo son las mismas y bien conocidas. En el caso de

los migrantes de origen latinoamericano que cruzan por México para llegar a Estados Unidos, se han observado cuatro principales rutas, como la que va desde la frontera de Belice con la frontera sur de México. Esta ruta pasa por Veracruz hasta la parte noreste de México en Reynosa, Tamaulipas; o las otras dos que toman la frontera de Guatemala con Chiapas, en el Sur de México, viajando hasta el centro del país para separarse formando tres rutas que se extienden por toda la frontera norte de México, como Tijuana, Baja California; Nogales en Sonora; Ciudad Juárez, Chihuahua; y Nuevo Laredo, Tamaulipas. Estas rutas son las mismas que utilizan los NNAs migrantes no acompañados diferentes escenarios tanto climáticos, así como problemáticas sociales que representan riesgos para la salud durante el tránsito (Mapa 1.1). Lo relevante en este estudio es que son sobre estas mismas rutas donde se da la exigencia de atención a la salud del migrante, y la estabilidad de las rutas permite valorar el acceso a estos servicios para la población objeto de este estudio.

Así pues, las dimensiones estadísticas y geográficas del problema de los NNA migrantes no acompañados son suficientes para merecer una atención particular con relación a su condición de migrantes y las particularidades de esta población—incluyendo temas como el acceso a la protección de los Estados por los cuales transita y a donde llegan, las condiciones de su trayecto migratorio, y las necesidades específicas propias de su edad así como su (in)capacidad de gestión propia de este grupo etario. Hay que reconocer de cualquier manera que, en el propio caso de México, la atención a la salud en general varía ampliamente de territorio en territorio—incluso para los mexicanos, obligando una mayor atención al tema de la atención a la salud de la niñez no acompañada.

Pero la ausencia de una política pública específica para este grupo etario migrante constituye por definición un problema pertinente. Una política pública dirigida a una población, sin embargo, no es posible si hay pocos estudios profundos con relación a las condiciones propias de esa misma población y sus necesidades. Es aquí donde este estudio pretende hacer una contribución no solamente con relación al conocimiento de esta población y sus necesidades, sino con relación al sistema de atención con la que esta debe contar de acuerdo a sus necesidades únicas y distintas.

Migración de NNA migrantes no acompañados y riesgos relacionados con la salud

Ahora bien, al concepto NNA migrante no acompañados hay que agregarle el otro eje de este trabajo, el acceso a los servicios de salud, sobre todo con relación a aquellos servicios propios de este grupo etario y los correspondientes riesgos de salud a los que están expuestos. En este estudio se considera importante ubicar dentro de las fases de la migración los principales riesgos a la salud de estos NNA como un grupo especial y distintos al grupo de adultos migrantes, y cómo pueden influir los elementos propios del trayecto migratorios sobre el acceso a servicios de salud, primero en su lugar de origen, luego durante el tránsito, después en su lugar de destino, y por último en el retorno a su lugar de origen, especialmente en el caso de una población con capacidades limitadas de gestión hacia sus derechos. También se hace una distinción entre las enfermedades que se consideran endémicas (o propias de su lugar de origen), las que pueden surgir durante el tránsito, y las que adquieren en los lugares de destino, como en centros de detención o espacios de acogida.

En este trabajo se consideran todos estos elementos, sin dejar ningún eslabón de la cadena de salud fuera de consideración, asumiendo que el acceso a los servicios de salud no

es divisible sino parte integral del desarrollo de la persona humana. Es necesario, sin embargo, considerar tres grandes temas: Los cuadros epidemiológicos de origen; los riesgos del trayecto migratorio—por ejemplo, accidentes, contagios pandémicos como lo fue la COVID-19, o abusos físicos, etc.; y el acceso a los servicios de salud tanto en el segmento cuando los NNA migrantes no acompañados se encuentran en tránsito como cuando llegan a su destino y que son parte de un crecimiento sano. Eso, a su vez, se contrapone a la parte que corresponde a los actores que pudieran ser responsable de asegurar este acceso durante el trayecto y en el lugar de destino.

NNA migrantes no acompañados y cuadros epidemiológicos de origen

Con relación a los términos es ahora importante hacer una distinción en cuestión de acceso a los servicios de salud. Sin duda, es preocupante para las autoridades que atienden la salud pública de los países de tránsito y de destino que los grupos de migrantes a menudo tienen una mayor seropositividad de enfermedades infecciosas en comparación con los ciudadanos del país de tránsito o acogida. Esto implica que no se trata solamente del derecho humano a la salud, sino también de evitar la propagación de enfermedades tanto entre los mismos migrantes como entre las poblaciones con las que entran en contacto.

Ahora bien, evaluar las cifras de prevalencia correctas para los inmigrantes recién llegados no es tarea fácil, y es inadecuado e inexacto extrapolar las tasas de prevalencia más recientes del país de origen (Khyatti et al., 2014). Sin embargo, hacerlo es necesario, porque se sabe que las comunidades de origen existen limitaciones importantes en cuanto a la suficiencia de servicios públicos como agua, luz, educación, seguridad social, empleo, vivienda y salud, y que lo que se tiene a disponible regularmente son de baja calidad (Salgado

et al., 2007), por lo que conocer estas necesidades se convierte en una tarea clave para ofrecer servicios de salud a migrantes y proteger a las poblaciones de paso—sin afán de responsabilizar a nadie sobre estos cuadros epidemiológicos. Estos son sencillamente una realidad empírica, y sin esta información, la labor de protección para todos se convierte en algo imposible.

Afortunadamente, con el tiempo se ha recogido información sobre este tema. La tabla 1.1 define algunos de los cuadros epidemiológicos que la bibliografía distingue como prevalentes entre los migrantes. Se pueden distinguir tres categorías que varían según la frecuencia de importación a los países de tránsito y acogida. La primera categoría señala que entre las más frecuentes se encuentran las que se transmiten a través de secreciones corporales de persona a persona como la tuberculosis, al toser, estornudar y estar en contacto directo con fluidos corporales (*Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*, 2016); y la hepatitis A y B al tener contacto doméstico con personas infectadas o con sus heces (*Departamento de Salud del Estado de Nueva York*, 2005).

La segunda categoría la conforman las enfermedades infecciosas que se importan con menos frecuencia, y que en su mayoría son transmitidas al ser humano a través de vectores (mosquitos e insectos) como la enfermedad de chagas, la malaria, y la cisticercosis, entre otras, y que no son contagiosas entre personas (OMS, 2022), pero sí puede representar retos para el sistema de salud de los países de tránsito y los países receptores de migrantes. Un problema adicional es que al ser endémicas, muchas de estas enfermedades no forman parte del cuadro preventivo del sector salud en los países en los cuales se encuentran los mismos migrantes, como es el caso de ambas fronteras de estudio en este trabajo.

En la tercera categoría, se mencionan otras patologías que si bien pueden ya formar parte del estado de salud de los migrantes desde su lugar de origen también pueden agravarse durante el tránsito si no reciben atención médica, como es en el caso de la malnutrición, que tiene como consecuencia la anemia entre otros padecimientos, o las infecciones por el VIH, pues las personas infectadas necesitan no solamente atención médica, sino que se debe llevar un seguimiento y tratamiento permanente (OMS, 2022).

Prestar atención a estos cuadros epidemiológicos y entenderlos como merecedores de atención es indispensable si se busca proteger a los migrantes, incluyendo a los NNA migrantes no acompañados. Sin un entendimiento claro de estas enfermedades tampoco se pueden instituir las políticas públicas indicadas para su prevención y tratamiento ni se pueden asignar los recursos para combatir el impacto de estas enfermedades en los migrantes y en las poblaciones con la que entran en contacto. Esto sin considerar los elementos aprendidos durante la pandemia de la COVID-19, la cual representa retos importantes para los migrantes y para las autoridades encargadas de prevenir la propagación del Coronavirus, ya sea dentro de un país o transfronterizamente.

Tipo de enfermedades	Centro y Sudamérica
Enfermedades infecciosas importadas con más frecuencia	● Tuberculosis ● Parasitosis intestinal ● Hepatitis A ● Infección por T. Cruzi (Fumadó Pérez, 2013)
Enfermedades infecciosas importadas con menos frecuencia	● Enfermedad de Chagas ● Dengue ● Infecciones intestinales ● Cisticercosis ● Eosinofilia (Fumadó Pérez, 2013)

Otras patologías	• Anemia • Pubertad precoz • Abusos, maltratos en niños adoptados (Fumadó Pérez, 2013)
------------------	--

Tabla 1.1 Enfermedades frecuentes en los NNA's migrantes según lugar de origen. Elaboración propia, 2025, con datos de Fumadó Pérez (2013), Pediatría Integral.

Lo invisible: Salud mental de la niñez no acompañada

Hasta este punto se habló de los problemas de la atención a la salud física—aquellos de origen (enfermedades autóctonas de sus lugares de origen o propias de su alimentación, etc.), aquellos que surgen en el trayecto (accidentes, abusos por parte de otras personas, o exposición a enfermedades propias de otras localidades, malnutrición, entre otros), y aquellos que se presentan en el lugar de destino (explotación laboral, sexual, u otro tipo de abusos y privaciones a los que pudieran estar expuestos por su condición). Hay otro elemento, apenas perceptible en un ambiente de extrema precariedad—la salud mental.

El trayecto migratorio es, por definición, traumático hasta para un adulto. Con mucha más razón en un NNA expuesto a una ausencia de cuidados emocionales, educativos, sociales, familiares, etc. Esta sección habla de la salud de los NNA migrantes no acompañados, precisamente porque es un aspecto que no siempre se atiende, quizás porque en ocasiones los síntomas no se observan a simple vista. A esto se suman el hecho de que existe evidencia de que el acceso a los servicios de salud es limitado—lo que ocurre aun cuando se trata de atender enfermedades físicas. Esta falta de reconocimiento de esta dimensión de la salud hace más complicado identificar las afecciones que merecen atención. Se presume, simplemente, que el estrés y el trauma del trayecto son parte del viaje migratorio y que no requieren la misma atención que la salud física. No es así. El enorme estrés bajo el que viven y viajan los migrantes también requiere un apartado propio.

Por tanto, y para enfocarse en la población objeto de este estudio, se exponen también tres fases que afectan la salud mental de NNA migrantes no acompañados. La primera comienza desde antes de migrar, un fenómeno a veces referido como la pre-migración (León, 2020). Muchos enfrentan condiciones de violencia desde sus lugares de origen, dejándoles traumas que se manifiestan en estrés postraumático y depresión (Heptinstall et al., 2004), entre otras enfermedades invisibles. Estos elementos son a veces parte de un cálculo complejo que los empuja a migrar.

La segunda fase corresponde al proceso de migración o cuando estos NNA salen de su hogar y emprenden el trayecto migratorio. Se considera esta fase como la que ocasiona mayor estrés entre estos, y más aún cuando migran de manera irregular, ya que en ocasiones son víctimas de abuso sexual, físico, secuestros, extorsiones y trabajos forzados (Becerra, 2022), por lo que es común presentar problemas como depresión e incluso traumas severos. Se han dado casos incluso de suicidios en espacios de atención (Agila, 2017).

La tercera fase es la más estudiada y es etiquetada como la post-migración, y se menciona que las afectaciones a la salud mental es multifactorial, pues va en función hasta de los motivos para migrar, las condiciones en las que lo hicieron, los medios de transporte que utilizaron, etc., sin embargo, este estudio se concentra en una etapa intermedia, que ha surgido a partir de las políticas restrictivas que han permeado en la entrada de niñez migrante no acompañada a los Estados Unidos utilizando la herramienta de la reunificación familiar. Esta nueva fase es la de espera prolongada, donde pueden pasar meses o años antes de encontrar una respuesta a la petición antes mencionada.

Aquí el problema está en una vez que tratan de integrarse a las comunidades de acogida se topan con barreras de muchos tipos, como la lingüística, la cultural, sumado al peso de estar tiempo prolongado lejos de su familia o al tratar de acostumbrarse al sistema educativo y a un nuevo régimen alimenticio (Leavey et al., 2004) y recientemente hay evidencia de que algunos NNA migrantes no acompañados son también integrados al mercado laboral a través de lo que llaman actualmente “la nueva economía de la explotación” (Farah, 2023), lo cual viola las propias leyes de trabajo que los protegen de labores pesadas, pues se sabe que trabajan hasta doce horas diarias en trabajos como la construcción, empacando cereal por la noche o lavando sábanas en hoteles. Todo esto se observó en Estados como Virginia, Florida, Tennessee, Carolina del Norte, Dakota del Sur, entre otros (Dreier, 2023). Esto los somete a los riesgos propios de un espacio laboral, para el cual sus propios cuerpos pudieran no estar preparados, incluyendo el procesamiento de alimentos, la construcción, la agricultura, etc.

Extendiendo este problema, es menester discutir los procesos que tienen que pasar los NNA no acompañados con las autoridades en los países de tránsito. A menudo, como fue el caso de la administración de Trump, se pueden identificar prácticas, procesos y hasta personal que les revictimiza dentro de los espacios de atención a sabiendas de su condición (Moctezuma-Longoria, 2018). Este trato, a menudo maltrato, tiene un impacto negativo en su salud mental, según reportes de la Organización Mundial de la Salud (2022), ya que se han presentado síntomas comunes relacionados con la experiencia del encierro y supuesto resguardo de las autoridades. Estos fueron trastornos del sueño, falta de apetito, y arrebatos emocionales y conductuales (OMS, 2022). Así pues, las enfermedades mentales no atendidas

tienden a afectar el funcionamiento muchos después del evento traumático. En la siguiente tabla se muestran las principales enfermedades y riesgos que conlleva la migración para los NNA no acompañados. Se puede ver cómo se repiten algunas, que mayormente son causadas por exposición al medio y a condiciones insalubres, sin embargo, las más peligrosas ocurren en el tránsito por México.

En el lugar de origen	Tránsito	Ciudad Juárez
• Tuberculosis • Parasitosis intestinal • Hepatitis A • Infección por T. Cruzi • Enfermedad de Chagas • Dengue • Infecciones intestinales • Cisticercosis • Eosinofilia Anemia • Pubertad precoz • Abusos, maltratos (Fumadó Pérez, 2013)	• Accidentes • Abuso físico, mental, sexual • Trabajos forzados • Enfermedades de vías respiratorias • Malnutrición • Estrés	• Estrés • Varicela • Sarampión • Cutting • Enfermedades respiratorias • Abuso y maltrato

Tabla 1.2. Enfermedades y accidentes de la migración de NNA migrantes no acompañados. Elaboración propia

La migración y el derecho a la salud: Problematicación del marco legal

En la actualidad diferentes actores sociales buscan que todas las personas puedan acceder a servicios de salud. Algunas lo hacen incluso sin importar en qué estatus migratorio se encuentra la persona que pide el servicio (Eguiluz, 2021). Muchos países incluso se han adherido explícitamente a los sistemas internacionales de protección al migrante en relación a los servicios de salud, y con base en ese marco buscan que la migración sea regular, ordenada, y segura, luego de hacerse evidente la necesidad de establecer mecanismos de protección a su salud—en parte para proteger a sus propias poblaciones. Esto incluye teóricamente servicios de salud para la niñez migrante.

Por ejemplo, la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* en sus Artículos 2 y 25 decreta el derecho de toda persona a la asistencia médica y los servicios sociales necesarios sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (Naciones Unidas, 2023). Con base en esto, esta declaración se considera a grandes rasgos como un documento que contiene los elementos para que el proceso migratorio no signifique la desprotección y no implique riesgos a la persona.

De igual forma, la *Organización Internacional para las Migraciones* (OIM, 2022), señala que la emigración, particularmente de países del Magreb como Argelia, Marruecos, y Túnez, ha sido durante mucho tiempo una característica en el norte de África—algo que comparte con la región de Centro y Norteamérica. Además, otros países de la subregión norafricana, incluido Egipto, también tienen grandes poblaciones de emigrantes. Las estadísticas muestran que Europa y Asia son los dos principales destinos para los migrantes del norte de África (OIM, 2022). En 2020, como instancia, hubo un total combinado de más de 5 millones de migrantes en Europa desde Marruecos, Argelia, y Túnez, a veces tornándose una cuestión que aumenta las vulnerabilidades, pues las condiciones irregulares del viaje también relacionadas con el estatus migratorio de los viajeros, y su estatus excluye muy frecuentemente la posibilidad de apoyo del gobierno.

Esto, como ya se mencionó, sin contar otros retos socioculturales importantes, como las vulnerabilidades que representan la xenofobia y la estigmatización, lo que viene a exacerbar la vulnerabilidad ocasionada por el varamiento de personas en el mar y los riesgos para la salud y la vida de quienes viven en refugios superpoblados y/o quienes no pueden

acceder a los programas de salud o lo hacen solamente de manera parcial o insuficiente. Esto se hizo más que evidente durante la pandemia de la COVID-19 del 2020-2022, puesto que en muchas ocasiones los migrantes no tenían acceso a la vacunación o el tratamiento contra la COVID-19 (OIM, 2022).

Una revisión de los diversos aspectos empíricos y conceptuales de la intersección de la migración y la salud, en particular con respecto a los NNA no acompañados, indica que vale también la pena profundizar en la problematización de dicha intersección desde el marco legal, el cual presumiblemente compromete a los países de la ruta migratoria a proveer ciertos servicios y donde se ha visto que el estatus legal impacta negativamente en la salud mental y que las políticas migratorias restrictivas generan estrés y ansiedad en las personas que se encuentran bajo el limbo legal y en un estatus migratorio irregular, ya que reciben duramente la aplicación de las leyes (Payan, 2022).

En un primer nivel, es pertinente detenerse en las dimensiones estadísticas del tema. En el mundo se han contabilizado 30 millones de NNA migrantes no acompañados, viviendo fuera de sus hogares nativos al haberse visto obligados voluntaria o involuntariamente a desplazarse a otro país o al haber sido enviados por sus propios padres o tutores a otro país por diversas razones. En un segundo plano, casi por definición, y a menos que se viaje con un protector o con la unidad familiar, muchos de estos NNA se han ido de sus hogares quedando desprotegidos y sin apoyo parental—lo cual a veces los hace más vulnerables al abandono. Otros NNA salen de sus lugares de origen con acompañamiento, ya sea de su familia o una persona de confianza, pero durante el trayecto suceden eventos que los separan

de sus padres y quedan solos durante el tránsito por largos periodos de tiempo en espacios desconocidos.

Por supuesto que muchos migrantes abandonan sus lugares de origen por razones diversas, mayormente de manera forzada, pero el caso de los NNA migrantes no acompañados merece una tipología de motivos aparte y separadamente de la mayor parte de la comunidad migrante. Incentivos como la seguridad, paz, estabilidad, educación, y oportunidades son el rostro del llamado sueño europeo (Save the Children, 2018) o del sueño americano al final del largo viaje, pero no todos lo logran ni todos lo hacen en condiciones que garantizan su seguridad física, incluyendo su salud mental, en zonas de tránsito o en el destino final. Es precisamente en esta intersección que se enfoca este trabajo.

De hecho, el problema de la seguridad y del cuidado de la salud del migrante ha representado ya un tema de interés en el mundo académico. Benach, Vergara, y Muntaner (2008) afirman que existe un problema de salud pública muy importante que estriba en la desigualdad al inicio en materia de acceso a la salud, aunque las causas pueden variar y van desde las económicas hasta las políticas. Pero hay muchos menos estudios enfocados en niñez no acompañada. Un enfoque en este grupo en particular muestra que a veces, cuando el sujeto no tiene la capacidad de entender su situación, identificar los recursos para atender su estado físico, o acudir a quien pueda dar auxilio, su estado de salud es mucho más vulnerable y es por esto que merece una atención especial como problema académico.

Esto quedó evidente cuando se agudizó la pandemia de la COVID-19—un adulto pudo, por ejemplo, buscar la vacuna, pero un NNA no necesariamente posee los recursos

para gestionar su propia vacuna sin la ayuda de un adulto. Esta postura la comparte la Doctora Elisa Ortega Velázquez al afirmar que

Las agencias humanitarias han advertido de las consecuencias catastróficas del COVID-19 para la salud de las personas desplazadas en todo el mundo, especialmente para los niños: muchos viven en condiciones de hacinamiento, sin agua y mal alimentados (Kanno-Youngs 2019); el acceso a los servicios de salud pública puede ser limitado y, en algunos casos, evitado deliberadamente, especialmente si están en condición irregular; y es complicado para la población migrante manejar períodos de autoaislamiento o cuarentena (Sirenio 2020). Los niños migrantes, además, enfrentan daños psicológicos preexistentes (violencias, abusos, separación de sus padres, etc.); marginación y estigma de las comunidades de acogida (Ortega, 2020).

Así pues, los compromisos legales de los Estados con relación a los migrantes, y sobre todo para con los más vulnerables como son los niños, niñas y adolescentes no garantizan una atención especial y merecida con base en su propia condición. Esto no solamente agrega una dosis de escepticismo sobre estos compromisos, sino que hace más urgente que se preste atención a este problema y se comprenda a profundidad con el fin de proponer y hasta presionar a favor de cambios en lo relativo a proveer servicios de salud.

¿Por qué atender a esta población?

En esta sección se discuten los retos que presentan por las vulnerabilidades de la población NNA migrantes no acompañados para quienes buscan entender el problema desde una

perspectiva generalizable a otros contextos. Como parte del problema teórico, en esta sección se consideran los dos enfoques aplicados en los casos de estudio abordados en este trabajo. El primero es el de la teoría del riesgo y el segundo es el de los derechos de la niñez como una población con características particulares en su capacidad de gestionar su bienestar.

Ambos acercamientos teóricos permiten a partir de su lógica entender la intersección de la migración y la salud, particularmente en el caso de los NNA migrantes no acompañados, como un fenómeno social en el cual se materializan las responsabilidades y las capacidades concretas de atención de los gobiernos y la sociedad civil. En esta investigación se confrontan estos dos enfoques porque se ha visto que ninguno de los dos ha respondido a sus necesidades de atención a la salud con sus particularidades y necesidades específicas, por lo que identificar el problema acerca de cómo se está abordando este tema representa una oportunidad tanto para los gobiernos como para los NNA migrantes no acompañados. Además, ambos acercamientos teóricos, sin limitar el trabajo de campo, permiten construir variables medibles en el campo para guiar el estudio tanto teórico como empíricamente.

Sobre la conveniencia de analizar este problema

Como ya se ha dicho, existen varios elementos a tomar en cuenta que influyen en la perspectiva de los gobiernos en cuanto a la toma de decisiones. Loayza (2019) puntualiza tres cuestiones a considerar. La primera es que salir de un lugar de origen para emprender un trayecto migratorio puede tener implicaciones en la salud, ya sea en el desarrollo de enfermedades que no corresponden al cuadro epidemiológico de los países receptores, sino a infecciones del lugar de origen, y que son fácilmente transmisibles en los países por donde transitan; la segunda es la posibilidad de generar brotes epidémicos en los lugares de tránsito;

y la tercera es que se puede provocar como consecuencia de lo anterior un desequilibrio en la dinámica social, económica e institucional, que además se puede ver como el resultado de no atender el fenómeno migratorio en su dimensión real y considerando en enfoque de derechos humanos de la niñez no acompañada.

Ahora bien, se sabe que los flujos repentinos y masivos de personas se convierten en contingencias humanitarias y por lo tanto, impactan la sociedad, la política, y la economía de los países de tránsito y receptores, lo cual puede desestabilizar los sistemas de salud de los países (Loayza, 2019) que no están preparados para aumentar su capacidad de atención a ciertas poblaciones portadoras de vulnerabilidades, por ejemplo, en materia de salud. Es importante destacar que un NNA que llega a experimentar alguna enfermedad o accidente durante su tránsito, espera prolongada, o destino puede enfrentarse a espacios desconocidos, no tener redes de apoyo, no hablar el idioma, al no saber cómo puede acceder a servicios de salud y no contar con una figura parental pueden ser determinantes para que se sitúe en una condición de vulnerabilidad ante el acceso a servicios médicos (Barrios y Lizárraga, 2021). Ante esta situación es clave entonces tener respuestas efectivas, tanto para la comunidad en donde se encuentra el menor como para el NNA mismo.

Y desde el terreno, el interés en estudiar el tema planteado es porque a partir de los diferentes estudios llevados a cabo en Ciudad Juárez en centros de atención a personas en movilidad, se detectaron diferentes necesidades, unas las manifestaron los encargados de los albergues y otras los propios migrantes. Entre estas necesidades estaba la atención médica y el abastecimiento de medicamentos (Peña, 2021), especialmente para tratar infecciones de las vías respiratorias e infecciones estomacales, ya que son las enfermedades identificadas

con más frecuencia debido a dos factores, por un lado a las condiciones climáticas durante el tránsito, que suelen pasar de ambientes húmedos hasta la frontera norte de México, con climas extremos y secos propios del desierto; y por otro, el consumir alimentos en condiciones de poca higiene y diferentes a los que consumen en su lugar de origen.

Al realizar trabajo de campo, se recuperó el testimonio de algunos migrantes que se quejaron de no contar con facilidades para revisiones y consultas médicas, y en caso de acudir a centros médicos públicos, les negaron la atención por ser migrantes (Barrios y Lizárraga, 2021). En el mismo sentido, se puede retomar la experiencia de Colombia y el arribo de migrantes venezolanos, casi todos en condición irregular y con registros que indican un aumento de enfermedades infecciosas en la población local tales como varicela, tuberculosis, VIH y sífilis, que hace evidente la necesidad de atender e identificar posibles brotes de estas enfermedades que protegen tanto a migrantes como a locales (Ibáñez y Roza, 2020).

Finalmente, se ha visto que la migración de NNA migrantes no acompañados no se va a detener ni va a terminar, y el enfoque que se utiliza en las instituciones públicas para la atención de enfermedades y otras afecciones a la salud propias del lugar del origen, así como las derivadas del tránsito y del mismo país de acogida son determinantes para la recuperación y un desarrollo adecuado, lo que es necesario analizar es esta dualidad en la atención, es decir, los dos enfoques desde los cuales se atiende: desde el respeto a los derechos humanos de la niñez o desde la protección a la población local anticipando un posible daño que cause desequilibrio a los sistemas de salud y las repercusiones que esto implica.

Conclusión

En este primer capítulo se ha planteado un panorama de lo que abarca el estudio de los NNA migrantes no acompañados y el acceso a la salud en los países de tránsito y de destino, así como los dos enfoques que se utilizan para su atención en países como México. Se han planteado las bases teóricas de donde se ha partido para entender esta problemática y con base en eso se establece el cuestionamiento principal, los objetivos y algunos supuestos que serán guía en esta tesis. En el capítulo siguiente se establece un marco teórico-conceptual donde a partir de la teoría general de los Determinantes sociales de la salud y los conceptos centrales de interseccionalidad, vulnerabilidad social en salud, desigualdad social en salud, la suficiencia y eficiencia en los servicios de salud y el advocacy¹ Se identifican elementos específicos en un marco teórico propio para abordar el tema de la niñez migrante no acompañada y la salud.

¹ Advocacy es un término que, a pesar de derivarse del latín (advocatus), y estar relacionado con el vocablo castellano abogado, no tiene una traducción exacta del inglés al español. Se traduce invariablemente como defensa, abogado, activista, interventor, etc. Bajo esta categoría caen muchas de las actividades de las organizaciones de la sociedad civil que forman el dique de defensa y de intervención en favor de los migrantes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Introducción

En este capítulo se presentan y desarrollan las teorías a través de las cuales se examina el problema de los NNA migrantes no acompañados y los servicios de salud y se definen los conceptos base que constituyen el lente por el cual se analiza el tema en este trabajo de investigación. Estas teorías y conceptos constituyen el marco teórico-conceptual que conforman los elementos específicos base de las diferentes propuestas explicativas que tienen relación con las condiciones propias del grupo bajo estudio y del acceso a los servicios de salud de la niñez migrante no acompañada en tránsito.

Primeramente, se desarrollan las propuestas teóricas de Ulrich Beck y la *sociedad del riesgo*, con la intención de ver si esta teoría explica el nivel y las condiciones bajo las cuales se provee un servicio de salud al grupo de estudio. Segundo, se presentan las teorías sobre la niñez y derechos humanos propios de esta, con la intención de esclarecer los determinantes sociales de la salud, de donde se desprenden conceptos como el de interseccionalidad, vulnerabilidad social en salud, y desigualdad social en el acceso a estos servicios. Con esta segunda teoría se pretende entender si es una preocupación genuina por las condiciones del grupo de estudio, y sus derechos esenciales, lo que motiva el nivel y las condiciones bajo las cuales se proveen los servicios de salud. Se considera que estas dos teorías, que por un lado se complementan y por otro lado compiten entre sí, proporcionan conceptos o herramientas conceptuales para comprender y abordar el tema de la salud de NNA migrantes no acompañados.

Se propone que quizás, conjuntamente, estos dos acercamientos teóricos permitan valorar y medir la atención que el sistema de salud les ofrece y las razones por las cuales se

concede o se niega la atención a la salud o los motivos de sus deficiencias. Se pretende por supuesto medir no solamente el nivel de atención sino también las condiciones y los condicionamientos del acceso a la salud con relación al grupo bajo estudio.

Así pues, cabe recalcar, es necesario distinguir cómo se manifiesta la provisión de los servicios de salud a los NNA migrantes no acompañados en el nivel de atención en cuanto a suficiencia, que se examina desde lo cuantificable, y la eficiencia, que será orientado hacia lo calificable, ya que ambos conceptos contienen elementos prácticos como son los recursos (humanos, físicos, materiales, y financieros) que son relevantes para el acceso a servicios de salud para niñez no acompañada. La siguiente tabla resume la matriz a través de la cual se cruzan los marcos teóricos y conceptuales con relación a la atención de los NNA migrantes no acompañados en la intersección del trabajo empírico que se va a realizar en este estudio.

Teoría	Atención en Salud: Cuantificable	Atención en salud: Calificable
Teoría de la sociedad del riesgo	-A mayor número de casos de infecciones contagiosas (riesgo), mayor vulnerabilidad de los NNA -A mayor migración de NNA no acompañados, mayor recurso necesario para atención en salud	-Solamente lo que proteja a la sociedad, pero no a los migrantes -Acciones que protegen a la población migrante con efecto blindaje a la población local -El riesgo de contagio como discurso anti-inmigrante
Derechos humanos de la niñez	-Les van a dar como primer paso a la atención integral -Les van a dar tantas veces como se requiera, sin importar estatus migratorio, sexo, lugar de origen, condición económica.	-Según el idioma del NNA -Según la necesidad específica(psicológica, física) -La edad como elemento prioritario

Tabla 2.1. Marcos teóricos, medidas cuantificables y calificables y potenciales predicciones o supuestos hipotéticos que ofrecen los marcos conceptuales. Elaboración propia, 2025.

Por último, se incluyen en el marco conceptual otros elementos que coadyuvan a explicar tanto el nivel como la calidad del servicio de salud y que pudieran incidir en las hipótesis

marcadas por las dos grandes teorías que se proponen. Un tal concepto es advocacy—arriba explicado—y el cual representa un esfuerzo de parte de las organizaciones de la sociedad civil que empujan el tema hacia la agenda pública y de esta manera inciden sobre los recursos para la atención a las necesidades en materia de salud de los NNA migrantes no acompañados. Se pretende entonces discutir la explicación a los aspectos cuantitativos y cualitativos del acceso a la salud por parte de esta población bajo los marcos teóricos propuestos, fundamentalmente para entender por qué y cómo se da esta atención—o si se otorga o no, con un esquema auxiliar explicativo llamada advocacy que incide sobre el tema porque ejerce presión sobre los actores del sector salud y los recursos para atender los servicios de salud del grupo bajo estudio.

Un problema conceptual: ¿MENAS o NNA migrantes no acompañados?

Habiendo revisado las dimensiones empíricas de la realidad del problema de los NNA migrantes no acompañados, es pertinente detenerse a considerar algunos temas teórico-conceptuales de este importante fenómeno de envergadura mundial. El primer debate se da en torno a la definición de un NNA migrante no acompañado. Como se puede observar en la descripción general del fenómeno migratorio, las rutas, etc., es muy fácil perder de vista el tema de los NNA. Esto se debe no solamente a que el problema es solamente una porción de fenómeno migratorio, sino a que los estudios generales a menudo no hacen una distinción entre migrantes en general y NNA migrantes no acompañados.

En esto estriba un punto importante de este estudio porque pretende resaltar esta porción de la población migrante. En este documento se analiza entonces el tema de los niños, niñas y adolescentes (NNA) migrantes no acompañados que se encuentran en situación de

movilidad. Definir esta población, sin embargo, no es sencillo. Hay debates teóricos importantes alrededor del tema, evidentes cuando se hacen divisiones dentro del mismo grupo. En esta tesis, se utilizará la abreviatura NNA migrantes no acompañados para hacer referencia a tres cosas, primero, a los migrantes que pertenecen a un grupo etario menor de 18 años; segundo, a los migrantes que son por definición extranjeros y que transitan en un país que no es el propio, independientemente de dicha edad; y tercero, se agrega un acotamiento con enfoque en aquellos que viajan sin acompañamiento de una figura parental o tutor legal.

Por lo tanto, es preciso poner sobre una misma línea conceptual este término, NNA migrantes no acompañados, ya que existen diferentes maneras de referirse a este grupo particular, no solamente en México, sino que en otras partes del mundo donde existen flujos migratorios de niñez no acompañada similares a los mexicanos, como en las fronteras de España con Marruecos, específicamente en los enclaves de Melilla y Ceuta, donde han adoptado conceptualmente el acrónimo MENA (menores no acompañados), utilizado en las agencias internacionales para referirse a esta niñez. Así pues, se considera que si no se unifica la terminología será muy difícil cuantificar y estudiar el fenómeno de manera comparativa y efectiva para los propósitos de un estudio académico.

En este sentido, existe un debate conceptual para referirse a niñez no acompañada que se encuentran en condición de movilidad. Por un lado, el *Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados* (ACNUR) define como MENA a “los niños y adolescentes menores de 18 años que se encuentran fuera del país de origen y están separados de ambos padres o de la persona que por ley o por costumbre les tuviera a su cargo.” La propia

legislación española reconoce que son menores, extranjeros, que no viajan acompañados y que se encuentran en riesgo de desprotección, acentuada precisamente por su condición de ser menores de edad y de carecer de figura parental o tutorial que los acompaña en el proceso de migración (Unicef, 2018). Aquí, la legislación española se empata con la que proporciona el ACNUR, ya que en el el Art. 189 del *Reglamento de la Ley de Extranjería* 15 se da como definición de un MENA y lo conceptualiza como:

...al extranjero menor de dieciocho años que llegue a territorio español sin venir acompañado de un adulto responsable de él, ya sea legalmente o con arreglo a la costumbre, apreciándose riesgo de desprotección del menor, mientras tal adulto responsable no se haya hecho cargo efectivamente del menor, así como a cualquier menor extranjero que una vez en España se encuentre en aquella situación (Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por la Ley Orgánica 2/2009. BOE núm. 103, de 30 de abril de 2011).

Del otro lado del Atlántico, sin embargo, se habla del fenómeno con otros términos. Por una parte, en la legislación mexicana, el término menores ha sido reemplazado por el de niños, niñas y adolescentes (NNA) a partir de la ratificación de la *Convención sobre los Derechos del Niño* y las leyes establecidas a partir de tal convención en México. NNA es la definición que se utiliza en la actualidad para homogeneizar los conceptos dentro de los diferentes ámbitos el académico, las instituciones gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil (González- Contró, 2011).

La forma de referirse a los grupos de población refleja la manera de concebirllos. En el caso de los NNA migrantes no acompañados se puede ver las disparidades en las relaciones de poder, decir “menor” es considerarlo incapaz respecto de un adulto o de una persona “mayor” (González-Contró, 2011), demeritando las capacidades de los NNA. Ahora bien, la transición de esta terminología fue paulatina pues *niño* es la denominación que utiliza la Convención para identificar a sus destinatarios, además de conceder un cambio de situación, de irregular a la protección integral que se aplica a aquellos que tienen 12 años o menos (González-Contró, 2011).

Este tema problematiza a la población de NNA migrantes no acompañados y obliga a reconciliar la terminología. Además, años después a su ratificación, el marco legal mexicano incorpora los términos *niña*, que tiene una carga relacionada al género y que es preciso explicitar debido a cuestiones de marginación y desigualdad que ponen en desventaja al género femenino respecto al masculino (González-Contró, 2011) y *adolescente*, donde incluye el grupo de 12 años cumplidos y los 18 incumplidos y que pudieran tener condiciones de conciencia más avanzadas que aquellos migrantes de 12 años o menos. Dado que cada grupo etario tiene sus propias necesidades en materia de salud—aunque algunas son comunes a todos los grupos—es necesario pues incluir a todas estas categorías en este trabajo.

Así pues, y para propósitos de esta tesis, se utilizan los términos niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados/as (NNA migrantes no acompañados) para considerar a las y los menores de edad que no se encuentran acompañados de sus padres y/o la persona que tenga la tutela, es decir, que se encuentran en ausencia de cuidado de los padres o un adulto guardián y que se encuentran en trayecto hacia un destino final, lo cual

los define como migrantes. Por su parte, la Ley de Migración entiende por niña, niño o adolescente migrante no acompañado a “toda persona nacional o extranjera menor de 18 años, que se encuentre en territorio nacional y que no esté acompañado de un familiar consanguíneo o persona que tenga su representación legal” (Ley de migración, 2018).

Esta discusión define el grupo etario al cual se dirige esta tesis primordialmente. Se debe finalmente aclarar que no todos los menores son iguales. Aunque el grupo etario al que se dirige este trabajo son todos los menores de 18 años, claramente un menor de siete u ocho años, por ejemplo, es muy distinto a un menor de 16 o 17 años. La capacidad de gestión varía conforme al grupo incluso dentro de esta categoría de NNA migrantes no acompañados, y esto es importante pues obliga a hacer una distinción en la medición de la variable. Esto a su vez matiza el estudio.

La teoría de la sociedad del riesgo

Desde la perspectiva de Ulrich Beck (1998), los riesgos sociales han transitado en cuestión de importancia, ya que en un principio estos se conformaban por la pobreza, la salud, y los accidentes que aparecían como producto de la industrialización, mientras que posteriormente se ubicaron en los cambios provocados nuevas formas de mercados laborales y como consecuencia la desigualdad social, entre otros fenómenos (Ochoa, 2014). Hoy los elementos que componen el concepto de riesgo, sin haber perdido los componentes anteriores, se encuentran en el quehacer del presente pero enfocados en el futuro, por lo que las acciones para lidiar con los mismos se enfocan en la previsión, es decir, en llevar a cabo acciones para reducir o eliminar el riesgo de advenimientos desastrosos en un futuro (Beck, 1998).

Estos riesgos, dice la teoría, se pueden predecir a partir de experiencias en otros contextos políticos, económicos, y sociales o como producto de eventos discretos como desastres naturales, el uso de las nuevas tecnologías en el mercado. Según Beck (1998), la urgencia en atender estos posibles riesgos de tercer nivel está determinada en primer lugar por el cómo se construye socialmente el riesgo, desde su parte objetiva y subjetiva, y como va transitando y definiéndose a partir de los intereses de los diferentes actores políticos, económicos, sociales, y científicos que destinan recursos para el estudio y atención al posible riesgo.

Bajo esta perspectiva, los riesgos sociales se ven pues como un fenómeno que puede tener dimensiones globales, que puede tener altos costos para la sociedad, y que puede generar perjuicios cuya magnitud dependerá del contexto socioeconómico, cultural y político en el que se manifieste este fenómeno. La manifestación de la intensidad de estos riesgos depende también de las capacidades institucionales de una sociedad para afrontarlos. Algunos autores han añadido que “Se distinguen los riesgos sociales como una posible amenaza para las relaciones sociales de individuos/pequeños grupos/comunidades, o como una amenaza para su seguridad social: delincuencia, propagación del terrorismo, desastres ecológicos, epidemias, guerra interétnica” (Yanova y Klimashin, 2010), agregando otros que, si bien estos riesgos afectan a la población total, la forma en que se afrontan no tiene el mismo alcance para todos (Beck, 1998). Además, los riesgos tienen una carga ambigua entre lo que se aprecia como un posible riesgo y lo que verdaderamente puede ser, aunque se apoya en estadísticas (ciencia) casi siempre se considera como tal lo que los grupos de interés definen como riesgo (Beck, 1998).

La migración, los NNA migrantes no acompañados y la sociedad del riesgo

En el caso de la salud de NNA migrantes no acompañados que se encuentran en tránsito migratorio, la teoría se aplica en tanto que sus esquemas conceptuales se han aplicado a todas las poblaciones en movimiento, es decir, la teoría reconoce los riesgos que puede representar, por ejemplo, la propagación de enfermedades infecto-contagiosas a las poblaciones locales cuando se insertan en estas poblaciones móviles que traen consigo sus propios cuadros patológicos y por tanto la teoría pone en evidencia los elementos constitutivos del riesgo portado por las personas en movimiento para los residentes permanentes de una comunidad. De hecho, de acuerdo con una tesis doctoral elaborada por Luis Manuel Tena Muñoz, el sector salud en la frontera México-Estados Unidos comenzó a percibir enfermedades que en el sistema de salud mexicano ya se habían dado por superadas antes de las nuevas olas migratorias de los últimos años, incluyendo infecciones parasitarias intestinales (Tena, 2023).

Como se aprecia en la Tabla 2.2, el peligro, el impacto social, la vulnerabilidad, el riesgo, la capacidad de adaptación, y la resiliencia (Lupu, 2019) son elementos clave en relación con las poblaciones migrantes, pues cada uno se encuentra presente en diferente grado en un contexto y momento determinado, sobre todo cuando hay poblaciones en movimiento que van mucho más allá de unos cuantos—léase, migrantes por cientos o miles o incluso cientos de miles. Así pues, uno de estos riesgos es, evidentemente, el contexto y el momento del trayecto migratorio. Por esto se considera dicho trayecto como un fenómeno de riesgo multidimensional e interseccional en su contexto y en su momento, ya que se suma a las características sociales, culturales, económicas, políticas, y hasta legales que atraviesan

los NNA que migran no acompañados y sin la capacidad mínima de reconocer que problemas de salud portan y que pueden ser inminentes para ellos mismos y para las comunidades con las que entran en contacto.

Concepto	Definición
Peligro	Un evento físico potencialmente dañino, fenómeno o actividad humana capaz de provocar muerte de personas o lesiones, daños a la propiedad, trastornos sociales, daños económicos o degradación ambiental y puede tener diferentes orígenes: natural (geológico, hidrometeorológico y biológico) o inducido por procesos humanos (degradación ambiental y procesos humanos). (Marco de Acción Hyogo para 2015-2030).
Impacto social	Se refiere a las perturbaciones de la vida cotidiana que conducen a la interrupción de actividades, o a la falta de disponibilidad de algunos servicios o utilidades, durante varios periodos de tiempo, para un número variable de personas, para un número variable de servicios (Bádescu 2017).
Vulnerabilidad	Representa el grado en que un individuo, una comunidad, un sistema está expuesto a los efectos de un peligro basado en algunas condiciones esenciales: factores físicos, económicos, sociales, ambientales y los procesos que aumentan la susceptibilidad de un individuo o una comunidad al impacto con diversos peligros (Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de Desastres 2017).
Riesgo	La probabilidad de algunas pérdidas potenciales (lesiones, pérdidas de vidas humanas, perturbaciones de actividades económicas, bienes destruidos o deteriorados, alteraciones del medio ambiente) causadas por un peligro que puede ocurrir dentro de un periodo de tiempo, en algunas condiciones de exposición, vulnerabilidad y capacidad (UNISDR 2017).
Capacidad de adaptación	Capacidad de las personas para enfrentar situaciones de riesgo y desastres, utilizando los recursos disponibles (UNISDR 2017).

Tabla 2.2. Conceptos clave en el estudio del riesgo social. Elaboración propia con datos de Lupu 2019, 2025.

Por otra parte, Holzman y Jorgensen (1999) hacen una clasificación de los riesgos sociales donde a partir de la medición de elementos específicos (como se muestra en la Tabla 2.2) como la frecuencia de recurrencia, la asociación con otras fuentes de riesgo, y los efectos de los riesgos sociales se puede determinar la urgencia o la gravedad del riesgo para de esta manera implementar las acciones pertinentes en el presente que tengan impacto a corto y

mediano plazo. En este sentido, los autores hacen un esquema donde los riesgos se acumulan y se magnifican conforme avanzan y se combinan de manera compleja.

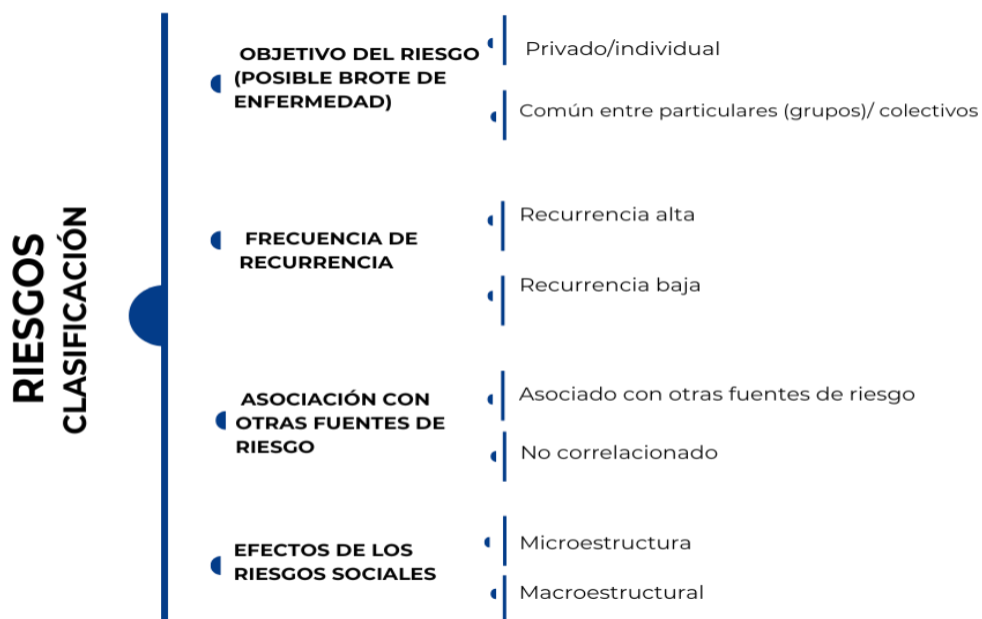


Figura 2.1.. Clasificación de los riesgos sociales. Fuente: Holzman y Jorgensen (2019).

En el contexto y momento del proceso migratorio, por tanto, debe entenderse que el movimiento masivo de personas conlleva para muchas comunidades de tránsito o receptoras de migrantes riesgos que hacen necesario valorar no solamente aquellos supuestos riesgos a la salud pública que portan los migrantes mismos sino las formas en que estos riesgos pudieran introducirse a una comunidad, sobre todo cuando esta no se encuentra preparada para afrontar esta introducción de riesgos ni para entender la manera en que estos se combinan para acrecentar los mismos riesgos ya presentes en la comunidad.

En esto consiste la necesidad de entender que dar atención es prevenir riesgos y por tanto atender es procurar la reducción de los riesgos de la comunidad misma. Casos

relativamente recientes de estos riesgos son el VIH en los 1980 y 1990 y la propia pandemia de la COVID-19. En ambos casos hubo importantes restricciones a la movilidad humana con la intención de contener la propagación de dichas infecciones (Castañeda, et al, 2021).

Una nota precautoria es pertinente en este momento. La aproximación desde las teorías de riesgo no pretende representar a los migrantes, y mucho menos a los NNA migrantes no acompañados, como una amenaza a las sociedades por las que pasan o las poblaciones de los lugares de sus destinos. La teoría no se aplica a su movilidad o presencia. Sencillamente se trata de poner a prueba un marco teórico que permita examinar, desde una aproximación al egoísmo, por así decirse a las teorías de riesgo, la inversión de una sociedad por donde transitan o se asientan los migrantes en proveer estos servicios—si ya no por la protección a los migrantes—es decir, sus derechos humanos, por la propia protección a las poblaciones con las que entran en contacto.

Esto se justifica además desde la perspectiva de que existen quienes los ven como una amenaza y buscan privarlos de ciertos derechos para disuadirlos de emprender el viaje migratorio. Hay, además, muchos antecedentes históricos, retóricos, y concretos que demuestran que estas consideraciones son reales en muchas sociedades desde hace siglos—incluyendo las plagas en la edad media, la sífilis, y las enfermedades que se transmitieron entre las Américas y Europa al inicio de la colonización (Castañeda, et al, 2021).

