



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

**“FRONTERAS PORTÁTILES Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN
SALUD PARA EL MIGRANTE”**

Tesis presentada por:

Luis Manuel Tena Muñoz

para obtener el grado de:

DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES

Director de Tesis:

Dr. Luis Antonio Payan Alvarado

Ciudad Juárez, Chihuahua. Agosto, 2023





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

“FRONTERAS PORTÁTILES Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL MIGRANTE”

Tesis presentada por:

Luis Manuel Tena Muñoz

para obtener el grado de:

DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES

Ciudad Juárez, Chihuahua. Agosto, 2023



Hoja de autorización del sínodo:

Dra. Eva Margarita Moya
Presidenta

Dra. Consuelo Pequeño Rodríguez
Secretaria

Dra. Nadia Irina Santillanes Allande
Vocal

Dra. Bertha Verónica Martínez Flores
Vocal

Dra. Georgina Martínez Canizales
Vocal

Dedicatoria

A la comunidad migrante, los incansables.

A mi madre, mi razón de ser.

A los actores del servicio de salud, por su esfuerzo, a pesar de las adversidades.

Agradecimientos

Al Dr. Payán, por confiar en mí y ser tan firme en la dirección que brindó en mi paso por el doctorado. Por todas sus intervenciones, pero, sobre todo, por su paciencia.

A la Dra. Moya, por recibirme en su seminario y mostrarme las maravillas del trabajo cualitativo. Por abrirme las puertas de la Universidad de Texas en El Paso y darme mi primer acercamiento a la comunidad migrante.

A la Dra. Santillanes, por mostrarme que la salud es un sistema mucho más complejo de como lo entendía. Por leerme, por ser tan dedicada y por todo el tiempo que invirtió en mi formación.

A mis lectoras, Dra. Pequeño, Dra. Martínez Flores y Dra. Martínez Canizalez, quienes le dedicaron tiempo a esta tesis.

A mis compañeros de generación, quienes brindaron su apoyo en mis primeros semestres y por contribuir en mi formación en las Ciencias Sociales.

A Mayra y Rodolfo, por su apoyo en todo el proceso administrativo, desde mi postulación hasta el fin.

A mis amigos, por entender mi desaparición social por cuatro años.

A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías, por el apoyo académico y económico para la obtención del grado.

Tabla de contenido

Resumen	13
Abstract	14
CAPÍTULO I	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
Introducción	16
Fronteras del Siglo XXI	22
Barreras Fronterizas, Retórica, y Migración	29
Exclusión, Vulnerabilidad, Marginación: Servicios de Salud	44
Pregunta de investigación	48
Objetivo de la investigación	48
<i>Objetivo general</i>	48
<i>Objetivos específicos</i>	49
Hipótesis	49
Algunos supuestos hipotéticos	50
Conclusión	51
CAPÍTULO II	53
REVISIÓN DE LA LITERATURA Y MARCO TEÓRICO	53
Introducción	54
Marco Teórico	54
El constructo de frontera y sus implicaciones en lo migratorio	57
<i>La proyección de fronteras y barreras internas: Paso obligado a la frontera portátil</i>	63
El andamiaje entre las fronteras y las teorías de movilidad	68

El sujeto de estudio: El migrante y el acceso a los servicios de salud	72
<i>La centralidad de entender la migración y la salud pública</i>	76
Globalidad, cultura y salud	83
Determinantes sociales en salud	87
Vulnerabilidad, Marginación y Exclusión	90
El estatus jurídico de la persona en la comunidad: El reto de la migración	99
Fronteras portátiles	107
<i>Hilvanando los conceptos teóricos</i>	112
CAPÍTULO III	115
METODOLOGÍA	115
Introducción	116
Un acercamiento metodológico mixto	117
Fases metodológicas	127
Estrategias de implementación	127
Fase cuantitativa: Encuestas	129
<i>Variables y sus herramientas metodológicas</i>	129
Fase cualitativa	135
<i>Variables y sus herramientas metodológicas</i>	136
<i>Muestra y muestreo</i>	141
Plan de trabajo de campo	141
Validación de instrumento	144
Conclusión	145
CAPÍTULO IV	147

FRONTERA PORTÁTIL: DESDE EL PORTADOR	147
Introducción	148
<i>Datos sociodemográficos</i>	151
<i>Datos de identidad y derechohabiencia</i>	160
<i>Índice de marginación</i>	164
<i>Acceso a los servicios de salud: Servicio de urgencias</i>	173
<i>Acceso a los servicios de salud: Servicio de hospitalización</i>	175
<i>Acceso a los servicios de salud: Servicio de consulta externa</i>	177
<i>Acceso inadecuado e indigno que se traduce en pérdida de la vida</i>	179
Conclusión	182
CAPÍTULO V	186
FRONTERAS PORTÁTILES: DESDE LOS EJECUTORES	186
Los ejecutores de la frontera en los servicios de salud	187
Datos globales en la narrativa de los grupos focales	194
El acceso a la salud: La narrativa de los directivos de unidades médicas	196
El acceso a la salud: La narrativa de los mandos medios de unidades médicas	200
Así pues, se pueden advertir importantes diferencias entre los tres niveles en los ejecutores o agentes de la frontera y aquellos que portan la frontera consigo en relación con los servicios médicos: directivos, mandos medios, y operativos.	207
<i>El acceso a la salud: La narrativa de los colaboradores operativos de unidades médicas</i>	207
El caso de Ciudad Juárez frente al fenómeno migratorio en tránsito	210
<i>De lo teórico a lo empírico.</i>	212

Conclusión	213
CAPÍTULO