Aquí se presume que la aplicación de la teoría del riesgo como explicativa de los esfuerzos de una sociedad para con los migrantes en materia de atención a la salud no es caprichosa o trivial. Al contrario, se ha aplicado durante muchos siglos de historia en la humanidad. Por tanto, argumentos en contra o dudas sobre la aplicación de este marco teórico

a las migraciones masivas en el siglo XXI carecen de lógica (Ruiz, 2002). Los antecedentes lo muestran, además de que la carencia de servicios, por ejemplo, a la salud, no es disuasoria de la migración y, por tanto, el proveer servicios de salud va más allá de las visiones encontradas de la migración y encajan perfectamente con las visiones egoístas de las sociedades que enfrentan fenómenos de migración. Este lente teórico se aborda como un elemento analítico que permite entender si la existencia, la carencia, o la provisión incompleta de los servicios de salud tiene una explicación en dichos supuestos.

¿Y los derechos de la niñez? Otro acercamiento teórico

Desde el siglo pasado se ha puesto a debate el tema de los derechos de la niñez. Con la *Declaración de Ginebra sobre los derechos del niño* en 1924 se visibiliza la necesidad de protección a la niñez, reconociéndose como sujetos de derechos y estableciendo derechos que aseguren un desarrollo integral y libre de violencia (UNICEF, 2022). Estos derechos llevan consigo, sin embargo, un elemento distinto al de los derechos de un adulto. Los niños carecen de una capacidad plena de identificar, exigir, y hacer valer sus derechos, con base en su inmadurez etaria y lo que esto conlleva. En este sentido, es a los adultos a su alrededor a los que corresponde asegurar sus derechos. Desde luego, hubo quienes no estaban de acuerdo con estos postulados.

A partir de este desacuerdo, comienzan a surgir preguntas como: ¿Deben los niños, niñas y adolescentes ser titulares de derechos? ¿Cuál sería el alcance de otorgarlos? ¿Quién debe vigilar que se cumplan? ¿Qué derechos sí y cuáles no deben tener los NNA migrantes, especialmente aquellos no van acompañados de un adulto familiar o tutelar? y ¿Qué papel juega el Estado y otras instituciones como la familia en el cumplimiento de estos? (Archard,

2015), entre otras muchas preguntas. Las respuestas a estos cuestionamientos se pueden articular desde diversas perspectivas, como la filosófica, la legal, la derecho-humanista, y hasta la que tiene que ver con la ciencia, tal como la medicina y el desarrollo físico y motriz del NNA. Dependiendo de la perspectiva, se cuenta con argumentos válidos y con una carga de valores morales que a fin de cuentas reflejan la visión de las sociedades sobre la niñez y su condición en la cadena humana.

De esta manera, Archard retoma las diferentes tesis que defienden o niegan los derechos de la niñez, comenzando con la de John Locke, quien desde un enfoque filosófico argumenta que los niños al no haber alcanzado completamente su desarrollo físico y mental no poseen la capacidad de ejercer la ciudadanía y los deberes que esto implica, por lo que se entiende que los padres tienen la obligación de protegerlos, incluso de sus propias decisiones. Esto sin embargo, deja sin contestar muchas de las preguntas sobre la materialidad de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Aun así, esta postura representa un reto para los gobiernos a la hora de enfrentarse a las diferencias culturales y los usos y costumbres que defienden actos como el trabajo infantil, los matrimonios de menores de edad, o el uso de alternativas médicas en el tratamiento de enfermedades en niños, niñas y adolescentes.

Por otra parte, los derechos de la niñez han sido planteados desde una base moral que se entiende desde diferentes teorías, una es la teoría de la voluntad (Hart, 1963; Sumner, 1987; Steiner, 1994); y la teoría del interés (MacCormick, 1982; Raz, 1984; Kramer, 1998), que no cuestionan la titularidad del derecho, sino que divergen acerca de quién es el responsable de ponerlos en la práctica. Mientras la teoría de la voluntad otorga el poder al NNA de reclamar y/o renunciar al derecho, la teoría del interés delega ya sea a los padres o

tutores o al Estado la facultad de reclamar y hacerlos efectivos los derechos del NNA, dependiendo de las capacidades físicas y mentales que el niño, niña o adolescente, la etapa de desarrollo en la que se encuentre, y el tipo de derecho que se pretenda ejercer, por ejemplo, y de enorme pertinencia en este trabajo, el derecho a la salud (Archard, 2015).

En el mismo orden de ideas, Feinberg (1980) propone la teoría de la libertad y del bienestar, enfocada en hacer una distinción entre los derechos del adulto y de la niñez A y C (A de *Adult* y C de *Child*), pues se sabe que existen derechos que son aplicables a los adultos (derecho a votar, por ejemplo), mientras que otros son aplicables a los niños (derecho a una educación básica, por ejemplo), y otros que se comparten indistintamente por ser derechos humanos.

En este sentido, hay algunos que entran dentro de la moral y los valores sociales que se consideran exclusivos de NNA, tales como el derecho al juego, a vivir la infancia y según la *Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño* deben predominar las tres Ps: Protección (la seguridad del niño en relación con su entorno), Provisión (se refiere a los bienes que se proveen desde el Estado y los padres, como la educación) y Participación (un ejemplo es hablar o asociarse libremente) (Archard, 2023).

Por último, la Tesis del cuidador de Farson (1974) argumenta que la toma de decisiones se debe hacer por quien esté a cargo del cuidado o quien tenga la guarda y custodia del NNA, quien las tomará desde una perspectiva racional y pensando a largo plazo, consciente de que estas decisiones afectarán positiva o negativamente el futuro del NNA en la adultez. La obligación se refiere pues a brindar herramientas a los NNA para que en su futuro como adultos sepan tomar decisiones. La teoría, sin embargo, no deja claro hasta qué

punto el interés del NNA debe limitarse, pues de acuerdo con esta tesis la capacidad de decisión es limitada y puede ser perjudicial para su sano desarrollo (Archard 2015). En cambio la Tesis liberacionista propuesta por Feinbert (1980), Holt (1974), y otros, dice que desde una postura adultocentrista se acusa a los NNA de ser incapaces de tomar decisiones y ejercer sus derechos y argumenta que estos deben tener los mismos derechos que los adultos, independientemente de querer ejercerlos o no (Archard, 2015). Por supuesto, el problema reside entre el “querer” ejercerlos y el “poder” ejercerlos. Esta tesis surge a partir de que a lo largo de la historia la imagen del niño, niña o adolescente se ha considerado inferior a los adultos, y se han cometido infinidad de abusos, como los trabajos forzados, matrimonios arreglados por los padres, y la ausencia de protección en lo relacionado a la alimentación, la educación y la salud.

Algo en lo que todas estas posturas teóricas están de acuerdo es que la edad es un factor de peso a la hora de tomar decisiones y de ejercer ciertos derechos, pues involucra condiciones físicas, entre otras, y no solamente de voluntad, como es el caso de aquellos que tienen alguna condición discapacitante, ya sea mental o en su desarrollo motriz, etc. El dilema teórico sobre hasta dónde se deben otorgar los derechos a los NNA no termina en el derecho positivo, es decir, en la normativa que establece la protección de la niñez y que se encuentran en las leyes, que si bien establecen los parámetros mínimos como base general en las sociedades, se pueden ver rebasados por el ámbito de lo privado, ya que el espacio familiar, comunitario y cultural puede ser más fuerte que el legal.

Sociedad de riesgo y derechos del niño: Una mirada comparativa

Estas teorías, o mejor dicho acercamientos teóricos, uno desde el interés propio (la sociedad del riesgo) y otro desde la perspectiva de los derechos y obligaciones de la persona y de la comunidad para con la persona humana (y en nuestro caso la persona en tránsito), proveen un andamiaje teórico robusto. Claramente, la diferencia de las teorías es que una se fundamenta en el egoísmo o el interés propio, la *Teoría del Riesgo* de Beck (1998), mientras que la otra lo hace en el altruismo y los derechos humanos (y específicamente de la niñez), sobre todo con relación a una población vulnerable que no necesariamente tiene la capacidad de ejercer dichos derechos, cuya agencia es incompleta, aunque sea a manera de protesta.

Estos dos acercamientos a la salud de los NNA migrantes no acompañados permiten un análisis comparativo en el espectro egoísmo-altruismo para examinar los temas relacionados con la intersección de la migración y la salud en relación con el sujeto de interés a este estudio, como una población particularmente vulnerable y con capacidades y habilidades diferentes a la hora de reclamar ciertos derechos. Ambos marcos teóricos, como la Teoría del Riesgo (Beck, 1998) y el enfoque de Derechos Humanos, conjuntamente deben permitir explicar lo que sustenta la existencia o no existencia, o las deficiencias, en los servicios de salud.

La migración como determinante social de salud de NNA migrantes no acompañados

Se considera que el sistema de salud de los países es un determinante social de la salud (OIM 2015), ya que tiene la capacidad de excluir o incluir en la prestación de servicios de manera diferenciada a la población (UNITAR, 2011). La migración como tal no debería representar riesgos para la salud, sin embargo, las condiciones en que se da el trayecto migratorio sí, debido a que al empalmarse factores como la edad, el sexo, la condición de irregularidad, la

ausencia de figuras parentales, el lugar de origen y el idioma se convierten en barreras para el acceso a servicios de salud y de igual manera se expresan como DSS (OIM, 2013, OIM 2015). En el caso de los NNA migrantes no acompañados en tránsito, Bernal et. al (2018) señalan que “desde la mirada de DSS, los niños migrantes experimentan vulnerabilidad en al menos tres niveles: por ser migrantes, por vivir en condiciones socioeconómicas de riesgo y por ser niños” (p.567). Las desigualdades en salud que enfrentan NNA migrantes no acompañados son mayores comparados con otros grupos de migrantes o con la población local. Estas desventajas van desde la dificultad para conseguir acceso a servicios de salud, enfermedades adquiridas o agravadas durante el trayecto, accidentes y exposición a situaciones de riesgo (OIM, 2015).

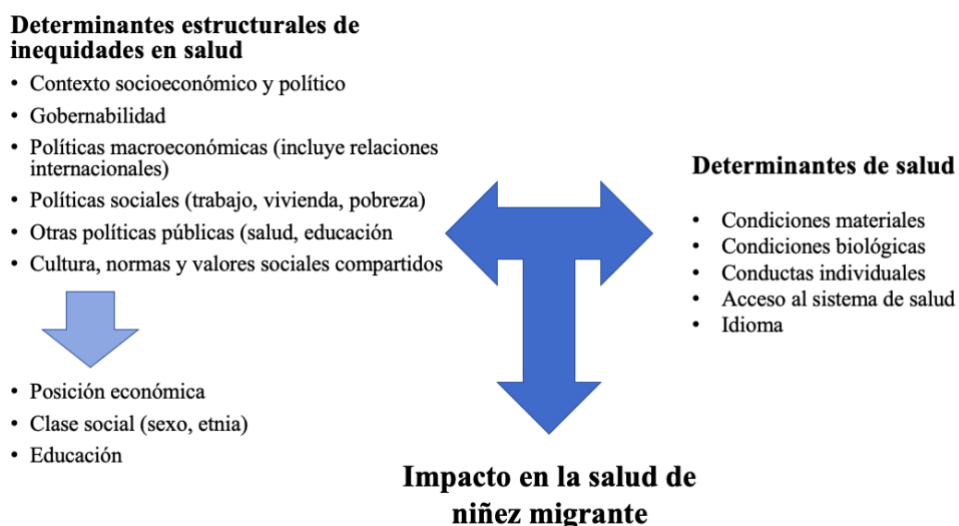


Figura 2.2. Determinantes sociales de NNA migrantes no acompañados. Elaboración propia con datos de OIM (2008), 2025.

NNA no acompañados y la salud durante el tránsito

A los retos que presentan los cuadros epidemiológicos del origen de los migrantes deben sumarse aquellos que son propios de la trayectoria de la migración—la cual dista mucho de

ser libre de riesgos en materia de salud. En efecto, los riesgos del trayecto son también importantes. Costa y López (1986) proponen un concepto de salud donde se asegura que

...la salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de la vida, el cuidado y la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal (Costa y López, 1986:42-50).

Tomando como referencia esta discusión, se entiende que la salud de las personas se vincula con las condiciones ambientales, sociales, culturales, y económicas que las rodean. El trayecto migratorio cumple con estos requisitos y presenta sus propios problemas. La influencia de factores externos inciden directamente en la calidad de vida de los migrantes y, por lo tanto, en su salud. Se considera además que las vulnerabilidades de los NNA migrantes no acompañados son todavía superiores respecto a entender y resolver ciertos peligros propios de la trayectoria y de gestionar el acceso a servicios de salud a lo largo del camino cuando se requiere hacerlo.

Esto se agudiza en el caso de los menores de edad, pues los riesgos que enfrentan los NNA migrantes no acompañados durante el tránsito, por ejemplo, van desde la agudización de enfermedades que ya portaban desde su lugar de origen (OMS, 2022), las que pudiesen contraer durante el trayecto, ya sea por el manejo inadecuado de alimentos, comida en mal estado, y la ausencia de una nutrición adecuada, hasta los accidentes que puede sufrir durante el trayecto, e incluso los abusos de otros migrantes y hasta de las autoridades migratorias que

podrían afectar su estado físico. No se puede ignorar entonces el riesgo de que su salud se vea afectada al sufrir algún accidente, ya que en el caso de NNA centroamericanos, que adoptan una de las formas de llegar a la frontera norte de alto peligro como es el tren llamado “La bestia” o “El tren de la muerte,” al cual se suben mientras va en movimiento y se sujetan con fuerza de las diferentes partes del tren, como la escalera o las redilas que tienen en la parte superior, donde han muerto miles de personas al caer y ser atropellados, y donde otros han sido mutilados de piernas o brazos, quedando con algún tipo de condición incapacitante de por vida, aunado al factor clima, que suele ser extremo y el viaje largo (Márquez, 2014).

Es suficiente imaginarse que los NNA migrantes no acompañados, sobre todo los más pequeños, pudieran no tener la pericia para hacerlo y por tanto se exponen a mayores peligros. Se debe considerar además que los menores tampoco tienen la fuerza de resistir abusos de adultos—otros migrantes, autoridades migratorias, o individuos residentes del trayecto, quienes pudieran aprovecharse de su vulnerabilidad, poniendo en situaciones de riesgo su salud y hasta su vida. Además, los NNA migrantes no acompañados hacen un recorrido largo y bajo condiciones climáticas extremas, con temperaturas muy altas durante el día y frías en las noches, lo que puede ocasionar un deterioro paulatino de la salud al permanecer por periodos prolongados a la intemperie, ya que suelen encontrarse gran porcentaje en condición de calle (*Save the Children*, 2018).

Así también, como en la frontera México-Estados Unidos, los migrantes corren un alto riesgo de contraer enfermedades infecciosas en instalaciones de identificación superpobladas, insalubres, que promueven largos periodos de detención, que no tienen acceso (o que tienen acceso limitado) al aire fresco o que proporcionan una nutrición deficiente. La

poca oportunidad de elegir o mantener los horarios de las comidas y de proporcionar alimentos nutritivos y culturalmente apropiados para NNA extranjeros resultan en comidas perdidas o regresión de alimentos, y los malos hábitos alimenticios afectan también su salud física (OMS, 2022).

No se puede ignorar tampoco el tercer eslabón de esta cadena, las sociedades de acogida. En estas los NNA no acompañados encuentran retos propios de esta etapa de su viaje migratorio, ya que según UNICEF (2023) estos niños, niñas y adolescentes tienen dificultades para acceder a la educación y viven bajo condiciones de rechazo social y discriminación, y muy a menudo en condición de calle. Este dato es confirmado por *Save the Children* (2018) y citado por Vargas (2018) y además refieren que las condiciones de vida en diferentes contextos y diferentes sistemas de protección, como en los centros tutelados en España son poco saludables, ya que estos niños, niñas y adolescentes se encuentran hacinados y mal alimentados, por lo que muchos optan por escapar de los centros tutelados.

Vargas (2018) añade que al permanecer en situación de calle quedan invisibilizados en el sistema y con el riesgo de terminar en redes de trata de personas. También Estados Unidos tiene una serie de denuncias por abuso infantil, que han sido señalados por diferentes organizaciones de la sociedad civil tales como *Human Rights Watch*, y que han documentado algunas experiencias de NNA migrantes no acompañados donde señalan que no se les permitía asearse el cuerpo y los dientes durante días, no se les daba jabón para poder lavar sus manos antes de los alimentos o después de ir al baño, pasaban los días en celdas muy frías solamente con una sábana de aluminio, por lo que se les conoce como “hieleras,” en ocasiones sin colchonetas, por lo que se duerme sobre el suelo de concreto (*Human Rights*

Watch, 2018).

El andamiaje conceptual de esta investigación

En esta sección se extraen y articulan los conceptos que abonan al marco conceptual y que se generan a partir de los marcos teóricos explicados arriba y que a su vez permiten matizar los elementos que aportan las teorías que se seleccionaron para entender y explicar el problema, cantidad y calidad, de los servicios de salud para los NNA migrantes no acompañados, y otros como la vulnerabilidad y desigualdad en salud, interseccionalidad y el Advocacy. Aunque son teorías que originalmente no se utilizan para analizar problemáticas relacionadas con la migración de NNA, sí los conceptos mencionados que se desprenden de estas, y más considerando que en el actual contexto sociopolítico se ha marcado una brecha importante en el tema de derechos humanos, niñez y de las acciones que toman los gobiernos para proteger a la población local de posibles riesgos sanitarios importados por migrantes.

Determinantes sociales de la salud

El concepto de determinantes sociales de salud nace de la salud pública a partir de los estudios de académicos expertos en el tema como Mejía (2013), incentivados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la necesidad de explicar y reconocer la complejidad acerca de cómo las diferencias entre distintos grupos sociales genera desigualdades, evidenciadas al comparar los niveles de vida, salud, educación y bienestar entre países, grupos e individuos; para a partir de ahí proponer políticas públicas y desarrollar estrategias de acción (Mejía, 2013), creando la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS) en 2005. Por otra parte, desde el Movimiento Latinoamericano de Medicina Social (MLMS) se observa la relación “salud-enfermedad” como el resultado de cómo han sido determinadas y

estructuradas a lo largo de la historia las condiciones de vida de las personas, que a su vez dependen de cómo se organiza la sociedad en cuanto a la distribución de bienes y cómo a partir de esto se generan desigualdades entre grupos (Mejía, 2013).

De esta manera los determinantes sociales de la salud son definidos como “las condiciones en que las personas nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren” (OMS, 2008). Diferentes categorías como el sexo, la edad, estilos de vida, las actitudes y conductas de riesgo inciden de manera directa en la salud de las personas, los hace propensos a padecer ciertas enfermedades, pueden limitar su capacidad para rehabilitarse y aumentar o disminuir la esperanza de vida (OMS, 2011). Asimismo, los grupos en las clases sociales se insertan en la esfera productiva de manera diferenciada dependiendo de muchas cosas, como su capacidad de consumo, cultura, contexto histórico y hasta su relación con el medio ambiente, por lo que todos estos elementos determinan la respuesta de los individuos y los grupos hacia los cambios negativos y posibles riesgos dentro de su contexto inmediato (Mejía 2013).

Para combatir estas desigualdades y lograr la equidad en salud se han propuesto recomendaciones generales para mejorar las condiciones de vida de las personas desde la cotidianidad, como luchar para que el dinero, el poder y los recursos se distribuyan de manera igualitaria y medir y analizar el problema (OMS, 2008). Para esto, se establecieron los elementos que componen los DSS: primero, el elemento sociopolítico y la situación socioeconómica, que se identifican como determinantes estructurales de la inequidad en salud, y el que incluye otros elementos intermedios, ya sea lo material, biológico y el aspecto psicosocial, además de aspectos de nivel intermedio como la cohesión social, el capital social

y cómo se vinculan con el sector salud, asociándose como determinantes sociales intermedios o de la salud (Urbina, 2015).

Interseccionalidad

Este concepto proporciona una clara explicación acerca de los procesos de opresión que experimentan ciertos grupos sociales, aunque se considera nuevo (hablando conceptualmente), ya desde hace más de un siglo existía un descontento sobre los derechos otorgados al “hombre” y no a la mujer o a los esclavos en Estados Unidos. En la actualidad, Giddens (2014) la define como un “Entramado de las desigualdades sociales, incluyendo la clase, la «raza» / etnia, el género, la discapacidad y la sexualidad, que produce patrones más complejos de discriminación de lo que admiten las concepciones unidimensionales” (p.128), pero la creadora del concepto, Kimberlé Crenshaw (1991), lo explica diciendo que la interseccionalidad es un fenómeno en el que los individuos sufren opresión o se encuentran en privilegios por pertenecer a distintas y múltiples categorías sociales (Crenshaw, 1991). Sin embargo se ha visto en las últimas décadas que ciertos grupos de NNA migrantes no acompañados experimentan condiciones de interseccionalidad, ya que esta opresión y desventaja comienza con una característica inherente al NNA es precisamente ser niño o niña, o adolescente, donde además se conforma una diferencia sexo-genérica que no se abordará en esta tesis, pero que es preciso mencionarla, sumado al debate sobre los derechos que deben o no tener los NNA.

En la misma línea, Hill-Collins y Bilge (2019) refieren que las categorías que generan discriminación se encuentran interconectadas, es decir, existen categorías específicas que generan vulnerabilidades específicas las cuales afectan desproporcionadamente a unas

personas con respecto a otras. En este sentido, la población estudiada tiene varias características que se intersectan y los ponen en condición de vulnerabilidad, como lo es ser niño, o niña, migrante, pobre, de origen étnico, que se acentúan durante el trayecto migratorio y que son clave para acceder o no a servicios de salud en los países receptores y de tránsito. Según Hill-Collins y Bilge (2019), la división social contiene elementos que contribuyen a la discriminación, una de ellas es la relacionalidad, que explica como la desigualdad social es determinada por las intersecciones entre el racismo, la explotación de clase, el sexismo, el nacionalismo o el heterosexismo se relacionan directamente con lo estructural, lo cultural, lo disciplinario y lo interpersonal, por lo que sitúa al contexto social como base de análisis para comprender la interseccionalidad. (Hill-Collins y Bilge, 2019).

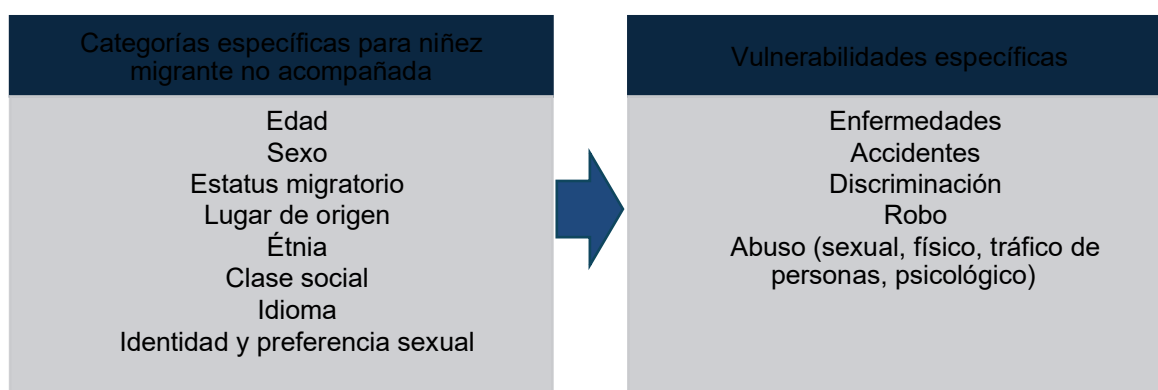


Tabla 2.3 Categorías de discriminación en la interseccionalidad. Fuente: Elaboración propia con datos de Hill-Collins y Bilge (2019), 2025.

Vulnerabilidad social: Clave de la salud de NNA no acompañados

En este punto, es necesaria una discusión sobre la vulnerabilidad social se sitúa en aquellas desigualdades sociales que viven algunos grupos de personas dentro de la sociedad, incluyendo lo que compete a los migrantes, en el entendido que esta no corresponde a una condición propia de las personas. Los llamados grupos vulnerables entran en esta categoría

debido a las condiciones sociales en que viven, ya sea porque son de origen indígenas, migrantes (no todos los migrantes, en su mayoría los que lo hacen de manera irregular o indocumentada), mujeres, niños, ancianos, jóvenes y otros grupos. Dicha condición los define y también define sus vulnerabilidades particulares (*Instituto Nacional de Salud Pública*, 2015). De esto se deriva que existen pocos ámbitos donde esto se evidencia contundentemente como en el acceso a la salud—una necesidad humana que se correlaciona muy de cerca con la capacidad de gestión del individuo y los derechos que este posee.

Esto significa también una limitante en cuanto a la capacidad de hacer frente a una problemática emergente, como lo fue en su momento un contagio por COVID-19, aún considerando el grado de infección con síntomas mínimos, la oportunidad de ser atendido en un centro de salud público con equipo básico es muy poco probable, como lo explican González et al. (2015) al visualizar la vulnerabilidad en materia de salud como la no protección de ciertos grupos frente a posibles daños a su integridad física y mental, donde a partir de una situación económica precaria, falta de redes sociales y familiares estarán en situación de desventaja y tendrán dificultad para acceder a los bienes y servicios que este reto representa.

La vulnerabilidad social surge de la interacción de las fuerzas sociales y múltiples factores estresantes, es resuelta a través de medios sociales, es en parte el producto de las desigualdades sociales, lo que vuelve susceptibles en diferente grado a diferentes grupos o personas al daño y reducen su capacidad de resiliencia (Cutter et al., 2003). Por supuesto que los retos de la vulnerabilidad en materia de acceso a los servicios de salud y el estado

migratorio son comunes en muchas zonas del mundo. Pero esto se exagera entre los migrantes, y sobre todo en los NNA no acompañados.

En este tenor, se ha mencionado que en México, el tránsito viene cargado de un conjunto de subtemas que ameritan atención. Existen leyes de protección a niñez migrante que incluyen el derecho a recibir servicios de salud en caso de necesitarlos (OIM, 2020), pues se sabe que el tránsito en condiciones de migración irregular representa un riesgo tanto a la salud física y mental como a la integridad física, los NNA están expuestos a sufrir condiciones físicas y hasta mentales que van desde los accidentes debido a lo peligroso del espacio geográfico propio de la ruta migratoria hasta cuadros epidemiológicos que ya llevan consigo o que adquieren en la ruta migratoria y que tienen que ver con los riesgos naturales con los cuales se desplazan para avanzar en el trayecto, desde atravesar el mar en pequeñas embarcaciones hasta caminar largo tiempo en el desierto hasta abordar el tren, camiones de carga u otro medio de transporte de manera irregular (por ejemplo, en movimiento) o el caminar por días enteros con calzado inadecuado, esto aunado al debilitamiento físico por alimentación baja en nutrientes o insuficiente y en condiciones insalubres.

Todo esto se suma al considerar que en regiones del África Subsahariana y en algunos países de tránsito de Centroamérica, como Guatemala, El Salvador y Honduras existen ciertas enfermedades que son transmisibles en mayor o menor frecuencia entre migrantes en los países de tránsito y destino, además de los factores de riesgo a la salud de las personas locales de los países donde los migrantes permanecen desde semanas hasta años, y fuerza a una competencia entre locales y migrantes por los servicios de salud, donde estos NNA que esperan una oportunidad para cruzar la frontera, ya sea de contrabando en algún vehículo o

escalando las vallas fronterizas, son particularmente vulnerables por la limitada capacidad de agencia para gestionar dichos servicios.

Ahora bien, en este sentido, hay evidencia de que algunas de estas enfermedades infecciosas que se habían considerado erradicadas en los países de tránsito a través de la aplicación de vacunas, y por lo cual se habían eliminado de los esquemas de vacunación tradicionales, han resurgido ante el movimiento masivo de migrantes—incluyendo los NNA migrantes no acompañados. El resultado de esto es un incremento potencial en los riesgos de migrantes y no migrantes, quienes ahora tienen que contender con casos de estas enfermedades por décadas adelante, en condiciones que pueden tener repercusiones sobre las capacidades institucionales para hacer frente a estos brotes tanto en la prevención como en el tratamiento de estos padecimientos.

Esto se traduce entonces no solamente en la necesidad de extender la inversión en los viejos sistemas de salud sino de desplegar nueva inversión en problemas que se pensaban ya eliminados. Por ejemplo, hay que traer nuevos medicamentos, adquirir vacunas, tratar enfermedades ya desconocidas, capacitar a los trabajadores de la salud, etc., todo con una fuerte inversión en los recursos e infraestructura que los gobiernos destinan a la atención de enfermedades que no se conocen o no se atienden con frecuencia. Tan sólo en Ciudad Juárez se identificaron en 2022 diez casos de personas migrantes que padecían tuberculosis y que no estaban siendo tratadas (Plan Estratégico de Juárez, 2022), por lo que es probable que haya más contagios que están siendo encubiertos o disfrazados de síntomas de COVID-19 y que de igual manera no estén recibiendo tratamiento para curar la enfermedad.

Un examen inicial de casos en diferentes partes del mundo, como Marruecos-España y de México-Estados Unidos muestra también diferencias importantes y retos distintos en ciertas formas y similares en otras. Se sabe que en el contexto español sí existe un sistema de salud que se encarga de atender a los NNA migrantes no acompañados que cruzan de manera irregular a España. En Melilla, la institución encargada de albergar y proveer servicios de salud son los *Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes* (CETI) (OMS, 2018), que tienen capacidad para albergar a 480 personas, pero que casi siempre están rebasados al doble de su capacidad (Amnistía Internacional, 2020), aún colaborando en conjunto con la Cruz Roja.

No obstante, las organizaciones de la Sociedad civil que trabajan con niñez migrante hacen una observación al gobierno de España, señalando que la capacidad institucional se encuentra rebasada y por consiguiente no se ha logrado llevar un registro de NNA migrantes no acompañados (Naciones Unidas, 2020), y como consecuencia la atención a la salud es nula y la aplicación de vacunas no se realiza, pues una buena parte de estos NNA se encuentran en situación de calle. Otra cuestión que genera desconfianza hacia las instituciones de salud españolas es que sus acciones directas en los CETI es que lejos de buscar atender las problemáticas de salud de los NNA migrantes no acompañados, estos centros llevan a cabo acciones de tipo discriminatorio que provocan que se escapen de los centros tutelados y que finalmente terminen en situación de calle (Naciones Unidas, 2020).

Esto redundará en una incongruencia en los datos que se publican acerca de la cantidad de niñez no acompañada que cruza la frontera, ya que ni las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSCs) ni el Gobierno de España saben cuantos se encuentran en el país, por lo que si estos NNA portan alguna enfermedad contagiosa, fácilmente pueden transmitirla a otros en

los contextos donde se encuentren, es imposible de saber y por tanto de atenderlos y ofrecerles servicios de salud, así como prevenir que estas enfermedades sean transmitidas a otros migrantes o a la población local.

De esta manera se puede ver que, si bien los protocolos de atención existen, por lo menos en el caso español, las estrategias de atención no han cumplido su función. En este sentido, se debe abordar el problema desde dos perspectivas. Una perspectiva es la política enfocada en la atención a la salud de niñez migrante la cual se puede interpretar desde un enfoque egoísta, es decir, enfocada en la protección de los propios habitantes españoles a través de la inmunización y atención de niñez extranjera, vista desde el riesgo como potenciales propagadores de enfermedades infecciosas. Por otro lado, se puede abordar desde la necesidad de ofrecer ayuda humanitaria básica a una población que exhibe altos niveles de vulnerabilidad y una incapacidad inherente de procurar para sí misma estos servicios según los requiere.

Por otra parte, la legislación mexicana considera la protección a la niñez migrante bajo un enfoque derecho humanista, pero la manera concreta de atención es difusa y poco aterrizada en la práctica. La misma atención a la niñez mexicana no migrante se encuentra ya en una fase crítica de desatención por parte del Estado mexicano—como en el caso de los niños enfermos de cáncer (Rivera, 2022). Basta solamente imaginarse el estado de la atención a los NNA. Formalmente, es la Procuraduría de Protección de Niñas, niños y adolescentes a través del sistema de *Desarrollo Integral de la Familia* (DIF) quien se encarga de proporcionarles atención cuando son retornados por la *Patrulla Fronteriza* (Estados Unidos) o rescatados por el *Grupo Beta* (México).

Existe un manual de procedimientos que determinan a qué instancia serán canalizados antes de ser repatriados a su lugar de origen, ya que la edad es una variable clave en este tema. Este proceso, sin embargo, no siempre se ajusta a la ley y en ocasiones es altamente cuestionable en la práctica. En el caso de los niños y niñas en edad de 0 a 6 años de edad la canalización se enfoca en un albergue de DIF que tiene las instalaciones propias para la atención a infantes. Las y los niños y niñas de 6 a 9 años también se canalizan a un espacio adecuado a esta etapa de la niñez, pero los NNA de 10 a 14 años con 11 meses, las niñas y adolescentes migrantes no acompañadas que se encuentran embarazadas o que viajan con hijos se llevan a un *Centro de Atención Social* (CAS), donde en el departamento de trabajo social se determinan las acciones a seguir (DIF, 2020).

En la Figura 2.3. se muestra el proceso de recepción y atención, así como el seguimiento que se da a los NNA no acompañados, y es importante mencionar que cada caso es distinto, por lo que el proceso se ajusta a la necesidad. La atención médica se da en caso de aparente necesidad y ya cuando se encuentra en un CAS, por lo que es criticable que no se realice de manera general, ya que, si el NNA padece de algún trauma, depresión o no muestra alguna sintomatología de enfermedad no sea revisado por un médico. Es por esto que los procesos, protocolos, prácticas, y realidad de este grupo merece mayor atención.

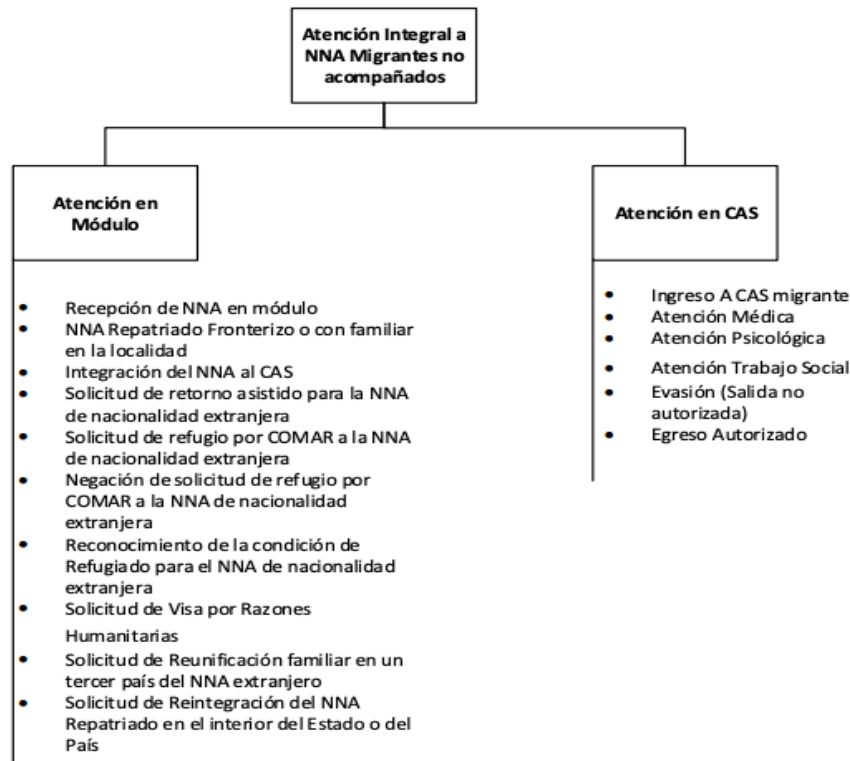


Figura 2.3. Ruta de atención a NNA no acompañados en Ciudad Juárez. Fuente: DIF (2020).

Vulnerabilidad social en salud

Se dice que la vulnerabilidad es inherente a la condición humana. Al provenir del vocablo “vulnus”, que se traduce como “herida” es fácil asociarlo con el cuerpo físico. A través del tiempo ha cambiado la dimensión del concepto, y ha traspasado de lo físico hasta lo emocional y mental; vulnerar significa dañar o herir (Seguró 2022), por lo que existe una transición entre la acción y la condición, es decir, de ser vulnerado se pasa a ser vulnerable. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Salud Pública (2015) identifica varios grupos vulnerables, como la niñez no acompañada, que se encuentran en el cruce entre ser vulnerable y ser vulnerado y lo explican a través del concepto de interseccionalidad, entendida como aquellas características que se intersectan y que imponen la condición por encima de la

situación, como por ejemplo ser niño o niña, viajar sin acompañamiento, de origen indígena, no hablar el idioma de los países de tránsito o recepción, carecer de recursos económicos, encontrarse en situación migratoria irregular en un país que no es el de origen, entre otros elementos que los vuelve vulnerables respecto a otros grupos de la población, a lo que Busso (2001) llama ser vulnerables a la exclusión total o vulnerables estructurales, ya se caracterizan por lazos o redes débiles, tienen acceso limitado o nulo a la seguridad social y a los derechos humanos, poseen pocas herramientas para enfrentar obstáculos que impone el sistema político-económico e ingresos insuficientes para solventar las necesidades de existencia.

La vulnerabilidad social en salud es entendida como la ausencia de protección que experimentan algunos grupos dentro de una sociedad ante los daños potenciales para la salud, representando obstáculos y desventajas mayores al encontrarse frente a cualquier problema de salud ya que carecen de herramientas y recursos tanto personales y familiares, como sociales, económicos o institucionales (González-Block, et al., 2007), también se observa en forma de desigualdades sociales de ciertos grupos poblacionales, por lo que no forma parte de condiciones inherentes a las personas. Busso (2001) refiere que la vulnerabilidad tiene la característica de ser multidimensional, porque afecta tanto en las esferas individuales, familiares o comunitarias como en las institucionales, en diferente intensidad y en diferente momento y se manifiesta en forma de fragilidad e indefensión ante cambios en el entorno, lo que repercute en el bienestar de los individuos dada su incapacidad de abogar por sus derechos aunque frecuentemente son conscientes de su condición de desventaja.

Añade que “la vulnerabilidad analiza la relación entre entorno y el “interno” que presenta determinadas características que califican la unidad de análisis como vulnerable en función de los riesgos a los que están expuestos”, así como marca la diferencia entre la integración completa y la exclusión total del individuo ante las instituciones públicas (Busso 2001:13). Los llamados grupos en condición de vulnerabilidad se dan por las diferentes condiciones sociales, económicas y políticas en que viven grupos de personas como son indígenas, migrantes, mujeres, niños, ancianos, jóvenes, entre otros (Instituto Nacional de Salud Pública, 2015), esto significa que existe una limitante en cuanto a la capacidad de hacer frente a una problemática emergente, como se pudo ver durante la pandemia por COVID-19, aún considerando el grado de infección con síntomas mínimos, la oportunidad de ser atendido en un centro de salud público con equipo básico es muy poco probable por la misma condición de niñez, entre otras condiciones externas.

Desigualdad social en salud

En el caso de la desigualdad social en salud, las desventajas son para quienes no tienen los recursos económicos o viven en áreas donde no se accede de manera fácil a los servicios sociales públicos, como zonas rurales o sectores con asentamientos irregulares fuera de la mancha urbana de las ciudades. En el caso de personas migrantes en tránsito, no suelen permanecer en alguna ciudad o lugar por mucho tiempo, y regularmente se alojan en albergues que no atiende el gobierno, sino de asociaciones civiles o lugares adaptados como albergues pertenecientes a diferentes iglesias. Según Kawachi et al. (2002), el término desigualdad en salud se refiere a las diferencias en la salud que existen entre los diferentes individuos o grupos, por lo que cualquier aspecto en el área de la salud que pueda ser medible

cuantitativamente y que se refiere a diferencias entre grupos o individuos se identifica como desigualdad en salud, sin cuestionar si los motivos de tal desigualdad tienen una causalidad justa. Borrell y Artazcoz (2008) añaden que las desigualdades sociales en salud tienen relación con las condiciones de injusticia hacia ciertos grupos sociales y que se pueden evitar, que aparte se suelen etiquetar o definir dentro de lo social, económico, demográfico o geográficamente.

Asimismo, desde una perspectiva de derechohumanista, el que existan desigualdades en la salud de las personas sí representa una carga moral, además de económica, ya que estas diferencias suelen basarse en factores sociales como la nacionalidad, la raza, la etnicidad, la edad o el sexo (Whitehead 1992; Sen, 2002), además de la distribución de recursos no equitativa tanto en los países, como de manera diferenciada aún dentro del mismo país entre grupos sociales (Sen, 2002; Pillay, 2008), costando por ejemplo, a los Estados Unidos un aproximado de 230 mil millones de dólares (Arcaya et al., 2015), así que entender las desigualdades en salud que existe entre grupos sociales es un primer paso para identificar dónde se encuentra el fallo desde la distribución de recursos.

Otros elementos cobran relevancia al ir agregándole a los anteriores. Un ejemplo es la desigualdad geográfica en salud, ya que según lo explican Jones et al. (1993) y Kearns (1993), tanto el espacio como el lugar tienen impacto directo en la salud de las personas, refiriendo que el espacio tiene que ver con el lugar exacto donde se encuentre la persona o el grupo y los riesgos que implica que permanezca en el lugar, en cambio el lugar lo conforman todo el conjunto de reglas, administraciones, unidades políticas, ciudades o estados (Arcaya et al., 2015).

Por lo tanto, se entiende que la desigualdad en salud es multidimensional y multicausal, unas causas corresponden a lo institucional y otras al plano individual. Las que obedecen al aspecto institucional son de orden material, donde se incluyen alimentos, alojamiento, acceso a servicios o estar en situaciones de riesgo en determinado lugar (Arcaya et al., 2015); los psicosociales (Adler et al., 2008) que se entienden como discriminación, estrés, sentimiento de exclusión, poco apoyo social e institucional y experiencias traumáticas, en cambio, las individuales tienen que ver con las diferentes conductas y/o costumbres que tienen los grupos y los individuos que afectan la salud (Krieger, 1994; Krieger, 1999), y por último, la parte biológica habla sobre predisposiciones que tienen ciertos grupos o individuos de padecer enfermedades (Skalická et al., 2009).

Suficiencia y eficiencia como elementos necesarios para el acceso a la salud

Para que un sistema de salud público responda de manera satisfactoria a las necesidades de la población tiene que cumplir con ciertos atributos, como la suficiencia y la eficiencia, ya que según Lamata (2013), estos requisitos conforman la parte cuantitativa y la cualitativa para el acceso a los servicios de salud. Aunque la parte teórica presenta algunos vacíos en cuanto a los conceptos específicos aplicables al área de la salud, se tomará la parte descriptiva que tienen las páginas oficiales mexicanas, ya que cada país acota los conceptos según su necesidad.

Primero, la suficiencia el conjunto de recursos que se destinan a atender el tema de la salud, provenientes de los impuestos que pagan los ciudadanos al gobierno, por lo que la suficiencia estará supeditada a la capacidad económica de la población, es decir, entre menos recursos se asignen, menos capacidad de atención, menos cobertura y menos medicamentos

se tendrá en las instituciones públicas para atender las demandas de las personas (Lamata, 2013). En México, la Secretaría de Salud es la encargada de operacionalizar la parte de la salud de la población que se encuentra en el país, y refiere que la suficiencia en salud se mide en recursos físicos, humanos y materiales. Estos recursos comprenden todo lo que se refiere a infraestructura, camas, edificios, quirófanos, salas de expulsión, equipo médico, personal de salud como médicos, enfermeras (os), técnicos, profesionales y administrativos (Secretaría de salud.gob, 2017). Por otra parte, la eficiencia es definida por Palmer (1999) como

...la relación entre los resultados obtenidos en una actividad dada y los recursos utilizados es la relación entre los insumos de recursos (costos, en forma de mano de obra, capital o equipo) y los productos intermedios (número de personas tratadas, tiempo de espera, etc.) o los resultados finales de salud (vidas salvadas, años de vida ganados, calidad ajustada) y años de vida (Palmer, 1999:318-349).

En lo que respecta a la eficiencia en salud, se requiere que ese presupuesto designado al tema sea aprovechado al máximo (Lamata, 2013), es decir, alcanzar un “grado máximo de salud” utilizando los recursos disponibles (Artaza, 2016). Esto habla de la complejidad que implica proporcionar servicios de salud de calidad partiendo de la premisa de que independientemente del nivel de desarrollo que se posee, los recursos son limitados respecto a las necesidades de la población, por lo que siempre se está “estirando” el presupuesto entre los diferentes actores políticos y sociales. Artaza (2016) refiere que los gobiernos se enfrentan de manera frecuente al dilema de dónde o en qué invertir el recurso y cómo

utilizarlo mejor, ya que cada administración se pierde recurso debido a la mala administración o corrupción, por lo que es necesario implementar mecanismos para rastrear fallas, así como la voluntad política para aperturar vías hacia la transparencia, lo que requiere de una vigilancia de la sociedad civil hacia las decisiones, gestiones y uso de los recursos que hacen los gobiernos.

Advocacy: Una variable interviniente

Advocacy es un concepto complicado para su traducción al español, que viene desde las ciencias jurídicas. Según el diccionario de Cambridge (2023), advocacy o “defensoría” significa “Apoyo público a una idea, plan o forma de hacer algo.” Otros autores como Currea-Lugo (2008) refiere que este concepto se debe entender como abogar o defender y en cuanto al ejercicio de la abogacía menciona que “los que abogan hacen alegatos, por lo que abogar es alegar” (p.73), pero anteponiendo siempre que advocacy independientemente de la traducción al español, busca la protección y es solamente un instrumento para conseguirla.

Se trata de que a través de conocer y entender el contexto social y político de pueda actuar en favor de los grupos que social, económico y políticamente se encuentran desprotegidos, visibilizando las problemáticas desde la voz de los afectados para incrementar la conciencia pública y de esta manera inspirar la acción humana y promover los principios humanitarios y así aliviar el sufrimiento de las personas y devolver su autonomía (p.74). Quien lleva a cabo ejercicios de advocacy conoce su área de acción y toma decisiones que buscan mejorar y cambiar procesos, aunque es muy común que a pesar de los beneficios para las partes involucradas, no se le reconoce el trabajo extra que realiza (Daly, 2011).

Para esto, el advocacy se centra en dos ejes, el primero es el de los derechos, que abarca lo moral y lo reconocido jurídicamente, importante a la hora de delimitar y definir responsabilidades. Como segundo eje se encuentra la triada entre el acceso de las ONG a las víctimas y a la vez su acceso a la ayuda humanitaria, considerando que acceso se refiere a la justicia en la cobertura de servicios (Currea-Lugo, 2008). Sin embargo, Currea-Lugo (2008) advierte que se debe tener claro que el advocacy tiene más relación con la información que con la acción y el conocimiento es la clave para producir información confiable, real, oportuna y relevante con la que se trabaja para producir cambios. Esta información se debe utilizar de forma consciente en cuanto a las decisiones que se toman y los efectos que pueda tener.

Advocacy y servicios de salud

El advocacy en los servicios de salud utiliza la lógica de los derechos humanos a través de cuatro herramientas para procesar y recoger la información relativa al tema. Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000), estas herramientas se componen en primer lugar de la *disponibilidad* que tiene cada Estado en cuanto a infraestructura física, servicios y programas de salud suficientes, en segundo, la *accesibilidad* que tienen las personas para acceder a estos bienes y servicios, sin discriminación alguna, vista desde cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información (CDESCNU, 2000). Luego, la *aceptabilidad* se considera un punto importante, ya que estos bienes y servicios deben ser otorgados bajo esquemas éticos, respetuosos y respetuosos de la cultura. Por último, el objetivo principal, desde una perspectiva científica es otorgar bienes y servicios de calidad.

Por otra parte, según la Autoridad de Información y Calidad de la Salud (HIQA), al advocacy se puede interpretar también como “abogacía”, y se aplica de forma bidireccional, es decir, las dos partes involucradas en los servicios de salud, que son el proveedor y el usuario, pueden ejercerlo. Se trata de empoderar a las personas para que puedan tomar decisiones, comunicar y hacer valer sus derechos, y se logra a través de información (HIQA, 2023). También se prioriza el respeto a los derechos humanos en caso de que el usuario no esté en capacidad de expresar su voluntad, por lo que se aplica el advocacy para representarle y hacer saber sus deseos. Esta forma de abogar tiene un efecto de prevención y reducción de problemas, abuso o explotación.

En la misma línea, la HIQA reconoce varios tipos de advocacy, como *la independiente*, donde quien la ejerce no tiene ningún tipo de conflicto de intereses, como personales o institucionales, regularmente son representantes especialistas en el tema y realizan acciones de acompañamiento, teniendo siempre al usuario en el centro del proceso; el advocacy desde *la autodefensa*, donde la persona usuaria manifiesta su necesidad asesorado en el sitio por el experto; la *defensa de quejas del paciente*, cuando hay que presentar quejas en una institución por malas experiencias con personal de salud u otros inconvenientes médicos; y *la grupal*, donde varios usuarios comparten un mismo problema y necesitan apoyarse entre sí (HIQA, 2023).

Entre las críticas a esta forma de hacer advocacy en los servicios de salud se encuentran las que lo consideran reduccionista, es decir, que se limita a los servicios de salud en hospitales y no a las condiciones generales de vida de las personas o los riesgos a los que se exponen, como la contaminación del aire y del agua, la mala alimentación entre otros.

Según Currea-Lugo (2008): Advocacy es un círculo en el que confluyen formas disímiles o se alimenta de cosas como: prevención de conflictos, peace building, capacity building, sensibilización, lobby (cabildeo), dissemination, denuncia, judicialización, educación a la comunidad, protección, testimonio, acompañamiento a personas o a comunidades, mediación, acceso, etc. Advocacy no es ninguna de ellas, pero bebe de todas (p.79).

Acceso a la salud de NNA migrantes no acompañados: Marco teórico-conceptual

Como se ha visto en el desarrollo de los conceptos anteriores, existe una relación entre los Determinantes sociales de la salud, la interseccionalidad, la vulnerabilidad y desigualdad en salud así como en la suficiencia y eficiencia en los servicios de salud y el advocacy, en el sentido que todos forman parte de las políticas y prácticas que implementan los países directamente en la población, donde unos conceptos se enfocan en explicar la raíz y causas de las desventajas en el acceso a la salud y sus consecuencias y otras buscan cómo reparar estos daños que en ocasiones no son visibles o se normalizan como parte del sistema de salud que presenta carencias de todo tipo.

Es por eso que en este trabajo se tomarán como punto de partida solamente ciertos elementos que componen cada uno de los conceptos y teorías para abordar el tema de forma específica a la problemática que presentan los NNA migrantes no acompañados (véase tabla 2.4.) en lo referente al acceso a los servicios de salud y cómo el advocacy desde la sociedad civil representa una importante herramienta para visibilizar y proponer acciones para la atención a la salud.

Teorías: <u>Teoría de la sociedad del riesgo (Ulrich Beck, 1998)</u> <u>Enfoque de Derechos Humanos</u>	Dimensiones: ● Individual ● Institucional	Categorías: <u>Determinantes sociales de la salud:</u> ● Condiciones materiales ● Condiciones biológicas ● Conductas individuales
--	---	---

Conceptos: • Vulnerabilidad social en salud • Desigualdad social en salud • Interseccionalidad • Determinantes sociales de la salud • Advocacy		• Acceso al sistema de salud a) Suficiencia b) Eficiencia • Idioma <u>Interseccionalidad:</u> • Edad • Sexo • Estatus migratorio • Lugar de origen • Raza • Clase social <u>Vulnerabilidades específicas:</u> • Enfermedades • Accidentes • Discriminación • Abuso a) sexual b) físico <u>Advocacy</u> • Disponibilidad • Accesibilidad • Calidad
--	--	---

Tabla 2.4. Marco teórico para el acceso a la salud de NNA migrantes no acompañados. Fuente: elaboración propia, 2025.

Conclusión

En este capítulo se desarrollaron las propuestas teóricas y los conceptos que de estas se derivan, resaltando la importancia de plantear en un primer momento la teoría principal y en un segundo momento su relación con el tema de la migración, la salud y la niñez migrante no acompañada. También se explican las categorías de análisis que se extraen de los conceptos, de tal manera que se presenta un marco teórico-conceptual que sirve para analizar el tema específico de la salud de la niñez migrante no acompañada.

A partir de este marco teórico-conceptual en el capítulo siguiente se considera una propuesta metodológica que va a integrar a través de diferentes instrumentos de recolección de datos de todas las categorías propuestas, con un robusto trabajo de campo que trata la parte microsocial a través de dos grupos focales con NNA migrantes no acompañados y 12 la parte

macrosocial con 12 entrevistas a personas proveedoras de servicios de salud y coordinadores de espacios de atención a niñez migrante no acompañada.

CAPÍTULO III

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Introducción

En este capítulo se desarrolló la propuesta metodológica que se consideró adecuada para examinar el objeto y sujeto de estudio en este trabajo. Al abordarse la problemática desde las dimensiones de lo individual y lo institucional, se hizo necesario conocer la perspectiva de los diferentes actores que tienen relación con las condiciones y el acceso a la salud de niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados. Por tanto, se realizó acercamiento deductivo, a partir del marco teórico y el marco conceptual, los cuales aportaron conceptos clave que guiaron y dieron sentido al trabajo de campo. Simultáneamente, este estudio se consideró fundamentalmente de tipo cualitativo, con instrumentos propios de este acercamiento metodológico, tanto en la fase de recolección de datos e información como en la fase de análisis y finalmente en la interpretación de los resultados.



Figura 3.1. Estrategia metodológica. Elaboración propia, 2024.

Así pues, en la primera fase del trabajo de campo, para la recolección de datos e información, se realizó observación sistemática de esta población. Se llevaron a cabo también 12 entrevistas semiestructuradas a médicos y trabajadores sociales de instituciones públicas responsables de prestar servicios de salud en general, así como a directivos o encargados de albergues de la sociedad civil que proporcionan alojamiento a niñez no acompañada y que dedican su tiempo o han tenido experiencias en la atención de necesidades de este grupo demográfico en su paso por Ciudad Juárez. La muestra se conformó a conveniencia, por método de bola de nieve, ya que lo ideal era obtener las mayores experiencias posibles, considerando que la población estudiada es solamente un segmento de la población general que se atiende por estos profesionistas en la ciudad.

El trabajo de campo comenzó en el mes de marzo, ya que el proyecto de investigación se sometió al comité de ética el día 16 de febrero de 2024. El proyecto se conformó por el Protocolo de investigación, los instrumentos de recolección de datos (guion de entrevista a directores (as) de albergues para niñez migrante no acompañada, guión de entrevista a prestadores (as) de servicios de salud a NNA migrantes no acompañados, guión de grupo focal), consentimiento informado para adultos, consentimiento informado para menores de edad y calendario de actividades. Se recibió la dictaminación “favorable al atender las recomendaciones” el día 22 de febrero y se liberó el proyecto como “favorable” el 22 de marzo del mismo año. A partir de ese día comenzaron a realizarse gestiones para comenzar la primera fase de las actividades programadas, correspondientes a entrevistas con funcionarios públicos como trabajadores sociales, médicos y encargados de albergues.

Estas actividades tuvieron el objetivo de identificar los cuadros de salud que presenta esta población y su origen en el trayecto, así como los tipos de servicios que se encuentran disponibles para la niñez migrante no acompañada, cubriendo también el tema de los tipos de cobertura en cuanto a disponibilidad y calidad, así como la perspectiva de los servidores públicos respecto al derecho a la salud y bajo qué enfoque proporciona dicha atención médica, es decir, si es desde la protección basada en los derechos humanos o desde una visión de prevención de riesgos a la población local al tratar de evitar un posible brote de alguna infección portada por las poblaciones migrantes.

Esta distinción teórica es importante para este estudio porque se pretendía saber las razones y fundamentos que motivan a los trabajadores de los servicios de salud, y la política pública en general, para otorgar o denegar servicios de salud en su totalidad o parcialidad. En el caso de los encargados de albergues, el objetivo era conocer cómo hacen frente a las necesidades de salud de los NNA migrantes no acompañados que se encuentran en estos centros a partir de sus experiencias, capacidades, y recursos. El motivo de esta mirada cualitativa comprensiva es entender la cadena de salud, las necesidades de la población objeto de estudio, y las condiciones de la oferta de los servicios de salud. Una mirada desde todas estas perspectivas a partir de estas conversaciones debe dar un panorama relativamente completo del estado del acceso a los servicios de salud en México para esta población.

La visión de los trabajadores de salud, de las organizaciones de la sociedad civil, y de los propios NNA migrantes no acompañados deben complementarse en un panorama y de esta manera debe ser posible identificar dónde se encuentran las fallas en el sistema sanitario y elaborar una propuesta de atención. Por otro lado, al ser una investigación con un enfoque

cualitativo, es importante conocer el significado de la problemática estudiada desde la perspectiva de los participantes, no desde lo que el investigador concibe como problema (Creswell, 2018) o desde la perspectiva exclusiva de los cuidadores y guardianes o de los proveedores de servicios de salud.

Por tanto, para la segunda fase del trabajo de campo se realizaron dos grupos focales con NNA migrantes no acompañados en un CAS (centros de atención), conformados por 29 NNA extranjeros, de edades entre 6 y los 17 años. Ésta técnica se consideró adecuada, ya que facilita la comunicación entre investigador-participantes, permite a los NNA expresarse dentro de una colectividad, con sus propios matices, experiencias y opiniones (Martínez, 1999), la intención era realizar estos grupos focales en instituciones gubernamentales y de la sociedad civil, pero durante las gestiones se descubrió que a partir del 2021 la Subprocuraduría de la Defensa del menor, como parte del sistema de protección infantil, se encarga de referir a los diferentes centros de atención de los diferentes niveles (estatales y municipales) para iniciar el proceso de regreso a su país de origen o la reunificación en Estados Unidos.

A través de esta actividad directamente con niñez se pudo entender la salud a partir de sus experiencias vividas, conocer cuáles son sus condiciones de salud previas a la migración, en el tránsito y actuales, como ellos las perciben, y cómo han logrado gestionar sus necesidades durante el trayecto migratorio o quiénes han sido los gestores y qué resultados consideran que han logrado en el acceso a los servicios de salud, tanto en cantidad como en calidad.

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo, se utilizó el software MAXQDA, que es útil para analizar los datos obtenidos de las entrevistas y grupos focales. A través de la elaboración de códigos extraídos de los conceptos y teorías base, este software permitió identificar relación entre los discursos de los diferentes actores entrevistados, además de tener un apoyo visual con los mapas de actores entrevistados y de esta manera encontrar si existe o no el trabajo interinstitucional y en conjunto con la sociedad civil. Al tener estas herramientas que presentan la información tanto visual como de manera escrita, el análisis de la información adquiere sistematicidad y da sentido al fenómeno de interés al estudio, que es la intersección de los NNA migrantes no acompañados y la provisión de servicios de salud.

La estrategia metodológica utilizada estudia entonces la parte macrosocial que “tiene como objetivo abordar el estudio de la estructura social, de las instituciones, las sociedades y sus culturas” (Sautu et al, 2005:52) , la relación de las estructuras de poder con los NNA migrantes no acompañados, así como la parte microsocia, donde el interés se centra en conocer las interacciones sociales desde la cotidianidad, cómo las significan y la sienten, y que a su vez permite comprender los fenómenos sociales observando los contextos y las situaciones donde se generan los procesos sociales. Se trata de observar el conjunto de elementos que componen la complejidad social a través de hechos, eventos coyunturales, instituciones y estructuras e intersubjetividades (Sánchez, 2015), donde aspectos como el idioma y la cultura inciden directamente en cómo solucionan las necesidades de salud, haciendo esa disparidad entre la problemática de la migración, la salud y la respuesta institucional.

La normativa metodológica del estudio

Esta estrategia metodológica, tiene sentido pues es “un proceso de investigación donde el investigador gradualmente da sentido a un fenómeno social contrastando, comparando, replicando, catalogando y clasificando el objeto de estudio” (Miles & Huberman, 1994), lo que implica una inmersión en la vida cotidiana del entorno elegido para el estudio, como lo sugieren Marshall y Rossman (1989). En este tipo de investigación es necesario que el investigador entre en el mundo de los informantes y, a través de la interacción continua, quasi-etnográfica, busque las perspectivas y significados de los informantes desde su propio ambiente natural, desde donde ocurren los hechos identificados como un problema desde la subjetividad y experiencias del sujeto de estudio. Según Fraenkel y Wallen (2012) y Merriam (1988), este enfoque pone énfasis en el proceso que está ocurriendo, así como en el producto o resultado, y el interés va en función de comprender cómo ocurren las cosas. El acercamiento metodológico ofrece, al mismo tiempo, una narrativa robusta del fenómeno, a partir de la cual se pueden derivar acciones de intervención, aunque esto último no es el objeto de este trabajo.

Para ser más específicos, el paradigma que guía este estudio parte de una filosofía transformadora, ya que según Mertens (2010), la investigación cruza los componentes sociales, tanto los políticos para encaminar una agenda de cambio y de esta manera hacer frente a las opresiones dentro de los grupos sociales en sus diferentes niveles. Esta agenda de cambio, sin embargo, debe necesariamente ir acompañada de estrategias de acción basadas en evidencia científica y enfocadas en lograr un cambio positivo en la vida de los actores

involucrados, como son las y los participantes, las instituciones, y el propio investigador (Creswell, 2018).

El trabajo de campo se enfocó por tanto en las necesidades de los NNA migrantes no acompañados que se encuentran en situación de vulnerabilidad o privados de sus derechos, así como en quienes son prestadores de servicios en las diferentes modalidades, ya sea como del área médica o dentro de la administración y/coordinación de espacios de atención, y se apoyó en perspectivas teóricas que dan forma y definen los temas estudiados, las personas que se estudiarán, y los cambios que se requieren, como las propuestas desde teorías feministas, los discursos sobre grupos históricamente racializados, la teoría crítica, entre otras. Mertens (2010) describe de una manera clara la filosofía del paradigma transformador, ya que, para él, la importancia se encuentra en el estudio de qué ocurre en las vidas de las personas que pertenecen a ciertos grupos desfavorecidos, sus experiencias, y estrategias de subsistencia, resistencia y resiliencia, poniendo especial atención a quienes carecen de herramientas para solucionar problemas debido a la opresión que han vivido.

También la investigación se enfoca en las desigualdades relacionadas con cuestiones de género, raciales, el origen étnico, la discapacidad, la orientación sexual y la clase socioeconómica que resultan en relaciones de poder asimétricas. En esta cosmovisión transformadora se entrelaza la acción política y social con las desigualdades y utiliza una teoría en la que se trata de comprender cómo funcionan las dinámicas socio-estructurales y los problemas derivados de estas (Mertens 2010).

Asimismo, para un estudio cualitativo, Sautu et al. (2005) dicen que los supuestos epistemológicos se relacionan con la postura del investigador vinculado al tema de interés, y

en este enfoque está la idea de que la realidad es subjetiva e intersubjetiva y que los investigadores han tenido que hacer prácticas fundamentadas en teorías para legitimar la producción de conocimiento (pp.45-46) y menciona como parte de este enfoque algunas técnicas de recolección de datos, como la investigación documental, la cual consiste en revisión de los protocolos nacionales e internacionales de protección a NNA migrantes, observación no participante, que se llevará a cabo en los diferentes albergues en las ciudades antes mencionadas, además de entrevistas semiestructuradas, que según Anduiza et al. (2009):

Consisten en mantener una conversación larga (de una hora y media a dos horas por sesión) con un sujeto en torno a uno o varios temas de interés para el investigador. En ocasiones puede ser necesario más de un encuentro. El investigador posteriormente realiza un análisis de la entrevista incluyendo sus contenidos, ideas, elementos de dificultad o problemáticos, etcétera (Anduiza et al., 2009:86).

Así pues, los instrumentos metodológicos seleccionados en este estudio se ubicaron dentro de una orientación clara para la resolución de un problema social importante en estos tiempos y en la frontera, sobre todo en el campo en el cual se realizó este trabajo—Ciudad Juárez. Por esto se realizaron este tipo de técnicas a funcionarios públicos del área de salud, también a encargados de albergues y NNA migrantes no acompañados que se encuentran en tránsito por México, no solamente para extraer información de ellos, sino con el objeto de que participen en la reflexión del problema mismo y su resolución en el tiempo y en el espacio

en el cual participan en la atención de las poblaciones migrantes, sobre todo las más vulnerables.

Delimitación y sujetos de estudio

La población de estudio está conformada por niñez migrante no acompañada, referidos como NNA migrantes no acompañados, en particular la niñez procedente de Centroamérica que ha salido de su país de origen sin compañía de alguno de sus padres o que ha sido separada de estos en el trayecto o que se encuentra sin tutelaje de un adulto, por diversas circunstancias. El marco muestral lo constituyen la red de albergues en Ciudad Juárez, Chihuahua, donde se encuentran recibiendo apoyo temporal niños, niñas y adolescentes no acompañados en tránsito, la selección de participantes se realizó de forma intencionada no probabilística, es decir, a quienes reunieron las características buscadas para la investigación.

Para los grupos focales el perfil seleccionado tenía que contar con los siguientes atributos: ser niña, niño o adolescente, encontrarse en condición de movilidad irregular, viajar sin acompañamiento de padre, madre o algún tutor y ser extranjero (a). En el caso de las entrevistas, los perfiles seleccionados fueron los siguientes: por lo menos un médico de cada institución de salud (de preferencias varios) y por lo menos una persona encargada del departamento de trabajo social en la misma institución.



Figura 3.2. Participantes en el trabajo de campo. Elaboración propia, 2025.

En el caso de los directores de albergues de la sociedad civil, no se encontraron espacios que atienden a NNA no acompañados, por lo menos en Ciudad Juárez, ya que se sabe que Casa YMCA de Tijuana el trabajo con esta población continúa. Contrario s Piedras Negras, Tamps. y Juárez. Por esta razón, el estudio no pretendió ser estadísticamente representativo (Hernández, et.al, 2016), así que la selección de participantes se hizo a conveniencia en los diferentes albergues y centros de acogida, así como a funcionarios públicos y directores de albergues de la sociedad civil, sin sacrificar la suficiencia de entrevistas y grupos focales que permitan entender el fenómeno bajo estudio.

En cuanto a la temporalidad, el trabajo de campo se realizó en el periodo de marzo de 2024 a enero de 2025. La primera parte del trabajo de campo, que son entrevistas a

funcionarios públicos, incluyendo a médicos y trabajadores sociales en instituciones públicas, así como directores de centros de atención a la niñez migrante no acompañados de gobierno y sociedad civil. Las entrevistas tuvieron una duración de 45 minutos en promedio, y se realizaron en diferentes momentos y días, ya que depende de la disponibilidad de las y los funcionarios.

Tratamiento metodológico para el trabajo con niñez

Las preguntas estuvieron enfocadas en diferentes temas, como la experiencia del funcionario (a) en el trabajo con niñez migrante no acompañada, los recursos y capacidades institucionales para atender las necesidades de la población estudiada y opinión personal del fenómeno. En el caso de los grupos focales, que son la segunda parte del trabajo de campo, tuvieron una duración de 1-1.5 horas por sesión, fueron dos sesiones en un mismo día. Según sugirió la coordinadora del espacio, primero se realizó la actividad con niñas y después con niños.

Se tuvo diversidad de características en los participantes (país de origen, edad y sexo). Las preguntas estuvieron orientadas a conocer las experiencias, necesidades, y sistemas de afrontamiento en temas de salud en lugar de origen, trayecto y en Ciudad Juárez. Los dos grupos focales se realizaron bajo la supervisión de la psicóloga del espacio. El instrumento fue revisado previamente por las personas responsables del lugar. Se leyó la carta de consentimiento informado y dieron su consentimiento de viva voz.

Lugares de estudio

Este estudio requirió un ajuste tiempo-lugar, que en este caso serán los centros de atención para niñez migrante no acompañada que hay en Ciudad Juárez, y que son operados por

Gobierno del Estado y el Municipio de Juárez. Aunque la propuesta sugería que se tomara como muestra el Centro de Atención Integral a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes CAINNAM “Nohemí Álvarez Quillay,” la Casa del menor migrante, y el Albergue “México mi hogar,” además de los que pertenecen a la sociedad civil como Casa YMCA y Comunidad AVES, no fue posible realizar las técnicas de recolección de datos en todos. Por diferentes razones, como la nula disponibilidad de los funcionarios estatales y las modificaciones en los sistemas de protección a la niñez que no permiten el trabajo con NNA. Por tal motivo, los datos se recolectaron en el albergue Municipal “México mi hogar.”

En lo que concierne a los servicios de salud se tomaron como muestra el Hospital General, Hospital Infantil, personas empleadas en “México mi hogar”, trabajadores de la salud en albergue “Nohemí Álvarez”, así como a personal médico de agencias internacionales y organizaciones de la Sociedad civil prestadores de servicios de salud. De esta manera se cumplió con el diseño de la investigación, la cual abarcó tanto la perspectiva individual como la perspectiva institucional.

Algo más sobre las técnicas de recolección de datos

Los datos fueron recolectados considerando la complementariedad de las entrevistas y los grupos de enfoque con una herramienta etnográfica o cuasi-etnográfica, ya que fue pasar varios días en cada lugar de observación. Se utilizó un diario de campo para hacer anotaciones y recuperar información sobre casos o eventos cotidianos relacionados con la investigación. De cualquier manera, el enfoque es cualitativo, tal como lo señalan Creswell y Creswell (2018), desde un entorno natural, es decir, la información es proporcionada por quienes experimentan la problemática y en el lugar donde se desarrolla el fenómeno, desde

una observación personal y una interacción directa cara a cara y estableciendo un periodo determinado.

Las técnicas de recolección utilizadas, que consistieron en entrevistas semiestructuradas a funcionarios encargados de prestar servicios de salud, como médicos y trabajadores sociales, además de directores de los albergues mencionados y los grupos focales con NNA migrantes no acompañados se consideran suficientes para completar el rompecabezas del acceso a la salud. Juntas, estas herramientas permitieron conocer y entender tanto los procesos de atención desde el primer momento que están a cargo de las instituciones, hasta el enfoque a partir del cual implementan las acciones en el tema de la salud. En cuanto al trabajo con NNA no acompañados, se realizaron dos sesiones de grupos focales, se analizaron en MAXQDA y sistematizaron en Excel, lo que permitió contrastar información relevante.

Cabe mencionar que las sesiones y las entrevistas fueron grabadas en audio para su posterior transcripción, con el objetivo de rescatar la mayor información posible, además de registrar en un diario de campo lo observado durante las sesiones y la observación no participante. Estas herramientas metodológicas se consideran adecuadas para este tipo de estudio porque permiten hacer una triangulación de los puntos de vista de los participantes, ya que fueron seleccionados para participar en la investigación porque trabajan directamente con los sujetos de estudio, ya sea como proveedores de servicios de salud o como encargados (as) de dirigir espacios de atención para niñez no acompañada.

Asimismo, este estudio, como ya se ha intuido, tiene consideraciones éticas en las que se respetaron los derechos, necesidades, valores y deseos de las y los informantes tal como

lo indica el art.10 de la Ley General de los Derechos de Niñas Niños y Adolescentes (LGDNNA). Por tal motivo, se solicitó autorización para realizar la actividad de grupo focal de forma escrita, así como lectura en voz alta a sus derechos, se explicaron los objetivos del estudio, se preguntó si hay alguna duda al respecto, se informó sobre la protección de los datos personales, y se resguarde su identidad. Además, los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a revisión por el Comité de Ética de Investigación de la UACJ.

Análisis y procesamiento de información

Una vez finalizado el trabajo de campo, y con un acervo robusto de datos e información, se analizaron los datos y la información recabados durante toda la investigación. Para esta etapa de la investigación se utilizó el software MAXQDA, ya que permite el vaciado de datos y el producto generado por el programa permiten observar y presentar el fenómeno estudiado de manera codificada, gráfica, y visualmente sintetizada y atractiva al lector—sin sacrificar una narrativa robusta y rica a partir de un trabajo de análisis cualitativo de los datos. Según Hernández et al (2016) este tipo de software representan un gran apoyo en el análisis de datos cualitativos ya fueron desarrollados para:

...segmentar datos en unidades de significado; codificar datos (en ambos planos) y construir teoría (relacionar conceptos y categorías y temas). El investigador agrega los datos o documentos primarios (que pueden ser textos, fotografías, segmentos de audio o video, diagramas, mapas y matrices) y con el apoyo del programa los codifica de acuerdo con el esquema que se haya diseñado. Las reglas de codificación las establece el

investigador para posteriormente realizar propuestas de intervención con la población estudiada (Hernández et al., 2016:451).

Al ser un estudio de tipo deductivo, se refuerza tanto la validez interna como la externa, al concentrarse la atención en un segmento de una población dentro de la migración que se piensa como minoritaria, la validez interna adquiere mayor peso y dificulta la generalización que requiere la validez externa, por lo que se triangula la información obtenida por diferentes medios y en diferentes momentos.

Algunos supuestos hipotéticos

En este apartado se presentan algunas de las predicciones que arrojan los acercamientos teóricos con relación al problema de los NNA migrantes no acompañados. A manera de contraste se presentan algunas razones por las cuales este grupo es atendido, o no, y las formas en las que se prestan los servicios de salud en los países de tránsito y de destino. Un primer supuesto es que el nivel de atención a las necesidades de salud de los NNA migrantes no acompañados en espacios gubernamentales y de la sociedad civil depende de la suficiencia de los recursos humanos, físicos, materiales y financieros para cubrir sus necesidades de acuerdo al diagnóstico de sus necesidades en materia de salud, ya sea de origen o adquiridas en el trayecto migratorio.

En la misma línea, un segundo supuesto va en el sentido de que la eficiencia en la atención médica para los NNA migrantes no acompañados depende de cómo utilizan los recursos las instituciones de salud encargadas de la atención en salud a este grupo demográfico y de las decisiones cotidianas que toman los médicos, enfermeras, y

trabajadores sociales, así como los titulares y cuidadores de las organizaciones tanto gubernamentales como de la sociedad civil.

Esto depende, a su vez, de las mismas percepciones de los trabajadores de salud y sociales, y de los directivos, la cual se examina a partir de dos ejes teóricos—la necesidad de proteger a la comunidad de riesgos sociales o el entendimiento de que es un derecho y existe la necesidad de hacerlo cumplir y a partir de dos teorías que fundamentan este estudio—la provisión de los servicios de salud como un derecho o por motivaciones menos altruistas., prevención de contagios de la comunidad en la que se encuentran los NNA migrantes no acompañados.

Un tercer supuesto refiere que para la realización del derecho a la salud de NNA migrantes no acompañados depende de que se establezcan procesos de advocacy para visibilizar el problema, establecer mecanismos de protección y aprovechar, si es el caso, los recursos humanos, físicos, materiales y financieros que se asignan. Este proceso de advocacy puede ser el resultado de una preocupación con los riesgos sociales, pero también puede ser una preocupación genuina por la proporción de un derecho a la salud.

Un cuarto supuesto dice que el acceso a los servicios de salud para NNA migrantes no acompañados depende de las decisiones que toman los funcionarios públicos en los diferentes niveles. Por último, la forma en que se aplican los enfoques para atender la salud obedece a interés externos a los propios países de tránsito y receptores que devienen de la presión que ejercen tanto las organizaciones internacionales que pugnan por el adecuado ejercicio y las garantías de los derechos humanos como las presiones políticas de Estados Unidos para el control de la migración.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones que se tuvo para llevar a cabo el trabajo de campo según la propuesta metodológica se encuentran las actividades de grupos focales con NNA migrantes no acompañados ya que institucionalmente se debe respetar el interés superior de la niñez, así que los tiempos y las condiciones se ajustaron a lo que se permitió por parte de las autoridades gubernamentales, que en este caso son el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) estatal y municipal. Cabe mencionar que no se tuvo respuesta desde los funcionarios encargados del albergue Nohemí Álvarez, ni para las entrevistas, ni para los grupos focales.

También se identificó renuencia en los servidores públicos de las instituciones de salud para acceder a participar en la entrevista, se sabe que en el sector salud los recursos son limitados en cuanto a personal, y que la cantidad de usuarios de los servicios de salud los mantienen ocupados, lo cual forma parte del discurso que justificó la negativa a participar.

Conclusión

Esta estrategia metodológica integró las perspectivas de los diferentes actores que intervienen en el problema de la salud de la niñez migrante no acompañada en tránsito. Desde la fase inicial y el trabajo de campo, donde a partir de un estudio cuasi-etnográfico se observan de manera presencial elementos que no solo se encuentran en la parte discursiva de los actores, sino que se enmarcan en acciones personales e institucionales que dejan ver el enfoque desde el cual desarrollan sus actividades como garantes de servicios de salud para esta población específica. Así también, los grupos focales con NNA no acompañados representan las experiencias de quienes experimentan diferentes vulnerabilidades antes de iniciar el viaje, durante el trayecto y en su estancia en Ciudad Juárez.

De esta manera, este trabajo hace hincapié en las consideraciones éticas con todos los participantes, desde la recolección, sistematización y análisis de los datos y el compromiso de regresar a las instituciones a compartir los hallazgos y resultados de la investigación.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados del trabajo de campo realizado para esta investigación. Los hallazgos de esta labor son producto de dos actividades distintas. Cada una de ellas se presenta por separado. Por una parte, se realizaron dos grupos focales en el albergue *México, mi hogar*, el cual es un espacio tutelado por el Gobierno Municipal de Ciudad Juárez. En este ejercicio, participaron 29 niñas, niños, y adolescentes migrantes no acompañados (NNA migrantes no acompañados). Las edades de los participantes oscilaron entre los 6 y los 17 años. La mayoría de los participantes de los ejercicios de los grupos focales eran provenientes de Centroamérica, aunque había algunos de otras regiones. Los grupos que participaron se encontraban como usuarios de los servicios del albergue en el momento de la investigación de campo. Estos ejercicios fueron esenciales para entender las condiciones de interés en esta investigación desde la perspectiva de los menores migrantes no acompañados.

Por otra parte, y para entender otro ángulo de la problemática se realizaron entrevistas al personal de salud de las diferentes esferas de trabajo en el albergue, incluyendo a miembros de organizaciones de la sociedad civil que colaboran en el espacio y a miembros de agencias no gubernamentales que trabajan en el albergue, incluyendo al personal de salud de gobierno y a directores y encargados de espacios de atención tanto de la sociedad civil como del gobierno. Es importante mencionar los documentos resultantes de este ejercicio se vaciaron en el programa MAXQDA y que las tablas que se incluyen en todo el capítulo fueron extraídas directo del dicho programa, y el motivo para incluirlas es proporcionar al lector de

este documento información de forma textual, es decir, el contenido de cada tabla muestra las respuestas literales de las y los participantes en las entrevistas y los grupos focales.

Grupos focales con niñez no acompañada en tránsito

La primera parte del trabajo de campo, centrada en los grupos focales, tuvo como objetivo recoger la información sociodemográfica de las y los participantes, incluyendo la edad, el sexo, y el país de origen, entre otros datos sociodemográficos. Esto permitió conocer cómo se comportan los flujos migratorios conformados por niñas, niños, y adolescentes no acompañados (NNA migrantes no acompañados) en el momento de llevar a cabo este estudio, bajo la idea de que hay elementos generalizables a otros momentos de la migración de NNA migrantes no acompañados en prácticamente todos los contextos de movilidad de menores de edad. Los datos sociodemográficos no son propiamente una variable en este estudio, sino que son producto de la necesidad de establecer con seguridad que se trabaja con el grupo etario objeto de este estudio y en las condiciones correspondientes a este estudio. Además, se busca dejar asentado que las características personales de los sujetos de estudio sean tan que se pueda trasladar a las condiciones de otros grupos similares.

Finalmente, antes de presentar los datos sociodemográficos de la población sujeto de estudio, es importante anotar que el acceso no fue nada fácil. Para poder trabajar con estas poblaciones hubo mucho trabajo de cabildeo y activación de redes, acompañado de un riguroso apego a los procesos éticos para la investigación con NNA. Los menores de edad se consideran particularmente vulnerables, y el acceso a ellos es a menudo denegado u otorgado bajo condiciones de estrictos límites y vigilancia. El haber logrado acceso a los menores NNA migrantes no acompañados es una de las fortalezas de este trabajo de investigación. En

este sentido, el acceso al espacio donde se encuentran los menores y la muestra misma, compuesta de casi treinta NNA migrantes no acompañados, se pueden considerar un éxito del trabajo inicial de la investigación, especialmente si se considera que el comparativo con las estadísticas agregadas indica un nivel de representatividad relativamente robusto.

Datos sociodemográficos

Los hallazgos de este trabajo de campo comienzan con una presentación de la población objeto del estudio a la que se tuvo acceso, específicamente con relación a los datos sociodemográficos del grupo con el que se logró trabajar. En el tema del sexo de las y los participantes, algo que se pudo observar fue que el patrón de migración de hombres predomina sobre las mujeres, pues este representa el 68% de la muestra total del grupo (Figura 4.1). Esto no sorprende y se asemeja a muchos otros estudios en los cuales predomina la presencia de hombres sobre la presencia de mujeres.

Clave en esto es que los datos porcentuales empatan con el patrón de género proporcionado por la Unidad de Política Migratoria (UPM, 2024) de la Secretaría de Gobernación (SEGOB) a través del registro de identidad de las personas, quienes reportan que en el primer trimestre del 2024 se registraron 2,284 niños migrantes no acompañados, donde más de la mitad son hombres. En este sentido, la representatividad por sexo queda debidamente satisfecha para propósito de este estudio. La gráfica 4.1 (abajo) muestra la proporción de participantes por sexo de manera visual.

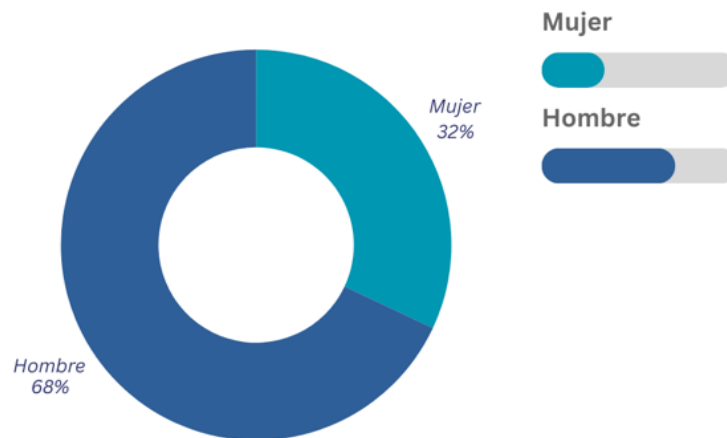


Figura 4.1. Sexo de los participantes. Elaboración propia, 2025.

Por otra parte, se observó un rango de grupos etarios bastante amplio, teniendo como los más jóvenes dos participantes con 6 años de edad y los más grandes con 17 años. Sin embargo, el grueso de edad se concentró entre 13 y 14 años, representando el 41% de la muestra. Este dato también es importante y comparable con los datos de la Unidad de Política Migratoria (UPM, 2024). Ahora bien, hay dos aspectos que se deben considerar relevantes. Estos son, primeramente, el hecho de que los NNA migrantes no acompañados cada vez experimentan la movilidad a más temprana edad, aunque muchos de ellos sí son acompañados y viajan con hermanas o hermanos que también son menores de edad. Seguidamente, otro dato relevante es que algunos de los NNA migrantes no acompañados pueden cumplir la mayoría de edad mientras se encuentran en tránsito o en albergues donde esperan la reunificación con familiares en Estados Unidos o la devolución a sus países de origen, por lo que si eso sucede y se encuentran bajo custodia del Estado tienen que abandonar el lugar. No son casos muy comunes, pero sí llegan a suceder. Al llegar a la adultez, sin embargo, el trato como menor

de edad cesa, y el proceso es completamente distinto. La figura 4.2 muestra los grupos etarios, enfatizando la cohorte más numerosa.

Código	Segmento
	6
	6
	7
	8
	10
	11
	11
	12
	12
	13
	13
	13
	13
	13
	14
	14
	14
	14
	14
	16
	16
	16
	17
	17
	17
	17
	17

Tabla 4.1. Edad de los participantes, Elaboración propia, 2025

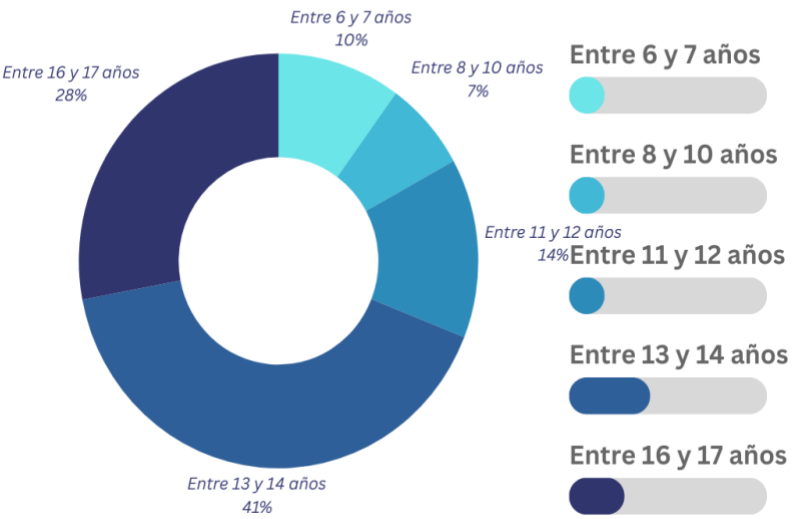


Figura 4.2. Edad de los participantes, Elaboración propia, 2025.

Lugar de origen

Siguiendo con los datos sociodemográficos, el lugar de origen del 52% de las y los participantes corresponde a los nacionales de Guatemala, seguido por los nacionales de Honduras y de El Salvador, lo que indica que el patrón migratorio continúa desde hace varios años.² Sin embargo, las estadísticas más recientes identifican que ya hay otros lugares de origen considerados “emergentes,” como Colombia y Ecuador, y esto se debe que estos países anteriormente no se encontraban con frecuencia, pero ya han comenzado a aparecer en las estadísticas.

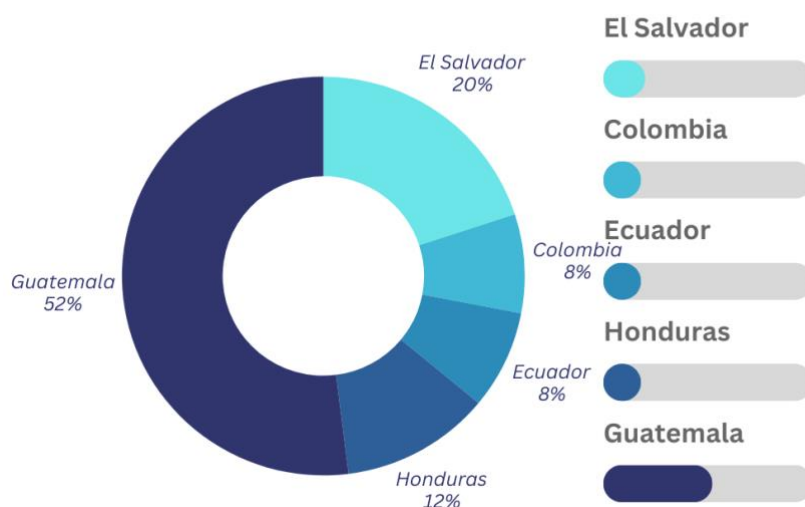


Figura 4.3. Lugar de origen de los participantes, Elaboración propia, 2025.

² Según el reporte de la unidad de Política Migratoria (UPM), en el primer trimestre del 2024 en 77% de los NNA migrantes no acompañados venían de países del triángulo norte-Guatemala, Honduras y El Salvador (UPM, 2024).

El segundo tema que se abordó en la sesión de grupo focal con relación al lugar de origen fue el correspondiente a la fase pre-migratoria, enfocándose en las razones para emprender el trayecto migratorio. Subtemas como las motivaciones para migrar, quiénes son las personas más importantes para ellos y ellas, y dónde se encuentran fueron temas bajo discusión, así como lo fueron las redes de apoyo y cómo se conforman dichas redes de apoyo además de cómo influyen estas sobre la decisión de salir de su salida del lugar de origen.

Así también, el ejercicio se enfocó en saber cuánto duró el trayecto migratorio, si se encontraron acompañados en algún momento del viaje o si salieron acompañados de su lugar de origen pero luego fueron separados de sus tutores. Estos elementos son determinantes para que se dé una condición de vulnerabilidad, ya que sitúan a los NNA migrantes no acompañados dentro de una categoría de no acompañados o de separados dentro de un contexto de movilidad con todos los riesgos que esto implica.

Por último, se examinó también la fase pre-migratoria en el punto más central de este trabajo de investigación, si en la parte inicial del trayecto migratorio el menor padecía ya de alguna enfermedad. Este punto es importante porque tiene el objetivo de identificar elementos clave respecto a la salud de los NNA no acompañados desde el lugar de origen y así tener un antecedente para dar el seguimiento al trayecto y las posibles necesidades en salud que hayan surgido en el camino, es decir, aquellas que son propias del trayecto y sus riesgos.

Experiencia pre-migratoria

En este trabajo se tomaron como referencia las tres fases migratorias: 1) la fase pre-migratoria, 2) la fase del trayecto migratorio, y 3) la fase de estancia en Ciudad Juárez—donde

se realizó este estudio, aunque se considera que última fase es la de destino final, pues Ciudad Juárez no representa el destino, pero sí el lugar donde pasan meses o incluso hasta un año en espera de resoluciones legales que les permitan llegar al destino final. Por tal razón, en este apartado se muestran los principales hallazgos relacionados a las condiciones de salud de la niñez migrante no acompañada primero en la fase pre-migratoria, con el objetivo de conocer los cuadros epidemiológicos desde su lugar de origen, los padecimientos frecuentes, la manera de atenderlos, etc. Se buscó también saber cuáles fueron las motivaciones principales para salir de su lugar de origen y dónde se encuentran las personas importantes para establecer una relación de vínculos afectivos que pueda facilitar la comprensión del porqué su intención de llegar a Estados Unidos y a qué lugar dentro de ese país, a sabiendas de los riesgos a la salud que representa el tránsito.

Motivaciones para migrar y redes de apoyo

Ahora bien, a manera de contexto, es importante también entender las motivaciones para migrar y las redes de apoyo detrás del proyecto migratorio del NNA migrante no acompañado. El primer ejercicio de cuestionamiento se centró sobre las motivaciones para migrar, es decir, qué factores fueron determinantes para que tomaran la decisión de dejar su hogar y salir de su país de origen hacia los Estados Unidos. Esto se puede observar en la tabla 4.2, con las respuestas concretas de las y los NNA migrantes no acompañados que participaron en los grupos de enfoque. Entre las razones que mencionaron las y los participantes fueron la reunificación familiar, ya sea con madre o padre, aunque la mayoría buscaba estar con su madre. En este sentido, no hay realmente sorpresas. Casi todos los NNA migrantes no acompañados van o son enviados por otros familiares precisamente con el

motivo de reunirse con su familia que ya tuvo su propia experiencia migratoria. Otras razones fueron las que tienen que ver con tener un mejor futuro, ahorrar, estudiar, entre otras. Sin embargo, hubo participantes que señalaron que padecen una enfermedad y que en parte quisieron salir de su país y para buscar mejorar su salud o buscar algún servicio de salud ya que en su país de origen no es posible, ya sea por los bajos recursos económicos o por el propio sistema de salud público insuficiente o inadecuado al padecimiento.

En cuanto a las redes de apoyo, estas no fueron irrelevantes. Se encontraron vínculos emocionales y de apego, y algunos participantes mencionaron que las personas más importantes para ellos se encuentran tanto en Estados Unidos como en su lugar de origen, y que muchos fueron separados de sus padres y madres desde pequeños. También que esas personas suelen ser parte de su núcleo familiar primario, como son los padres, las madres, abuelos, o tíos. De particular relevancia entonces son aquellos motivos que se relacionan directamente con el tema de salud, que es de importancia aquí.

Código	Segmento
Lugar de origen > Motivaciones para migrar > ¿Porqué migrar?	Eh yo porque yo sí quería viajar, incluso iba a viajar sola, mi hermana no iba a viajar, iba a viajar yo, porque yo ya quería estar con mi mamá también, porque allá yo allá en Guatemala me sentía muy sola, aunque tenía mi papá, yo y a mi abuela, pero yo me sentía sola, yo sentía ese vacío, ese la falta de amor de mi mamá, porque yo tengo seis años de no ver a mi mamá, entonces yo ya necesitaba, yo necesito su calor
	Estar con mamá.
	Para estar con mi familia.
	Para estar con mi papá.
	Para estar con nuestra familia.
	Para estar con nuestras mamás y por un mejor futuro para nuestra familia.
	Para estudiar.
	Para ir a atenderte, que te revisen los médicos y todo eso.
	Para tener un ahorro, tener más oportunidad
	Para tener un mejor futuro,
	Por un mejor futuro.
	trabajar y seguir adelante.
	Ya no me gustaba mi país, entonces yo le pedía a mi mamá, o le decía que es por eso que yo no quería estar ahí, por eso fue como voluntario de por mí y pues porque también mi mamá accedía.
	Yo no sé qué responder
	Yo por mi enfermedad.
	Yo Porque quería estar con mi mamá.

Tabla 4.2. Motivaciones para migrar y redes de apoyo. Elaboración propia con datos de MAXQDA.

¿Quién pagó el viaje?

La vulnerabilidad se mide también a partir del acompañamiento y la atención, aunque sea remota, de algún tutor. El inquirir sobre el costo del viaje y quién lo pagó permite saber si el NNA migrante no acompañado cuenta con algún familiar que le está dando seguimiento al menor o si el menor viaja solo sin el monitoreo de algún adulto. Esto es importante porque puede ocurrir circunstancias en las cuales algún familiar puede responder a una emergencia o a un problema de salud, aunque sea remotamente, o si el menor realmente no cuenta con una red de apoyo y por tanto depende completamente de su capacidad de agencia, o la capacidad de agencia de alguien que pueda intervenir a su favor. Según lo que comentaron las y los participantes, y que se observa en la tabla 4.3., las personas que pagaron el viaje fueron principalmente padre y/o madre, y sólo un participante refirió haberlo pagado él mismo. Por supuesto que esto no los protege de los riesgos del trayecto migratorio, pero hace efectivo el monitoreo de un adulto que intenta ejercer el tutelaje desde lejos.

Código	Segmento
Lugar de origen > Experiencia premigratoria (lugar de origen) > Quién pagó el viaje?	Ambos dos
	los dos
	Los dos
	Los dos, mi mamá y mi papá
	Los dos.
	Los dos.
	Mi hermano
	mi mamá
	Mi mamá
	Mi mamá
	Mi mamá
	Mi mamá
	Mi mamá y mi papá.
	Mi mamá y mi tía.
	Mi mamá.
	Mi mamá.
	Mi papá
	Mi papá.
	Personas aparte
	Solo mi mamá
	Yo mismo.

Tabla 4.3. ¿Quién pagó el viaje? Elaboración propia con datos de MAXQDA.

Acompañamiento desde el lugar de origen

Lo anterior lleva a la necesidad de discutir el acompañamiento. A veces un NNA migrante no acompañado comenzó con un acompañamiento de un miembro de la familia, pero quedó separado por alguna razón u otra, como lo fue en el caso de la separación de familias por la administración de Donald J. Trump en los Estados Unidos durante su primer mandato. A veces, el menor viene acompañado por un tutor que no es parte de su familia, pero que se separa durante el trayecto o abandona al menor por sus propias razones. También se considera el período de acompañamiento. En ocasiones, el NNA migrante va acompañado desde lejos pero se separa en algún momento del trayecto. Y a veces el menor viaja solo o sola todo el trayecto migratorio—como es el caso cuando un familiar los envía en el trayecto para que se reúnan con sus padres en el lugar de destino.

En estos casos, a veces es un coyote el que los acompaña, pero solamente por un compromiso monetario de parte de la familia, sin garantizar que el NNA migrante no acompañado no sea abandonado en el trayecto si las cosas se complican. Por supuesto que el viajar solo tiene mayores implicaciones para los riesgos a la salud, por ejemplo, en el caso de accidentes, enfermedades contagiosas, o incluso abuso de parte de otras personas, incluso otros migrantes mayores de edad, y para la capacidad de agencia en caso de un problema de salud que requiera atención.

Un aspecto importante a considerar es la relación con el acompañamiento. Si bien este trabajo considera como principales actores niños, niñas y adolescentes no acompañados, se sabe que la separación puede ocurrir en el tránsito, no solamente desde y a partir del lugar

de origen. Entonces, se les preguntó con quién viajaron durante el trayecto migratorio, y las respuestas fueron diversas. La tabla 4.4 muestra que la mayoría viajaron en grupo, y solamente hubo un caso de separación parental. Hay quienes viajaron con hermanos y hermanas, incluso con el guía pagado por sus familiares. También se identificaron casos de quienes pidieron a personas desconocidas que se hicieran pasar por familiares para conservar su seguridad personal.

Código	Segmento
Lugar de origen > Experiencia premigratoria (lugar de origen) > Quién te acompañó?	Con mi tío
	Con un guía
	Con un tío
	Mamá, Dios y nosotros solos
	nosotros ya veníamos solas
	Sola, completamente sola
	Solo venía alguien más que se hizo pasar por mi tía, venía conmigo.
	un guía
	Venía también con un guía
	viaje solo
	Yo con mi hermana
	Yo con mi hermano
	Yo con mi hermano chiquito.
	Yo con mi sobrina
	Yo venía con mi hermana
	yo venía sola
	Yo venía sola
	Yo voy con mi hermana

Tabla 4.4. acompañamiento durante el viaje. Elaboración propia con datos de MAXQDA.

Enfermedades frecuentes

Los cuadros epidemiológicos de origen son también importantes en este estudio, pues se intenta medir su intersección con los servicios de salud proporcionados a los NNA migrantes no acompañados tanto en aquellos cuadros que ya se portan *ab initio* del viaje migratorio

como en aquellos cuadros adquiridos en el trayecto—accidentes, enfermedades contagiosas, abusos físicos, etc. Para entender este componente, en la última sección del ejercicio de campo, es decir, de la categoría pre-migratoria, se investigaron las enfermedades en o desde el lugar de origen. Es de interés conocer cuáles enfermedades padecen, si son frecuentes, y cómo las atienden si se conoce un diagnóstico claro. Lo que se encontró es que los niños y las niñas y adolescentes suelen estar bastante sanos, y que las infecciones corresponden a los cuadros respiratorios comunes tanto en el origen como también en el trayecto migratorio, por ejemplo, para el caso de su estancia en México, gripes y resfriados. Solamente un participante tenía un padecimiento congénito que no fue mencionado durante las participaciones en esta pregunta, pero en otra parte del grupo focal sí lo expresó. En este sentido, se tuvo cuidado de no revelar tal información a otros participantes.

Código	Segmento
Lugar de origen > Experiencia premigratoria (lugar de origen) > Padecimientos de salud en su lugar de origen	A mí me daba tos no seguido
	Allá nunca me enfermé así nomás
	Calentura
	de la garganta
	Del estómago, o me dolía el cuerpo o me daba tos y gripe.

Tabla 4.5. Padecimientos en su lugar de origen. Elaboración propia con datos de MAXQDA.

En el trayecto

La siguiente sección del ejercicio de grupo focal corresponde a la fase del trayecto migratorio. Se preguntó a las y los participantes sobre su experiencia durante este, inquiriendo sobre su estado de salud, incluyendo enfermedades y accidentes. Incluso se retoma la parte del medio de transporte utilizado, que es un elemento clave para el tránsito, porque durante el trayecto

se conoce en la bibliografía que hay numerosos accidentes, especialmente cuando se transportan en el tren, a veces llamado “La bestia.” En esta segunda fase del trayecto migratorio se investigaron también las experiencias no agradables de las y los participantes, así como lo relacionado a enfermedades, accidentes y cuando la respuesta fue afirmativa, se les preguntó cómo lo solucionaron, si buscaron ayuda y si se las proporcionaron.

Duración del viaje y medio de transporte utilizado

Las condiciones del proyecto migratorio también importan con relación al tema de la salud de los NNA migrantes no acompañados. De particular relevancia son la duración del viaje—que implica una exposición más larga y por tanto estadísticamente más amplia a los riesgos a la salud—y el transporte utilizado, ya que cada medio representa también sus propios riesgos. Ambos elementos son factores que inciden en la posibilidad y la probabilidad del advenimiento de un problema que requiere atención a la salud.

Según lo que mencionaron las y los participantes en los grupos focales, el tiempo de tránsito desde el lugar de origen hasta Ciudad Juárez es muy variable, como se aprecia en la tabla 4.8, hubo desde quien duró una semana para llegar, porque viajó en avión y en automóvil, hasta quien tardó tres meses en llegar a la frontera norte. Sin embargo, el tiempo promedio es de un mes, por supuesto que existen múltiples factores que influyen, desde el medio de transporte que utilizaron, lo lejano que estaban de la frontera y otros elementos importantes. También mencionaron (véase tabla 4.6.) medios como el avión, en la caja de un tráiler, en auto y de los que viajaron por vía terrestre la mayoría dijo que solamente de usaban los autos en algunas zonas, otras tuvieron que caminar, entonces, se entiende que hicieron uso de los medios que tuvieron disponibles y que estos no fueron cambiando de acuerdo con

el lugar y dinero disponible, y que en ocasiones caminaron largas distancias en terrenos agrestes.

Código	Segmento
En el trayecto > Medio de transporte utilizado	Buses.
	En avión.
	En bus.
	En carro
	En el bus.
	Tráiler

Tabla 4.6. Medio de transporte utilizado. Elaboración propia con datos de MAXQDA.

Segmento
19 Días
20 días
20 días.
25 días
Casi 12 días
casi un mes.
Como un mes y medio.
No se.
Tres meses
Un día
un mes
un mes
Un mes
Un mes
Un mes.
Un mes.
Un mes.
Un mes.
Un mes.
Yo como una semana.
Yo dos meses
Yo dos meses
Yo duré un mes
Yo fui un mes.
Yo Tres meses.

Tabla 4.7. Duración del viaje. Elaboración propia con datos de MAXQDA

Experiencias de violencia

Sin duda, los cuadros de salud de un NNA migrante no acompañado no son solamente aquellos que se relacionan con las enfermedades infecciosas. Al contrario, existen otros esquemas de salud, incluyendo la exposición a cuadros de violencia. En esta parte de los grupos focales se preguntó a las y los participantes si tuvieron experiencias desagradables o

violentas durante el trayecto, específicamente en México. La indicación fue que expresaran en pocas palabras (sin ánimos de profundizar para evitar la revictimización) si tuvieron experiencias desagradables en temas de salud o accidentes, con el objetivo de indagar cómo a través de los determinantes sociales de la salud tienen un impacto en la salud de los NNA migrantes no acompañados. Entre las experiencias desagradables, específicamente las violentas, se encuentran golpes, estancias en lugares no apropiados como anexos (centros de rehabilitación para personas consumidoras de sustancias), tener hambre, viajar de pie en la caja de tráiler por tiempos más de un día, donde las personas se empujaban entre ellas, u otras agresiones que terminan lastimando al menor, incluso en su persona—cabeza, brazos, pies, etc.

En este mismo sentido, se inquirió también sobre cuestiones de indiferencia de las autoridades, aún con la evidente necesidad de atención de una usuaria y su hermana pequeña, con fiebre, ambas menores de edad y sin la capacidad de gestionar la atención médica que le permitiera recobrar la salud. Algunas experiencias desagradables que los NNA migrantes no acompañados tuvieron durante el trayecto por México se pueden observar en la Tabla 4.8 que se encuentra debajo de estas líneas, donde también se identifican abusos de autoridad, deterioro de las capacidades físicas a consecuencia de agentes externos como el clima, las mismas autoridades mexicanas y las condiciones precarias en la indumentaria utilizada para el viaje. La propia tabla define lo que la investigación definió como experiencias desagradables, con énfasis especial en el tema de las amenazas a la salud del NNA migrante no acompañado, aunque no exclusivamente pues se considera que la propia experiencia tiene

elementos de estrés físico y mental que pueden contribuir a un deterioro de la salud del migrante.

Código	Segmento
En el trayecto > ¿Tuviste experiencias poco agradables?	a mí me pegaron
	Bueno, perdón. Para mí ese fue el lugar más horrible de mi vida, ahí donde pasamos en el anexo.
	cuando tenía que ponerme las medias y los zapatos, tenía que pegarme la media de los pies y luego la gente iban aplastados aquí tenía que venir a aplastado después y empezar a salir.
	detectaron que nosotros éramos de otro país y nos dijeron que nos iban a regresar para otro lado y pero gracias a Dios que no fue así nos dejaron pasar caminando.
	el anexo
	el anexo.
	El calor.
	el tráiler.
	Lo más desagradable en el tráiler sí, con 24 horas sin probar nada y Pasar hambre.
	porque no nos trataban bien.
En el trayecto > ¿Tuviste experiencias poco agradables? > ¿Como lo solucionaste?	Si me vendaba sí, pero la gente me pegaba.
	Si me vendaba sí, pero la gente me pegaba. Yo le decía la miraba y yo no la miraba bien porque estaba hasta alucinando, y ella no solo se quedaba así como que los ojos trabajaban podría decir y yo tenía miedo que se iba a morir y yo le decía a una de ellas, incluso no era ni eran las de ahí. Y le dije yo que ella no se sentía bien y entonces me dijo Ah, voy a ir donde la de la jefa de ahí, y fue y bajó y solo le dio una pastilla no sé qué y lo mismo seguía.

Tabla 4.8. Experiencias de violencia. Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

Accidentes

Similar al esquema de la violencia que experimentan los migrantes, pero sin esquemas culposos, hubo la necesidad de hacer preguntas sobre accidentes propios del trayecto migratorio. Los accidentes son una realidad, los más aparatosos en los medios fueron aquellos relacionados con el uso del tren en el trayecto migratorio. Estos accidentes a menudo requieren de atención inmediata, lo que permite medir la respuesta del sistema de salud tanto en cantidad como en calidad para con los NNA migrantes no acompañados (aunque no solamente con relación a ellos). Para conocer si las y los participantes tuvieron accidentes durante el tránsito se les preguntó directamente si habían sufrido algún accidente y qué tipo

de accidente. Sin embargo, es fácil que confundan el enfermarse con accidentarse, por lo que se realizó la recuperación completa de la información que proporcionaron en los grupos focales. Entre los accidentes se clasificaron también las laceraciones y cortaduras en los pies por caminar muchas horas y días con calzado en malas condiciones o incluso sin zapatos, caídas dentro del tráiler e inflamación en la rodilla por subir ya enfermo y débil, y empujones por estar en espacios reducidos con mucha gente. Por supuesto que se puede debatir cuánto es producto de un accidente y cuánto no lo es, pero para propósitos de este trabajo, todos estos elementos enumerados se consideraron bajo la categoría de accidentes, como se muestra en la tabla 4.9.

Segmento
De fiebre dolor de cuerpo, es que cuando veníamos en el viaje, ya casi llegando a Chihuahua o estando en Chihuahua, porque fue una vez que salimos de Tabasco, pues no, no me acuerdo en dónde fue, la cosa es que se arruinó el bus y nos bajamos y estaba lloviendo y nos mojamos y después se quitó, agarró sol. Ajá, Ya después lo volvimos a montar en bus y después llegamos a una casa, ahí nos tuvieron varios días, los dos, tres días, pero durante esos días me agarró dolor de cuerpo, mucha fiebre, pero si me vi feo.
Igual por lo de mi enfermedad, se me inflamó la rodilla.
El primero este cuando estamos todavía no habíamos salido de Guatemala sin un guía, una bodega, entonces ahí, de ahí lo sacaron, a un camino solo, pero habían más, habían muchos y entonces estaba como adivinando y no caía, y yo iba, yo como que encendía con la luz y entonces cuando llegamos a una roca, este ya yo lo sentía mal y lo sentía y luego pasamos así, no sentía sabor a la comida y luego este nos agarró migración, dormimos una noche ahí y cuando estamos en Chihuahua, este, se acercó y me dio un fuerte y yo No, no, no y no me atendían. Ahí no estaba, y yo pensé que no.
Me compré curitas y me ha tocado con el curita, pero se me pegaban y si me tocaba poneme calcetines para que no me doliera con el zapato que andaba, pues.
me tuvieron que cuando venimos en el viaje para llegar aquí a Juárez, me tuvieron que subir al tráiler, así cargado, chineado.
Nada, hasta que solo se me quitó el dolor
No.
Por ejemplo en tu caso que estuviste en la casa de la señora que ella te atendió ¿te cobró dinero extra por ayudarte en eso?
Participantes: No.
Pues de la nada se me desinflamó, cuando veníamos en el viaje se me desinflamó.
Pues sí lo bueno que solo no estuvimos tanto tiempo y después de ahí nos llevaron a Menor Migrante aquí en Juárez y ahí fue donde le la atendieron y le dieron para que ella se mejorara porque qué sentía que se iba a morir.
Pues solamente me daban un curita y ya.
Sí, pero gracias a Dios me salvé.
Sí.
Una vez me corté porque yo sí venía con chancas y pues sí, yo sí me cortaba porque como no venía preparada.
Yo le decía la miraba y yo no la miraba bien porque estaba hasta alucinando, y ella no solo se quedaba así como que los ojos trabajaban podría decir y yo tenía miedo que se iba a morir y yo le decía a una de ellas, incluso no era ni eran las de ahí. Y le dije yo que ella no se sentía bien y entonces me dijo Ah, voy a ir donde la de la jefa de ahí, y fue y bajó y solo le dio una pastilla no sé qué y lo mismo seguía.
Yo no fue que me enfermara, sino que a mí, de lo que estaban, se me hicieron llagas en los pies, entonces fue doloroso, y de nuevo aparece ella.
Yo sí.

Tabla 4.9. Accidentes durante el trayecto. Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

Enfermedades

Cuando se abordó el tema de las enfermedades durante las sesiones de los grupos focales se indagó también desde si los menores sufrieron alguna enfermedad específica, el estado en que se encontraron durante dicha enfermedad, y si alguien les ayudó. Se les preguntó también si tuvieron que pagar para recibir el apoyo, y cómo solucionaron en su momento su necesidad de atención a su salud. Durante el ejercicio, se encontró que las y los NNA migrantes no acompañados que participaron en los grupos focales salieron mayormente sanos de su lugar de origen pero que en algún momento durante el trayecto estuvieron enfermos, a veces de algo tan sencillo como un a gripe o un resfriado y a veces de enfermedades más serias como infecciones estomacales, etc. No es de sorprenderse, por el espacio donde se llevó a cabo este trabajo y la prolongada duración del trayecto migratorio, que en su mayoría los menores reportaron que se enfermaron ya en el Estado de Chihuahua. Su estancia se prolongó, y por supuesto que esto contribuye a la exposición natural a enfermedades.

Entre las enfermedades mencionadas estuvieron la gripe, la varicela, e infecciones en la garganta. Uno de ellos, a quien ya se había referido arriba porque ya tenía un padecimiento congénito (hemofilia) (véase tabla 4.10.), reportó no haber recibido la atención médica adecuada, a pesar de mostrar síntomas de su enfermedad. Esto no sorprende, pues a menudo los servicios de salud están dirigidos a atender enfermedades relativamente pasajeras, pero no están equipados para atender enfermedades crónicas o congénitas. También se encontró que algunas de las personas que ayudaron a los NNA migrantes no acompañados en alguna parte del tránsito durante alguna necesidad en materia de salud son ciudadanos o residentes

locales que no tienen ninguna relación con las autoridades o con el oficialismo, sino que el o la NNA migrante no acompañado pidió ayuda y se le dieron sin cobrarles, pero con el temor de meterse en problemas por ser NNA migrantes extranjeros.

Código	Segmento
En el trayecto > Accidentes o enfermedades durante el tránsito > ¿Te has enfermado?, ¿de qué? > ¿Cómo te trataron las personas que te atendieron?	Ahí salió la señora, de esa casa, ella me atendió, me aparte de todos, estuvo ahí en el cuarto de ella, pero no era cuarto, era como la parte donde ellos estaban, donde hacían comida y todo ahí estuve yo, me tuvo con pastillas, eso.
En el trayecto > Accidentes o enfermedades durante el tránsito > ¿Te has enfermado?, ¿de qué?	De fiebre dolor de cuerpo,
	Igual por lo de mi enfermedad, se me inflamó la rodilla.
En el trayecto > Accidentes o enfermedades durante el tránsito > ¿Te has enfermado?, ¿de qué? > ¿quién te atendió?	Lo primero este cuando estamos todavía no habíamos salido de Guatemala sin un guía, una bodega, entonces ahí, de ahí lo sacaron, a un camino solo, pero habían más, habían muchos y entonces estaba como adivinando y no caía, y yo iba, yo como que encendía con la luz y entonces cuando llegamos a una roca, este ya yo lo sentía mal y lo sentía y luego pasamos así, no sentía sabor a la comida y luego este nos agarró migración, dormimos una noche ahí y cuando estamos en Chihuahua, este, se acercó y me dio un fuerte y yo No, no, no y no me atendían. Ahí no estaba, y yo pensé que no.
	la señora, de esa casa, ella me atendió, me aparte de todos, estuvo ahí en el cuarto de ella, pero no era cuarto, era como la parte donde ellos estaban, donde hacían comida y todo ahí estuve yo, me tuvo con pastillas, eso.
En el trayecto > Accidentes o enfermedades durante el tránsito > ¿Te has enfermado?, ¿de qué?	me tuvieron que cuando venimos en el viaje para llegar aquí a Juárez, me tuvieron que subir al tráiler, así cargado, chineado.
	Nada, hasta que solo se me quitó el dolor.
En el trayecto > Accidentes o enfermedades durante el tránsito > ¿Te has enfermado?, ¿de qué? > ¿Te cobraron?	No.
	No.
En el trayecto > Accidentes o enfermedades durante el tránsito > ¿Te has enfermado?, ¿de qué?	Por ejemplo en tu caso que estuviste en la casa de la señora que ella te atendió ¿te cobró dinero extra por ayudarte en eso?
	Participantes: No.
En el trayecto > Accidentes o enfermedades durante el tránsito > ¿Te has enfermado?, ¿de qué? > ¿quién te atendió?	Pues de la nada se me desinflamó, cuando veníamos en el viaje se me desinflamó.
	Pues sí lo bueno que solo no estuvimos tanto tiempo y después de ahí nos llevaron a Menor Migrante aquí en Juárez y ahí fue donde le la la atendieron y le dieron para que ella se mejorara porque qué sentía que se iba a morir.
En el trayecto > Accidentes o enfermedades durante el tránsito > ¿Te has enfermado?, ¿de qué?	Sí que me dijeron que no podían llevarme porque corrían riesgo ellos también, porque me llegaron a preguntar un montón de cosas.
	Sí, pero gracias a Dios me salvé.
	Sí.
	Yo sí

Tabla 4.10. Enfermedades en el trayecto. Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

La estancia en Ciudad Juárez

La siguiente fase que se analiza en este estudio es la que corresponde a la estancia en Ciudad Juárez, y el último tema que se abordó en los grupos focales con NNA migrantes no acompañados. Como ya se mencionó anteriormente, las ciudades de la frontera mexicana no

representan el lugar de destino, pero sí un lugar de espera prolongada. Todos los NNA migrantes no acompañados que participaron en el estudio se encontraban en un albergue municipal donde ya se estaba autorizada la petición de reunificación familiar en Estados Unidos, sin embargo, en otros espacios de atención había NNA que no calificaron para tal beneficio, por lo que fueron devueltos a su país de origen. Las preguntas que se hicieron en esta sección tienen relación con la atención a la salud una vez que ya estaban bajo protección del sistema DIF, y es importante saber cuánto tiempo llevaban en la ciudad para ver si en ese lapso de tiempo fueran solucionadas las necesidades de salud que ya acarreaban desde su lugar de origen y las contraídas durante el trayecto.

También se sabe que algunas infecciones y enfermedades tienen nombre y formas de curar diferentes en las distintas regiones de centro y Sudamérica, por lo que se les preguntó si se enfermaron y/o accidentaron en su estadía en Ciudad Juárez y, por último, se les preguntó cuáles son los planes a futuro, pues se identificó que algunos NNA migrantes no acompañados migraron precisamente por cuestiones de salud, y fue de importancia saber si una de sus expectativas y planes tiene relación con mejorar su estado de salud.

Tiempo en Ciudad Juárez

En las sesiones de grupo focal con niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados, se les preguntó a los participantes sobre su experiencia desde que llegaron a Ciudad Juárez, Chihuahua, considerando el tiempo que tienen en la ciudad y cómo llegaron al espacio donde se realizó la actividad de esta investigación. Se encontró que el tiempo promedio de las y los participantes en el albergue es de uno a dos meses (véase Tabla 4.11). Los NNA migrantes no acompañados fueron canalizados a través de *Fiscalía* y la *Procuraduría de la defensa del*

menor (véase Tabla 4.12). Algunos de estos fueron identificados desde la Ciudad de Chihuahua, a 350 kilómetros al sur de Ciudad Juárez, y llevados posterior y temporalmente a un “anexo” o centro de rehabilitación, mientras se hacía posible su traslado a Ciudad Juárez.

Esta información cobra relevancia debido a que dentro de estos procesos interinstitucionales se encontró evidencia de que los recursos son insuficientes y cuando están disponibles son de baja calidad en la atención a los NNA migrantes no acompañados, e incluso se cometen violaciones a sus derechos humanos, entre ellos el derecho a recibir servicios médicos y el de la protección a la niñez. Además, entre más pasa el tiempo dentro de estos espacios temporales, la salud mental de los NNA migrantes no acompañados se puede ver afectada negativamente y algunos de los y las NNA migrantes no acompañados cumplen durante este tiempo la mayoría de edad y la situación se hace más compleja, pues hay que enfrentar la vida adulta fuera de la “protección” del Estado con las escasas herramientas disponibles.

Código	Segmento
En Ciudad Juárez > Experiencia en Ciudad Juárez > ¿Cuánto tiempo llevas aquí?	2 meses
	2 meses
	Casi dos meses.
	Como dos meses y medio.
	cuatro meses
	dos meses
	dos meses
	dos meses
	Dos meses
	Dos meses completos.
	Dos meses,
	Seis meses
	tres meses
	tres meses
	tres meses y cinco días.
	Tres meses.
	Tres meses.
	un mes
	Un mes con tres, dos semanas.
	Y yo voy a cumplir un me
	Yo llevo seis meses.
	Yo llevo tres meses

Tabla 4.11. Tiempo de estancia en Ciudad Juárez. Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

Código	Segmento
En Ciudad Juárez > Experiencia en Ciudad Juárez > ¿Cómo llegaste a este lugar (albergue)?	En Fiscalía, creo que tenían ahí,
	Yo llegué aquí porque me rescataron.

Tabla 4.12. Forma de llegar al albergue. Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

Accidentes y enfermedades durante la estancia en Ciudad Juárez

Dado que la estancia prolongada en un espacio está relacionada con el advenimiento de esquemas de salud complicados o enfermedades o accidentes, era importante entonces

preguntar sobre lo que les había acontecido durante su estancia en la ciudad y sus albergues, y sobre la atención que se les dio al momento del evento. En el tema de los accidentes, la experiencia de los NNA migrantes no acompañados mostró que solamente un NNA migrante no acompañado se accidentó—se dislocó el hombro al caer de la cama en el albergue. Pero en general este fue un caso excepcional, pues ningún otro participante dijo haberse enfermado o haber sufrido un accidente ya estando en el albergue en Ciudad Juárez. Sin embargo, aunque tangente al tema de la atención a la salud física que es el centro de este estudio, las crisis nerviosas y los episodios de ansiedad fueron constantes durante el tiempo que se realizó observación. Este tema es algo complicado pues es difícil que los NNA migrantes no acompañados identifiquen las necesidades y afecciones a la salud mental de una manera clara, pues es mucho más fácil detectar un problema físico y regularmente no es bien visto que muestren debilidades o síntomas de poco control de las emociones frente a pares.

Planes a futuro

Finalmente, durante los ejercicios de los grupos de enfoque se les preguntó a los NNA migrantes no acompañados que participaron sobre sus planes a futuro, sobre todo porque la estancia en Ciudad Juárez es finalmente transitoria. Esta parte de la actividad se incluyó para tratar de conocer las metas y aspiraciones de las y los participantes. Estas preguntas fueron dirigidas precisamente a lo que se considera que ha sido parte de las motivaciones para migrar—sobre todo bajo el entendido que los participantes tenían presente que su estancia en Ciudad Juárez era temporal.

En este sentido, se encontró que entre las expectativas individuales se encuentra una variedad de objetivos de mediano y largo plazo. Entre estos se encontraban el estudiar

carreras universitarias o el hacer deportes a nivel profesional. Sin embargo el tema de la salud, por ejemplo, tener cobertura médica o acceso a servicios de salud, parece no ser prioridad en el futuro, por lo menos de forma directa porque que entre los planes de algunos de los y las participantes sí se encuentra el estudiar profesiones relacionadas con la prestación de servicios de salud entre otras carreras. Esto se puede interpretar, sin embargo, como una nueva conciencia que genera la oportunidad de ayudar a otros en el futuro a resarcir el daño hecho a ellos en el presente. Como se puede observar en la Tabla 4.13, el fin de muchos de los participantes era “ayudar” a través de carreras como enfermería y medicina, aunque estas expresiones fueron las menos.

Código	Segmento
Planes a futuro > ¿Qué esperas en un futuro para ti?	Estudiar arquitectura y ingeniero en automotriz.
	estudiar y estar con mis papás y ser enfermera.
	Estudiar, estudiar mi carrera, también ayudar a mi madre.
	Futbolista.
	Marina.
	Me gusta la agronomía.
	mi sueño de niña es ser doctora
	Motocross.
	No sé si me gustaría que me pagaran por jugar futbol, pero no sé no sé si se va a poder va pero si no me gusta mi carrera de mecánico
	Quiero estudiar llegar con mi mamá, yo quiero ser policía y futbolista.
	Quiero ser futbolista, pero todo es mecánica.
	Quisiera estudiar y sacar mi carrera.
	Ser licenciada del banco.
	ser mecánico.
	Y espero convertirme en abogado
	Yo Estudiar, llegar mi mamá
	Yo he terminar mis estudios y ser azafata.
	Yo pues obviamente seguir estudiando, porque yo la verdad, a mí sí me gustaría ser policía.
	Yo quiero ser empresario.
	yo quisiera ser doctor para poder ayudar.
	Yo quisiera ser futbolista
	Yo ser portero, si no ser abogado
	Yo, ser futbolista, pero también uno de mis sueños es ser boxeador.

Tabla 4.13. ¿Qué esperas en el futuro? Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

Una segunda toma: Las entrevistas a personal de salud

En el trabajo de campo se realizaron 12 entrevistas a personal de salud en sus diferentes áreas, desde profesionales en trabajo social, hasta profesionales en enfermería, psicología e incluso a médicos, así como a coordinadores y encargados de espacios de atención a niñez migrante no acompañada, con el objetivo de comprender y analizar los diferentes enfoques de atención en salud a los NNA migrantes no acompañados, así como identificar elementos clave dentro del marco teórico-conceptual, que se compone de la vulnerabilidad y desigualdad en salud, la interseccionalidad, los determinantes sociales de la salud y las categorías que de estos se desprenden, como la suficiencia, eficiencia y advocacy.

Por lo tanto, en esta sección se muestran los principales hallazgos durante la recolección de datos, empezando por la triangulación de los diferentes actores que participaron, donde se observó que las esferas de acción, como gobierno, sociedad civil y las agencias internacionales no son excluyentes entre sí, y algunos profesionistas pueden ser parte de una o varias de estas, y por lo tanto, el enfoque de atención obedece a distintas visiones. También se recuperan las experiencias en temas de salud a NNA migrantes no acompañados, desde los motivos frecuentes de consulta y las principales necesidades de atención desde su quehacer profesional. Seguido de esto se hace evidente que las y los prestadores de servicios de salud enfrentan retos en el trabajo con esta población, que casi siempre está relacionada a los escasos recursos con que cuentan, por lo que recurren a la gestión de insumos con actores privados y al advocacy dentro y fuera de su institución. Por último se presentan los hallazgos acerca de las experiencias en temas de salud física y mental con NNA migrantes no acompañados.

Participantes y mapa de actores

La siguiente parte del trabajo de campo se compuso de entrevistas semiestructuradas a personas que trabajan como funcionarios públicos, personal médico, personal de enfermería, trabajadores sociales, personal de atención psicológica, y personal en la coordinación de espacios de atención públicos y de la sociedad civil, así como de agencias internacionales que atienden directamente a niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados en temas de salud. Estas perspectivas son centrales para medir los esquemas de atención en materia de salud al grupo bajo estudio en este trabajo.

Entre los resultados se encontró que algunas personas que participaron se encuentran laborando simultáneamente en dos de las esferas que fueron estudiadas (Figura 4.4.), lo cual permite una comprensión mayor con relación a la provisión de los servicios de salud a los NNA migrantes no acompañados. También se encontró que las perspectivas de los diferentes actores cambian de acuerdo al tipo de organización en la que trabajan. Por ejemplo, las organizaciones de la sociedad civil y las agencias internacionales mantienen una congruencia en el enfoque desde el cual se diseñan las intervenciones, que tiene sustento en los derechos humanos y se refleja en el trabajo humanitario que llevan a cabo los colaboradores en terreno.

Esto era algo esperado desde el diseño de la investigación. De la misma manera, los reglamentos que guían las acciones de los funcionarios públicos en cuanto al trabajo con niñez migrante no acompañada también se encuentran sustentados en convenciones internacionales y reglamentos generales, sin embargo, las respuestas de quienes toman decisiones pueden ser a discreción, según convenga a sus intereses político-económicos de la institución que representan.

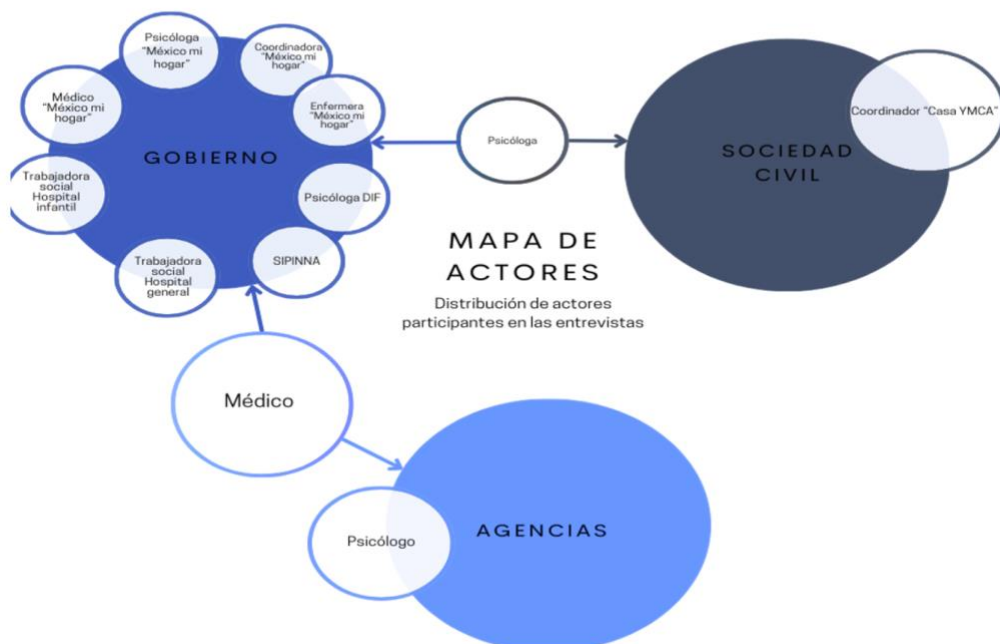


Figura 4.4. Distribución de actores participantes en las entrevistas. Elaboración propia, 2025.

¿De qué se enferman los NNA migrantes no acompañados?

Uno de los elementos más importantes del estudio es por supuesto la atención a la salud de los NNA migrantes no acompañados. Pero la cantidad y calidad de dicha atención se mide con base en las enfermedades o problemas de salud que afligen al grupo bajo observación. Por lo tanto, en los ejercicios de campo se preguntó a las personas entrevistadas cuáles son los motivos por los que acuden a solicitar atención médica,³ sin importar si el motivo fuese por enfermedad o accidente. En un mundo ideal hay coincidencia entre las necesidades en materia de salud y los servicios ofertados por el sistema de salud mismo. Durante el trabajo

³Es importante señalar que todas las respuestas toman como referencia los casos de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en espacios de atención tutelados por el Estado en los diferentes niveles, tanto estatal como municipal.

de campo, se encontró que la mayoría de las afecciones de salud son consecuencia de los riesgos que incurren los NNA migrantes no acompañados en el trayecto migratorio. Muchos son riesgos relativamente comunes a cualquier persona; se manifiestan en forma de infecciones virales como la varicela, males respiratorios, malestares digestivos, lesiones en la piel, y otros son mayormente relacionados a los riesgos físicos del terreno como daños a las extremidades por accidentes, mientras que otros son por estrés por la exposición al clima extremo—en algunos lugares o momentos mucho claro o en otros mucho frío. También se encontró, como muestra la Tabla 4.14, que algunos de los padecimientos son parte de una deficiente alimentación desde el lugar de origen y que se agravó durante en tránsito. Y se encontró que la salud mental tiene relevancia debido a que los síntomas suelen ser somatizados en forma de crisis nerviosas, trastornos del sueño, y de la conducta. Esta parte de la conducta se ha manifestado en forma de autolesiones.

Código	Segmento
Experiencia con niñez migrante y necesidades de salud > Motivos por los que acuden a solicitar atención médica	amputación de una pierna por el tren
	autolesiones
	contención emocional
	crisis convulsivas
	desnutrición crónica
	desnutriciones
	desnutriciones crónicas
	digestivas y dermatológicas
	dolor de cabeza
	dolor de estómago
	dolor de garganta
	dolores abdominales
	enfermedades de transmisión sexual
	enfermedades dematológicas
	enfermedades digestivas
	enfermedades genitourinarias
	enfermedades respiratorias
	enfermedades respiratorias
	enfermedades respiratorias
	epilepsia
	lesionados de las, de las piernas
	mala alimentación
	pediculosis
	quemaduras por exposición al frío en cara, en labios
	tos
	trastornos alimenticios
	trastornos alimenticios
	trastornos del sueño
	trastornos del sueño
	varicela

Tabla 4.14. Motivos por los que acuden a solicitar atención médica. Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

¿Qué es más urgente atender?

Para continuar con el discernimiento de la cantidad y calidad de atención en materia de salud, fue importante también preguntar la prioridad en la atención a los esquemas de salud de los NNA migrantes no acompañados. Los entrevistados tienen una visión relativamente completa de la priorización que se les da. Según lo manifestaron las personas entrevistadas, la parte de la salud física es relativamente fácil atender, ya que existen los diagnósticos suelen ser sencillos debido a que los padecimientos son bastante comunes. Sin embargo, el principal hallazgo no va en función de las enfermedades, sino de la atención, ya que las y los

entrevistados refieren que la atención primaria es clave para el seguimiento en caso de una enfermedad. Si no se da la atención desde el momento que son identificados los malestares, existe el riesgo de complicaciones en padecimientos que requieren tratamiento. Así también, entre los hallazgos se identificaron respuestas que ponen énfasis en la parte de la salud mental, y fue una constante en las respuestas, la cual cobra relevancia al ser un área que requiere de un trato diferenciado y un seguimiento puntual. Esto se puede apreciar en la Tabla 4.16, con las respuestas textuales de las y los entrevistados.

Código	Segmento
Experiencia con niñez migrante y necesidades de salud > De las necesidades de salud identificadas en la entrevista, ¿Cuál le parece que es la más urgente de atender?	atención primaria, sabemos que por toda la travesía que vienen simplemente la cultura, la comida, es muy común que vengan por dolores abdominales, pues obviamente la comida es diferente y aparte esta carencia que tienen, sumado a todo el desgaste físico que generaron de la travesía, pues se van complicando, de digo yo creo que más que nada, sería una atención primaria, dentro de los albergues, claro los que están en albergues, porque nos han tocado los de las carpas que están fuera, carpas que organizan ellos, no tanto del municipio, ni de los albergues que ya están establecidos, sino que por su cuenta se quedan fuera acerca del puente, creyendo ellos que va a ser más pronto su cruce.
	cuando empiezan ellos a batallar o algo, a tener problemas respiratorios.
	el nivel de estrés que se puede manejar o se maneja, son travesías de lugares demasiado lejos y llegar a este punto y la incertidumbre porque realmente la función que hace DIF es de llevarlos a su lugar de origen, entonces todo lo que conlleva la frustración, de ahí hago más a atención psicológica porque ahí denota, pues afecciones como el estrés, gastritis o cualquier tipo de un intento de suicidio por la frustración
	la mayoría de ellos no llevan un seguimiento, o prefieren firmar su, inaudible, voluntaria, nos ha tocado en mayores, en menores te digo es un poquito, tenemos un poquito más el control, no nosotros, pero las autoridades, pues en este caso, nos ayudamos de la procuraduría y de fiscalía, entonces ellos pueden tener un poco más del control con los menores y el hecho de colocarlos en los albergues, pues exige que lleven un control médico, posterior a su alta.
	lo psicológico, más que, ¿pues es una patología en salud verdad? Pero a todo lo que se enfrentan, todo lo que, te digo en este tipo de niños en lo que tú estás haciendo la investigación, yo no puedo tener tanta intervención porque vienen bajo una tutela, entonces no... pues prácticamente DIF no tiene mucha información, yo no tengo el poder adquisitivo para poder cuestionar al niño sobre su movilidad, y todo eso, porque no he tenido ni siquiera a niños hospitalizados que yo recuerde hasta el momento.
	podría ser como trastornos emocionales también, pues ya de lo que han pasado en su proceso, por sus hogares, todo eso.
	Pues puede ser niños ya que padezcan ya como, no se podría decir que es una enfermedad, pero sí son como trastornos de ansiedad.
	Pues yo creo que como tal, como el proyecto está, es un trabajo, realmente el trabajo es conjunto con la nutrióloga y con la psicóloga, aparte mi compañera de enfermería. Siempre tratamos de hacer un tratamiento conjunto.

Tabla 4.15. De las necesidades de salud identificadas, ¿cuál es más urgente atender?
Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

¿Los NNA migrantes no acompañados representan riesgo de salud pública?

Más sobre el meollo del asunto, bajo la teoría de riesgos sociales, se les preguntó a las y los entrevistados si los cuadros epidemiológicos o los problemas de salud de los NNA migrantes no acompañados representaban un riesgo para la salud de la población local. Esto permitió poner a prueba una de las teorías presentadas en el trabajo. El objetivo de esta pregunta era pues saber si quienes participaron en las entrevistas perciben como un riesgo el hecho de que niñas, niños y adolescentes que vienen de otros países porten enfermedades que se transmitan a la población local y que a partir de esto se pueda generar una situación de epidemia y posterior a eso un desequilibrio en el sistema de salud en la ciudad. Sin embargo, las personas que respondieron indicaron que no, ya que los padecimientos son similares a los de niñas y niños mexicanos y no representan riesgo de salud.

Código	Segmento
Experiencia con niñez migrante y necesidades de salud > ¿Ha identificado alguna enfermedad en los nnamna que pueda representar un riesgo para la población local?	Hasta ahorita no he tocado algo así tan extravagante
	no nos han llegado tal cual, sabemos si conocemos por los contactos que tenemos en los albergues, en cuestión de infecto/contagiosas, varicela, ese tipo de enfermedades, pero que nos hayan llegado con gravedad al hospital no, como que le dan una contención dentro del albergue.
	No, ninguna
	No, no como tal para la población local
	no. Pero por la experiencia que yo tengo, no lo veo así como que tan factible a que llegue a pasar

Tabla 4.16. Enfermedades de NNA migrantes no acompañados representan riesgos para la población local.
Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

Diferencia en los padecimientos entre niñez migrante y niñez local

Según lo expresado en las entrevistas, la mayoría de las y los participantes tienen bastante experiencia en el trabajo con niñez local y con niñez extranjera. Esto permite también medir si hay una diferencia en la atención a la niñez migrante con base a su nacionalidad o estatus migratorio. Por eso, en esta sección de trabajo de entrevistas se preguntó a las y los participantes si ellos identificaron diferencias entre las enfermedades de los NNA migrantes no acompañados y los NNA locales, y en la atención que recibe un grupo o el otro, con el objetivo de saber si desde su percepción al atenderles representa un riesgo a la salud de los habitantes de la comunidad en general, o si los trabajadores de salud se enfrentan a infecciones y enfermedades desconocidas en México, y que impliquen un grado de dificultad en la atención, como por ejemplo, tener disponibilidad en los medicamentos necesarios para tratar el padecimiento.

Los resultados muestran, tal y como se aprecia en la Tabla 4.17, que, si bien las enfermedades no son diferentes, existen elementos que marcan una diferencia. Mientras que los niños nacionales tienen varias opciones, desde los centros de atención públicos hasta los privados, los NNA migrantes no acompañados no tienen el mismo acceso o hay carencias evidentes en las instalaciones ya de por sí precarias en los albergues. Además, el hacinamiento en los espacios donde son resguardados pudiera favorecer la proliferación de ciertas enfermedades como la pediculosis, o representar contagios de infecciones como en el caso de la varicela, o incluso llevar a otros problemas relacionados con la inadecuada alimentación o la dieta diferente a la que usualmente tienen acceso los NNA migrantes no acompañados y que hace más grave la desnutrición y el riesgo de tener accidentes al intentar

cruzar el muro fronterizo. La siguiente tabla muestra algunas de las respuestas a estas preguntas.

Código	Segmento
Experiencia con niñez migrante y necesidades de salud > ¿Encuentra alguna diferencia entre los padecimientos que presentan los nñamna y los nna's locales? > ¿cuál?	a ellos les gustaba mucho cuando hacíamos actividades que tuvieran que ver con platicar sobre su cultura. Ajá. O cuando los cubanos tomaron acción en la cocina, que ya ellos se hicieron cargo de la cocina. Ellos a veces hacían también algún tipo de alimentación específica que ellos entonces los niños eran muy felices. Sí. Porque al principio realmente la comida era muy mala. Ajá. O sea, comían pésimo y los niños siempre estaban enfermos del estómago y no les gustaba nada o no comían, ¿no? Entonces eso era algo de lo que siento que una diferencia es que, como esta ignorancia que sí sienten los niños y niñas, ¿no? De que no la tomamos en cuenta.
	Aquí la cuestión es que, como los locales, son de a lo mejor nada más se quedan un día o dos días en lo que llega a la familia, pues, en ellos no se les hace un proceso, este, bueno, un seguimiento en cuestiones médicas o en cuestiones de higiene en general. Sin embargo, o bueno, en cambio, acá es lo que los niños, pues, ahora sí que extranjeros, a ellos sí se les hace un control. ¿Por qué? Porque ellos no, no se van. No se van diariamente. Ellos llevan un proceso para poder, este, volver a sus países.
	así es, pues sí
	el hecho de que muchas de los albergues que lamentablemente no tienen las condiciones ideales, pues existe lo que es la sobrepoblación. Entonces, pues es muy fácil los contagios de enfermedades del tipo transmisibles como varicela, como escabiosis, como pediculosis. Entonces, no que sean difíciles, pero pues igual a lo mejor no son tan comunes en la población local.
	niños por fractura cuando intentan cruzar el muro, no pueden y se lesionan, otro nos llegó un caso de un niño herido por arma de fuego, ahora que se está dando esta situación de secuestro a migrantes, entonces te digo son situaciones muy diferentes a las que nosotros normalmente atendemos, inaudible, que por lo general, los locales que llegan con un dolor abdominal, un problema respiratorio, a lo mejor un accidente, pero son muy aislados, entonces te digo, si es muy notorio esta parte entre los niños migrantes y los locales.
	los niños migrantes a veces vienen con otras enfermedades pues allá de su ciudad, de su localidad natal, pero así que encuentre diferencias pues no.
	no en cuanto a diagnósticos como tal, pero si en cuanto a su fisionomía, estructuralmente son niños con desnutrición.
	Pues no realmente tanta diferencia
	sí, claro
	Sí, claro, sí, es una diferencia totalmente diferente; Por ejemplo, los jóvenes de aquí de México, pues, por lo regular viajan acompañados de un adulto para llegar hasta aquí, hasta la frontera, ya me sé, a veces, lo más lejano es un vecino que deja al pendiente de ellos, o si no viene el papá, o viene la mamá, o vienen los hijos. El niño centroamericano, ellos, aparte de que viajan en otras condiciones, regulamente lo hacen a pie o lo hacen en el tren; es más difícil la situación de ellos, porque ellos sí vienen, la mayoría de ellos, completamente solos, sin algún familiar; y en el caso de los mexicanos, pues, siempre viajan en el autobús, que se van a ir a los centros de salud estatales. En el autobús y algunos, pues, de aéreo. Y las personas de origen centroamericano, pues, siempre viajan, siempre viajan. La mayoría de ellos, yo creo que el 99% viajan en tren o caminando.

Tabla 4.17. Diferencia en los padecimientos de salud entre niñez migrante y niñez local.

Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

Conocimiento sobre programas para niñez migrante no acompañada y su cobertura

Un tema que tiene relevancia debido a su relación con los presupuestos que se destinan para la atención en salud son los programas de gobierno. Por tal motivo, se les preguntó a las y los participantes si tenían conocimiento sobre los programas de gobierno destinados a la atención de NNA migrantes no acompañados—o en su defecto si la atención era parte de la atención a la niñez en general. Era importante identificar si los prestadores de servicios de salud tienen conocimiento de programas especiales, si su actuar va en función de estos programas, o si las actividades son parte de la rutina o quehacer profesional dentro de los espacios de atención para el grupo etario en general. Entre los hallazgos, se identificó que

solamente una de las entrevistadas tiene conocimiento y actividades basadas en el programa de atención a salud de migrantes específicamente. La mayor parte no tenía conocimiento de programas dedicados a migrantes ni al grupo etario bajo estudio. Se encontró entonces que los procedimientos de atención a la salud así como los recursos y las instalaciones para dichos procedimientos que llevan a cabo en la atención a niñez migrante son parte de sus actividades de rutina, y que los gastos que se generan son cubiertos por el sistema de salud público, ya que mayormente son atendidos en los albergues donde se encuentran o según sea el caso, dependiendo de la edad, también en los hospitales locales, que en este caso son el Hospital General y el Hospital Infantil. Esta información se presenta en la Tabla 4.18, con citas textuales.

Código	Segmento
Experiencia con niñez migrante y necesidades de salud > ¿Conoce algún programa de gobierno diseñado para atender específicamente a nnamna? > ¿Cuál es el alcance de cobertura?	cuando los doctores de primer nivel detectan algo, pues ya lo llevan al lugar de referencia, y ahí vemos el abordaje, en este caso llega un niño migrante a ese albergue, lo llevan a Todos somos mexicanos, le hacen la exploración por dolor abdominal , y pues ya me lo mandan a mí para descartar que sea una apendicectomía, hasta el momento no he tenido ninguna que yo recuerde, una intervención quirúrgica ni un migrante que está solo, sólo han sido consultas.
	el hospital usa el recurso que tiene para la atención
	Afortunadamente aquí hemos tenido siempre muy buena conexión con las autoridades, de hecho, tanto con los, con las personas de otros países como los de aquí mismo de México, siempre, siempre nos han apoyado en cuestiones de atención, sin ningún costo, y esto, pues, es un gran beneficio para nosotros porque, pues, acudimos aquí,
	por ejemplo, al consultorio municipal, y ahí nos regalan también la medicina, el medicamento, entonces, este, es algo bueno, porque aparte de la consulta, pues, también incluye el medicamento, y también en el sector salud, le digo, en los centros de salud estatales, este, también nos daban toda la facilidad o nos la siguen dando
	No, la verdad, desconozco.
	nosotros tenemos el programa de atención a migrantes en salud, entonces es proporcionarle, salud con los recursos que nosotros tenemos, consultas, medicamentos, estudios con todo lo que cuenta la unidad; de ahí están los enlaces, están las organizaciones, que surgieron, no sé si ahí están o no las habíamos visto, hay mucho contacto de enlace asociaciones que desconozco si ya estaban o si surgieron a raíz de la movilidad porque estas se encuentran en los albergues, o buscar a ahí en el enlace interinstitucional para buscar el recurso y el apoyo para las personas en movilidad.
	por parte del secretario de salud, hay una indicación donde todo migrante tiene que tener la atención de manera gratuita, obviamente se le da lo que el hospital tiene.
	se condonan, por trabajo social, con un programa de condonación
	todos los gastos económicos de atención a los niños los cubre municipios
	yo soy segundo nivel, segundo nivel, solo maneja en el caso de cardiopatías sólo manejamos consultas de especialidad, la cirugía se realizan en la ciudad de Chihuahua o México, entonces si un niño migrante no acompañado llega con este tipo de diagnóstico, en este caso yo sólo podría darle tratamiento y diagnóstico, pero si requiriera un proceso quirúrgico, un abordaje distinto, pues yo lo tendría que referir a adonde correspondería, si él ya requiere una intervención quirúrgica, el hospital infantil no cuenta con la capacidad de brindar esta atención, porque esa es atención de tercer nivel, entonces no es que sea un diagnóstico como tal de contagioso, o como lo que tú te refieres así, pero es un diagnóstico muy, muy frecuente, en general de la población, ósea que no es especialmente si llega un niño migrante no acompañado con esta patología, pues es el proceso que se hace.

Tabla 4.18. Programas de gobierno disponibles para niñez migrante no acompañada y su cobertura.
Elaboración propia con datos de MAXQDA, 2025.

Sociedad del riesgo y Derechos humanos

En este apartado se hicieron varias preguntas referentes a cómo los participantes entienden el hecho de que la niñez extranjera viaje sin acompañamiento de alguno de los padres, y si consideran que esto puede ser favorable al momento de intentar el cruce a Estados Unidos, es decir, si piensan que tienen algún tipo de beneficio por viajar sin el cuidado y la protección de alguna figura parental. Las respuestas fueron muy diversas, desde quien considera negligentes a los padres por permitir salir solos del país a los hijos, hasta que es un acto de valentía, pues consideran que nadie deja su hogar para emprender un viaje a sabiendas de los riesgos que implica el trayecto y el enfrentarse a las autoridades estadounidenses. En lo que sí estuvieron de acuerdo, es que la salud física, aunque también la salud mental, se ve afectada de forma negativa, ya que la experiencia migratoria en sí representa un trauma y pausa su desarrollo. El trayecto migratorio y la ausencia de protección ocasiona a los NNA migrantes no acompañados problemas físicos, pero también cognitivos, conductuales, y emocionales, entre otros,

...les transforma, les exige tomar roles que no necesariamente les corresponden. De pronto, les toca ejercer como papás, mamás de sus hermanos más pequeños cuando vienen. O les toca simplemente como enfrentarse a una emancipación, como un proceso de ser más autosuficientes a una edad que no es suficiente (Entrevistada 8, 2024).

¿Es importante atender la salud de NNA migrantes no acompañados?

En otro componente de la sección de entrevistas se les preguntó a los participantes si para ellos es importante atender la salud de NNA migrantes no acompañados. Ahora bien, esta

pregunta puede parecer sesgada, puesto que raramente alguien va a confesar que no es importante o necesario. Pero en un contexto como el de Ciudad Juárez, asumiendo que el personal tiene sus puntos de vista y que los puede expresar libremente, se presume que las respuestas reflejan el sentir del personal. A Ciudad Juárez se le considera un espacio “de paso” y pudiera parecer que las necesidades de salud se desdibujan para muchos y por esto vale la pena mencionar que desde un inicio se aclaró a las y los participantes que las respuestas son desde su experiencia y percepción personal, que no existen respuestas correctas o incorrectas, y que tienen la completa libertad de responder sin ser juzgados. En ese sentido, se encontró que las indicaciones de los mandos superiores son que se atienda a todos por igual (véase tablas 4.19 y 4.20), sin distinción de edad, lugar de origen, o estatus migratorio, y que la decisión sobre la secuencia de atención tiene que ver con la gravedad de la enfermedad, no por otra cosa. Es decir, se atiende primero a quien tenga un cuadro de salud más complicado que el resto de los solicitantes.

Código	Segmento
Sociedad del riesgo y derechos humanos. > ¿Considera importante atender la salud de nnamna?, ¿Por qué?	Claro que sí, tanto salud física como salud mental
	es un episodio traumático para muchas y muchos de ellos, porque no es voluntario, porque no está siendo en las condiciones ideales, porque en el camino han pasado muchas cosas
	pues claro, para conocer sus condiciones de salud si vienen desnutridos, si tienen la falta de alguna vitamina o vamos a los más básico, conocer su esquema de vacunación, que realmente no sé si se maneja igual que en México, pero pues sí, sería, por lo menos, tener un panorama de lo básico, medición de peso, y talla, nutricional, porque créeme que llegan en condiciones, inaudible, bañaditos y peinaditos, si verdad, pero no puedo imaginar en qué condiciones llegan.

Tabla 4.19. ¿Considera importante atender la salud de NNA no acompañados?
Elaboración propia en MAXQDA, 2025.

Código	Segmento
Sociedad del riesgo y derechos humanos. > ¿Qué considera más importante: preservar la salud de la población local o hacer efectivo el derecho humano a la salud de nnamna	no, o sea sí, y no, porque pues no es por población, es por diagnósticos, entonces si un niño migrante, entra por un dolor de cabeza, pero si tengo una fractura expuesta de un niño de la localidad, pues yo le voy a dar prioridad al niño de la localidad, por la fractura expuesta, no porque sea de la localidad, sino por su diagnóstico y atención que requiere a un dolor de cabeza.
	No, se atienden todos por igual

Tabla 4.20. ¿Qué considera más importante: preservar la salud de la población local o hacer efectivo el derecho humano a la salud de NNA no acompañados? Elaboración propia en MAXQDA, 2025.

Discriminación en los servicios de salud para niñez no acompañada

Otro de los elementos que atraviesa uno de los marcos teóricos centrales de este trabajo, el de los Derechos Humanos y la Sociedad del Riesgo, es la discriminación, que a su vez impacta directamente en la salud de los NNA migrantes no acompañados, y que tiene una estrecha relación con la vulnerabilidad y la interseccionalidad. Al respecto, se hipotetiza que los NNA migrantes no acompañados son discriminados o excluidos cuando solicitan atención médica en los diferentes centros de atención. Con base en eso se les preguntó a las y los prestadores de servicios de salud y coordinadores de espacios de atención si alguna vez han presenciado o escuchado de casos de discriminación o de exclusión de NNA migrantes no acompañados.

Los resultados de esta pregunta de las entrevistas durante el trabajo de campo se muestran en la Tabla 4.21 muestran que en el ejercicio de proporcionar servicios de salud a niñez migrante no se han cometido actos de discriminación por parte de los prestadores y coordinadores de espacios de atención hacia los NNA migrantes no acompañados—por lo menos no concientemente. Sin embargo, los prejuicios se encuentran presentes al momento de enfrentarse a dilemas éticos que tienen que ver con el cuestionamiento del por qué migran

sin acompañamiento y la ausencia de protección de los padres ante una situación tan complicada como lo es la migración. También es común que el rechazo se dé a partir de la apariencia, ya que pueden aparentar tener más edad de la real o parecer adultos cuando son adolescentes. Sin embargo, no se detectaron casos de discriminación o exclusión con base a grupo étnico u otra característica como esta.

Código	Segmento
Sociedad del riesgo y derechos humanos. > ¿Usted ha visto o escuchado de actos de discriminación contra nnamna en algún hospital o centro de salud?	En los últimos años, en los últimos años han llegado cada vez más niños chiquitos, de cinco o seis años solos, o sea, antes este llegaban muy pocos casos así de niños pequeños y venían acompañados de hermanos de 15 años, 16 años, y ahora es cada vez más los niños más pequeños.
	no, contra los adultos sí, te digo, es esta parte de los prejuicios que tenemos, es imposible decirte que somos los mejores, hay obviamente casos donde interponemos nuestros prejuicios, se da mucho por ejemplo con los de Venezuela, por toda esta parte que oímos también, venimos oyendo de la situación que roban, la forma en que se comportan.
	No, la verdad hasta ahorita no.
	No, no, no, no, no, para nada, siempre los, los atienden bien de, de la nacionalidad, que los lleven
	Realmente no

Tabla 4.21. Discriminación en centros de salud y hospitales hacia NNA migrantes no acompañados.
Elaboración propia en MAXQDA, 2025.

Retos para la comunicación con NNA migrantes no acompañados

Sobre el tema de la comunicación entre adultos encargos de los cuidados de los NNA migrantes no acompañados y los menores, se puede anticipar que trabajar con niñez es complicado, y más aún cuando esos niños, niñas y adolescentes provienen de contextos diferentes a las que se detectan cotidianamente en un contexto determinado, o se pueden

considerar como personas con costumbres distintas y probablemente enfermedades que pueden ser desconocidas o poco comunes en el espacio donde se encuentran, como lo es en la frontera de México con Estados Unidos. El lenguaje de expresión o incluso el acento puede poner espacio entre el servidor y el menor, y por tal motivo se consideró sumamente importante durante las entrevistas inquirir sobre los retos que tienen los prestadores de servicios de salud en el trabajo de atención para con los NNA migrantes no acompañados.

Los problemas de comunicación son comunes, aun cuando se hable el mismo idioma—como es el caso de los migrantes centro y sudamericanos, y mayormente si no se habla la misma lengua—como lo es el caso de los menores de países no latinoamericanos o de comunidades indígenas que hablan otro dialecto. Y a veces, los malestares o enfermedades pueden ser los mismos, pero se nombran de distinta manera. Esto requiere de atención especial al lenguaje que se está manejando, si la atención al problema de salud de los NNA migrantes no acompañados ha de ser efectivo.

Con relación a esto, se encontraron varios elementos que vale la pena destacar como importantes a este trabajo. Por ejemplo, los resultados (Tabla 4.22) muestran algunos de los retos más centrales en el trabajo de salud con NNA migrantes no acompañados, los cuales tienen relación con la parte individual de los NNA, como se establece dentro de los determinantes sociales de la salud, pero también con la dificultad para expresar ciertas emociones durante los tratamientos, y en el caso de la salud mental durante las terapias, la negativa para la toma de medicamentos que no conocen.

Pero el hallazgo principal corresponde al de la comunicación verbal, ya sea por el idioma, el vocabulario, ya que muchos hablan dialectos que ni entre ellos comparten, ya que son específicos de ciertas regiones y comunidades indígenas o por el lenguaje para referirse a objetos en común.

Código	Segmento
Sociedad del riesgo y Derechos Humanos> En su experiencia, ¿hay retos para la comunicación con nnamna? > ¿Cuáles?	Es nada más que yo me tengo que proteger, hijo. Porque a mí me dieron la indicación de que yo te diera este medicamento y pues si no lo tomas te puede causar algo peor, ¿no? Entonces fácilmente es eso, pero aquí pues no los podemos obligar a nada.
	hasta los mismos chicos nos dicen, es que nosotros no queremos extemar porque sabemos que nos vamos a romper. Claro, es como una, como una barrera.
	hay veces que los niños hablan en dialectos, en otro... Tienen otra forma de decir las cosas, o tienen otra manera de curarse.
	me he abocado más no tanto al idioma, sino a la percepción de ese niño vulnerable, de no hablar, de no expresarse, de no decir, y eso es una limitante, pues si él no dice lo que siente, pues tampoco podemos ser adivinos, pero es el miedo con el que vienen esos niños, niñas y adolescentes para su atención no saben si lo que van a decir, es malo o que les vayan a hacer, el estar asustados.
	sí, a veces traen otros tonitos, otros lenguajes que sí, a veces te quedas así como que, ¿qué? O la forma de llamar a las cosas.
	Sí, sí, ha habido varios, este casi siempre en en los grupos llega al menos uno que no sepa hablar español, entonces ahí lo que hacemos es apoyamos con sus sus mismos compañeros, este muchos de ellos vienen en grupos, entonces ya es como que se conocen y ya ellos nos ayudan a traducir y ya, la verdad es que por el tiempo que pasan aquí son muy inteligentes, luego luego comienzan a a entender, a hablarlo, incluso entonces este pues ya.

Tabla 4.22. ¿Hay retos para la comunicación con NNA migrantes no acompañados?. Elaboración propia.

Suficiencia y eficiencia en los servicios de salud

Respecto a la suficiencia y eficiencia en los servicios de salud, es importante mencionar que las respuestas de esta sección están orientadas a analizar la parte de los recursos con los que cuentan las y los prestadores de servicios de salud para realizar sus actividades profesionales con NNA migrantes no acompañados, donde la eficiencia va a medir la parte cualitativa de la atención y la suficiencia tendrá relevancia en la parte cuantitativa, es decir, la calidad y

cantidad en los servicios a los NNA. Entre todo este conjunto de elementos que intervienen para que el acceso a los servicios de salud a la niñez migrante se encuentran los recursos destinados, donde los prestadores de servicios de salud hacen uso, como es la infraestructura, medicamentos, insumos de apoyo y rehabilitación física, entre otros. Como consecuencia, estos empleados otorgan calificación a la institución para la cual trabajan, sea de gobierno, sociedad civil o agencia internacional, e identifican retos para poder llevar a cabo las tareas diarias bajo estas dos premisas de suficiencia y eficiencia, y también se manifiestan los aciertos o cosas que se hacen con éxito en las intervenciones con NNA migrantes no acompañados.

Calificación a las instituciones de salud

Este apartado muestra los resultados de las entrevistas a directores y personal de salud de espacios gubernamentales, de la sociedad civil y agencias internacionales que trabajan con niñez migrante no acompañada, Para ello, se pidió a los trabajadores del sector de atención al grupo objeto de esta investigación que diesen una calificación a la calidad de los servicios que prestan a los NNA migrantes no acompañados, con el objetivo de encontrar fallas en el sistema y áreas de oportunidad sobre las cuales sea posible mejorar, todo esto cruzado con el tema de la suficiencia y eficiencia en los servicios de salud que prestan dentro de su área de intervención. Algunos de los aspectos relevantes es la calificación que otorgan los prestadores de salud, donde se evaluó de manera personal y se encontró que existen varios factores que otorgan calificaciones altas, como la actitud del personal hacia los NNA no acompañados, y es en este punto en que coinciden varias respuestas, como se aprecia en la

Tabla 4.23, sin embargo, la falta de personal y de insumos para trabajar provocan que la calificación baje.

Código	Segmento
Suficiencia y eficiencia en el acceso a los servicios de salud de nnamna > ¿Cómo calificaría la calidad de la atención a la salud que se brinda desde lo público para nnamna? > ¿Por qué?	El problema que tenemos del tiempo de espera son las TVRHs. En realidad la TVRH, migración, es que no nos la está liberando
	Esos podría decir que tienen una excelente atención porque tienen todo el presupuesto de DIF. Ajá. De los DIFs, ya sea estatal o municipal, puesto. De una u otra manera y las agencias hacen lo suyo
	Pues realmente ha ido creciendo mucho el proyecto y creo que cada vez hemos mejorado más y más en las necesidades básicas. Sí, claro. Sí, claro. Sí, claro. Realmente cuando empezó el proyecto, al hacer el estudio, creo que las necesidades cambiaron. Entonces, no es una constante que siempre van a necesitar lo mismo, que siempre van a requerir las mismas atenciones. Pero afortunadamente creo que hubo ahí algunos ajustes, algunas profesiones pues ya no continuaron
	Es que si nos falta mucho personal y más en las noches cuando pueden hacerse la atención a estos niños, niñas y adolescentes, tarde noche o madrugada, porque el personal es más limitante. Entonces la atención y la espera para recibirla pues si puede diferir en este hasta dos horas de espera, un ejemplo es eso, no es que no podamos dar la atención, es que si no tenemos el recurso humano para atender los tres consultorios con los tres doctores, y nada más hay un doctor, pues el doctor te digo se aboca la patología de urgencia.
	lo que me ha tocado ver o observar es de que les dan toda la atención que necesitan ellos.
	Este, desde como los traen. Este, yo he visto que les dan su atención desde un principio, tratándoles como lo mismo. Este, empezar a asearlos totalmente, su limpieza, su cuidado.
	Y más que nada, pues yo he notado que la verdad, yo le doy un 10, porque no me había tocado así, ya como platican en otros albergues, pues realmente aquí yo he visto que los tienen bien aseados, los bañan todos los días, todos los días son de estar con su limpieza. Este, y más que nada, cuando llegan, llegan nuevos, entonces tratan como de meterlos en el grupito con los demás para que no se sientan como que aislados. Bien chiples que están.

Tabla 4.23. Calificación a la calidad del servicio en las instituciones públicas. Elaboración propia, 2025.

¿De quién es la responsabilidad de atenderlos?

En cuanto a la responsabilidad de atender los problemas de salud de las NNA migrantes no acompañados, se sabe que entre las dependencias de gobierno se rebotan unos a otros la obligación de atención a poblaciones vulnerables. Esto generalmente tiene que ver con las limitantes en los recursos. De igual manera, se mencionan los gobiernos de donde son originarios los NNA migrantes no acompañados como responsables de las fallas (primordialmente por la escasez de recursos) y hasta a los familiares de estos NNA migrantes no acompañados. Esto indica que los trabajadores de salud se encuentran rebasados y buscan

un tanto desplazar la responsabilidad, aunque sea subjetivamente. Por tal motivo se preguntó a prestadores de servicios de salud y coordinadores de espacios su opinión sobre quién tiene esa responsabilidad, considerando que son menores de edad y se encuentran sin acompañamiento en un país diferente al suyo y con necesidades de salud físicas y psicológicas en algunos casos. En ese sentido, se encontró que quien debe encargarse de procurar el bienestar y la atención médica en caso de necesitar es la autoridad inmediata a ellos. Por ejemplo, en caso de viajar no acompañados, el gobierno del lugar donde se encuentre debe responder por su salud. Se identificó una clara orientación a localizar a los padres en el lugar de origen, y entender la “obligación” como el conjunto de actores que tengan relación con los NNA migrantes no acompañados, como son gobierno y padres de familia. También se encontró como principal medio de protección el sistema municipal, aún y cuando son quienes reciben menos presupuesto para el trabajo con niñez migrante (Tabla 4.24).

Código	Segmento
Suficiencia y eficiencia en el acceso a los servicios de salud de nnamna > ¿Cuál es su opinión personal acerca de la atención que se proporciona a los nnamna en los centros de salud y hospitales público > ¿De quién es la responsabilidad de atenderlos?	al final de cuentas implica el gobierno, o sea quieras o no, el hecho de tratarse de un tema de inmigración donde tú le estás dando una entrada, a final de cuentas adquieres una responsabilidad hacia ellos, por donde lo busques adquieres una responsabilidad hacia ellos
	claro que los papás pues estando en Estados Unidos, ¿verdad? Y ellos acá pues es más difícil la atención médica, pero por ejemplo mientras ellos estén en el lado mexicano, pues sí dentro de lo que es en el DIF o en los albergues o así, que pues el gobierno municipio se haga cargo, más que nada, y igual pues ya estando del otro lado de Estados Unidos, ya es algo diferente, o sea ya pues allá el gobierno ya es muy apartado de la parte mexicana. Entonces ahí ya también, o sea también los papás pues tienen que tener conciencia
	Creo que eso debería de ser en conjunto y pues es lo que nosotros tratamos siempre, a lo mejor si ellos, Secretaría de Salud, no tienen la capacidad, el lado personal para venir a atender, pues nosotros si podemos apoyar en eso, lo hacemos con todo gusto y hacer las referencias para que ellos también nos apoyen cuando nosotros no podemos atender en esos casos
	DIF o la institución que debe de contar con estos recursos primarios básicos, para así poder hacer el filtro, primer nivel o segundo nivel de lo que requiere la atención, porque ahí es donde están ahí es donde llevan su proceso, está captando, sería bueno que ellos contaran con el primer contacto de tener un médico, una enfermera, una trabajadora social, un psicólogo para el abordaje de ese niño niña adolescente migrante que llega como primera instancia a su unidad y ya después de ahí derivarlo y nosotros dar seguimiento a lo que ellos detectaron. Pero no llegan y hasta que no le duele algo bus a ver adónde llevarlos, pero fue abocado a lo de la salud.
	Pues más que nada sería, más que nada pues todo en conjunto
	yo creo que es responsabilidad de todos los ocupantes, no nos podemos deslindar ya que, como te comento, es a la Organización Mundial de la Red de Todos y Derechos Humanos, todos tenemos derecho a la salud y todos tenemos derecho a recibir atención médica y todos tenemos derecho a ser tratados con dignidad, entonces creo que es de todos, no creo que caiga solamente en una persona o en una organización o en un gobierno.

Tabla 4.24. ¿De quién es la responsabilidad de atenderlos?. Elaboración propia, 2025.

Retos para mejorar la calidad de la atención

Por supuesto que los participantes de las entrevistas identificaron retos importantes para ofrecer una atención en cantidad suficiente y de calidad para los NNA migrantes no acompañados que se encuentran en condiciones de requerir atención a su salud. Pero a partir de las respuestas, se entiende que, si existen retos para la atención, estos se relacionan principalmente con la insuficiencia en la disponibilidad de recursos para una atención adecuada, y a partir de la escasez de recursos comienzan otro tipo de procesos que pueden convertirse en advocacy—sobre todo para actores externos que exigen atención pero que pudieran no estar enterados de las carencias internas de las instituciones encargadas de la atención a la salud.

De esta manera, se encontró que uno de los principales retos para la provisión adecuada de atención a la salud se refiere a la necesidad de sensibilizar y capacitar al personal de salud respecto a los procesos y la ruta de atención (Tabla 4.25), pero también a otros actores externos al sistema. Además, la saturación en la demanda de servicios y el personal rebasado por la carga de trabajo son áreas de oportunidad—principalmente para los gobiernos, pues en ocasiones se toman decisiones solamente para sacar adelante la jornada laboral, sin valorar la atención de calidad. Otro reto es que cuentan con insumos insuficientes, dado que tienen que realizar gestiones y negociar con proveedores de artículos médicos para conseguir materiales que necesitan; el tiempo prolongado de espera para recibir servicios, no solamente del sector salud, sino de procuraduría y fiscalía para casos que requieren seguimientos. Además, se identificó que las limitaciones en el tema de recursos es tan frecuente que ya es algo normalizado y que se enfrentan a ello en su quehacer diario.

falta mucha capacitación ahí, sensibilización
Incluso con los proveedores estamos a veces así de oye, pues mira es un migrante, como ves déjanos los más barato, o hay veces yo digo que se compadecen de nosotros, órale pues no te preocupes, yo te lo hago gratis, o no, yo lo pongo, incluso con los médicos ahí en el hospital, obviamente ellos llevan sus prácticas particulares, y nos dice no pues me sobró material, yo lo pongo, entonces en ese sentido, creo que se trabaja ahora sí que es un conjunto de personas que tenemos que trabajar en sintonía para poder obtener el mejor resultado.
la falta de recursos, yo creo que como en todo, toda dependencia de gobierno, ahorita, es la falta de recursos económicos, limitantes, hasta cierto punto, tratamos de buscar estrategias para que ahora sí, lo que no se tengan en el hospital, poder conseguirlo.
que empecemos a promover más los espacios de acogimiento familiar para las niñas y niños en movilidad. O sea, las niñas, es algo que hemos tenido, y que ahorita lo estamos reactivando. O sea, que te harías como en casa. Sí. O sea, que familias lo reciban. Que no vayan al albergue? Claro. Porque un niño institucionalizado, todos los derechos podrán ser restituidos.
sabes que no hay tantos, porque como te digo en el hospital, ahí la ventaja de qué nos dan mucha libertad, al menos al trabajo social, siempre nos han dado esta libertad de manejar los casos como nos da la gana, para el Hospital, los limitantes es el recurso económico, pero en cuestión de atención, la verdad mis respetos porque se ponen las pilas, entonces sabemos que en la cuestión médica no tenemos asegurada, claro pues obviamente los doctores hasta que pueda porque no tengo lo que necesito, entonces entramos nosotros lo buscamos como sea
sensibilizar a todo el personal, o sea, platicar con ellos, hacerles ver las normas, ¿no? Que hay una norma que te dice que tiene prioridad por ser menor de edad, que tiene prioridad porque por la situación en la que está, eh, pero no todos la conocen, o ya sea porque son nuevos, ya sea porque simplemente lo desconocen entonces.

Tabla 4.25. Retos para mejorar la calidad de la atención. Elaboración propia, 2025.

Aciertos del sistema de salud

Ahora bien, no todo es fracaso. En la sección de entrevistas también se preguntó a los participantes qué es lo que hacen bien de tal manera que puede ser modelo de atención o que puede ser replicado en otras organizaciones, con el objetivo de conocer ejemplos de buenas prácticas y saber si estas tienen relación con decisiones personales sobre cómo hacer su trabajo o si forman parte de los protocolos de atención a niñez migrante no acompañada. Entre los principales hallazgos se encuentra que los prestadores de servicios de salud sí identifican aciertos tanto en el sistema de salud bajo el cual trabajan, sea público o privado, como en los procesos de atención a la salud de NNA migrantes no acompañados.

Entre los aciertos mencionados se encuentran el trabajo interagencial que llevan a cabo con otras dependencias de gobierno, así como la libertad de gestión y el trabajo multidisciplinario, integrado por personal médico, trabajo social, enfermería y psicología, cada uno en el área que le corresponde, desde la revisión médica, la canalización, la contención emocional y el seguimiento a los casos legales. Además del buen trato que ofrecen a los NNA no acompañados como parte de su quehacer diario, como se presenta en la Tabla 4.26.

Código	Segmento
Suficiencia y eficiencia en el acceso a los servicios de salud de nmanna > ¿Cuáles son los aciertos del sistema de salud y de esta unidad en la atención a nmanna?	afortunadamente tenemos buena relación con secretaría
	l programa de atención a migrantes, de proporcionarles todo lo que se encuentra en el hospital, y si no hacerlos enlaces interinstitucionales para que el niño, niña y adolescentes se le dé la atención al 100%, se les cubran sus necesidades de atención, ya sea de primer nivel segundo, o si es necesario hasta tercer nivel
	principalmente lo que es el trabajo en equipo, el la integración, el el sensibilizar a los maestros, el realmente hacerlos entender que es una que un albergue no es igual que una escuela, verdad, que no es igual que cualquier otra institución en la que puedas ir a dar una clase y ya regresar o ir a atender a un niño este en cuestión médica y ya se va a ir con su papá, o sea, aquí van a vivir ciertos meses y obviamente lo que ellos traen se se multiplica, o sea, toda esa enfermedad, toda esa cuestión emocional, es por mucho más que un niño que puede ir a una escuela o que puede regresar con sus papás, no ya saliendo de de cierta institución, y entonces nosotros aquí como que es mucho el no minimizar nada, o sea, todo el personal tiene tiene eso, el no minimizar, eh, cualquier dolor de cabeza que puedan traer, que traiga un dolor aquí que traigo acá, que sabemos que muchas veces es, es dolor psicossomático, pero es como ponerle atención a todos, darle esa atención a todos o sea, tanto la psicóloga como la enfermera, como la trabajadora social, como todos, todos, todos, y niño llega, es a atenderlo de inmediato porque lo necesita, porque por muy eh que pueda ser emocional nada más, este necesita esa atención, la siente.
	pues más que nada pues darle buena atención a los niños, dar buena atención de que si algo les molesta o algo, pues ponerles más que nada atención en eso, porque aunque sea la más mínima cosa, a veces esa mínima cosa pues puede llegar a ser algo más grande, entonces pues tenerlos más que nada bajo cuidado, si tienen algún medicamento pues estárselos dando como debe de ser, conforme a la orden del médico también
	sabes que no hay tantos, porque como te digo en el hospital, ahí la ventaja de qué nos dan mucha libertad, al menos al trabajo social, siempre nos han dado esta libertad de manejar los casos como nos da la gana, para el Hospital,
	se tienen todas las dependencias de gobierno, tratamos de dar la mejor atención y buscamos ahora sí que los recursos externos que nos ayudan mucho las asociaciones no gubernamentales que nos brindan el apoyo para poder darles la atención adecuada
	siempre tenemos un traductor o alguien que nos apoya o nos ayuda en los mismos albergues.
	Tienen enfermería, tienen doctor, este, tienen psicólogo, cuentan también con trabajo social, cuentan con sus propios trabajadores sociales y, pues, también lo que ya es el área jurídica.
	yo por ejemplo veo otros hospitales y es que hasta en la cuestión económica, sabes que, tengo que verlo con el administrador, para ver puede sí se condonar , oye pos no, nada más hasta aquí puedo intervenir, pero no, ósea, la ventaja que tenemos te digo lo agradezco con el hospital es que nos den esta libertad, al menos en trabajo social, obviamente no perjudicando al hospital sabiendo hasta dónde puede llegar, pero tenemos este apoyo por parte de ellos de trabajar nuestros casos hasta donde nosotros queramos

Tabla 4.26. Aciertos del sistema de salud o unidad de atención. Elaboración propia.

Barreras para el acceso a servicios a NNA migrantes no acompañados

Como última sección relacionada a la suficiencia, eficiencia, y advocacy en los servicios de salud, se encuentran las barreras para el acceso. Estas barreras también son transversales a los conceptos estudiados en esta tesis, y tienen relación directa con los determinantes sociales de la salud, la interseccionalidad y la vulnerabilidad y desigualdad en salud, ya que no solamente abarcan las áreas institucionales y organizacionales, sino que van ligadas a aspectos individuales, es decir, unas barreras se expresan en forma de violencia hacia los NNA migrantes y otras forman parte de características propias de estos, como el idioma y la cultura. Por tal razón, se preguntó a los prestadores de servicios qué barreras para el acceso identifican. La pregunta se hizo de forma abierta con la intención de saber hacia dónde se

orientaban las respuestas—desde lo institucional a lo individual. Los resultados muestran que una de las barreras identificadas fue la actitud del personal de seguridad de las instituciones, que al desconocer la gravedad de la situación médica, no permite el paso al área de urgencias (Tabla 4.27). También la falta de documentos de identidad representa una barrera, ya que dificulta realizar un expediente y la posibilidad de encontrar a familiares que estén enterados y puedan aportar información importante de los pacientes, como alergias, padecimientos desde el lugar de origen y hasta el tipo de sangre.

Código	Segmento
Suficiencia y eficiencia en el acceso a los servicios de salud de nnamna > Barreras para el acceso a servicios de salud	A veces dicen, no, es que el guardia, cuando fue el que dijo que no, cuando el médico por de adentro del servicio de urgencias ni siquiera se dio cuenta, o la asistente, o pueden ser muchas cosas.
	En este sentido no ha sido tanto un obstáculo como tal, lo que sí es que esta parte de las instituciones no dan una atención rápida y adecuada, por ejemplo la procuraduría o estamos atrás de fiscalía porque hay casos donde sé que yo no puedo intervenir y no me compete, sin embargo, aun así andamos nosotros atrás de ellos, esta parte de qué es mi caso y queremos dar seguimiento, tenemos esa apertura del Hospital General, de incluso darle hasta donde nosotros queramos.
	Entonces no porque no traigan documentación se les puede negar el acceso a su tarjeta de visitantes por razones humanitarias. No se les puede negar su acceso a la salud. Sin embargo sí nos toca que sí se les niega.
	Sí, sí, claro
	Y por parte de secretarías o ya al momento de hacer referencias, pues sí, a veces hay un poco de limitantes o a veces se complica un poco,

Tabla 4.27. Barreras para el acceso a servicios de salud. Elaboración propia, 2025.

Experiencias profesionales con NNA migrantes no acompañados

Por último, se incluyó una sección donde las y los participantes compartieron experiencias personales en temas de salud con niñez migrante no acompañada. El objetivo de esta sección fue, a partir de las experiencias y subjetividad de los participantes de las entrevistas, construir relaciones teórico-empíricas del trabajo en temas de salud con NNA migrantes no acompañados. Esta conexión es sumamente importante para este trabajo, ya que se quiere observar claramente los diversos patrones de vulnerabilidad, desigualdad, interseccionalidad, y los determinantes sociales de la salud en su plano individual e institucional entre otras variables relacionadas con el sujeto bajo estudio en esta investigación.

A continuación se muestran los resultados de esta batería de preguntas, donde se aprecian de manera textual las respuestas de las y los entrevistados, es decir, de quienes tienen a su cargo dar atención de salud a los NNA migrantes no acompañados—y quienes tienen una perspectiva muy clara sobre los retos del trabajo que esto implica. Cabe mencionar que los perfiles de los participantes fueron diversos, de instituciones de naturaleza distinta, y por ello la percepción de esta diversidad de actores puede ser enriquecedora en el nexo teórico-empírico de este trabajo, además de mostrar las respuestas que dan de manera individual y colectiva ante situaciones de emergencia, lo que dice mucho sobre el enfoque bajo el cual realizan las intervenciones con los NNA migrantes no acompañados. La Tabla 4.28 (abajo) muestra una parte de las respuestas con las experiencias de las y los participantes de las entrevistas. Como se puede observar en la tabla, los hallazgos indican que los NNA migrantes no acompañados sí enfrentan eventos de maltrato físico, mental, crisis emocionales, y necesidad de contención emocional, y hasta consumo de drogas, así como problemas relacionados al miedo a ser contagiados de infecciones como la tuberculosis en los diferentes momentos del trayecto migratorio.

Código	Segmento
Experiencias en el trabajo con NNA	él venía como de una pesadilla, ¿sabes? Y llegar aquí fue como, ¿ya dónde más me van a llevar? ¿Qué más me van a hacer, no? A los días, él empezó a entender que aquí la dinámica era completamente distinta. Empezó a comer, y eso nos ayudó a que su estado de ánimo cambiara y mejorara un poco. Hace dos días vinieron a hacerle sus últimos exámenes, y curiosamente ayer estaba en crisis, y me dice, quiero hablar.
	Pues vamos a hablar, ¿no? Y él me dice, es que ya no me quiero ir
	Ellos platicaban que para llegar hasta acá, hasta la frontera, tenían que caminar a veces de 28 a 40 días, algunos de ellos, ¿verdad?, para poder llegar a la frontera e intentar cruzar hacia los Estados Unidos.
	En ese momento, él empieza así, a llorar, y llorar, y llorar, y llorar, y llorar. Como al día siguiente que le hice la entrevista inicial, él te empieza, me empieza a contar, ¿no? Es que vengo de un lugar donde me trataron muy mal. Y empiezo yo a decirle, ¿Quieres contarme? ¿Sí? Y te empieza a contar todas las atrocidades, porque no hay otra manera de llamarlos, son las atrocidades por las que ellos viven en un anexo en Chihuahua, en donde les hacen compartir cepillos de dientes, en donde los bañan desnudos enfrente de los demás, en donde les dan comida, en donde les da como avena, así como si fuera una pasta sin sabor, donde los obligan a dormir en el piso, donde vienen con picadora de chinche, de piónjón.
	La revictimización, te cuento rápido. Tuvimos un caso donde esta niña fue violentada sexualmente en esta ciudad, cuando estuvo aquí en una bodega.
	Se informa a fiscalía, la subprocuraduría llama a fiscalía y se hace toda la investigación y toda esta cuestión. Y a ella se le asigna un psicólogo externo para que le dé atención. Y yo empecé a notar que cada vez que venían a esas sesiones ella se quedaba muy mal.
	Entonces yo tenía que entrar como mucho a esta contención. Y en una de las veces ella me dice, me dice Cindy, es que ¿por qué yo tengo que recordar cómo olía? ¿Por qué yo tengo que recordar qué ropa tenía? Entonces yo empiezo a trabajar esta parte de decir no, no tienes que.
	llevar a un joven que llegó que se estaba deshidratando y nadie se daba cuenta y lo, ya me avisaron los demás jóvenes y corrí con él rápido a aquel, al consultorio que lo tenemos aquí cerca, el del, el DIF, estaba a unas seis cuadras, acudí con él, rápidamente me lo restablecieron porque fue rápida la, la oportunidad.
	nos tocó en alguna ocasión recibir a algún joven que, que le cortó un pie, desafortunadamente, el tren, entonces, pues, era de, de estar a diario curando al joven, recasando le curaciones, y, este, y siempre contamos, le digo, con la, con el apoyo de las autoridades
	O algunos otros nos han, sí nos han contado que también se han drogado, precisamente, o sea, ellos necesitan algo que los distraiga y qué mejor manera, ¿qué es lo que más racional? Pues, el alcohol, las drogas, todo se consigue ahorita

Tabla 4.28. Experiencias profesionales con NNA no acompañados. Elaboración propia, 2025.

Algunas reflexiones

En esta primera parte del capítulo contiene la parte descriptiva del estudio. Los resultados del trabajo de campo, donde se retomaron en diferentes secciones los conceptos extraídos de las teorías utilizadas para esta investigación, todos enfocados en la salud y el acceso a los servicios de salud de NNA migrantes no acompañados. Estos resultados mostraron que los

diferentes actores que participaron tienen perspectivas muy distintas de lo que implica el trabajo con la niñez migrante. Algunos de ellos prefieren seguir los procedimientos, que en ocasiones limitan el potencial de acción, en cambio, otros realizan extra de trabajo para poder ofrecer atención suficiente y eficiente. Este trabajo extra incluye ejercicios de advocacy con otras organizaciones, empresas de particulares y redes de apoyo personales, para conseguir algunos medicamentos y material de rehabilitación física cuando no se encuentra disponible desde las instituciones de gobierno, y es demandado por algún usuario en los hospitales.

Los resultados muestran que la vulnerabilidad en la niñez migrante se encuentra presente desde antes de salir de su lugar de origen y continúa en el trayecto y en Ciudad Juárez, y que la salud no representa un elemento prioritario ante la necesidad de llegar a su destino, y que en ausencia de sus padres y madres, las agencias internacionales, organizaciones de la sociedad civil y gobierno son quienes llevan a cabo el ejercicio de protección, aunque los resultados muestran que no es suficiente, ya que NNA migrantes no acompañados pasan días y noches en centros de rehabilitación, enfermos o accidentados, aun cuando ya están bajo protección de la subprocuraduría de la defensa del menor.

Otro elemento resultante se refiere a las barreras y retos para el acceso a los servicios de salud, que desde la perspectiva de las y los prestadores de servicios tienen que ver con la capacidad operacional de la institución, es decir, la cantidad de recursos disponibles para dar la atención, sin dejar de lado el tema del idioma y la falta de datos de los NNA migrantes no acompañados, como el tipo de sangre, alergias, etc. Por último, el tema del enfoque de atención mostró que tanto las instituciones de gobierno, como las agencias y la sociedad civil tienen los Derechos humanos como eje principal, en su normativa y en el discurso, sin

embargo, los resultados sugieren una tendencia hacia el ejercicio discrecional de cada persona frente a un posible riesgo de contagio y realizan acciones de autoprotección, replicado desde mandos superiores a los de contacto directo con la población estudiada.

A continuación se presenta la segunda parte de los hallazgos y resultados, donde se cruzan y contrastan desde una perspectiva cualitativa los conceptos y enfoques teóricos con lo encontrado en campo y con los testimonios de quienes participaron, desde NNA migrantes no acompañados, prestadores de servicios de salud y encargados de espacios de gobierno y sociedad civil. Cabe mencionar que esta segunda parte viene a reforzar los discursos de los actores y las experiencias de los NNA durante las tres fases estudiadas, y permite profundizar en las discrepancias o similitudes que existen entre los enfoques de atención de los diferentes actores que intervienen en el acceso a la salud de la niñez migrante no acompañada.

Vulnerabilidad y desigualdad en salud en la niñez no acompañada

De esta manera, la primera categoría corresponde a los conceptos de vulnerabilidad y desigualdad en salud, y hay que hacer una distinción entre los dos conceptos, ya que, por una parte, la vulnerabilidad en salud se refiere a la ausencia de protección a ciertos grupos, que a su vez carecen de herramientas para enfrentar dificultades de la vida cotidiana, como la enfermedad o los accidentes (González-Block et al., 2007); y por otra parte, la desigualdad en salud hace énfasis en las desventajas sociales y económicas que tienen relación con el espacio geográfico donde se encuentre la persona o el grupo (Kawachi, et al. 2002), ya que este elemento es determinante para el acceso a ciertos servicios, como la salud.

En el caso de estudio de la niñez migrante no acompañada, se observan las dos condiciones, según los resultados del trabajo de campo, los NNA viven en su lugar de origen

y viajan por diferentes países, incluyendo México hasta Estados Unidos bajo condiciones inseguras, que ponen en riesgo su salud y su vida, aunque en su lugar de origen suelen tener condiciones de salud aceptables, es decir, no se enferman frecuentemente, y cuando sucede no requieren tratamiento y seguimiento médico. No obstante, entre sus quehaceres regulares realizan actividades que debilitan su salud: “*amanecía con gripa porque me tocaba trabajar en el puro sol y así*”. (Participante hombre 1, grupo focal 2, 2024). Sin embargo, al iniciar el trayecto migratorio se exacerban los riesgos a sufrir accidentes o enfermarse, como lo mencionó una participante de los grupos focales,

Yo no fue que me enfermara, sino que, a mí se me hicieron llagas en los pies, entonces fue doloroso, aunque me compré curitas y me ha tocado con el curita, pero se me pegaban y si me tocaba ponerme calcetines para que no me doliera con el zapato que andaba, pues, porque los tenis que traía no era para como para que yo viniera en camino, para que me viniera con deportivos, yo tenía que traer deportivos. (Participante mujer 1, grupo focal 1, 2024).

También se observan condiciones de vulnerabilidad y desigualdad en su lugar de origen, pues no siempre ellos y ellas toman la decisión de migrar, es frecuente que los familiares que ponen el recurso económico decidan cuándo y de qué manera van a viajar, además, no siempre cuentan con los insumos básicos necesarios para llevar a cabo un proyecto migratorio, aun sabiendo que van a salir de su casa y que los espacios geográficos están llenos de riesgos, como lo mencionó una participante al referir que no cantaba con el calzado

adecuado “Una vez me corté porque yo sí venía con chancas y pues sí, yo sí me cortaba porque como no venía preparada” (Participante mujer 2, grupo focal 1, 2024). Por lo que se da la transición entre ser vulnerado a la condición de vulnerable.

En la misma línea, entre los puntos en que convergen de la desigualdad y la vulnerabilidad en salud se encuentra la multidimensionalidad y la multicausalidad (Lupu, 2019), ya que se trasponen entre lo institucional y lo individual, es decir, todo el conjunto de elementos a los que se puede o no acceder. En lo institucional se encuentra tanto lo tangible, como son alimentos y servicios de salud y alojamiento; como lo psicosocial, que se manifiesta en conductas individuales, casi siempre relacionadas con el trauma, ocasionado por experiencias de violencia en el trayecto.

De esta manera, algunos de los NNA migrantes no acompañados que se encuentran en Ciudad Juárez manifiestan conductas producidas por eventos traumáticos, que son provocados desde diferentes medios y actores, entre ellos se encuentra el descuido institucional, y las experiencias quedan registradas desde dos diferentes perspectivas, desde quienes lo vivieron directamente, y desde quien se encuentra a cargo de resanar el daño, como llevar a los NNA no acompañados en centros de rehabilitación de manera temporal. Primero se encuentra la experiencia de NNA no acompañados, que hicieron el relato en el grupo focal,

El primero este cuando estamos todavía no habíamos salido de Guatemala sin un guía, había una bodega, entonces ahí, de ahí lo sacaron, a un camino solo, pero habían más, habían muchos y entonces estaba como adivinando y no caía, y yo iba, yo como que encendía con la luz y entonces cuando llegamos a una

roca, este ya yo me sentía mal y luego pasamos así, no sentía sabor a la comida y luego este nos agarró migración, dormimos una noche ahí y cuando estamos en Chihuahua, este, se acercó y me dio muy fuerte y yo No, no, no y no me atendían. Para mi ese fue el lugar más horrible de mi vida, ahí donde pasamos en el anexo (Participante hombre 2, grupo focal 2, 2024).

Y después se encuentra la otra parte del mismo hecho, contado desde la subjetividad de prestadores de servicios psicológicos a NNA migrantes no acompañados,

En ese momento, él empieza así, a llorar, y llorar, y llorar, y llorar, y llorar. Como al día siguiente que le hice la entrevista inicial, él te empieza, me empieza a contar, ¿no? Es que vengo de un lugar donde me trataron muy mal. Y empiezo yo a decirle, ¿Quieres contarme? ¿Sí? Y te empieza a contar todas las atrocidades, porque no hay otra manera de llamarlos, son las atrocidades por las que ellos viven en un anexo en Chihuahua, en donde les hacen compartir cepillos de dientes, en donde los bañan desnudos enfrente de los demás, en donde les dan comida, en donde les da como avena, así como si fuera una pasta sin sabor, donde los obligan a dormir en el piso, donde vienen con picadura de chinche, de piojo (Psicóloga 1, 2024).

Y aquí es necesario hacer hincapié en las obligaciones de protección que tiene el gobierno del Estado, ya que a partir de la reforma migratoria en la administración Federal del 2018-2024 se establece la titularidad de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en la protección de

niñez migrante no acompañada (Unidad de Política Migratoria, 2019) a través de mecanismos como la Ruta Integral de Protección. Estas aclaraciones cobran sentido al mencionar que en el Estado de Chihuahua al 2025 no cuenta con espacios de atención a niñez no acompañada en la capital del Estado, y los lugares a donde los llevan representan riesgos a la salud, como lo refiere la psicóloga de un Centro de Atención Social (CAS) *“Él venía, por lo regular todos los niños que nos mandan de ese anexo en particular vienen con varicela. Y son situaciones muy, muy tristes”* (Psicóloga 1, 2024).

En la misma línea, la vulnerabilidad en salud, -específicamente en salud mental-, es una condición que puede estar presente desde el lugar de origen por diferentes motivos, como el iniciar la vida laboral a temprana edad, en condiciones precarizadas, aunado a la temprana separación de padres, madres o cuidadores, *"entonces está llorando, es un niño, extraña a su mamá, pero los papás sí se han vuelto como que muy fríos en ese aspecto de que ellos lo ven como ya era parte del proceso"* (Coordinadora 1, 2025), algo que identifican las personas que trabajan con niñez migrante no acompañada y que perciben común al observar las llamadas telefónicas entre NNA no acompañados y sus padres, visto como algo cultural. También estas expresiones de trauma se observan en forma de desmayos, crisis nerviosas o cambios en el estado de ánimo de forma repentina, como lo refirió la coordinadora de un espacio de atención,

Todos los que llegan padecen siempre de dolor de estómago, por ejemplo, es más como lo psicossomático. Pasa mucho, Incluso recién llegan, es como mucho esta baja de defensas. Algo que sí es común es que se comienzan como

a desmayar, empiezan a tener como crisis emocionales que les provocan desmayos, pero es precisamente por todo este trayecto tan pesado que vivieron, por todas las cuestiones que vivieron en el camino, que sí secuestro, que si violencia, que sí abusos de todo tipo, de que les robaron, que violaron, que hubo de todo (Coordinadora 1, 2025).

No es algo nuevo mencionar que NNA no acompañados son víctimas de abusos de todo tipo durante el trayecto, y entre ellos está la violencia sexual, que debido a la edad y al desconocimiento de este tipo de violencias se dificulta identificar y nombrar el tipo de agresión que han sufrido, por lo que al ser revisados por médicos y estar en sesión con las psicólogas de los Centros de Atención solamente pueden describir los hechos, sin comprender en su totalidad lo ocurrido, pero manifestando el daño de forma conductual,

De repente llegan los niños aquí y me dicen a mí, no, pues durante mi trayecto un hombre me sujeta, me baja la ropa, ta, ta, ta, ta, ta, ta, porque ni siquiera le ponen un nombre, ¿sabes? No saben nombrar qué les pasó. Saben qué les pasó, saben que no los hizo sentir bien y te lo describen (psicóloga 1, 2024).

Todos estos elementos analizados dentro de la vulnerabilidad y la desigualdad en salud se empatan tanto en la parte individual, como en la institucional, ya que se cruzan con las características de estos NNA no acompañados, como con la edad, el sexo, el tipo de familia al que pertenecen, el estatus migratorio, la cultura y una necesidad personal y familiar no cubierta, como lo es la reunificación familiar. Todo este conjunto de características se vuelven complejas y representan retos para el Estado pero también una carga moral, pues a

pesar de contar con un sistema de protección a niñez migrante, sigue siendo extremadamente riesgoso el tránsito por México; y el hecho de que hay niñas, niños y adolescentes en condiciones de enfermedad o accidentados dentro de los espacios de atención genera gastos y es un indicador de que los compromisos adquiridos de manera internacional no se cumplen en su totalidad.

Es necesario aclarar en este punto que la población muestra que participó en este estudio se encontraba en un espacio de DIF municipal, y en este lugar dan atención a NNA no acompañados que tienen un proceso de reunificación con familia que está en Estados Unidos, sin embargo, en otros espacios a los que no se tuvo acceso, que están a cargo de DIF Estatal atienden a la misma población pero que no son elegibles para ir a Estados Unidos, y que en determinado momento regresarán a su país de origen.

Estas condiciones de vulnerabilidad y desigualdad se observan desde los Determinantes sociales de la salud, ya que se considera un elemento transversal en las teorías utilizadas; por una parte, la Teoría de la Sociedad del riesgo de Beck; y, por otro lado, el enfoque de Derechos humanos. Ambas propuestas teóricas consideran dentro de sus partes analíticas la institucional, que contiene políticas públicas dentro de un contexto socioeconómico y político que tiene relevancia a nivel local, nacional e internacional y que impactan directamente en los Derechos Humanos de la niñez migrante no acompañada, que en este caso es la salud. Por ejemplo, las enfermedades que desarrollaron los participantes de este estudio, así como los accidentes, muestran cómo se intersectan elementos clave como el sexo-género y los roles establecidos socialmente y dentro de las familias.

Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en migración y servicios de salud

En este apartado se analiza el cruce entre la migración, los Determinantes sociales de la salud y el papel de prestadores de servicios de salud en cuanto a los enfoques de atención a niñez migrante no acompañada. Siendo así, la migración actualmente se considera un Determinante Social de la Salud, aunque el hecho de migrar no debería representar riesgos para la salud, las condiciones en que viajan los NNA no acompañados lo vuelve riesgoso, y el mismo sistema de salud en su forma más excluyente permite que la migración tenga implicaciones negativas para la niñez migrante no acompañada.

Los DSS establecen categorías que representan riesgos para los NNA no acompañados, como la edad, el sexo, el estilo de vida y algunas conductas individuales que dan pauta a el tipo de enfermedades que se padecen y el pronóstico de recuperación, incluyendo la esperanza de vida. También la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) menciona que estos Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son potencialmente modificables, y es aquí donde recae la importancia de las personas que tienen la posibilidad de prestar atención en salud a NNA no acompañados, dentro de un papel de garantes del derecho a la salud.

Por tal razón, las conductas de los profesionales de la salud que se encargan de proveer servicios a niñez migrante no acompañada tienen una gran responsabilidad y compromiso con los NNA no acompañados, ya que la atención a la salud va más allá de diagnosticar y medicar; se trata también de aminorar el efecto adverso del trayecto y de dotar de herramientas útiles para la vida. Puede ser que parte del personal de salud tenga claro ese compromiso y haga su mayor esfuerzo en la atención, o que simplemente se limite a llevar a

cabo la encomienda como parte de sus actividades de rutina, y reducen al máximo su intervención para tener el mínimo contacto. Este último ejemplo de profesional es común desde la experiencia de la niñez migrante no acompañada en tránsito, como lo refirió una participante de los grupos focales, ya que su pequeña hermana de 6 años se enfermó durante el trayecto, y al estar ser identificadas por policías municipales y llevarlas a un espacio de atención temporal, donde no recibieron la atención médica adecuada cuando era urgente:

Yo le decía, la miraba y yo no la miraba bien porque estaba hasta alucinando, y ella no solo se quedaba así, como que los ojos se trabaron podría decir y yo tenía miedo de que se iba a morir y yo le decía a una de ellas, incluso no era ni eran las de ahí. Y le dije yo que ella no se sentía bien y entonces me dijo Ah, voy a ir donde la de la jefa de ahí, y fue y bajó y solo le dio una pastilla no sé qué y lo mismo seguía. (Participante mujer 4, grupo focal 1, 2024).

En la misma línea, otros de los prestadores de servicios tienen actividades de base o de seguimiento, es decir, tienen tareas asignadas a cada día y además siguen las instrucciones del médico responsable en los casos que requieren tratamiento por tiempo definido, lo que significa que no existe una profundización en los temas de salud, ya que las visitas son periódicas, pero no frecuentes, según lo mencionó la enfermera del albergue al referirse al médico que asiste,

...cuando viene el doctor, que es una vez a la semana, es cuando se les da una atención médica personalizada y es cuando se le mandan al doctor a los niños

que yo he visto así en la semana que están un poquito más enfermos o que sí requieren de una atención médica más que nada. (Enfermera 1, 2025).

Entonces, los elementos clave dentro de este conjunto de actores que intervienen tanto en las condiciones de salud que tienen los NNA no acompañados como en las que desarrollan durante el trayecto forman parte de los DSS y se encuentran en las dimensiones individuales e institucionales, y tienen un efecto directo en la salud de la niñez (OMS, 1998).

Interseccionalidad en acceso a servicios de salud para NNA migrante no acompañada

Así pues, las enfermedades que desarrollaron los participantes de este estudio, así como los accidentes, muestran como se intersectan las diferentes categorías de análisis, como raza, edad, sexo, condición económica, idioma y hasta la composición familiar. Estas cualidades se vuelven en contra de los sujetos de estudio, es decir, representan barreras y afectan negativamente su salud, en lugar de ser beneficiarios y sujetos protegidos por quienes tengan la obligación de hacerlo. Existen elementos clave como el sexo-género y los roles que se han establecido socialmente que merman la salud mental y física, por ejemplo, la necesidad de proveer a la familia bienes de consumo, como alimentos, y la frustración de no poder hacerlo, como lo refiere la psicóloga de un CAS “*hay días en que de plano me dicen: ¿cómo quieres que me aprenda unas tablas de multiplicar? Yo no sé si mi mamá tiene dinero para comer hoy*” (Psicóloga 1, 2024). Algo que se observó durante el trabajo de campo se refiere a que quienes se accidentaron durante el trayecto y las enfermedades en su lugar de origen tienen relación con el tipo de actividades que llevan a cabo, como trabajar en la construcción y en

el campo, ya que es común para ellos asumir el rol de proveedor en la ausencia de padres o madres, y en ocasiones desde el lugar de origen,

Los transforma, les exige, muchas veces, tomar roles en los que no necesariamente les corresponden. De pronto, les toca ejercer como papás, mamás de sus hermanos más pequeños cuando vienen. O les toca simplemente como enfrentarse a una emancipación, o no sé cómo decirlo, como un proceso de ser más autosuficientes a una edad que no es suficiente. No tendrían que ser todavía tan autosuficientes, ¿no? Entonces, sí, definitivamente es un proceso que tiene un montón de implicaciones en lo cognitivo, en lo emocional, en lo conductual, o sea, en muchas, muchas áreas (Médico 1, 2025).

También el rol de cuidadora a las mujeres, ya que se identificó que dos adolescentes mujeres viajaban con sus hermanas y hermanos pequeños, menores de edad todos, y mostraban síntomas propios del estrés, como impotencia y desesperación por la enfermedad de los más pequeños y carecer de recursos para hacer frente a tal emergencia, aunado a la negativa de atención en los espacios por donde fueron transitando antes de llegar a Ciudad Juárez. Asimismo, la edad es uno de los componentes interseccionales primordiales en la ruta de protección a NNA migrantes no acompañados que se vuelve barrera o que acarrea desprotección.

En esta ruta se establece, por grupos etarios y bajo el principio de autonomía progresiva, la adquisición de herramientas para la vida adulta (SIPINNA, 2019), sin embargo, al cumplir 18 años quienes no fueron devueltos a su lugar de origen son llevados el día que

cumplen la mayoría de edad a albergues de la sociedad civil, sin tener esas herramientas disponibles, como nivel de estudios, redes de apoyo en la ciudad, o un ingreso económico que les permita una vida digna e independiente. En el caso del acceso a servicios, la integración al sistema de salud se da a través de la regularización de su situación migratoria, pero este es el escenario ideal, que en realidad no ocurre con frecuencia, ya que el acceso se da a través de las propias redes de los espacios que los reciben y los diferentes centros de salud locales.

Salud de la niñez no acompañada: ¿Suficiente y eficiente? ¿Y el advocacy?

El tema de la suficiencia, eficiencia y el advocacy en los servicios de salud hacia los NNA no acompañados es fundamental para entender tanto la parte objetiva como la subjetiva, es decir, lo que se tiene disponible en calidad, cantidad y si en caso de no satisfacer la demanda de atención ¿quién hace frente a la necesidad? También tiene tintes meramente subjetivos, que dependen de la experiencia y el quehacer profesional de los prestadores de salud. Teóricamente ambos conceptos reflejan el sistema administrativo de las instituciones de salud públicas, en las que se delega la parte de la suficiencia al qué tanto aporta la población en forma de impuestos que a su vez se destinan para la atención en salud (Lamata, 2013), por lo que si los ingresos de las personas son precarios, el porcentaje de inversión en salud seguramente lo será también.

Por otra parte, la eficiencia nos dice que con ese presupuesto asignado para la salud, se debe alcanzar el grado máximo en salud (Lamata, 2013), entendiendo que se refiere a la parte de prevención, promoción y atención de la salud; y el advocacy, que en español se interpreta como abogacía, y que se ha convertido una estrategia para empujar ciertos temas a

la agenda pública e influir en quienes toman decisiones a favor de ciertos grupos vulnerables, en este caso la niñez migrante no acompañada, también para reconocer problemas y ofrecer soluciones que afectan a estos grupos y garantizar el ejercicio de sus derechos y mejorar sus condiciones de vida (Ministerio de salud, 2005).

A partir de estas premisas conceptuales se plantearon tres áreas de análisis, las cuales tienen impacto directo en los NNA migrantes no acompañados, y no sólo en el tema del acceso al servicio, sino de la calidad del mismo y las acciones que implementan algunos profesionales de la salud para dar soporte a las fallas y a las necesidades no cubiertas por el Estado en temas de salud a población vulnerable, como la niñez migrante no acompañada en Ciudad Juárez, pues si el advocacy se encuentra como una posibilidad es porque existen injusticias y deficiencias institucionales, y esta herramienta representa una manera de subsanarlas.

De esta manera, quienes prestan servicios de salud a NNA migrantes no acompañados tienen retos al momento de realizar hasta las actividades más comunes, desde tener a la mano datos personales de los NNA migrantes y curaciones, hasta necesidades urgentes relacionadas con amputaciones, fracturas e insumos como férulas y aparatos ortopédicos o para conseguir medicamentos específicos, cuestión que refleja un sistema de salud precarizado y sin suficientes insumos para satisfacer la demanda,

En casos de fracturas, hay ocasiones en que el hospital no tiene el material para poder llevar a cabo la cirugía, entonces nosotros buscamos la forma de, sabemos que aun cuando vengan de un albergue, el albergue no tiene la posibilidad de comprar ese material, entonces obviamente no tienen

recurso, entonces nosotras buscamos las estrategias para poder conseguirlos (Trabajadora social 1, 2024).

O bien, el tema de la gestión de recursos interinstitucionales es considerado -desde la subjetividad de los prestadores de servicios- algo que forma parte de sus actividades, y de cierta manera les da satisfacción al ver materializado de forma positiva su esfuerzo extra, y más partiendo del hecho de que los recursos a las instituciones se asignan desde la federación a los estados desde de la idea del “recurso limitado” (Artaza, 2016), lo que va a significar la necesidad de darle el mejor y mayor uso a ese recurso. Sin embargo, el hecho de tener que realizar este tipo de actividades de gestión pone en evidencia un sistema de salud que no cumple con los compromisos con las poblaciones vulnerables, en este caso con los NNA migrantes no acompañados, ya que no es obligación de los empleados realizar gestiones a actores en la esfera de lo privado y sin estos apoyos no se cubriría la demanda de servicios y por lo tanto, tampoco cumple los acuerdos internacionales de protección a niñez migrante, por lo menos en el tema de la salud, como se observa en las entrevistas, específicamente a Trabajadoras sociales en hospitales públicos,

así es con los menores, batallamos un poquito más, porque a lo mejor yo tengo la posibilidad por medio del canal 44 conseguir el material o lo que el paciente necesite mediante un video en el programa de entrevistas, precisamente con un menor no lo puede hacer, porque no lo puedo exponer, la identidad, obviamente con ellos es un poquito más difícil, pues hacemos circo, maroma y teatro (trabajadora social 1, 2024).

Aunque un tipo de advocacy es precisamente el “abogar” por el que no tiene las condiciones de hacerlo, como se interpreta en los NNA migrantes no acompañados, lo más adecuado sería que ellos mismos solicitaron la ayuda, sin embargo, existen varios factores que no lo permiten, y uno es el individual, ya que pocos NNA migrantes no acompañados conocen y saben cómo reclamar su derecho a la salud, y esto se suma a que cuando lo hacen no son escuchados; por otra parte, en el caso de proveedores de servicios de salud la decisión de gestionar en su representación se realiza desde una posturas que tienen relación con el hacer “bien” el trabajo o simplemente utilizar las redes de apoyo disponibles para resolver problemas inmediatos.

Un tema importante en cuanto al derecho a la salud de niñez migrante no acompañada y el hecho de no recibir la atención de acuerdo a sus necesidades en momentos clave dentro del trayecto migratorio de los NNA migrantes no acompañados tiene relación con la escasa comunicación que existe entre las diferentes dependencias de gobierno, y es que no solamente se trata de resguardar a los NNA, sino que desde el primer contacto con ellos es necesario revisar el estado de salud y proporcionar la atención debida, sin embargo los procedimientos pueden llegar a ser revictimizantes y bajo esquemas poco éticos, donde los NNA migrantes no acompañados tienen que revivir experiencias dolorosas y traumatizantes en cada entrevista que se les realiza.

También esa desvinculación es evidente en el poco seguimiento que se da y que, por consecuencia ralentiza los procesos de atención a los NNA y se convierten en barreras para el acceso, como lo asegura el personal de salud: *“es que las instituciones no dan una atención rápida y adecuada, por ejemplo, la procuraduría o estamos atrás de fiscalía porque hay*

casos donde yo no puedo intervenir y no me compete y, aun así andamos atrás de ellos”
(Trabajadora social 2, 2024).

¿Qué pasa cuando cumplen 18 años? Salud en contexto sociopolítico México-EEUU

Aunque esta parte del análisis no se consideró dentro del trabajo de campo inicial, se realizó un ejercicio exploratorio posterior debido a los cambios en la política migratoria al iniciar Donald Trump su segundo periodo de gobierno en enero de 2025, ya que al eliminar la entrada de personas solicitantes de asilo a través de la aplicación CBP one, muchas se quedaron varadas en Ciudad Juárez, incluyendo a NNA migrantes no acompañados que se encontraban en la espera de reunificación familiar en Estados Unidos.

Se consideró de importancia explorar la transición de NNA a adulto dentro del sistema de protección a menores de edad y cómo la ruta de protección excluye a quienes dejan de ser menores de edad de un día a otro. Por tal razón se realizaron tres entrevistas a usuarios de un albergue de la sociedad civil en Ciudad Juárez. Los participantes son extranjeros, en su momento eran menores de edad, que viajaban sin acompañamiento y estuvieron en diferentes espacios de DIF estatal y municipal y que cumplieron la mayoría de edad en Ciudad Juárez. Se incluyeron las mismas fases del guion utilizado en los grupos focales y se añadió uno más sobre su experiencia dentro y al salir de DIF, ya que estos jóvenes fueron llevados directamente de un espacio tutelado por el Estado al otro de la sociedad civil.

Primero, es necesario mencionar la cadena de conductas violentas y criminalizantes de autoridades como el personal de DIF y la policía municipal hacia los NNA migrantes no acompañados desde el momento que son identificados en situación de calle, ya que al viajar

solos no cuentan con redes de apoyo en la ciudad y pueden llevar a cabo prácticas de riesgo como la mendicidad; estos policías golpean a los NNA, luego pasan por diferentes procesos dentro de la subprocuraduría de la defensa del menor, son llevados a Centros de asistencia social (CAS) y no reciben atención médica inmediata para aliviar los golpes de los policías, prácticamente esperan a que sanen solos. *“Porque me agarró la municipal en el centro. como a las 12 de la noche, yo me le tendí a correr. Cuando me agarraron, me agarraron un cachazo. Sí, el que trae muy largo. Sí. Me dieron un cachazo”* (Participante 1, 2025).

De esta manera, los NNA migrantes no acompañados pueden transitar de un espacio a otro dentro del sistema DIF por diferentes razones, entre las que se encuentran conductas inapropiadas como peleas entre pares y con los cuidadores, negarse a comer los alimentos que les ofrecen en los espacios o mantener comunicación con otros NNA del sexo opuesto sin supervisión del personal. Al identificar mal comportamiento son llevados a centros de rehabilitación para personas consumidoras de drogas, ahí reciben tratamiento psicológico, sin embargo, se repiten los procesos de revictimización y exacerbación de la vulnerabilidad, se cometen violaciones a los derechos humanos de los NNA, ya que el motivo que justifica la terapia psicológica y el concepto que utiliza dentro de las sesiones de terapia es que son “ingobernables”, adjetivo que se utiliza para *“aquel que no puede ser dirigido o guiado”* (RAE, 2024), lo que tiene implicaciones violentas hacia los NNA, que pone una etiqueta a su persona y afectaciones en la salud mental al percibirse como el problema, además de realizar prácticas insalubres que ponen en riesgo su salud como compartir cepillos de dientes.

Este es solamente un ejemplo de lo que sucede cuando cumplen 18 años dentro de los espacios de DIF, sin embargo, no hay que olvidar que se trata de niñas, niños y adolescentes que no obtienen las herramientas necesarias para salir adelante en la vida adulta. Actualmente ya no se encuentran NNA migrantes no acompañados en albergues como “México mi hogar”, a partir del cambio en la política migratoria en enero del 2025 comenzaron las modificaciones ante la imposibilidad de conseguir la reunificación familiar entre NNA no acompañados y sus padres en Estados Unidos, por lo que comenzaron las devoluciones a su lugar de origen para NNA de algunos países, excluyendo a Venezuela.

Conclusiones del capítulo

En esta segunda parte del capítulo se encontraron elementos que permiten desmenuzar el tema de la salud de niñez migrante no acompañada en tránsito en Ciudad Juárez, donde se pudieron relacionar los problemas teóricos y empíricos con las acciones que se implementan desde la esfera gubernamental y de la sociedad civil para atender y proporcionar servicios de salud, contrastadas con las experiencias de NNA migrantes no acompañados que participaron en el estudio. Este ejercicio tuvo el objetivo de recuperar las experiencias de salud de los NNA en los tres momentos del proyecto migratorio, así como de conocer cómo es el enfoque de atención a la salud desde lo institucional.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Introducción

Durante el análisis de los datos recogidos, en la intersección de los conceptos utilizados en este estudio (el marco conceptual) y el trabajo de campo realizado (la evidencia empírica recaudada), se observaron coincidencias y discrepancia disciplinadas por los supuestos hipotéticos planteados con relación al tema de la salud de la niñez migrante no acompañada. Algunos conceptos fueron útiles, como se intuyó, pero hubo elementos que no fueron tan útiles para explicar la compleja realidad de la salud de los NNA migrantes no acompañados. Por otro lado, todos los enfoques marco-teóricos que proporcionaron conceptos analíticos y se derivaron de muy diversas disciplinas como la sociología, la epidemiología, el feminismo, y la administración, aportaron al entendimiento del espacio bajo estudio.

Estos acercamientos teóricos proveyeron a este trabajo un carácter transversal que logró encapsular la complejidad del fenómeno. De hecho, fue la transversalidad conceptual la que generó las hipótesis más útiles para el trabajo de investigación que tiene que ver con la movilidad humana, específicamente con la niñez migrante no acompañada, en su intersección con el tema de la atención a la salud de las personas en tránsito. En efecto, la importación de diversos conceptos de muchas disciplinas al trabajo con NNA migrantes no acompañados y el tema de la salud en este trabajo de investigación introdujo un esquema novedoso que permitió empatar teórica y empíricamente los hallazgos del campo de campo y consecuentemente profundizar el entendimiento del tema. Esta diversidad endógena al diseño del trabajo de investigación pudo abonar al discernimiento del fenómeno desde las ciencias sociales. En otras palabras, la importación relativamente novedosa de conceptos

inusuales en el campo de la migración en este capítulo dio buenos resultados y pauta para organizar las etapas de investigación.

Considerando esto, se aplicaron de manera crítica los conceptos a todas las fases del trayecto migratorio—desde que este comienza en el lugar de origen, hasta que sigue durante todo el tránsito por México, y luego a la fase de estancia en Ciudad Juárez en el albergue municipal o centro de asistencia social (CAS)—en este caso en *México, mi hogar*. Por supuesto que se pudo haber incluido el análisis del lugar de destino final—Estados Unidos, puesto que muchos de los NNA que ya estaban en un proceso aprobado de reunificación familiar en ese país y muchas veces ya en espera del cruce, pero ese trabajo es para otra obra.

En este estudio, el trabajo realizado se centró en las etapas antes de ingresar a EE. UU., y esto bastó para dejar claro que las políticas públicas, los sistemas de protección, las leyes generales, y las visiones de las organizaciones que trabajan con los NNA migrantes no acompañados en el campo de la salud buscan hacer su trabajo en la medida de lo posible y que sus actividades se encuentran enmarcadas dentro de un conjunto de valores propios de la profesión que busca atender la salud humana, aún cuando estos no siempre se lleven a cabo de manera rigurosa por falta de recursos u otros obstáculos, y a pesar de que a veces queden a discreción de las personas que están en contacto directo con la niñez.

Con relación a los sujetos participantes del estudio, más allá del trabajo científico guiado por un marco teórico y materializado por el trabajo de campo, se trató también de recuperar las experiencias y dar voz a niñas, niños y adolescentes que salen de su lugar de origen, viajan no acompañados, y emprenden un trayecto migratorio con el objetivo de cruzar la frontera y llegar a Estados Unidos y de entender las experiencias de los proveedores de los

servicios de salud. Ambas partes fueron esenciales. Sin perder el rigor de la ciencia, en el caso de los NNA migrantes no acompañados se buscó humanizar a un grupo altamente vulnerable. Aquí destaca la importancia de investigar para conocer las necesidades en materia de salud de una población altamente vulnerable, y cómo se da solución desde lo individual, desde la esfera gubernamental y, en su caso, desde la sociedad civil—la cual también terminó formando parte del estudio.

Las siguientes secciones examinan los hallazgos empíricos desde las distintas perspectivas teóricas para determinar si los marcos conceptuales fueron útiles para explicar una realidad compleja y hasta qué punto su potencial explicativo llegó y a dónde no llegó.

Sociedad del riesgo en los servicios de salud para NNA migrantes no acompañados

Como se pudo ver en el capítulo anterior, la mayoría de los NNA migrantes no acompañados provienen de países menos desarrollados, economías precarizadas, y con sistemas de salud que no responden efectivamente a las necesidades de salud de su población. En las palabras de una entrevistada,

...te digo porque te das cuenta de que vienen de una situación de carencia en su país, me ha tocado, por ejemplo los de Honduras, que la atención médica me dicen que ellos no tienen acceso a la atención médica como la tenemos aquí, el hecho de detectar algunas enfermedades crónicas que ya trae también aun siendo menores y que no se ha podido atender en su país, porque no tienen el recurso, porque a lo mejor el país no tiene la infraestructura para dárselos, no sé, el darles al menos esa atención primaria ayuda mucho a evitar que caigas en un segundo nivel (Trabajadora social 2, 2024).

Esto lo refirió la trabajadora social del Hospital Infantil para describir las condiciones de salud que presentan los NNA migrantes no acompañados que han atendido. En el contexto de este trabajo se preguntó si los cuadros epidemiológicos que presentan los migrantes son una amenaza para la salud de los residentes locales, como se entiende la propuesta de Beck y la sociedad del riesgo. Esta pregunta pone en evidencia las desigualdades en la distribución y acceso a los recursos, pero también sus efectos sobre la población que se observa en el tránsito de los NNA bajo condiciones de vulnerabilidad desde su lugar de origen, y que luego, al entrar a México de forma irregular, pudieran exhibir enfermedades propias de su lugar de origen y que después pudieran también manifestarse en el deterioro paulatino de su salud.

En general, no se encontró que hubiera una percepción sistemática de riesgo a partir de cuadros epidemiológicos de origen, pero sí se identificaron barreras institucionales, individuales, y otras que se aplican desde las personas encargadas de prestar servicios de salud, agravadas por el desconocimiento de sus derechos por parte de los migrantes. Lo que sí hubo fueron eventos xenofóbicos por parte de individuos, aunque estos no fueron manifiestos de forma sistemática.

De esta manera, según la triangulación entre la teoría y el trabajo de campo, resulta cierto que la salud de NNA migrantes no acompañados antes de comenzar un proyecto migratorio ya se encontraba en condiciones precarias desde los lugares de origen cuyo entorno les ponía en desventaja ante posibles riesgos, como beber agua contaminada, el trabajo en condiciones precarias o de explotación, enfermedades contagiosas, así como la alimentación de baja calidad. Incluso, todos estos factores de riesgo latentes y reales se exacerban una vez que comienza el tránsito hacia Estados Unidos, donde la vulnerabilidad

se acentúa y se manifiesta en una limitada capacidad de afrontamiento a las dificultades que experimentan al enfermarse o accidentarse en el trayecto por México. Aún así, no parece haberse extendido la percepción de que los NNA migrantes no acompañados constituyan un riesgo para la sociedad en donde se encuentran esperando su paso hacia su lugar de destino.

El tránsito de los NNA migrantes no acompañados no solamente se da geográficamente (i.e., en Ciudad Juárez), sino socialmente, ya que pasan de encontrarse en contextos físicos y sociales en donde pudieran haber sido percibidos como sujetos de riesgo o contagio o sujetos de ser criminalizados y vistos como fuente generadora de riesgos a la salud o a la comunidad. Se presume que si existe la posibilidad de que padezcan enfermedades endémicas y las importen a México y Estados Unidos, los encargados de los servicios de salud serían los primeros en percibirlo—por lo menos así se visualiza desde los gobiernos y los sistemas de salud ante una alerta de diseminación de infecciones contagiosas a la población local y la limitada capacidad del sistema de salud público para hacer frente y dar respuesta a la demanda de servicios en caso de suceder un evento de esta magnitud o como se vió durante la pandemia por COVID 19 en el 2021. Sin embargo no se encontró suficiente evidencia para decir que esta percepción fue generalizada, aunque hubo casos individuales de personas con riesgos de contagio, y que fueron atendidas separadamente. Es por ello que la teoría de la sociedad del riesgo responde al primer planteamiento hipotético de este trabajo solamente de manera parcial o matizada (por ejemplo., individual), pues asegura que *el acceso a los servicios de salud para NNA migrantes no acompañados depende de las decisiones que toman los funcionarios públicos en los diferentes niveles.*

Es decir, la población de NNA no representó un riesgo generalizado sino solamente individual en casos evidentes. Esto requiere varios puntos de análisis adicionales. Primero, efectivamente, cada uno de los prestadores de servicios de salud va a brindar la atención médica a los NNA migrantes no acompañados de acuerdo a sus convicciones éticas y personales, ya que al encontrarse bajo un sistema de salud con demandas que rebasan la capacidad de atención, no existen mecanismos para corroborar que el trato sea acorde a las necesidades específicas de esta población, aunado a que el grado de vulnerabilidad que presentan los NNA demuestra una capacidad de advocacy casi nula, pues la condición de menor de edad, migrante y el hecho de que viajan solos pesa más que la credibilidad sobre una necesidad sentida o la evidente urgencia de atención.

Es decir, no hubo sistematicidad en el trato—a veces era carente por sus propias razones generales—pero dependía del trabajador de servicios de salud y sus propias percepciones sobre los riesgos que la población migrante pudiera representar en el contexto de atención y en el momento de esta.

Segundo, con relación a las acciones que se toman desde la prestación de servicios de salud, es decir, desde la perspectiva de quienes trabajan en el terreno—no en áreas administrativas o directivas, que son otro tema a discutir—y que también responden al supuesto hipotético planteado en el párrafo anterior y a la propuesta de Beck (1998), se puede decir que fue la pérdida de confianza hacia las instituciones públicas lo que más agravó la situación de atención a la población migrante. Son las condiciones institucionales propiamente las que pusieron en riesgo no solamente a los derechohabientes sino también a los NNA migrantes no acompañados que pasan por situaciones de salud física y mental no

resueltas o no atendidas dentro de los Centros de Asistencia Social (CAS) o mientras están bajo resguardo de la subprocuraduría de la defensa del menor.

Lo que se encontró es que, con el tiempo, y ante la desatención institucional, no solamente deciden omitir algunos malestares, sino que se acostumbran a no ser escuchados y normalizan el descuido institucional, y eso se convierte en un tema personal e institucional. Sin embargo, existen excepciones donde los NNA van identificando a personas en las que detectan cierta empatía y depositan su confianza en ellos—reafirmando la idea de que los seres humanos tejen redes de confianza y se apoyan en ellas para atender sus necesidades—.

Pero esto quiere decir que solamente confían en ciertos prestadores de salud, como en determinada psicóloga o tal empleado, y acuden a estos profesionales a ser escuchados. Sin embargo esto no resuelve su problema principal de salud de manera sistemática, sino que se convierte en un tema que está sujeto al ejercicio de advocacy por parte de estos prestadores de servicios de salud y se apoya en una decisión personal, es decir, cada uno decide hasta dónde se involucra para dar solución a las necesidades de los NNA migrantes no acompañados, pueden hacerlo o no. Es aquí donde el concepto de advocacy se convirtió en un elemento explicativo de las condiciones de atención a la salud.

Otro punto de análisis con respecto a la propuesta de Beck y la sociedad del riesgo y que también responde al supuesto hipotético planteado, pero esta vez de forma positiva para los NNA, no de forma egoísta como lo plantea Beck (1998), es que proteger a la población local para evitar propagación de enfermedades importadas por los NNA migrantes no acompañados es atender las necesidades de salud de la niñez migrante. Es decir, cuidarlos a ellos, es cuidar a la población en general. Esto tiene relación con aquellos prestadores de

servicios de salud, específicamente las trabajadoras sociales en hospitales públicos, y médicos que trabajan tanto en la sociedad civil como en gobierno que sí realizan advocacy, ya que el compromiso con su trabajo y el respeto a los derechos de los NNA migrantes no acompañados conduce hacia la gestión de recursos más allá de las capacidades institucionales. Y ellos ven su trabajo como algo que protege a todos.

Esto a su vez los convierte en sus representantes circunstanciales en salud, aún cuando se necesite hacer uso de los recursos públicos y privados para atender a la niñez migrante cuando esta se encuentra en situación de vulnerabilidad en salud, y aún cuando desde niveles administrativos y directivos no tienen tales objetivos pero sí la apertura para hacerlo. Sin embargo, en estos niveles de atención, desde el diseño de los programas hasta el otorgamiento de recursos para la atención de la salud, aquellos que toman decisiones en cuanto a los presupuestos y los recursos institucionales a veces difieren de las opiniones de quienes trabajan en terreno. Es decir, sí se encontraron diferencias sobre cómo se percibe la presencia de estos NNA migrantes no acompañados en la salud—y la población migrante en general en la ciudad—y el uso de los recursos institucionales con relación a este grupo y los residentes locales.

Ahora bien, existen posturas que se contraponen entre sí dentro de los mismos sistemas de salud, y a esto se suma el tema de las facultades y responsabilidades respecto a la salud de los NNA migrantes no acompañados. Se sabe que dentro del sistema de salud mexicano existen niveles de atención que actúan de acuerdo a la gravedad o necesidad de salud, desde primer nivel donde se atienden necesidades básicas o simples, hasta el segundo nivel que implica atención especializada, hasta el tercer nivel en caso de cirugía. En el caso

del sistema de salud en Ciudad Juárez se cubre relativamente bien el primer nivel, pero solamente se cubre hasta segundo nivel. Para el tercer nivel, los servicios solamente se encuentran en la capital del Estado y, por consiguiente, esto representa una barrera en la atención a los NNA migrantes no acompañados que pudieran requerir de una atención muy especializada.

Un dato relevante en el trabajo de campo con respecto a este apartado es que las y los prestadores de servicios de salud consideran importante que la atención tanto médica como psicológica de primer nivel se realice desde el primer contacto, y no desde cuando ya están los NNA bajo protección de DIF. Reforzando su profesionalismo y asu vez el disgusto por algunos procedimientos que anteceden su participación con los NNA; los argumentos para esto eran que cuando se traslada a los NNA migrantes no acompañados a los centros de atención, estos ya que llegan a dichos centros de atención social con datos incompletos insuficientes para elaborar un diagnóstico de su condición de salud o para integrar un expediente que permita una atención de calidad. Sin contar con estos antecedentes a la mano, esto quiere decir que pueden pasar días sin ser atendidos entre los tiempos que están bajo protección de la subprocuraduría de la defensa del menor y llegan a DIF. Otra vez, la idea del riesgo que representan para la sociedad en general se desvanece, y es evidente que los trabajadores se centran en la atención a la salud de la persona y no sobre el riesgo que pudieran representar a la sociedad.

En la misma línea, la teoría de la sociedad el riesgo de Beck responde de manera parcial al supuesto hipotético que plantea que *la forma en que se aplican los enfoques para atender la salud obedece a interés externos a los propios países de tránsito y receptores que*

devienen de la presión que ejercen tanto las organizaciones internacionales que pugnan por el adecuado ejercicio y las garantías de los derechos humanos como las presiones políticas de Estados Unidos para el control de la migración. Esto cobra sentido especialmente a partir del 20 de enero del 2025 con la entrada de Donald J. Trump a su segundo periodo de gobierno en los Estados Unidos y las reformas a la política migratoria que se establecieron y que impactaron directamente a todas y todos los NNA migrantes no acompañados que estaban en espacios de atención de Ciudad Juárez, especialmente a aquellos que se encontraban en un proceso de reunificación familiar en EEUU, y que finalmente fueron devueltos a su país de origen. En el caso del espacio donde se realizó este estudio, alrededor de 29 NNA migrantes no acompañados que se encontraban en *México, mi hogar* tuvieron la cancelación de sus trámites migratorios y fueron devueltos a su país, cuando ya tenían cerca de un año en ese lugar.

Este cambio en la política migratoria fue determinante, pues permitió profundizar en los cuestionamientos sobre la ruta de protección a la niñez y la contraparte que se relaciona con la política exterior: ¿Hasta dónde garantizan los países el respeto a los derechos humanos a partir de los compromisos que firma en los tratados internacionales y que derivado de esto se hace necesaria la participación de las agencias de ayuda humanitaria para sostener la atención en salud? O bien, ¿los procesos de atención se limitan al mínimo a partir del cambio de la política en el cual ya no hay oportunidad de cruzar a los Estados Unidos y por consiguiente el tiempo en los CAS es reducido?

Es decir, dado el cambio de política pública, se puede proponer si los sistemas de salud sintieron que ya no tenían la obligación de atender a los NNA migrantes no

acompañados en temas de tratamiento a enfermedades que requieren seguimiento porque dichos migrantes serían devueltos a su país y ya no habría ningún tipo de responsabilidad del gobierno mexicano. Según los datos obtenidos en el trabajo de campo, las agencias internacionales que tienen personal trabajando directamente en terreno y en espacios de DIF mediante trabajo colaborativo eran quienes estaban dando seguimiento a la salud, incluyendo la salud mental, por lo menos en dos de los CAS donde había NNA migrantes no acompañados, y en el CAS municipal *México, mi hogar* quien les daba atención sostenida era la psicóloga del espacio, y a la salud física el médico de DIF, que asiste cada semana.

Ante este planteamiento, se encontró que la teoría de Beck explica lo que sucedió solamente de manera parcial porque si bien el acceso a la salud se encuentra disponible para los NNA migrantes no acompañados, dicha disponibilidad no significa que se resuelve su necesidad en salud, sino que significa que la atención depende de hasta dónde se hace uso de los recursos disponibles tanto en calidad como en cantidad, también de qué tan riesgoso y visible para la población local sea el padecimiento de estos NNA migrantes no acompañados, de la respuesta de los prestadores de servicios de salud, y el nivel de advocacy que puedan o no ejercer en representación de ellos y por supuesto, de particular interés aquí, de las políticas migratorias vigentes entre Estados Unidos y México.

Todo este escenario en el cambio de política migratoria impacta, se presupone, directamente en la condición de vulnerabilidad de los NNA migrantes no acompañados, pues establece mecanismos de diferenciación en las prioridades en el acceso a bienes y servicios basados en características inherentes a la niñez migrante como la edad, el país de origen, sexo, condición socioeconómica, situación legal o el idioma. Interesantemente, no fue así.

Los servicios, aunque precarios desde el principio, siguieron disponibles mientras los NNA migrantes no acompañados siguieron bajo custodia y hasta el momento de su repatriación.

El advocacy como un derecho de los NNA migrantes no acompañados

Otro importante elemento analítico conceptual que se utilizó en este trabajo fue el trabajo de advocacy. El tema de la garantía a los derechos humanos de la niñez migrante no acompañada en México es muy cuestionable, aunque legalmente se cuenta con todo un aparato legal, aunque en muchas ocasiones es vinculante, y se despliega en diferentes niveles, desde el internacional, federal, el estatal y el municipal a través de la *Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes*, la *Ley de migración*, la *Ley de salud*, la *Ruta de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes en situación de migración*, entre otros recursos legales que pretenden otorgar protección integral a éstos, la implementación depende mucho de la acción comprometida de muchos trabajadores y de la sociedad civil. En México, la implementación automática de la ley y los derechos no se puede dar por dada. Al contrario, se ha visto que las condiciones en las que llegan los NNA migrantes no acompañados a la frontera norte son muy distintas a las de alguien que sí cuenta con la protección, como pueden ser los NNA que viajan acompañados de sus padres. Y ante esto, la acción e iniciativa de individuos con habilidad y capacidad de interceder por estos menores se convierte en esencial para que reciban un trato relativamente equitativo.

En este sentido, uno de los supuestos hipotéticos planteados en este trabajo, tiene relación con los derechos de los NNA, sobre todo la restitución de derechos a través de la representación en ausencia de figuras parentales y el uso de los recursos del sistema público de salud para hacer valer dichos derechos. Este supuesto asegura que *para la realización del*

derecho a la salud de NNA migrantes no acompañados depende de que se establezcan procesos de advocacy para visibilizar el problema, establecer mecanismos de protección y aprovechar, si es el caso, los recursos humanos, físicos, materiales y financieros que se asignan a la atención en salud. Las propuestas teóricas y conceptos, cruzados con la evidencia empírica recabada mediante el trabajo de campo, responden afirmativamente a este planteamiento, puesto que, de acuerdo a los hallazgos, prestadoras de servicios de salud cumplen estas funciones en mayor o menor grado y de acuerdo a sus posibilidades y decisiones, como carga extra a sus actividades de rutina asignadas dentro de los sistemas de salud y como un acto de empatía hacia estos NNA migrantes no acompañados, negociando con otros actores la posibilidad de obtener insumos para beneficio de los NNA migrantes no acompañados. Esto lo mencionó explícitamente una trabajadora social:

...incluso con los proveedores estamos a veces así de oye, pues mira es un migrante, como ves déjanoslo más barato, o hay veces yo digo que se compadecen de nosotros, órale pues no te preocupes, yo te lo hago gratis, o no, yo lo pongo, incluso con los médicos ahí en el hospital, obviamente ellos llevan sus prácticas particulares, y nos dice no pues me sobró material, yo lo pongo, entonces en ese sentido, creo que se trabaja ahora sí que es un conjunto de personas que tenemos que trabajar en sintonía para poder obtener el mejor resultado (Trabajadora social 1, 2024).

Por lo tanto, la práctica del advocacy, o abogacía o intervención voluntaria a favor de algo, se hace necesaria en sistemas de salud precarizados donde la atención es general y donde los recursos son escasos. Esta acción de persona interesadas es lo que a veces marca una

diferencia entre la atención parcial a las necesidades de los NNA migrantes no acompañados y la atención acorde a las necesidades de salud de la población, ya que, según los resultados de este estudio, los diferentes tipos y niveles de vulnerabilidad que pueden existir en un ser humano son experimentados por estos NNA migrantes no acompañados, a los que se suman factores de riesgo contextuales y características individuales, y que no pudieran ser atendidos sin la acción interventora de un trabajador de salud o de un miembro de la sociedad civil.

Es por esto que es importante llevar a cabo para este tipo de casos específicos desde el auto-advocacy, que es cuando el NNA migrante no acompañado puede decir lo que necesita de manera clara y con conocimiento de sus derechos, hasta el advocacy, que es cuando se requiere la intervención de un adulto a favor del NNA migrante no acompañado. Se debe pensar que desde un enfoque adultocentrista se tiende a minimizar la voluntad y la capacidad de agencia del NNA migrante no acompañado, por tanto no siempre se requiere de advocacy, pero en muchas ocasiones es lo que marca la diferencia.

Todo el conjunto de fallas institucionales se van sumando a las adversidades que se dan en lo individual en los diferentes momentos de la ruta migratoria, como la falta de documentos de los NNA migrantes no acompañados, información personal y médica insuficiente, el idioma y la edad—y es cuando se requiere que ante los requisitos del sistema, alguien preste su capacidad de gestión. Desde luego no se puede responsabilizar a los NNA migrantes no acompañados por no contar con documentos de identidad o médicos, como la cartilla de vacunación, pero tampoco se les puede negar la atención médica ante estos requisitos que sí se convierten en barreras para el acceso. Ilustrando el advocacy, alguien

dijo, “*Entonces no porque no traigan documentación se les puede negar su acceso a la salud. Sin embargo sí nos toca que sí se les niega*” (trabajadora social 2, 2024).

Todo lo expuesto en los párrafos anteriores deja ver la necesidad del advocacy como una manera de hacer evidente la limitada respuesta gubernamental hacia las necesidades de la niñez migrante, aunque este tipo de ejercicios de gestión y cabildeo se ha pensado como práctica de quienes se encuentran dentro de la sociedad civil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el advocacy no es exclusivo de esta esfera, sino que puede ser una acción desde lo individual y lo social, que sirve precisamente para evidenciar fallas y necesidades en ciertos temas, establecer compromisos políticos y conseguir recursos para la atención a la salud (OMS, 1995).

Es claro que tal necesidad alcanza la esfera gubernamental y se toma el advocacy como una herramienta de tipo voluntario y personal, que se realiza con varios objetivos, unos desde el bien común, como mejorar las condiciones de salud, respetar los derechos humanos y el derecho a la salud de los NNA migrantes no acompañados y donde también reconocen el apoyo de las organizaciones, como lo mencionaron en varias entrevistas los profesionales de la salud de hospitales públicos: “*se tienen todas las dependencias de gobierno, tratamos de dar la mejor atención y buscamos ahora sí que los recursos externos que nos ayudan mucho las asociaciones no gubernamentales que nos brindan el apoyo para poder darles la atención adecuada*” (Trabajadora social 1, 2024) y desde otra perspectiva también a discreción de los prestadores de servicios de salud, acciones que se llevan a cabo en terreno, como una decisión personal, no de quienes están en mandos superiores.

De igual manera, la práctica del advocacy no sería necesaria si el sistema de salud tuviese todo lo necesario para atender a quien lo necesita, pero esta es la diferencia entre el deber ser y lo que sucede en la realidad. Según el enfoque de los DSS, una política de salud universal generaliza las condiciones de salud y por lo tanto las necesidades también, y una focalizada deja fuera a muchas personas, ya que se va a concentrar en un grupo en específico, y los recursos que se dan para ciertos grupos no son suficientes en relación con la demanda.

Cabe considerar, por otra parte, que existen elementos de las diferentes teorías que conforman los derechos de la niñez que intervienen para de cierta manera establecer posturas confusas en la delegación de responsabilidades entre las diferentes instituciones gubernamentales que tienen la obligación de no solamente proteger sino restituir los derechos vulnerados de los NNA migrantes no acompañados durante su tránsito por México y en Ciudad Juárez. Específicamente, la propuesta de Farson (1974)—tesis del cuidador—se empata con el interés superior de la niñez, pues refiere que las decisiones las toma el cuidador, en este caso es el Estado, pensando en el bienestar del NNA. Y es preciso decir que en temas de salud esto resulta ciertamente incongruente, ya que por un lado el sistema DIF se encuentra en los tres diferentes niveles de gobierno y hay procedimientos que se llevan a cabo en DIF estatal, otros en municipal y otros a nivel nacional.

Si bien la atención a la salud estuvo presente, no siempre se dio cuando era pertinente, esto no quiere decir que no hubo deficiencias. En este sentido, en el trabajo de campo se identificaron diferentes omisiones en la atención a la salud—muchas—. Esto sucede por varios motivos, entre ellos porque no existe una comunicación efectiva entre los diferentes niveles del Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es decir, hay procedimientos, como la entrevista

inicial y la atención en primer nivel, que se realizan a nivel de municipio, cuando estos corresponden al DIF estatal, o no se transmiten los expedientes de un nivel a otro, etc. Sin embargo, esto ha de esperarse pues los resultados de la investigación muestran que muchas veces los NNA migrantes no acompañados entran bajo protección de DIF estatal, ya que son identificados desde la ciudad de Chihuahua, en la capital del estado, y no son atendidos hasta llegar a Ciudad Juárez, cuando las lesiones por accidentes o infecciones suceden en cualquier momento mientras cruzan México.

Los testimonios de los participantes en el grupo focal con NNA migrantes no acompañados señalan que solicitaron atención médica en diferentes casos y por causas distintas y no fueron atendidos: *yo me sentía mal y luego pasamos así, no sentía sabor a la comida y luego este nos agarró migración, dormimos una noche ahí y cuando estábamos en Chihuahua, este, uno se acercó y no me atendían*, comentó una de las participantes, refiriendo que venía enferma desde Guatemala, cruzó todo México y no la atendieron hasta que llegó a Ciudad Juárez. Este tipo de testimonios se repitieron durante las actividades con los NNA migrantes no acompañados, no solamente en el tema de la negación de una atención en salud, como lo refirió un participante de las entrevistas a mayores de edad al relatar su experiencia después de haber sido golpeado por agentes municipales y no ser atendido aún cuando pidió ayuda: *si le dije, pero me dijeron que después hablábamos de eso*, sino a través de prácticas que los ponen en riesgo y vulneran sus derechos, entre ellas llevarles a centros de rehabilitación para personas consumidoras de sustancias, donde los recursos son insuficientes, hay personas con síndrome de abstinencia, probablemente violentas y realizan acciones de riesgo, como compartir cepillos de dientes. En general, se encontraron muchas

fallas en la cantidad y calidad del servicio, pero también en la consistencia del mismo servicio de salud. Quizás no son fallas que se deban a acciones dolosas, pero sí son fallas importantes que ponen en riesgo a individuos específicos.

Dentro de este mismo orden de ideas, el supuesto hipotético planteado responde afirmativamente desde otros elementos teóricos que se empatan con los derechos humanos y con la teoría del riesgo. Estos elementos se componen por los determinantes sociales de la salud, ya que plantean una contraposición entre el derecho a la salud y el hecho de que cuando no se cumple deriva en un impacto directo negativo en la calidad de vida de los NNA migrantes no acompañados, y, a consecuencia de esto, se vuelve necesario crear mecanismos para dar voz a los NNA, como el advocacy, que se utiliza para aminorar el efecto de estos determinantes sociales sobre la vida y la salud de la niñez migrante no acompañada.

Lo que sí acompaña a la niñez migrante durante el tránsito

Habiendo comenzado este análisis, en esta sección, y en efecto en todo el capítulo, se discuten elementos interpretativos clave de la evidencia y hallazgos presentados a la luz de los marcos teóricos proporcionados en el segundo capítulo de este trabajo. El propósito es examinar las hipótesis generadas a partir de las teorías seleccionadas para entender cuál teoría y marco conceptual permite entender mejor lo que sucede con relación a la salud y los servicios de salud de los NNA migrantes no acompañados. Este capítulo analítico es, en cierta manera, el corazón de la tesis pues traslapa los conceptos con los hallazgos para encontrar la realidad del terreno.

Determinantes sociales de la salud (DSS), vulnerabilidad, y desigualdad

Estos tres conceptos clave se han analizado de manera conjunta en las categorías que tienen en común, aunque no se conforman de los mismos elementos, no son excluyentes entre sí, y más bien se puede decir que unos se alimentan de otros, sino que juntos afectan negativamente la calidad de vida y el desarrollo integral de los NNA migrantes no acompañados y constituyen una serie de desventajas y barreras para el acceso a los servicios de salud, y sitúan a los NNA migrantes no acompañados en mayor riesgo de desarrollar infecciones o tener algún accidente derivado de las condiciones del trayecto hasta la frontera norte.

Para Cordero y Murayama (2012), los DSS se caracterizan por limitar el acceso a la salud, ya que al ser las condiciones bajo las que las personas viven, crecen y trabajan, impactan directamente en la calidad de vida de los NNA migrantes no acompañados, y éstos reciben un efecto negativo directo del contexto inmediato en su salud (Mejía, 2013). En este caso, los DSS se pueden observar a través de las características que poseen, en primer lugar, son niños, niñas y adolescentes, en procesos de movilidad irregular y en condiciones socioeconómicas precarias, por lo que se les considera bajo factores de riesgo. Estas características específicas se intersectan en las diferentes dimensiones estudiadas en este trabajo, desde la dimensión general o institucional, particular e individual, y muestran una relación entre los supuestos hipotéticos planteados, la teoría y los resultados del trabajo de campo obtenidos en este estudio. Estas dimensiones se explican a continuación, así como el lugar que van asignando a los NNA dentro de un sistema de salud público lleno de limitaciones institucionales.

Primero, la dimensión general de los DSS refiere que la estructura condiciona a través de un sistema social basado en la exclusión a quienes sí y quienes no acceden a ciertos bienes y servicios (Breilh, 1994), todo esto basado en un marco legal y políticas públicas nacionales con intereses extranjeros que hacen presión cuando los contextos se vuelven complicados por eventos inesperados, como posibles infecciones que se salen de control y se vuelven endémicas. Fuentes (2009), explica la transición de los riesgos sociales en México durante los últimos años, los cuales se han potenciado con las condiciones estructurales de violencia, desigualdad y pobreza, lo cual se observó claramente durante el covid-19—el riesgo inherente de las personas a enfermarse, no tener ingresos suficientes para curarse a pesar de tener un empleo, y el gasto catastrófico⁴ de las personas y del gobierno en contingencias sanitarias—exponenciados por las condiciones estructurales de violencia, desigualdad y pobreza, aunado a nuevos riesgos extremos, como la violencia, el abuso y la explotación sexual, específicamente a niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad.

En el caso del acceso a la salud de los NNA migrantes no acompañados hay un tema de incongruencia teórica y práctica que va a determinar el cómo y el cuánto recurso se destinará a su atención en salud, ya que actualmente, las políticas de salud tienen un enfoque universal, es decir, el sistema está obligado a dar atención a todo aquel que lo solicite sin importar edad, sexo-género, estatus migratorio o condición socioeconómica en la que se encuentre, ya que existen diferentes subsistemas que atienden a poblaciones derechohabientes y no derechohabientes, y si bien es cierto que los programas de salud en

⁴ El gasto catastrófico se utiliza en la salud pública para referirse al desembolso económico no contemplado que afecta a las personas cuando hay una emergencia médica, considerando su capacidad económica (Xu et al., 2003).

México no consideran trato especial por ser NNA migrantes no acompañados, los determinantes sociales de la salud sí surgen a partir de atributos específicos, que requieren estrategias de atención muy focalizadas, debido a que estos determinantes que surgen derivados precisamente de las condiciones en las que los NNA viven, transitan por México y persisten en Ciudad Juárez, sin olvidar que la migración viene a considerarse un DSS que se intersecta con otros como la edad, sexo, raza y estatus legal, y otro que se agregaría es el diferenciador de si viajan acompañados o solos, que es dónde se encuentra el punto medular de la garantía de derechos y obligaciones para los diferentes actores involucrados en el tema de la salud y protección a niñez migrante.

Es aquí donde se observa la imbricación entre lo universal y las políticas focalizadas, porque es claro que los NNA requieren, por sus características, atención focalizada, ya que experimentan vulnerabilidades específicas y diferenciadas de aquellos que viajan con personas que tienen las facultades y capacidad de velar por su derecho a la salud, sin embargo, al focalizar una política pública se otorga un presupuesto, que generalmente resulta insuficiente con respecto a la demanda y por consecuencia, dejaría a muchos NNA sin oportunidad de acceder al servicio. Las afirmaciones anteriores fueron comprobadas durante el trabajo de campo con los testimonios de proveedores de servicios de salud de hospitales públicos que participaron en las entrevistas, pues hicieron comentarios como el siguiente.

[E]s que si nos falta mucho personal y más en las noches cuando pueden hacerse la atención a estos niños, niñas y adolescentes, tarde noche o madrugada, porque el personal es más limitante, si no tenemos el recurso humano para atender los tres consultorios con los tres doctores, y nada más

hay un doctor, pues el doctor te digo se aboca la patología de urgencia

(Trabajadora social 1, 2024).

Esto lo refirió una trabajadora social de un hospital público, quien realiza continuamente gestiones para solventar las necesidades que surgen en la cotidianidad de sus labores.

Segundo, es claro que el tener ciertas características ubica a los NNA migrantes no acompañados dentro de un grupo vulnerable—sobre todo el de la condición de movilidad—, que dentro de este grupo magnifica otros elementos de vulnerabilidad que ya portan los migrantes. Estas condiciones son las que hacen de este grupo un objeto de estudio importante.

Ahora bien, en Ciudad Juárez, hay varios Centros de Asistencia Social (CAS) que atienden a niñez migrante, quizás con mayores protocolos precisamente por ser menores de edad. Sin embargo, los NNA migrantes no acompañados que participaron en el estudio se encontraban en un CAS, donde esperaban la reunificación familiar en Estados Unidos, es decir, ya se encontraban en un proceso legal y se había aprobado el cruce al vecino país, pero aún así permanecían en el espacio cerca de un año, incluso el año completo, lo que aumentaba la ansiedad por salir del espacio. Esto los hacía vulnerables no solamente a problemas físicos, con cuidados solamente básicos, sino a problemas de salud mental. Aún así los prestadores de servicio hacían su trabajo bajo condiciones difíciles.

Algunos prestadores de servicios de salud refirieron que los trámites son lentos, y que en los últimos meses se tenía un atraso significativo con las tarjetas de visitante por razones humanitarias, y hasta que no tuviesen esas tarjetas no era posible concluir los trámites de reunificación. Uno de ellos manifestó que *“el problema que tenemos del tiempo de espera son las TVRHs. En realidad migración es que no nos la está liberando,”* indicando que el

Instituto Nacional de Migración (INM) no expide esas tarjetas y esto ocasiona atraso en los trámites de los NNA migrantes no acompañados, exponiéndolos aún más a condiciones precarias que pudieran afectarlos.

Ese es el panorama de los NNA en *México, mi hogar*, pero en los otros espacios de atención, como *Nohemí Álvarez* y la *Casa del menor migrante*, de los cuales, una vez que son declarados no elegibles para la reunificación, son devueltos a su país de origen. De hecho, una vez que son deportables, se pausa cualquier tratamiento médico, ya sea que corresponda a problemas de salud físicos o psicológicos y mentales.

En el mismo orden de ideas, y continuando con el análisis según la propuesta de Breilh (1994), donde se confirma que la dimensión individual de los determinantes sociales de la salud, la cual trata del cómo los afrontan los NNA migrantes no acompañados, y la influencia de las condiciones materiales y las conductas individuales en su salud, equiparado con la dimensión individual que se abordó en este estudio, se da luz sobre cómo dentro de los mismos grupos de NNA migrantes no acompañados hay vulnerabilidades específicas, en las que la respuesta de los menores depende de las herramientas de afrontamiento que seguramente obtuvieron dentro de su familia o desarrollaron durante el tránsito por la misma necesidad o instinto de supervivencia. Es aquí donde hay que hacer una acotación acerca de los DSS, ya que no se trata de responsabilizar a la niñez sobre la manera de afrontar las dificultades, sino que se trata de reconocer que la salud no se reduce a cuestiones biológicas individuales o médicas o institucionales, sino que existe un conjunto de elementos sí biológicos, pero también políticos, sociales, culturales, y ambientales que influyen en la salud

física y mental. El NNA migrante no acompañado es un actor-sujeto dentro de estos sistemas que interactúan y le afectan directa e indirectamente, determinando su nivel de bienestar.

Por ejemplo, los resultados del trabajo de campo mostraron que aunque algunos NNA migrantes no acompañados se enfermaron, pero no pidieron ayuda cuando fueron detenidos por migración—por múltiples razones—. Otros, en cambio sí pidieron esa ayuda, pero de igual manera no recibieron la atención médica que pidieron, a pesar de haber manifestado la necesidad de atención. Uno de los participantes dijo que no le dieron nada. Ante la pregunta sobre qué atención recibió, este manifestó que “*Nada, hasta que solo se me quitó el dolor.*” Este menor refirió esto claramente para indicar que no le dieron medicamento para el dolor, ya que estaba resfriado y le dolía el cuerpo.

Otra de las participantes mencionó que traía lesiones en los pies y que al pedir ayuda sólo le dieron una bandita—*pues solamente me daban un curita y ya*, dijo, aunque los pies seguían inflamados y con dolor. Cabe repetir que estas vulnerabilidades múltiples chocan con un sistema de atención a la salud sobrepasado, pero que las respuestas del propio sistema se dan caso por caso y raramente son de discriminación sistemática.

Cabe mencionar que estas conductas individuales en ocasiones son movidas por instinto de supervivencia, como parte de conservar la vida ante una infección contraída en el tránsito o por sentir que su vida corre riesgo hasta por el tipo de personas que les acompañaban en ciertos puntos del tránsito o cuando identificaron peligro al viajar en el tren y en las cajas de un tractocamión, así como las intenciones de otras personas para hacerlos caer del tren. Por supuesto que la capacidad de gestión es importante, pues entre mayor la edad mayor la capacidad de autogestión en los servicios de salud. Los NNA migrante no

acompañados muy pequeños no tienen esa capacidad y son un caso mucho más complicado pues tienen que apoyarse en el advocacy.

En este sentido, es relevante mencionar cómo los NNA migrantes no acompañados normalizan la violencia colectiva e institucional propia del trayecto migratorio; y poco a poco se acostumbran a gestionar por sí mismos su propio bienestar, o lo que ellos sienten que está bien para resolver sus vulnerabilidades. El tema de la salud mental—que no fue tema central de este estudio—es visto desde la perspectiva individual de la niñez migrante no acompañada que participó en este estudio, y este cobra importancia cuando se enfrentan a estancias largas en los CAS, donde tienen la sensación de estar “encerrados,” entre reglas de comportamiento, horarios para comer, para ver a la psicóloga, al médico, y sujetos a actividades que no les interesan, y con un estrés postraumático que crece con los meses que está en espera de cruzar a Estados Unidos.

Durante el trabajo de campo se observó que el estrés también se encuentra en esta dimensión individual, pero que se gestiona de diferente manera, según las experiencias previas de cada NNA migrante no acompañado. No hay atención sistemática, ni recursos suficientes. Todo es individual. Ante esto, la desesperación suele manifestarse en conductas rebeldes, y, según un participante, los empleados de los CAS les asignan adjetivos derivados de su conducta, llamándolos “ingobernables.”

A veces los trabajadores los nombran por su lugar de origen, como es el caso de uno al que le decían “Panamá.” También la salud mental se afecta a nivel individual pero se manifiesta en el ámbito familiar, desde una desvinculación, hasta un desinterés y hasta una desmotivación para entablar comunicación con algunos integrantes de su familia. Esta

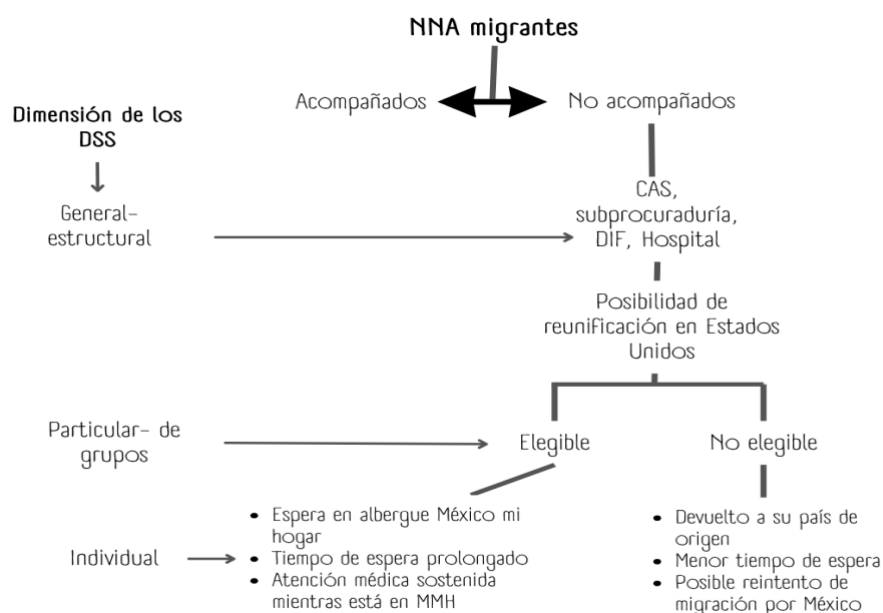
pérdida de interés es observada por los profesionales de la salud mental del CAS, pero no atendida, precisamente porque el mayor enfoque es en los servicios de salud de primer nivel y físico.

Es importante señalar que la salud mental atraviesa las tres dimensiones de los DSS, ya que generalmente se afecta desde la estructura, cuando existen barreras para acceder a beneficios para la salud, luego en el plano familiar y de grupos, cuando se normalizan ciertas conductas violentas hacia los NNA dentro de un discurso que justifica acciones como el abandono parental físico y emocional, donde se utiliza la migración para buscar mejorar las condiciones de vida, o el hecho de decir “yo no me enfermo” o cuando se enferman nadie los atiende porque “se curan solos”. Estas frases fueron recogidas de los grupos focales con NNA migrantes no acompañados, y dejan ver cómo desde las mismas dimensiones (estructural y particular) van marcando la pauta de lo que es accesible o no en cuestión de cuidados y atención a la salud y al mismo tiempo van delegando la responsabilidad de enfermarse y curarse a los propios NNA.

Entonces, estas tres dimensiones que abarcan los DSS se deben entender desde la complejidad, por niveles, a partir de cómo se construye el riesgo socialmente, desde lo colectivo, y cómo va transitando hasta lo individual, donde se requieren herramientas de afrontamiento que en el caso de los NNA migrantes no acompañados pueden ser variables, distintas, y que dependen de factores inversos a los DSS, como la familia y las redes de apoyo, y esto es solamente para hacer hincapié en el impacto final de lo que implica no tener una respuesta institucional que satisfaga la necesidad de atención a la salud, ya que eso no

depende de los NNA, aún y cuando existe todo un marco legal que les debía colocar en una posición de privilegio.

En el cuadro 5.1 se explica la diferencia desde las dimensiones de los DSS y cómo va ubicando a los NNA dentro de cada nivel según las vulnerabilidades y herramientas que poseen por grupos y las conductas individuales, y cómo intervienen estos DSS para el acceso o negación de servicios de salud, aunque las políticas de salud son universales, existen elementos que son clave para que se cumpla el derecho a la salud, que ya se vió que no solamente depende de que se respete el marco legal, sino de las decisiones de cada prestador de servicio de salud en las instituciones públicas, al contrario de lo que sucede en las organizaciones de la sociedad civil, que generalmente sí tiene recursos suficientes para garantizar la atención médica y donde no se requieren acciones extra para solventar la demanda de atención.



Cuadro 5.1. Dimensiones de los determinantes sociales a la salud aplicados a los NNA migrantes no acompañados. Elaboración propia, 2025.

Cabe considerar, por otra parte, que los otros dos conceptos, *vulnerabilidad y desigualdad*, en materia de salud tienen cierta similitud—son elementos esenciales para entender el cuadro completo del problema bajo investigación. Sin embargo, las diferencias se definen más claramente en el análisis teórico-empírico de este estudio. Primeramente, la vulnerabilidad en la niñez migrante no acompañada se analiza desde una perspectiva de múltiples variables, donde una impacta a la otra—existe una interacción compleja entre variables.

Por ejemplo, en el trabajo de campo se vió que los NNA migrantes no acompañados tienen grados de desnutrición cuando llegan a Ciudad Juárez, porque muy probablemente ya vienen con patrones de mala alimentación desde su lugar de origen, y eso debilita el sistema inmunitario, lo que los vuelve propensos a desarrollar infecciones respiratorias, que se suman al hecho de que los medios que utilizan para desplazarse son inseguros, caminan largos periodos de tiempo (sin calzado apropiado), viajan en el tren, expuestos al clima tan diferente a aquel de sus países, particularmente en el norte de México, en el desierto, con climas extremos tanto de calor como de frío. Estas no son aseveraciones sin fundamento, algunas de las prestadoras de servicios de salud lo confirmaron en las entrevistas, así también los participantes de los grupos focales mencionaron enfermarse durante el tránsito. Entonces, aquí vemos por lo menos tres tipos de vulnerabilidad que enfrentan los NNA migrantes no acompañados: ser NNA, migrantes, en condición irregular, sin acompañamiento parental, con desnutrición, infecciones respiratorias, sin atención médica.

Por otra parte, la desigualdad se observa en cómo el goce de ciertos derechos aplica únicamente para algunos grupos de personas, y para otras existen barreras de acceso. También se analiza en las diferentes dimensiones aplicadas a los anteriores conceptos, que

son el estructural, el particular o de grupos y el individual. Entonces, analizando la dimensión estructural, en este estudio se encontró que las políticas migratorias definen quienes ingresan a Estados Unidos y quienes no; en el caso de los NNA migrantes no acompañados existen diferentes pautas que van determinando la elegibilidad, que se da por diferentes motivos, como el padecer enfermedades que no han sido tratadas en el lugar de origen y que en Estados Unidos sí tienen la posibilidad de recibir el tratamiento adecuado.

En el periodo en que se realizó este trabajo, en *México, mi hogar*, se encontraba un niño que padece hemofilia (al cual ya se hizo referencia). Este, según dijo, en su país no siempre estaba disponible el tratamiento, ya que el sistema de salud público no posee los recursos para esa enfermedad y la economía de la familia no le permitía atenderse. De hecho, entre las motivaciones para migrar se encontraba precisamente el recibir la atención médica que esta enfermedad requiere. Aún así, cabe mencionar que una vez que se identificó la condición del niño, el gobierno municipal de Ciudad Juárez cubrió esa necesidad de salud mientras estuvo en el CAS, que fueron aproximadamente 10 meses. Esto reafirma, sin embargo, que la atención es individual y no sistemática y que depende a veces del advocacy de personas específicas.

Las desigualdades en salud estructurales—otro de los niveles de DDS—se manifiestan de diferentes formas, desde el diseño de políticas restrictivas, hasta la existencia de una política de protección en salud para los NNA migrantes no acompañados, pero ejecutada de una manera arbitraria o más bien discrecional por el personal, que pone barreras para el acceso a los servicios de salud, a veces por la simple razón de que los recursos no son abundantes, como lo refirió una entrevistada, quien dijo: “*Entonces no porque no traigan*

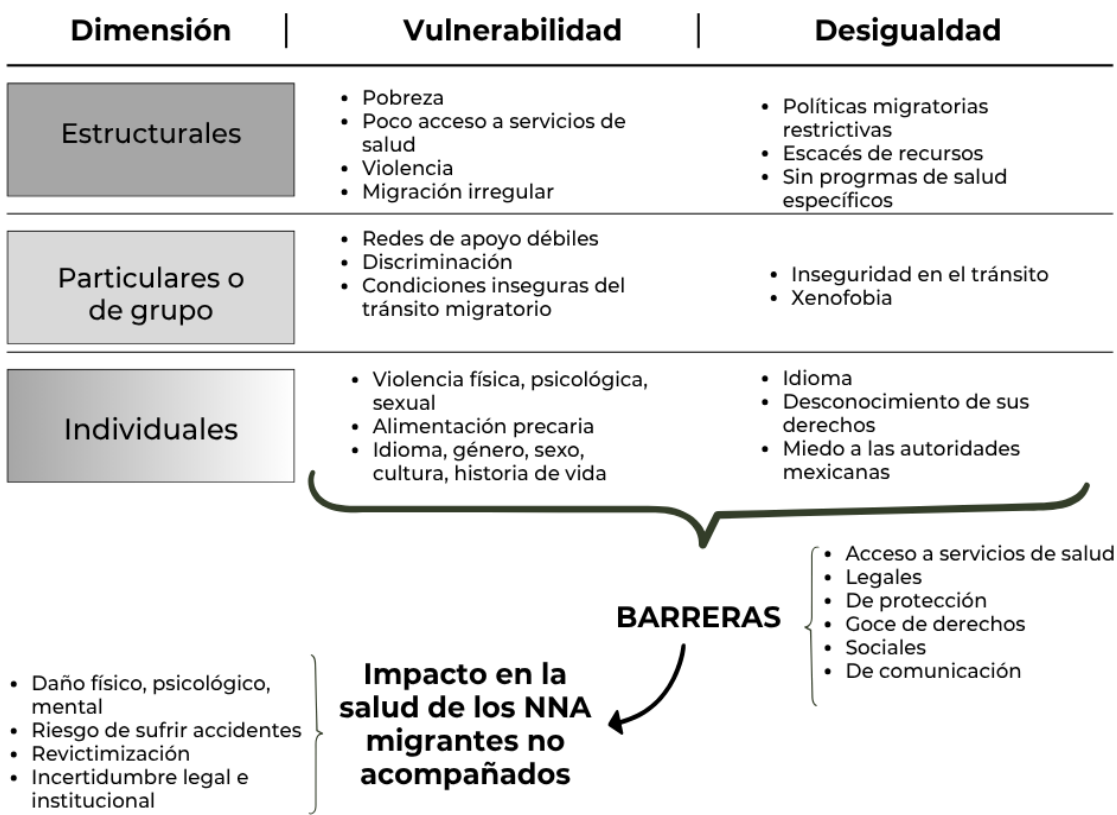
documentación se les puede negar el acceso a su acceso a la salud. Sin embargo sí nos toca que sí se les niega.”

El primer motivo fue, en efecto, el hecho de no contar con recursos suficientes en las instituciones de salud públicas, lo que corresponde a una dimensión institucional del DDS, que ya se discutió un poco más arriba en este trabajo. Esta última afirmación les rutas discrecionales a los prestadores de servicios de salud para hacer una selección entre los NNA migrantes no acompañados a quienes se les va a dar un servicio y a quienes no se les da, pues les obliga a priorizar a aquellos beneficiarios del recurso disponible, estableciendo niveles de accesibilidad, aunado a factores que corresponden a la dimensión individual, como el idioma, la a veces poca información sobre sus derechos, las afectaciones físicas y mentales que arrastran desde el lugar de origen y las limitaciones propias de la niñez.

Todos estos factores multidimensionales en la vulnerabilidad y la desigualdad en salud se transforman en barreras para el acceso, propician situaciones de riesgo para los NNA migrantes no acompañados y hacen más grande la brecha de derechos en la niñez. Otro elemento que no se ha mencionado en este apartado analítico es el hecho de que no se tome en cuenta la voluntad expresada de los NNA migrantes no acompañados, es decir, que ni siquiera en estudios sobre la niñez se incluye su voz—esta es una de las aportaciones de este estudio. Se habla de los NNA migrantes no acompañados sin escucharlos o dar por válidas sus experiencias y necesidades expresadas. Si bien se les preguntan sus deseos, las decisiones las toman desde el interés superior de la niñez, y aplicar este postulado puede llegar a exponerlos a riesgos innecesarios, por ejemplo, al devolverlos a su lugar de origen, y la

posibilidad de que retomen la migración, y más si viajaron acompañados de un traficante en otras ocasiones.

Es por eso que, es necesario entender la salud como un proceso multidimensional, con matices que van a ubicar las necesidades de forma diferenciada aún y cuando pertenecen a un mismo grupo, ya que la salud de la niñez migrante no acompañada no es un problema aislado, sino que forma parte de un conjunto de factores que impactan directa e indirectamente en sus condiciones de vida, los NNA migrantes no acompañados son actores en movimiento, dentro de un contexto que los ubica en desventaja con respecto a otros, así comparta una serie de características, tienen necesidades específicas.



Cuadro 5.2. Análisis de las dimensiones de vulnerabilidad y desigualdad en la salud de NNA migrantes no acompañados. Elaboración propia, 2025.

Ahora bien, las leyes de protección son muy claras en cuanto a su diseño, más no en su implementación. Entre los postulados que no se cumplen en terreno, de acuerdo a la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, obedecen a los artículos del 89 al 102, donde se hace énfasis en el derecho a recibir atención por las autoridades mexicanas sin excepción, alojamiento con las condiciones indispensables, el establecimiento de medidas de protección y el principio de no devolución, pues la atención en salud la reciben una vez que ya están en el CAS, no antes; así como al hablar sobre las condiciones indispensables para estar en los espacios de atención, donde faltan recursos básicos como el agua, o también el principio de no devolución, que se sabe está sujeto a la política exterior y a las restricciones migratorias para solicitantes de protección internacional, además de que los procesos de reunificación familiar muchas veces se llevan desde la sociedad civil, con organizaciones que prestan servicios legales como Derechos Humanos Integrales en Acción (DHIA), o algunas agencias internacionales, ellos son quienes dan representación legal a aquellos NNA que solicitan el apoyo y el seguimiento a quienes resultan elegibles para recibir ese beneficio internacional.

El problema de la suficiencia y la eficiencia en los servicios de salud

Aunque estos dos conceptos suelen aplicarse a disciplinas administrativas, en este trabajo se utilizaron para conocer si los servicios de salud que se dan a los NNA migrantes no acompañados tienen características que van desde la focalización en una población específica, en este caso el sujeto de estudio, o se dan o como parte de la universalidad en derechos a los que tienen o deberían tener acceso todos los residentes locales. En otras

palabras, desde la perspectiva de si hay bolsas específicas para grupos como los NNA migrantes no acompañados o se consideran dentro del sistema.

Estos conceptos tienen relación en cómo se definen los recursos para la atención, tanto en cantidad como en calidad, y proporcionan un marco de análisis que permite identificar si hay elementos para discriminar entre unos y otros NNA—aunque el que formen parte de la atención de todos los derechohabientes en general no significa que sufran discriminación más allá que la población en su totalidad, especialmente si las condiciones ya son precarias para todos—y aplicados en este estudio son el precedente del advocacy, otro concepto utilizado.

Para que estos dos conceptos se apliquen en beneficio de la población estudiada es indispensable realizar una primera revisión médica desde el primer contacto con los NNA migrantes no acompañados. Esta fue una recomendación recurrente en las entrevistas realizadas, ya que un buen diagnóstico conformado por estado de salud físico, mental, posible nivel de desnutrición, inmunizaciones en su lugar de origen, enfermedades frecuentes y la posibilidad indagar sobre antecedentes familiares, sin descartar los factores relacionados con su origen, como la cultura y la cuestión del idioma son claves para medir la cantidad y calidad de la atención. Estos elementos establecen un punto de partida para la suficiencia, ya que conociendo las necesidades de salud de los NNA se podrían desarrollar estrategias donde se incluyan presupuestos y recursos, y priorizar entre las necesidades de atención inmediata, las que requieren tratamiento especializado y/o seguimiento.

Queda claro que el primer diagnóstico que establece la base del “paciente” no se realiza, por eso no se encontró una política de salud específica para la atención de NNA migrantes no acompañados, y por lo tanto la atención diferenciada es un tema pendiente

dentro del sistema de salud público, así como el personal capacitado en temas de niñez y movilidad humana, pues la sensibilización es primordial al momento de identificar en los NNA migrantes no acompañados un trauma derivado del tránsito—esto también fue algo recurrente en las entrevista a prestadores de servicios de salud.

En este sentido, es evidente que los recursos en los hospitales y centros de salud públicos no son suficientes para atender la demanda de servicios. Sin embargo, las necesidades de salud son cubiertas en gran parte por las acciones de los prestadores de servicios de salud, casi siempre trabajadoras sociales, que realizan actividades extra a su trabajo con tal de subsanar la necesidad del NNA, y haciendo un uso eficiente de los recursos disponibles. En resumidas cuentas, al no contar con estos mecanismos de atención bien definidos, se necesitan medidas que aseguren el acceso a la salud para los NNA, y esto se realiza a través del ejercicio del advocacy.

Este advocacy en representación de los NNA migrantes no acompañados se realiza desde la gestión, a través de llamadas, regateo en los costos de medicamentos, y haciendo tratos con los proveedores de materiales que utilizan los médicos y que no hay en el hospital. Así se cubre la parte de la suficiencia y la eficacia. Entonces, si este tipo de profesionales no realiza la abogacía (advocacy), los NNA migrantes no acompañados no tienen la atención necesaria para satisfacer la necesidad de salud que presenten.

Otro elemento de análisis que relaciona con estos dos conceptos es el del riesgo, que sugiere una contradicción práctica, ya que, por un lado, las políticas públicas tienen un enfoque de derechos humanos, donde la dignidad de las personas es la premisa; se crean leyes de protección a los NNA migrantes no acompañados, leyes derivadas precisamente de una

perspectiva y un análisis de la niñez donde se hace evidente quiénes dentro de este grupo tienen propensión a situaciones de riesgo, con derechos vulnerados y en desventaja, sin embargo la parte empírica de este trabajo muestra una realidad distinta, un sistema de salud que requiere esfuerzos extra de sus empleados, escasez de materiales e infraestructura insuficiente, poco personal y con exceso de trabajo y centros de asistencia social sin personal médico de tiempo completo.

Dentro de este marco de suficiencia y eficiencia, este estudio buscaba conocer los programas de salud de gobierno disponibles para NNA migrantes no acompañados, era muy importante conocer cuánto recurso se utiliza para la atención a esta población, sin embargo, los programas disponibles son para personas en movilidad en general, y los prestadores de servicios e salud desconocen si las actividades que hacen dentro de su jornada de trabajo son parte de un programa específico para niñez migrante. Solamente una enfermera indicó que conoce un programa, pero ella no forma parte de este

Interseccionalidad

Otro concepto importante dentro del marco analítico de esta tesis es el de la interseccionalidad. Este concepto es ideal para estudiar condiciones complejas como el trayecto migratorio de los NNA migrantes no acompañados, en este caso con relación a sus necesidades en los servicios de salud. En el empalme analítico entre los enfoques teóricos como la sociedad del riesgo, los derechos humanos, y los conceptos que fueron extraídos para elaborar un marco teórico propio para el análisis de la salud de la niñez migrante no acompañada, era necesario incluir este análisis, una propuesta teórica interseccional, ya que favorece un análisis que rebasa los postulados feministas o de otras teorías críticas, al permitir

su aplicación a otros grupos históricamente vulnerados, como los NNA migrantes no acompañados, y teniendo como base las características atribuidas a los sujetos de estudio, como edad, sexo, raza, clase, situación migratoria, lugar de origen, si viajaron acompañados o no y la propensión a enfermedades infectocontagiosas como se vió en este trabajo, demostrando que todo este conjunto de valores intervienen en el acceso a servicios de salud.

A partir de estas ideas, se pudo cruzar el tema de estudio desde el enfoque interseccional, aterrizado empíricamente durante el trabajo de campo, donde se responde afirmativamente a los supuestos hipotéticos planteados en líneas anteriores ya que aplica para determinada población que confluye en determinado tiempo y lugar (McCall, 2005), en condiciones de desigualdad y vulnerabilidad, donde pasan de un plano individual a uno de grupo, que obliga a los gobiernos a mirar y atender esta problemática, la cual tiene implicaciones políticas, uso de recursos públicos, creación de mecanismos de protección, y acuerdos diplomáticos entre países involucrados, especialmente con Estados Unidos.

Desde esta perspectiva, es preciso considerar la interseccionalidad como una herramienta teórico-práctica, donde el análisis se da desde un nivel general al particular, es decir, observar las condiciones que marcan los determinantes sociales de la salud para la población en general, y partir de ello para identificar a aquellos que se encuentran en condiciones de desventaja, especialmente las relacionadas con niveles estructurales, como el acceso a servicios de salud.

Para ello, este estudio se enfocó tanto en el acceso, como la suficiencia y eficiencia, donde se observó cómo la intersección entre las diferentes vulnerabilidades de los NNA migrantes no acompañados favorecen patrones de desprotección, omisión y abusos en los

distintos niveles de servidores públicos hacia los NNA, y es que precisamente el enfoque interseccional visibiliza las múltiples opresiones creadas por las divisiones sociales (Gutierrez, 2022), ya sea por edad, raza, color de piel, estatus legal, nivel educativo, socioeconómico, condiciones de viaje y hasta el tipo de familia al que pertenece; ya que no es igual en NNA que viaja con sus padres, que viene a México de vacaciones, blanco, con ingresos económicos que cubren más que sus necesidades básicas, cuenta con servicio médico, que estudia, con una condición legal y que viaja en avión, autobús o automóvil propio; aquí es necesario hacer una acotación, el enfoque interseccional aunque analiza las diferentes cualidades que se otorgan a las personas o grupos, no busca crear identidades que asignen atributos, estigmas o encasillen a las personas en estereotipos (Yuval-Davis, 2006), sino se utiliza para analizar cómo modificar las condiciones de vida desde categorías separadas, pero que al cruzarse suman desventajas para los NNA migrantes no acompañados.

Así también, la importancia del análisis de la salud de la niñez migrante no acompañada desde un enfoque interseccional obedece a que existe el desconocimiento de los derechos humanos y las necesidades de atención específicas, esto deriva fácilmente en actos de discriminación en los centros de atención y hospitales por parte de los prestadores de servicios de salud y actores que trabajan directamente con esta población, ya que no es suficiente tener un servicio disponible, sino que ese servicio debe ser acorde a lo que el NNA necesite.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Introducción

En este último capítulo se responden las interrogantes que guiaron este trabajo de investigación, enfocándose en lo que se aprendió de este ejercicio de cuatro años. Primero, se encontró que los NNA migrantes no acompañados tienen generalmente buena salud, y que las afecciones suelen ser de origen viral, como resfriados y gripes. Pocos de ellos realmente padecen enfermedades que requieren de atención en salud en los niveles dos o tres. En ocasiones, de cualquier manera, adquieren otras enfermedades en el camino o padecen de accidentes que requieren atención. Algunas veces también, los trabajos que realizan para obtener un poco de ingresos son a la intemperie y los expone a otros problemas de salud. Todos estos elementos, propios de su condición de niñez en movimiento, a su vez, es lo que merma su salud hasta enfermar.

En este sentido, se encontró que la salud se deteriora con el tránsito, ya que las condiciones bajo las cuales viajan los hacen muy vulnerables, y a veces son violentas y esa violencia viene de muchos diferentes actores, desde las autoridades mexicanas en todos los niveles, como el oficial de migración que no responde ante la solicitud de auxilio hasta la policía municipal a lo largo del territorio que criminaliza a los NNA migrantes no acompañados cuando los ve en situación de calle y los golpea.

En otras ocasiones, es el propio personal de salud quien discrimina y minimiza la necesidad de atención de los NNA migrantes no acompañados, aunque estos son mínimos. Todo esto sin olvidar mencionar al crimen organizado, que los recluta forzosamente y les obliga a hacer actividades ilegales que ponen en riesgo la vida y que luego tienen repercusiones en la salud física y mental. Además el trayecto desde su lugar de origen hasta

Ciudad Juárez regularmente es de tiempo prolongado, por lo que es común que lleguen enfermos, o con un sistema inmunológico en problemas por malnutrición y otros factores, a Ciudad Juárez, donde ya muestran síntomas de infecciones respiratorias, estomacales, quemaduras en la piel y cara, pediculosis y muy importante, derivadas de eventos violentos desde su lugar de origen y en el trayecto, una salud mental afectada.

En la misma línea, cuando los NNA migrantes no acompañados se sienten enfermos no acostumbran acudir al médico, no saben cómo agenciar ayuda (algo que empeora entre los muy menores de edad), o prefieren esperar a que su cuerpo sane solo. Sin embargo, las pocas veces que pidieron ayuda a autoridades que estaban cuidando de ellos, no siempre obtuvieron el apoyo solicitado y no necesariamente porque había discriminación sino porque las condiciones son precarias para todos y los recursos muy bajos. En cambio, durante el tránsito, en muchas partes de México el apoyo se recibió de parte de ciudadanos o la sociedad civil, con los que coincidieron por alguna fortuita razón.

Ahora bien, en México se tiene un sistema de protección a la niñez migrante no acompañada bastante robusto, con una normativa que alcanza los tres niveles de gobierno, comenzando con la Ley General de Salud (LGS), Ley de Migración, la Ley General de los Derechos de Niñas, niños y adolescentes (LGDNNA), así como los diferentes sistemas de protección, como el Sistema Nacional de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA), el sistema DIF, y acciones más concretas como la Ruta de protección a niñez migrante no acompañada, pero también se sabe que existe una importante desvinculación entre instituciones, además hay que sumar la Subprocuraduría de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes y hasta Seguridad pública municipal, y es incongruente que existiendo un

marco normativo de protección tan amplio, las condiciones de salud de la niñez migrante siguen siendo las mismas, es decir, sin ser atendidas de acuerdo a la necesidad, en cantidad y calidad, lo que pone en evidencia una falla o desfase entre la teoría (el papel) y la práctica (el terreno).

Entre los conceptos analizados destacan los de suficiencia (cantidad) y eficacia (calidad) en los servicios de salud a niñez migrante no acompañada. En este rubro se encontró que no existen coincidencias entre ambas con relación a las necesidades de los NNA migrantes no acompañados, y que en ambas categorías no se cumple con los compromisos de protección adquiridos a nivel internacional para con esta población en particular, y que la atención, especialmente a nivel de recursos asignados, resulta insuficiente e ineficaz en la práctica. Por supuesto que esta aseveración no es generalizable a todas y todos los funcionarios y prestadores de servicios de salud, pues hay quienes tienen ese compromiso real en el servicio público.

Sin embargo, y a pesar de la buena voluntad de quienes están en contacto directo con los NNA migrantes no acompañados y que hacen lo posible por solucionar los problemas de salud, los recursos son insuficientes, la infraestructura de los espacios de atención es limitada, no solamente de los hospitales y centros de salud, sino que también en los lugares donde pasan la mayor parte del tiempo en espera. Estos espacios no son muy amigables en caso de necesitar recuperación física, ya que en el caso del albergue *México, mi hogar*, los dormitorios se encuentran en un segundo piso, y esto dificulta el libre tránsito para aquellos que se recuperan de un accidente en las extremidades y no hay aislamiento si son enfermedades contagiosas.

De igual manera, el tema del agua es un problema, ya que casi a diario el espacio no cuenta con agua para sanitarios, lavabos y duchas. Entonces, la respuesta a la pregunta de que si no hay una coincidencia entre la atención en cantidad y calidad y las necesidades de esta población de acuerdo con sus propias vulnerabilidades es negativa, pues las vulnerabilidades derivan a necesidades que rebasan la capacidad institucional, tanto en calidad como en cantidad. En general, no. En lo específico es muy posible que sí, pero depende del caso. No se detectó negligencia generalizada o dolosa, pero sí carencias claras en general que afectan a NNA migrantes no acompañados en particular.

Por otra parte, la cadena causal de la insuficiencia y la ineficiencia en la atención en salud para los NNA migrantes no acompañados y que de cierta manera estimula el advocacy tienen varias vertientes: desde la falta de armonización de procedimientos entre las diferentes instituciones en los niveles de gobierno que tienen la obligación de protección a los NNA y la escasa capacitación a servidores públicos y prestadores de servicios de salud respecto a los derechos humanos y necesidades de salud específicas de la niñez migrante no acompañada. Todo este conjunto de elementos tiene efecto en dos vías, el primero en la subjetividad de las y los servidores públicos que consideran que la niñez migrante representa riesgos a la salud de la población local y el segundo en el acercamiento desde la información y la conciencia de las implicaciones que tiene el trabajo con estos NNA, donde debe predominar la característica principal y a partir de la cual se cometen vulneraciones a los derechos humanos: ser niña, niño o adolescente.

También se requiere hacer cambios en la manera de entender y atender las necesidades de salud de los NNA migrantes no acompañados. Entre esos cambios se sugiere

tomar en cuenta las características que los ponen en una situación particular, como el ser menores de edad, ya que a lo largo de la historia han sido invisibilizados y no tomados en cuenta, por lo que la primera acción es escucharles, se sabe que existen las necesidades sentidas y las necesidades reales, y las dos deben ser tomadas en cuenta al momento de identificarlos, ya que de no ser así, el daño pasa no solamente a ser físico, sino que se vuelve también psicológico, considerando que vienen de contextos donde generalmente no son escuchados ni tomados en cuenta y pasan por esa experiencia una y otra vez.

Otra de las acciones a implementar tiene que ver con la comunicación interinstitucional, no solo en la frontera norte, sino desde la frontera sur y a lo largo de México, si bien se conocen las rutas de tránsito, es necesario identificar a los NNA migrantes no acompañados para que no pasen por el tránsito violento por todo el país, que es donde mayormente se enferman y accidentan; es claro que las autoridades cubren esas rutas a modo de contención, no de atención.

Respecto a los objetivos planteados en este estudio, y con base en los resultados y análisis del trabajo de campo, se ha identificado, según lo que marca el primer objetivo, que el enfoque en la atención en salud que se brinda a los NNA migrantes no acompañados sí se realiza desde los derechos humanos, entre otros marcos legales ideales en papel. Sin embargo, los prestadores de servicios de salud tienen importantes limitaciones al momento de llevar a cabo la atención que les corresponde, ya sea desde la medicina, la psicología, el trabajo social o la enfermería. Los recursos escasos son definitivamente un problema, aunque ahora es general en la sociedad en su totalidad. Pero, herramientas como el advocacy son necesarias para cubrir la necesidad inmediata, especialmente en los casos difíciles.

En cambio, la perspectiva de encargados y coordinadores tiene una mezcla de acción, pues la ley establece un enfoque de derechos, pero para administrar es necesario hacer diferencias y establecer prioridades, lo cual, aunque no se diga de manera explícita, en el trabajo diario es evidente. Asimismo, respondiendo al segundo objetivo, se encontró que las condiciones de salud de los NNA migrantes no acompañados se deterioran durante el tránsito, ya que suelen ser sanos en su lugar de origen. Lo preocupante sucede cuando son identificados por autoridades en el Estado de Chihuahua, a partir de ese momento comienza un proceso denominado ruta de protección integral, donde son entrevistados y canalizados y llevados a diferentes espacios de atención, pero no son atendidas sus necesidades de salud hasta llegar a Ciudad Juárez, y aún en la ciudad, se cometen importantes omisiones y exposición a riesgos, como el internamiento en centros de rehabilitación.

En la misma línea, el tercer objetivo analizó el conjunto de elementos que componen los programas sociales específicos en el tema de la salud de niñez migrante no acompañada, sin embargo, no se encontró alguno que sea específico en salud para esta población, pero sí están algunos como el Plan estratégico de acciones para la atención a niñas, niños y adolescentes en situación de movilidad (PEAANNAM), donde se incluye una parte referente a la salud, el cual se encuentra armonizado a las Ley general de Salud, a la Ley estatal de Salud, y a los lineamientos que se desprenden de lo establecido en la Ruta de protección a niñez migrante. Básicamente en todos los documentos se incluyen los mismos derechos, tienen un enfoque de derechos humanos, y se desarrolla en dos etapas: la de planeación y diseño y la de intervención. Así también, respondiendo al mismo objetivo tres, las organizaciones de la sociedad civil para el 2025 ya no tienen facultades para el resguardo y

protección de niñez migrante no acompañada, sin embargo, el trabajo se logra a través de las agencias internacionales por medio de DIF en los espacios oficiales. Un hecho importante es que a finales de enero del 2025 y, a partir de las órdenes ejecutivas firmadas por Donald Trump para la cancelación del presupuesto del PRM (Oficina de Población, Refugiados y Migrantes del Departamento del Estado de Estados Unidos), las agencias internacionales que dependían de ese apoyo se fueron de Ciudad Juárez, y son éstas agencias las que tenían programas y proyectos específicos para niñez migrante no acompañada, por lo que ya no hay quien cubra ese tema y por lo tanto representa retos para el sistema público de salud de México.

Así también, el cuarto objetivo considera una propuesta de intervención en salud para niñez migrante no acompañada, y es necesario mencionar que tal propuesta tiene un enfoque desde la interseccionalidad, ya que en la actualidad se pretende que la atención sea integral, desde donde se comprende una problemática de manera holística. Sin embargo, al ser parte de las políticas públicas tiende a ser generalizadora, y deja fuera factores de interacción para acentuar la vulnerabilidad de estos NNA, como la raza, contexto social de origen y estructuras sociales que violentan el derecho a la salud, entre las que se encuentran la ineficiencia e insuficiencia en los servicios de salud, la falta de programas específicos según la necesidad de esta población y las conductas de los prestadores de servicios de salud que se encuentran al frente de las instituciones públicas.

Respecto a los supuestos hipotéticos planteados, el primero dice que el nivel de atención a las necesidades de salud de los NNA no acompañados en espacios gubernamentales y de la sociedad civil depende de la suficiencia de los recursos humanos,

físicos, materiales y financieros para cubrir sus necesidades de acuerdo al diagnóstico de sus necesidades en materia de salud, ya sea de origen o adquiridas en el trayecto migratorio, y la evidencia empírica muestra que no necesariamente, ya que si bien el recurso que aporta el Estado cubre únicamente una parte de la necesidad para la atención a niñez migrante, y eso con la infraestructura y personal operativo que atiende a la población en general y utiliza los insumos para quien lo necesite, la parte que no cubre -que pueden ser insumos básicos, como férulas o bastones- la pueden cubrir los profesionales mediante ejercicios de advocacy, casi siempre dirigida a la gestión de recursos, y puede ser desde las redes de apoyo personales, con las agencias internacionales o con el sector privado.

Un segundo supuesto dice que la eficiencia en la atención médica para los NNA migrantes no acompañados depende de cómo utilizan los recursos las instituciones de salud encargadas de la atención en salud a este grupo demográfico y de las decisiones cotidianas que toman los médicos, enfermeras, y trabajadores sociales, titulares y cuidadores de las organizaciones tanto gubernamentales como de la sociedad civil, y la evidencia a partir del trabajo de campo señala que si bien estos prestadores de servicios de salud tratan de eficientar el trabajo, los recursos insuficientes son una barrera para lograrlo, aunado a que no todos y todas tienen la capacidad y facultad de gestión interinstitucional. Esto se suma a que no reciben las capacitaciones en temas de derechos humanos de niñez migrante no acompañada, por lo que no cuentan herramientas para el trabajo específico con niñez migrante no acompañada y es aquí donde prevalece la subjetividad sobre a quién y cuánto se le debe dar. Depende también de una decisión personal sobre hasta dónde llega su labor dentro de la prestación de servicios.

El tercer supuesto refiere que la realización del derecho a la salud de NNA migrantes no acompañados depende de que se establezcan procesos de advocacy para visibilizar el problema, establecer mecanismos de protección y aprovechar, si es el caso, los recursos humanos, físicos, materiales y financieros que se asignan, y, contrastando con el análisis realizado derivado del trabajo de campo se acepta este supuesto hipotético, ya que entre las funciones de quien realiza el advocacy, que en este caso son las trabajadoras sociales de los hospitales públicos, se encuentra el abogar por los que no lo hacen, y ellas no solamente gestionan recursos materiales para realizar sus funciones, sino que aplican presión a las dependencias de gobierno para que realicen sus actividades con apego a los derechos de la niñez migrante no acompañada. Sin embargo, estas actividades las hacen sin considerarlas como un acto social y político que tiene un impacto positivo en una tercera persona, por lo que se sugiere capacitarlas en el manejo de herramientas como el advocacy para que tengan un alcance mayor y se logre visibilizar a esta población.

Continuando con los supuestos, el cuarto supuesto hace referencia a que el acceso a los servicios de salud para NNA migrantes no acompañados depende de las decisiones que toman los funcionarios públicos en los diferentes niveles, y a partir de la evidencia empírica este supuesto se acepta, ya que tanto el presupuesto asignado como los recursos materiales y humanos disponibles son establecidos desde niveles administrativos, y trata de dar servicios a la mayor cantidad de personas con el menor recurso disponible, lo que significa que no va a asignar recursos específicos para niñez migrante no acompañada, y que aunque el servicio no se les niegue, estará sujeto a disponibilidad; por otra parte, en los niveles operativos, donde se encuentran médicos, enfermeras (os), personas de trabajo social y psicología las decisiones

son discrecionales, es decir, cada quién decide el límite de sus funciones y su compromiso con las poblaciones vulnerables, en este caso la niñez migrante no acompañada que se encuentra en tránsito en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Por último, un quinto supuesto dice que la forma en que se aplican los enfoques para atender la salud obedece a interés externos a los propios países de tránsito y receptores que devienen de la presión que ejercen tanto las organizaciones internacionales que pugnan por el adecuado ejercicio y las garantías de los derechos humanos como las presiones políticas de Estados Unidos para el control de la migración, y este supuesto se acepta, ya que a partir de enero de 2025, el espacio donde se realizó el trabajo de campo se quedó sin NNA, ya que los procesos de reunificación que estaban llevando los NNA migrantes no acompañados desde el albergue “México, mi hogar” fueron cancelados y los NNA devueltos a su país de origen, lo que representa un riesgo porque entre las razones por las que los NNA salen de su lugar de origen es la violencia y las pandillas.

Otros NNA se quedaron en otros espacios de DIF estatal, y al cumplir la mayoría de edad son llevados a albergues de la sociedad civil con el reconocimiento de refugiado, para iniciar su integración social, educativa y laboral a la comunidad, siempre y cuando sea deseo del NNA. Cabe mencionar que al salir de DIF no se cumple la ruta de protección, donde se indica que existe una preparación para la vida adulta, donde se van tomando decisiones mediante la autonomía progresiva, al contrario, salen de estos centros de asistencia social sin preparación académica, por lo que el tipo de empleo que consigan probablemente será con sueldo bajo. Este tema sigue siendo preocupante, ya que sin el apoyo de las agencias internacionales que aportan recursos de todo tipo para la atención en salud a estos NNA

migrantes no acompañados y visibilizan el tema desde un enfoque de derechos se ha entrado en un proceso inverso a la restitución de derechos que tanto coinciden los reglamentos y leyes de protección.

Por otra parte, este estudio está cubriendo huecos dentro de la academia, ya que no existen muchos estudios que consideren las experiencias de ambas partes del problema, en este caso los NNA migrantes no acompañados y prestadores de servicios de salud y demás actores y tiene como fortaleza que los datos analizados son fuentes primarias, ya que se trabajó directamente con los sujetos de estudio. Esto permite conocer las diferentes perspectivas y subjetividades derivadas de experiencias personales. Otra fortaleza es que se recuperaron las experiencias en tema de salud de NNA migrantes no acompañados en un momento coyuntural donde por un lado se cuenta con la Ruta de Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Movilidad, y por otro, se tuvo un cambio drástico en la política migratoria de Estados Unidos con inicio del segundo periodo de gobierno de Donald Trump y la cancelación de solicitudes de protección internacional, y esto representa un limbo jurídico para los NNA que ya se encontraban en espera de cruzar y que tuvieron que regresar a su país.

Limitaciones del estudio

También se tuvieron limitaciones y barreras en el transcurso de este estudio. Una de ellas fue la resistencia de las autoridades para dar información. Algunos actores que se consideraban esenciales no accedieron a dar entrevistas por ninguna vía. Se intentó a través de los canales institucionales y por redes personales y no se obtuvo respuesta. No obstante los datos que se pretendían obtener al entrevistar a estos actores, que formaban parte del área de coordinación

de los espacios a cargo del gobierno del Estado, se obtuvieron de manera indirecta. Esta negativa tajante puede dar pie a suspicacias sobre cómo se llevan a cabo los procedimientos dentro de las instituciones públicas, a sabiendas que existen lineamientos para el acceso a la información, como la transparencia. Esta limitante no dañó el estudio, pero dejó en evidencia que no siempre hay transparencia en el estudio de un tema de interés no solamente académico, sino también público.

Otra de las limitaciones tiene relación con las propias barreras institucionales dentro de la universidad, donde aún existe resistencia a que los estudiantes de posgrado realicen trabajo de campo fuera del país. En este caso la intención inicial consistía en un estudio que tenía como punto de referencia la experiencia de las fronteras de Marruecos con España, donde existe una política con base interseccional para el trabajo con niñez migrante no acompañada, por lo que los aportes para este trabajo serían importantes en materia de propuestas de política pública. Esto no fue posible, en parte por la falta de recursos, pero también por la reticencia de las autoridades de la universidad de ampliar los temas abordados en posgrados a otros países y regiones del mundo. No se trata de cuestionar sus razones, pero el estudio pudo haber sido mucho más amplio y profundo si se hubiera permitido hacerlo en sentido comparado.

Limitaciones en el trabajo con NNA migrantes no acompañados

Un estudio como este tiene que considerar un conjunto de valores que lejos de dañar a los sujetos de estudio sea respetuoso, vigilante y defensor de los derechos humanos y del derecho a la salud. Por consiguiente, la ética es la base en el trabajo de investigación donde los actores principales son NNA, y requiere un compromiso que involucra a todas las partes, desde

quienes se encargan de hacer cumplir con los reglamentos de ley, cuidadores y profesionales de la salud y del otro lado quienes investigamos y visibilizamos las fallas institucionales para proponer acciones a favor de los sujetos de estudio.

La parte metodológica de este estudio consideró primordial el principio de no revictimización, y esto provocó poca profundización en los grupos focales. Aunque esta técnica utilizada puede ser muy enriquecedora en la mayoría de los estudios, en este caso no permitió obtener datos a profundidad, aunado que no era intención de la estudiante provocar situaciones que derivan en crisis nerviosas entre los participantes, sin embargo, la oportunidad de realizar las actividades realizadas fue de única ocasión y se aprovecharon al máximo, sin causar dolo. Por ello, en estudios futuros, se propone utilizar grupos más pequeños o en su caso, entrevistas a profundidad con los participantes de mayor edad. También sería importante tener las experiencias de aquellos NNA que se encuentran en espacios de DIF estatal, que no serán reunificados en Estados Unidos y que serán devueltos a su país de origen.

El trabajo con niñez puede ser frustrante para quien realiza investigación, ya que las barreras de todo tipo se hacen manifiestas tanto por parte de las instituciones, la desconfianza que existe de los NNA hacia los adultos en general, y los retos personales en el trabajo con niñez. Sin embargo, es necesario visibilizar y dar nombre a lo que sucede desde la propia mirada y experiencia del NNA, dudar de las capacidades de niñas, niños y adolescentes es también una forma de violencia, es necesario ponerlos en el lugar que deben tener, como actores principales con ideas, experiencias y necesidades en salud reales; por ello la

recomendación es que en el trabajo de investigación la premisa debe ser “trabajar en conjunto con ellos, no sobre ellos.”

REFERENCIAS

- Adler, N. E.; Rehkopf. (2008). DH. U.S. disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. *Annu Rev Public Health*.; 29:235-52.
- Agila, G. A. R. (2017). Una niña “se suicidó”. *MIGRANTE*. <https://sii.ecosur.mx/Content/ProductosActividades/archivos/4873/textocompleto%2000.pdf#page=19>.
- Agudelo, D.; Chavarría, P.; Arista, G.; y Cruz, C. 2022. Sin Derecho a Enfermarse. La realidad de los niños migrantes venezolanos en Colombia. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology & Public Health*.
- Amnistía Internacional. (2021). Problemas a los que se enfrentan los MENAS. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/menas-desmontando-bulos/>.
- Anduiza, Crespo, Méndez. (2009). Metodología de la Ciencia Política, segunda edición, Cuadernos metodológicos, no.28, España.
- Arcaya, M. C.; Arcaya, A. L.; y Subramanian, S. V. (2015). Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Pan American Journal of Public Health*, 38(4), 261–271.
- Archard, D. W. (2023). “Derechos de los niños.” The Stanford Encyclopedia of Philosophy (edición de primavera de 2023), Edward N. Zalta y Uri Nodelman (eds.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2023/entradas/derechos-niños/>>.
- Artaza, O. Editorial. Salud Pública de México [online]. 2016, v. 58, n. 5 [Accedido 6 Noviembre 2023] , pp. 493-495. Disponible en: <<https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8183>>. ISSN 0036-3634. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8183>.
- Barrios M. y Lizárraga A. (2021), “Atrapamiento migratorio y el reajuste de los espacios de atención en la frontera norte de México ante la COVID-19” en *Diarios del terruño. Reflexiones sobre migración y movilidad*, UAM, núm 12, 2021, pp.46-67.
- Basch, LG, Glick Schiller, N., y Blanc-Szanton, C. (1994). Naciones sin límites: Proyectos transnacionales , predicamentos poscoloniales y Estados-nación desterritorializados. Gordon y Breach. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3766752>
- Becerra, G. (2022). Los mayores riesgos de la migración irregular. World vision. Reporte publicado el 13 de diciembre de 2022. <https://worldvisionamericalatina.org/mayores-riesgos-migracion-irregular/>
- Beck, U. (1998). La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad. Ediciones Paidós Barcelona, SAIFC.
- Benach, Joan; Muntaner, C; Tarafa, G; Vergara, M. (2012). Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(Supl. 5), 794-802. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500012
- Bernales, M.; Cabieses, Báltica, McIntyre, Ana María, Chepo, Macarena, Flaño, Javiera, y Obach, A. (2018). Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. *Salud Pública de México*, 60(5), 566-

578. Epub 31 de mayo de 2019. <https://doi.org/10.21149/9033>
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000500018
- Borrell, C; Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Suppl. 1), 13-27.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es.
- Bucknall, W.; Fox, M.; Valdivia, O.; y Wallace, K. (2021). Política migratoria de México con respecto a los menores no acompañados: Obstáculos para acceder a servicios y protecciones. Central América & México Policy Initiative.
- Busso, G. (2001). Vulnerabilidad social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. Naciones Unidas. Comisión Económica para América latina y el Caribe. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/vulnerabilidad-social-nociones-e-implicancias-de-politicas-para-latinoamerica-a-inicios-del-siglo-xxi.pdf>
- Cabieses, B.; Galvez, P.; y Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 35. 285. 10.17843/rpmesp.2018.352.3102.
- Cambridge Dictionary (2023). <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/advocacy>
- Canales C. M. (2006). Metodologías de investigación social, LOM Ediciones, Santiago de Chile.
- Castañeda Guillot, Carlos, Martínez Martínez, Ronelsys, & López Falcón, Adriana. (2021). Grandes pandemias y sus desafíos. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, 8(3), 00047. Epub 11 de junio de 2021. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i3.2671>
- Centros para el control y la prevención de enfermedades.(2019). Cómo se transmite la tuberculosis. <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/howtbspreads.htm#:~:text=Las%20bacterias%20de%20la%20tuberculosis,%2C%20estornuda%2C%20habla%20o%20canta.>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR Observacion General 14. (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.
- Cordero, R., Murayama., C. (2012). Los determinantes sociales de la salud en México (Biblioteca De La Salud) . Fondo de Cultura Económica. Edición de Kindle.
- Costa, M. y López, E. (1986). Salud Comunitaria. Martínez Roca: Barcelona.

- Crenshaw, K. (1991): «Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics and Violence against Women of Color». *Intersectionality*, Stanford Law Review, no 43, pp. 1241-1299.
- Creswell, J. y Creswell, D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Fifth Edition.
- Currea-Lugo, V. (2008). Cómo hacer advocacy y no morir en el intento. *Anuario de Acción Humanitaria y Derechos Humanos*. Universidad de Deusto. ISSN: 1885 - 298X, Núm. 5/2008, Bilbao, 73-85 <http://revista-derechoshumanos.deusto.es>
- Cutter, S.L., Boruff, B.J. and Shirley, W.L. (2003). Social Vulnerability to Environmental Hazards. *Social Science Quarterly*, 84: 242-261. <https://doi.org/10.1111/1540-6237.8402002>
- Daly, J. A. (2011). *Advocacy: Championing Ideas and Influencing Others*. Yale University Press.
- De Haas, H; Castles, S; Miller, M. (2020). *The age of migration. International population movements in the modern world*. Sixth edition.
- De Llano, P. (2018). Estados Unidos deja a más de 700 niños sin reunir con sus padres inmigrantes. *El País* https://elpais.com/internacional/2018/07/27/estados_unidos/1532651860_397916.html
- Departamento de Salud. 2005. New York State.
- Dickerson, C. (2020). El gobierno de Estados Unidos expulsa a México a niños migrantes de otros países. *The New York Times*.
- DIF (2020). Manual de procedimientos para la atención integral de NNA migrantes no acompañados. https://difchihuahua.gob.mx/2020/Manuales_de_Procedimientos/2020/MP_CAS_Migrante.pdf
- Dreier, H. (2023). Solos y explotados, niños migrantes desempeñan trabajos crueles en Estados Unidos. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2023/02/25/espanol/explotacion-infantil-usa-menores-migrantes.html>
- Durán-Strauch E. (2021). *Biomedica : revista del Instituto Nacional de Salud*, 41(3), 384–387. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8519597/>
- EFE. (2021). Comparan con la tortura el trato que da EEUU a los niños migrantes. *Los Ángeles Times*. Nota publicada el 2 de enero de 2021. <https://www.latimes.com/espanol/eeuu/articulo/2021-01-02/comparan-con-la-tortura-el-trato-que-da-eeuu-a-ninos-migrantes>
- Eguiluz, I. (2021). La salud como política migratoria. *Nexos*. <https://migracion.nexos.com.mx>.
- El Economista. (2023). Casi mil niños migrantes permanecen alejados de sus familias en Estados Unidos. Publicado el 02/02/2023. <https://www.eleconomista.com.mx/internacionales/Casi-mil-ninos-migrantes-permanecen-alejados-de-sus-familias-en-Estados-Unidos-20230202-0090.html>

- Farah, M. (2023). Economía de la explotación. Diario en línea Reforma. Nota publicada el 28 de julio de 2023. <https://www.reforma.com/economia-de-la-explotacion-2023-07-28/op253647>
- Farson, R. (1974). *Birthrights*. Macmillan Publishing Co., Inc. New York.
- Feinberg, J. (1992). Chapter three The Child's Right to an Open Future (1980). In *Freedom and Fulfillment: Philosophical Essays* (pp. 76-97). Princeton: Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9780691218144-005>
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Supl.3), 07-22. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&tlng=es.
- Fraenkel, J; Wallen, N; Hyun, H. (2012). *How to design and evaluate research in education*. Eighth edition. Mc Graw Hill.
- Fuentes, M. (2009). Infraestructura escolar. Los riesgos para la salud. La cuestión social en México. Excélsior [en línea], México, 19 de mayo de 2009 (disponible en: http://www.ceidas.org/images/stories/ceidas/archivo_historico/pobreza_y_marginacion/pdf/20Infraestructura_Escuelas_190509.pdf).
- Fumadó, V. (2013). Valoración inicial del niño migrante. *Pediatría Integral*, Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Vol. XVII, Núm. 10, Curso V. España.
- Giddens, A. (2014). *Sociología*. Tercera edición.
- Giménez, C. (2003). *Qué es la inmigración. ¿Problema u oportunidad? ¿Cómo lograr la integración de los inmigrantes?* Barcelona: RBA Integral.
- González-Block M. A.; Duarte Gómez, M. B.; Salgado de Snyder, N.; Robles-Silva, L.; y Scott J. (2007). *Atención a la salud de grupos vulnerables. Hacia una síntesis de la literatura. Resumen Ejecutivo*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- González-Contró, M. (2011). Reflexiones sobre el derecho a la identidad de niñas, niños y adolescentes en México. *Boletín Mexicano De Derecho Comparado*, 1(130). <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2011.130.4669>
- Gutiérrez, N. (2022). Jóvenes e interseccionalidad: color de piel•etnia•clase. *Zona Metropolitana del Valle de México* (p. 248). UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales. Edición de Kindle.
- Hart, H.L.A. (1963). *Law, Liberty and Morality*. Stanford: Stanford University Press.
- Heptinstall, E., Sethna, V., & Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European child & adolescent psychiatry*, 13(6), 373–380. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-0422-y>
- Hernández, R.; Fernández, C.; y Baptista, P. (2016). *Metodología de la investigación*. 6ta Edición Sampieri.

- Hill Collins, P., & Bilge, S. (2019). ¿Qué es la Interseccionalidad? In Ediciones Morata S. L. (Ed.), Interseccionalidad. https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/HillCollins.Interseccionalidad.PR_.pdf
- HIQA. (2023). Health Information and quality authority. Anual report. <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2024-06/HIQA-Annual-Report-2023.pdf>
- Holt, J. (1974). *scape from Childhood: The Needs and Rights of Children*. Boston: E. P. Dutton.
- <https://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=rights-children>
https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/hepatitis/hepatitis_a/fact_sheet.htm#:~:text=En%20general%2C%20se%20transmite%20de,v%C3%ADa%20%22fecal%20oral%22.
<https://www.nytimes.com/es/2020/10/30/espanol/ninos-expulsiones-mexico.html>
- Human Rights Watch. (2018). En la ‘hielera.’ Condiciones abusivas para las mujeres y los niños en las celdas de detención migratoria en Estados Unidos. <https://www.hrw.org/es/report/2018/02/28/en-la-hielera/condiciones-abusivas-para-las-mujeres-y-los-ninos-en-las-celdas-de>
- Ibáñez, A. M.; R, S.(2020). Salud y migración: frenar el contagio va más allá de frenar la migración. La maleta abierta. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://blogs.iadb.org/migracion/es/salud-y-migracion-frenar-el-contagio-va-mas-alla-de-frenar-la-migracion/>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). Informe de Resultados Principales de la ENIM 2015. Gobierno de México. <https://www.insp.mx/enim2015/informe-resultados-2015.html>
- International Organization for Migration. World Migration Report 2015. Migrants and Cities: New Partnerships to Manage Mobility. Geneva: International Organization for Migration, 2015 [citado julio 2017]. Disponible en: <https://www.iom.int/world-migration-report-2015>
- Jones K. y Moon, G. Medical geography: taking space seriously. *Prog Hum Geogr.* 1993; 17:515–24.
- Jørgensen, S., & Holzmänn, R. (2003). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 21(1). <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021106.pdf>
- Kandel, W. (2021). *Unaccompanied Alien Children: An Overview*. Washington: Congressional Research Service.
- Kanno-Youngs, Z. (2019) Hacinados, sin agua y mal alimentados: así viven los migrantes en los centros de detención de EE. UU. <https://www.nytimes.com/es/2019/07/03/espanol/hacinamiento-detencion-migrantes-eeuu.html>.
- Kawachi I.; Subramanian, S. V.; Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*; 56:647–52
- Kearns, R. A. y Joseph, A. E. (1993). Space in its place: developing the link in medical geography. *Soc Sci Med.*; 37:711–7.

- Khyatti, M.; Trimbitas, R. D.; Zouheir, Y.; Benani, A.; El Messaoudi, M. D.; y Hemminki, K. (2014). Enfermedades infecciosas en el norte de África y los inmigrantes del norte de África en Europa. *European Journal of Public Health*. Vol 24, No. suppl 1, agosto de 2014: 47–56, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku109>.
- Kramer, M. (1998) Rights without Trimmings, en Kramer, Simmonds y Steiner.
- Krieger N. (1994). Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med*.39:887–903.
- Krieger N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*.30:668–77.
- La Prensa. (2015). 30.000 menores centroamericanos detenidos en México en 2015. La Prensa Mx. Nota publicada el 28 de diciembre de 2015. <https://www.laprensa.mx/notas.asp?id=411838>
- Lamata, F. (2013). Suficiencia y Eficiencia en la sanidad pública. <http://fernandolamata.blogspot.com/2013/11/suficiencia-y-eficiencia-en-la-sanidad.html>.
- Leavey, G., Hollins, K., King, M. *et al*. Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39, 191–195 (2004). <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0724-x>
- León, D. C. R. (2020). Dimensiones para abordar la salud mental en el contexto de la migración. Revisión de literatura científica entre 2016 y 2019. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-18 DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.dasm>.
- Ley de Migración, (2018). Comisión Nacional de los Derechos Humanos. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/normatividad/ley_migracion.pdf
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. (2024). Cámara de Diputados. Honorable Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_110121.pdf.
- Ley General de Salud (2021). Cámara de Diputados. Honorable Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf.
- Loayza-Alarico, M. J. (2019). Migración y los efectos en la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 10-11. <https://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2334>.
- Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31(supl 1): S28-S36.
- Lupu, L. (2019). El concepto de riesgo social: un enfoque geográfico. 38. 5-13.10.2478/quageo-2019-0035. https://www.researchgate.net/publication/338227523_The_concept_of_social_risk_A_geographical_approach
- Lupu, L. (2019). El concepto de riesgo social: una aproximación geográfica. <https://bibliotekanauki.pl/articles/1051224>

- MacCormick, N. Rights, claims and remedies. *Law Philos* 1, 337–357 (1982).
<https://doi.org/10.1007/BF00848293>
- Marcus, R; Leon-Himmelstine, C; de Carvahlo, T; Jimenez, D. (2023). Niñas, niños y adolescentes afectados por la migración y el desplazamiento a nivel interno en América Latina y el Caribe. UNICEF.
<https://www.unicef.org/lac/media/40961/file/Ninos-afectados-por-la-migracion%20.pdf>
- Márquez Covarrubias, H. (2014). En lomos de la bestia. Travesías de migrantes centroamericanos en el infierno mexicano. Observatorio del Desarrollo. vol. 3. pp. 31-36. 10.35533/od.0309.hmc.
https://www.researchgate.net/publication/316362403_En_lomos_de_la_bestia_Travesias_de_migrantes_centroamericanos_en_el_infierno_mexicano
- Marroquín, A. Huezo-Mixco, M. (2006). Brújula rota. Cultura “nómada” de los trabajadores migratorios centroamericanos. *Revista de estudios sociales*, 24: 27-32.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (1989). *Designing Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Martínez, M. (1999). *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. México: Trillas.
- Massey, D.; Pren, K.; y Durand, J. (2009). “Nuevos escenarios de la migración México-Estados Unidos. Las consecuencias de la guerra antiinmigrante”, en *Papeles de Población*, vol.15, núm. 61, pp. 101-128.
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 30 (31): 1771-802.
- Mejía O. LM. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/13423>
- Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education : a qualitative approach* (1st ed.). Jossey-Bass.
https://search.library.uvic.ca/discovery/fulldisplay/alma99477543807291/01VIC_INST:01UVIC
- Mertens, D. (2010). *Investigación y evaluación en educación y psicología: Integración de la diversidad con enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miles, MB y Huberman, AM (1994). *Análisis de datos cualitativos: Una guía ampliada*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Moctezuma-Longoria, M. (2018). Menores inmigrantes vulnerados por el gobierno estadounidense. Atrocidades y omisiones de las políticas públicas. *Papeles de Población*, vol. 24, núm. 98, pp. 133-15. Universidad Autónoma del Estado de México. DOI: <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.98.38>
- Moor, I; Spallek, J; Richter, M. (2017). Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of epidemiology and community health*, 71(6), 565–575.
<https://doi.org/10.1136/jech-2016-207589>

- Naciones Unidas (2018). Migración internacional. <https://www.un.org/es/global-issues/migration>
- Naciones Unidas. (2013). La Declaración Universal de los Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Naciones Unidas. (2020). El procedimiento de determinación de la edad en España viola la Convención de los derechos del niño, afirma comité de la ONU. <https://www.ohchr.org/es/2020/10/spains-age-assessment-procedures-violate-migrant-childrens-rights-un-committee-finds>
- Ochoa, S. M. (2014). El riesgo en la sociología contemporánea: de los riesgos sociales a los riesgos modernos. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://www.pued.unam.mx/export/sites/default/archivos/documentos-trabajo/014.pdf>
- Olivares Escobedo, M. y Vega Briones, G. (2015). Jóvenes migrantes en el foster care system (sistema de cuidado de jóvenes adoptados): el caso de La Academia. *Norteamérica*, 10(1), 165-190. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-35502015000100165&lng=es&tlng=es.
- Organización Internacional de Migraciones (OIM). (2022). Informe sobre las migraciones en el mundo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Determinantes Sociales para la salud <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Enfermedades de transmisión alimentaria. https://www.who.int/es/health-topics/foodborne-diseases#tab=tab_1.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Abordar los desafíos de salud en la detención de inmigrantes y alternativas a la detención: una guía de implementación del país. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Ortega Velázquez, E. (2020). Niñez migrante en tiempos de COVID-19: vidas y futuros en riesgo. Nexos, observatorio migrante. Una colaboración del Observatorio de Política Migratoria, El Colegio de la Frontera Norte y Nexos. Recuperado de <https://migracion.nexos.com.mx/2020/06/ninez-migrante-en-tiempos-de-covid-19-vidas-y-futuros-en-riesgo/>.
- Ortega Velázquez, Elisa. (2015). Los niños migrantes irregulares y sus derechos humanos en la práctica europea y americana: entre el control y la protección. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 48(142), 185-221. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332015000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Palmer S. y Torgerson, D. J. (1999). Definitions of efficiency BMJ; 318 :1136 doi:10.1136/bmj.318.7191.1136.
- Parducci, A. M. y Huezo-Mixco, M. (2006). Brújula rota. Cultura “nómada” de los trabajadores migratorios centroamericanos. *Revista de Estudios Sociales*, (24), 27-32.

- Parrini-Roses, R. y Flores-Pérez, E. (2018). El mapa son los otros: narrativas del viaje de migrantes centroamericanos en la frontera sur de México. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (61), 71-90.
- Payan, T. (2022). Entendiendo el nexo entre la inmigración indocumentada y la salud mental. Opinión actual en psicología. Volumen 47, octubre de 2022. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101414>[Get rights and content](#)
- Pérez Segura, V. (2020). Migraciones y pandemias. Amenazas infecciosas en un mundo globalizado. Universidad Pontificia comillas. Madrid. https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/53738/migraciones_y_pandemias_libro.pdf?sequence=-1&isAllowed=y.
- Pillay (2008). Marcos de Financiamiento de la Educación Superior en la SADC. en P. Kotecha (ed.). Hacia un Futuro Común: Educación Superior en la Región de la SADC. Hallazgos de Investigación de Cuatro Estudios SARUA (Serie de Estudios 2008), Johannesburgo: SARUA . <https://www.sciepub.com/reference/95>
- Plan Estratégico de Juárez, A.C. (2022). Informe de salud en Juárez, México: Plan Estratégico de Juárez. A.C. https://planjuarez.org/wp-content/uploads/2022/09/Informe_Salud_2022.pdf
- RAE. (2024). Diccionario del estudiante. <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/ingobernable>
- Ravenstein, E. G. (1885). The Laws of Migration. *Journal of the Statistical Society of London*, 48(2), 167–235. <https://doi.org/10.2307/2979181>
- Raz, J. (1984). Sobre la naturaleza de los derechos, *Mind*, Volumen XCIII, Número 370, abril de 1984, páginas 194–214, <https://doi.org/10.1093/mind/XCIII.370.194>
- Reglamento de extranjería. (2024). Artículo 189. <https://www.conceptosjuridicos.com/reglamento-extranjeria-articulo-189/>
- Rivera-Luna, R. (2022). La importancia del cáncer infantil en México. *Gaceta mexicana de oncología*, 21(1), 1-2. Epub 14 de marzo de 2022. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.m22000218>.
- Ruiz, O. (2002). La migración en la globalización de la sociedad del riesgo. El Colegio de la Frontera Norte. México. <https://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2011/08/135.pdf>
- Salas-Coronas J.; Cabezas-Fernández, M.T.; Lozano-Serrano, A. B.; Soriano-Pérez, M. J.; Vázquez-Villegas, J.; y Cuenca-Gómez, J. A. (2018). Newly Arrived African Migrants to Spain: Epidemiology and Burden of Disease. *Am J Trop Med Hyg* 98(1):319-325. doi: 10.4269/ajtmh.17-0604. PMID: 29165212; PMCID: PMC5928739.
- Salgado de Snyder, V. N.; González Vázquez, T.; Bojorquez Chapela, I.; e Infante Xibile, C. (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública de México*. Vol. 49:8-10. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sánchez Serrano, S. (2015). La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En M.L. Tarrés (coord). *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en investigación social*. México: El Colegio de México / FLACSO, pp. 93-123.

- Sánchez, J. (2021). Niñez en tránsito migratorio por México. Instrumentos jurídicos y derechos humanos. Revista IUS, vol. 15, núm. 47, pp. 233-258, 2021. Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, Departamento de Investigaciones. DOI: <https://doi.org/10.35487/RIUS.V15I47.2021.658>
- Sautu, B. y Dalley, E. (2005). La construcción del marco teórico en la investigación social. Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de objetivos y elección de metodología, CLACSO, Colección Campus Virtual, Buenos Aires, Argentina. Disponible en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/RSCapitulo%201.pdf>.
- Save the Children. (2018). Las múltiples caras de la exclusión. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/endofchildhood_report_2018_spanish.pdf
- Schiller, Ng; Basch, L. y Blanc-Szanton, C. (1992). Transnacionalismo: Un nuevo marco analítico para comprender la migración. Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York, 645: 1-24. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1992.tb33484.x>
- Secretaría de Salud. (2013). Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/dgps-nuestros-programas>.
- Secretaría de Salud. (2017). Recursos en salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_recursos_gobmx.html
- Sen A. (2002). Why health equity? (2002). Health Econ.;11:659–66.
- Sen A. (2008). Why and how is health a human right? .(2008). Lancet.;372:2010.
- Pillay N. Right to health and the Universal Declaration of Human Rights. Lancet. 372:2005–6.
- Sirenio, K. (22 de mayo de 2020). Migrantes indígenas reciben apoyos para mitigar crisis económica en Los Ángeles. Pie de página. <https://enelcamino.piedepagina.mx/migrantes-indigenas-reciben-apoyos-para-mitigar-crisis-economica-en-los-angeles/>
- Skalická, V.; Lenthe, F. van; Bambra, C.; Krokstad, S.; y Mackenbach, J. (2009). Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. Int J Epidemiol. 38:1272–84.
- Steiner, H. (1994) Ensayo sobre los derechos. Oxford: Blackwell. Págs. X + 305. *Revista Canadiense de Filosofía* . 1996;26(2):283-302. doi:10.1080/00455091.1996.10717455
- Subirats, J.; Gomá, R.; y Brugué, J. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. Bilbao: Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DT_2005_04.pdf.
- Sumner L. (1987). The Moral Foundation of Rights., Oxford, Clarendon Press. pp. x + 224. *Utilitas*. 1989;1(2):307-310. doi:10.1017/S0953820800000327
- Tena, L. (2023). Fronteras portátiles y exclusión social en salud para el migrante. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

<https://erecursos.uacj.mx/server/api/core/bitstreams/c531e8f8-ab5c-47da-85bc-f895d67fdf7b/content>

UNICEF España. (2023). Informe niños migrantes no acompañados.

<https://www.unicef.es/ninos-migrantes-no-acompanados>

UNICEF. (2015). Protocolo para la atención consular de niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados [recurso en línea] / Ricardo Alberto Ortega Soriano... [et al.]. México: Secretaría de Relaciones Exteriores, Dirección General de Protección a Mexicanos en el Exterior.

<https://www.unicef.org/mexico/media/1231/file/Protocolo%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20consular%20de%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20migrantes%20no%20acompa%C3%B1ados..pdf>

UNICEF. (2018). Niños, extranjeros y solos en España: cuando la desprotección se multiplica. UNICEF Comité Español. 25 de enero de 2018.

<https://www.unicef.es/blog/infancia/ninos-extranjeros-y-solos-en-espana>

UNICEF. (2022). Historia de los derechos del niño, <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/historia>

Unidad de Política Migratoria (2020). Niñas, niños y adolescentes migrantes en situación migratoria irregular, desde y en tránsito por México, síntesis gráfica. p.10. Gobierno de México, Secretaría de Gobernación.

http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadistica/NN/NNYA_S%C3%ADntesis_ene-jun_2020.pdf.

Unidad de Política Migratoria. (2021). Estadística sobre niñez no acompañada.

https://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadistica/NN/NNYA_S%C3%ADntesis_ene-dic_2021.pdf

United Nations Institute for Training and Research. (2011). Migration and Youth: Overcoming Health Challenges. New York: UNITAR.

<http://www.unitar.org/ny/international-law-and-policy/migration-and-development-series/MigrationYouthovercoming-healthchallenges>.

Urbina, M. (2015). “Marco conceptual de los Determinantes Sociales de Salud en México”. Determinantes sociales de la salud. Gaceta conbioética. Año IV. Núm. 15 (Marzo).

https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/gaceta_conbioetica/numero_15/Gaceta_15_final_conforros_pweb.pdf

Varela Huerta, A., (2015). Buscando una vida vivible: la migración forzada de niños de Centroamérica como práctica de fuga de la ‘muerte en vida.’ *El Cotidiano* (194), 19-29. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32542592003.pdf>.

Vargas, J. (2018). El número de menores migrantes en España aumenta un 60% mientras el sistema de acogida. Les condena a la exclusión. Público, Display Connectors, SL.

<https://www.publico.es/sociedad/numero-menores-migrantes-espana-aumenta-60-sistema-acogida-les-condena-exclusion.html>.

Vázquez-Quesada, L; Peña, J. y Vieitez, I. (2021). Necesidades y Atención en Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres Migrantes en México. Un estudio desde Ciudad Juárez, Chihuahua. Vol. I. México: Population Council y El Colegio de la Frontera Norte.

- Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.*; 22(3):429-45. doi: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN. PMID: 1644507.
- Yanova N., Klimashin V., 2010. Mental models in ideas of risk and security in the mass consciousness. *Scientific Journal of Theoretical and Applied Researches* 2–2(66).
- Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women's Studies* 13 (3):193-209.

ANEXOS

Formato de consentimiento informado NNA

Esta hoja de consentimiento informado explica el objetivo de la investigación y las implicaturas de su participación. Si deseas conocer mayores detalles siéntete con la libertad de preguntar. Por favor, lee este documento cuidadosamente.

Esta entrevista es completamente voluntaria y no es necesario que proporciones información personal, ya sea nombre, dirección o teléfono. Tampoco estás obligado a contestar preguntas si no lo desea y tienes la libertad de salir de la actividad en cualquier momento.

Nombre de la investigación

Condiciones de salud de niñez migrante no acompañada en tránsito en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Objetivo de la investigación

Identificar el ejercicio y enfoque en los servicios de salud a niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados que se encuentran en tránsito en Ciudad Juárez en espacios tutelados por el Estado o de la sociedad civil.

Selección de participantes

Has sido elegido para participar en esta investigación porque te encuentras bajo protección del gobierno o refugio temporal o porque has decidido participar de manera voluntaria al escuchar la propuesta de la doctorante.

Procedimientos del estudio

Esta actividad de grupo focal tendrá una duración de aproximadamente una hora y media. Las preguntas serán sobre tus vivencias en tu lugar de origen y tu viaje hasta la frontera, así como tu estado de salud durante todo este tiempo y si has necesitado ir a un hospital o

consultorio médico. Es necesario grabar el audio de la actividad, y se te preguntará si estás de acuerdo.

Esta actividad es anónima con el propósito de proteger tu privacidad, y será resguardada de manera segura.

La actividad se llevará a cabo en una sola sesión.

Esta actividad tiene el beneficio de poder compartir experiencias en temas de salud con compañeros que se encuentran en la misma situación de migración.

Riesgos

Tu participación en este estudio no te pone bajo ningún tipo de riesgo.

Confidencialidad

Con el objetivo de proteger tu privacidad, no se te pedirá información personal. El entrevistador puede eliminar tu nombre de la grabación y la transcripción de la entrevista en caso de que aparezca.

Participación Voluntaria/Retiro del Proyecto

Toda participación en este proyecto es voluntaria. No hay ningún tipo de consecuencia si decides retirarte.

Puede que decidamos citar textualmente partes de tus declaraciones en el grupo focal. Sin embargo, su información personal será removida para que no puedas ser identificado.

Consentimiento

Tu firma confirma que has entendido en qué consiste esta investigación y has aceptado participar en ella. No olvides que puedes salir del grupo focal en cualquier momento. Tampoco olvides que está en libertad de hacer preguntas durante la actividad.

Yo (nombre)_____ estoy de acuerdo con participar en este proyecto de investigación y he leído y comprendido la información de este documento.

_____	_____	_____
Nombre del entrevistado	Firma del entrevistado	Fecha

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Luis Antonio Payan Responsable del Proyecto, al teléfono o al correo electrónico luis.payan@uacj.mx.

Dr, Luis Antonio Payan

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

Este proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en la Investigación (CEI) de la UACJ. En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez, Presidente y Secretaria del CEI, a los correos gperaza@uacj.mx y fany.solis@uacj.mx

Formato de consentimiento informado personas adultas

Esta hoja de consentimiento informado explica el objetivo de la investigación y las implicaturas de su participación. Si desea conocer mayores detalles siéntase con la libertad de preguntar. Por favor, tómese el tiempo de leer este documento cuidadosamente.

Esta entrevista es completamente voluntaria y no es necesario que provea información personal, ya sea nombre, dirección o teléfono. Tampoco está obligado a contestar preguntas si no lo desea y tiene la libertad de terminar la entrevista en cualquier momento.

Nombre de la investigación

Condiciones de salud de niñez migrante no acompañada en tránsito en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Objetivo de la investigación

Identificar el ejercicio y enfoque en los servicios de salud a niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados que se encuentran en tránsito en Ciudad Juárez en espacios tutelados por el Estado o de la sociedad civil.

Selección de participantes

Usted ha sido elegido para participar en esta investigación porque labora en una institución donde se prestan servicios de salud a la comunidad en general, dirige un espacio de atención a niñez migrante no acompañada, o bien, porque usted decidió participar de manera voluntaria al escuchar la propuesta de la doctorante.

Procedimientos del estudio

Esta entrevista tendrá una duración de aproximadamente una hora y se le preguntará si está de acuerdo con la grabación del audio. Se le preguntará sobre su experiencia laboral, opinión y otros temas relacionados a servicios de salud de NNA's migrantes no acompañados.

Esta entrevista es anónima con el propósito de proteger su privacidad, y será resguardada de manera segura.

La actividad se llevará a cabo en una sola sesión en una fecha acordada por ambas partes.

Este estudio presenta el beneficio de que al finalizar el programa de doctorado, se entregarán los resultados y el análisis de manera personal y digital si así lo desea.

Riesgos

Su participación en este estudio no lo pone bajo ningún tipo de riesgo.

Confidencialidad

Con el objetivo de proteger su privacidad, no se le pedirá información de contacto o personal. El entrevistador puede eliminar su nombre de la grabación y la transcripción de la entrevista en caso de que aparezca.

Participación Voluntaria/Retiro del Proyecto

Toda participación en este proyecto es voluntaria. Si decide retirarse tiene dos opciones: en primer lugar, puede elegir no contestar ninguna pregunta; en segundo lugar, puede contactarse con el entrevistador o el responsable de la investigación para solicitar que su participación sea removida. No hay ningún tipo de consecuencia si decide retirarse.

Puede que decidamos citar textualmente partes de sus declaraciones en la entrevista. Sin embargo, su información personal será removida para que no pueda ser identificado.

Consentimiento

Su firma confirma que ha entendido en qué consiste esta investigación y ha aceptado participar en ella. No olvide que puede detener la entrevista en cualquier momento. Tampoco olvide que está en libertad de hacer preguntas durante la entrevista.

Yo (nombre)_____ estoy de acuerdo con participar en este proyecto de investigación y he leído y comprendido la información de este documento.

_____	_____	_____
Nombre del entrevistado	Firma del entrevistado	Fecha

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Luis Antonio Payan
Responsable del Proyecto, al teléfono o al correo electrónico luis.payan@uacj.mx.

Dr, Luis Antonio Payan

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda

entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

Este proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en la Investigación (CEI) de la UACJ. En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez, Presidente y Secretaria del CEI, a los correos gperaza@uacj.mx y fany.solis@uacj.mx

Guía grupo focal con NNA

Población de estudio: Niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, que emigraron de sus países de origen sin acompañamiento o fueron separados de sus padres o tutores durante el trayecto, que se encuentran en Ciudad Juárez, en condición de tránsito o en espera prolongada.

Objetivo del grupo focal

Conocer las condiciones de salud de NNAMNA desde su lugar de origen, durante el trayecto y en Ciudad Juárez, así como la respuesta institucional (gobierno y sociedad civil) ante las posibles demandas de atención médica.

Datos generales (previo a la actividad)

Edad

Sexo

País de origen

Lengua materna

Composición familiar (¿monoparental, homoparental, extensa, compuesta- con quién vive?)

Dinámica rompe hielo

La moderadora genera un espacio de confianza para que las y los participantes compartan sus experiencias sobre el tema de salud en su país de origen, durante el trayecto y en Ciudad Juárez. Cada participante se presentará indicando su nombre (ficticio) y lo que más le gusta hacer en un día ordinario

Ejes de análisis de grupos focales

Dimensiones	Temario/preguntas detonadoras
Lugar de origen 1. Lugar de origen o residencia habitual	Experiencia pre-migratoria • ¿Quién pagó el viaje? • ¿Quién te acompaña? • Duración del viaje • ¿Qué es lo que te gusta más de tu lugar de origen? • ¿Dónde viven las personas que son más importantes para mí (vínculos fuertes)? • Padecimientos de salud en su lugar de origen (¿de qué te enfermabas?, ¿te llevaban al médico?, ¿te pusieron vacunas?)
2. Motivaciones para migrar	• ¿Por qué migrar?
En el trayecto 3. El tránsito (accidentes enfermedades)	• ¿Te has enfermado?, ¿de qué? • ¿Te has accidentado? ¿cómo fue? • ¿Cómo lo solucionaste? En caso de ir a un hospital/centro de salud/consultorio particular: • ¿quién te atendió? • ¿Te cobraron? • ¿Te dieron todo lo que necesitabas para mejorar tu salud? • ¿quién te acompañó? • ¿te pidieron papeles/documentos? • ¿Cómo te trataron las personas que te atendieron? • ¿cómo supiste a dónde acudir?
4. Dificultades en el trayecto	Experiencias poco agradables • ¿Como lo solucionaste?

En Ciudad Juárez 5. Experiencia en Ciudad Juárez	• ¿Cómo llegaste a este lugar (albergue) • ¿Cuánto tiempo llevas aquí? • ¿Te has enfermado? • ¿Cómo lo solucionaste? (¿quién te atendió?, ¿Te cobraron?, ¿Te dieron todo lo que necesitabas para mejorar tu salud? • ¿quién te acompañó?, ¿te pidieron papeles/documentos? ¿Cómo te trataron las personas que te atendieron?
6. Planes a futuro	• ¿Qué esperas en un futuro para ti?

Guión entrevistas médicos y Trabajo social

Entrevista

Batería de preguntas

Sector salud: Trabajo social, Médicos

Datos generales

Nombre

Edad

Formación educativa

Institución

Puesto

Tiempo laborando en la institución

Perfil profesional/ puesto y ocupación actual

experiencia trabajando con NNA en movilidad

1. Experiencia con niñez migrante y necesidades de salud

¿Qué entiende por niño, niña o adolescente migrante no acompañado?

¿Ha atendido casos de niños, niñas y adolescentes (nnamna) que solicitan atención médica?

¿Con qué frecuencia?

¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que acuden a solicitar atención médica?

¿Encuentra alguna diferencia entre los padecimientos que presentan los nnamna y los nna's locales?

¿Ha identificado alguna enfermedad en los nnamna que pueda representar un riesgo para la población local?

¿Cuál?

De las necesidades de salud identificadas en nnamna,

¿Cuál le parece que es la más urgente de atender?

¿Cuál es la más posible de atender (de manera directa) para esta unidad?

¿Usted aquí en este albergue cuenta con lo necesario para realizar su trabajo?, ¿Cuál es la necesidad más urgente que tiene esta unidad de salud para mejorar los servicios que se brindan a nnamna? (insumos, equipo, material, personal, claridad normativa, menos carga de trabajo, capacitación).

¿Cuál es el proceso para proporcionar la atención?

¿Conoce algún programa de gobierno diseñado para atender específicamente a nnamna?

¿cuál? -nombre-

¿Cuál es el alcance de cobertura?

¿Qué sí y qué no cubre? -enfermedades, accidentes, posibles cirugías, medicamentos especializados-

¿Cómo y quién cubre el costo económico en la atención a nnamna?

¿Qué sucede después de que se atendió al nnamna?

Sociedad del riesgo y derechos humanos.

Vulnerabilidad en salud de nnamna RECORDARLE QUE NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS, ES SU PERCEPCIÓN Y OPINIÓN PERSONAL

¿Qué piensa usted acerca de los nna's que viajan desde Centroamérica sin acompañamiento de sus padres?

¿Considera importante atender la salud de nnamna?, ¿Por qué?

¿Qué considera más importante: preservar la salud de la población local o hacer efectivo el derecho humano a la salud de nnamna?

Opinión sobre el aumento de nnamna en la población migrante que llega a Juárez

¿a qué cree que se debe?

¿Es una ventaja, desventaja o no importa su condición de nna para pedir asilo?

Suficiencia y eficiencia en el acceso a los servicios de salud de nnamna

¿Cómo calificaría la calidad de la atención a la salud que se brinda desde lo público para nnamna?

¿Por qué? Nota: solicitar ejemplos concretos (Nota: no solicitar nombres de personal de salud que hacen tal o cual cosa).

¿Usted ha visto o escuchado de actos de discriminación contra nnamna en esta unidad? (no me diga por parte de quiénes). Solicitar ejemplos.

En su experiencia, ¿hay retos para la comunicación con nnamna?

¿Cuáles? Indagar sobre retos más allá de las barreras lingüísticas de las personas migrantes no-hispanoablantes o relacionados a diferencias culturales (expectativas, formas de entender la salud y la enfermedad, prioridades)

¿Qué otros retos identifica para mejorar la calidad de la atención a la salud de esta población (nnamna)?

¿Cuáles son los aciertos del sistema de salud y de esta unidad en la atención a nnamna? (qué se debe de continuar haciendo porque lo hacen muy bien).

¿Cuál es su opinión personal acerca de la atención que se proporciona a los nnamna en los centros de salud y hospitales públicos?

¿De quién es la responsabilidad de atenderlos?

¿Por qué?

Algo que desee agregar

Agradecer y retirarse

Guion de entrevista director-coordinador de albergue

Entrevista

Batería de preguntas

Director (a)/encargado de albergues

Datos generales

Nombre

Edad

Institución

Puesto

Tiempo laborando en la institución

2. Experiencia del funcionario y necesidades de salud de niñez migrante

2.1. ¿Qué entiende por niño, niña o adolescente migrante no acompañado?

2.2. ¿Hace cuánto tiempo trabaja con niñez migrante?

2.3. ¿Qué opina sobre el tema de la niñez migrante no acompañada?

2.4. ¿Qué ha observado en temas de salud de los nnamna que llegan a la institución?

2.5. ¿Qué necesidades de salud son más comunes entre los nnamna que llegan a este lugar, considerando necesidades derivadas de accidentes o enfermedades?

2.5.1. ¿Cuál considera más urgente de atender?

2.6. ¿Qué pasa si llega un nnamna accidentado o con una enfermedad?

2.6.1. ¿Hay algún protocolo?

2.6.2. ¿Quién se encarga de atenderles?

2.6.3. ¿Quién cubre los gastos?

2.7. ¿Quién considera usted debe ser el responsable de pagar los gastos de salud del nnamna?

2.7.1. ¿por qué?

3. Sociedad del riesgo y derechos humanos.

Vulnerabilidad en salud de nnamna

3.1. ¿Qué piensa usted acerca de los nna's que viajan desde Centroamérica sin acompañamiento de sus padres?

- 3.2.¿Es importante atender la salud de nnamna?, ¿Por qué?
- 3.3.¿Qué considera más importante: preservar la salud de la población local o hacer efectivo el derecho humano a la salud de nnamna?
- 3.4.Opinión sobre el aumento de nnamna en la población migrante que llega a Juárez
 - 3.4.1. ¿a qué cree que se debe?

4. Suficiencia y eficiencia en el acceso a los servicios de salud de nnamna

- 4.1.¿Cómo calificaría la calidad de la atención a la salud para nnamna en los centros de salud y hospitales de la ciudad?
 - 4.1.1. ¿Por qué? Nota: solicitar ejemplos concretos (Nota: no solicitar nombres de personal de salud que hacen tal o cual cosa).
- 4.2.¿Usted ha visto o escuchado de actos de discriminación contra nnamna en algún hospital o centro de salud? (no me diga por parte de quiénes). Solicitar ejemplos.
- 4.3.En su experiencia, ¿hay retos para la comunicación con nnamna?
 - 4.3.1. ¿Cuáles? Indagar sobre retos más allá de las barreras lingüísticas de las personas migrantes no-hispanoablantes o relacionados a diferencias culturales (expectativas, formas de entender la salud y la enfermedad, prioridades)
- 4.4.¿Qué otros retos identifica para mejorar la calidad de la atención de esta población (nnamna)?
- 4.5.¿Cuáles son los aciertos del sistema de salud y de esta unidad en la atención a nnamna? (qué se debe de continuar haciendo porque lo hacen muy bien).
- 4.6.¿Considera que existen barreras específicas para los nnamna? (Lejanía, largas horas de espera, solicitud de papeles con los que no cuentan, desconocimiento del lugar).
- 4.7.¿Cuál es su opinión personal acerca de la atención que se proporciona a los nnamna en los centros de salud y hospitales públicos?
 - 4.7.1. ¿De quién es la responsabilidad de atenderlos?
 - 4.7.2. ¿Por qué?
- 4.8.Algo que desee agregar

Agradecer y retirarse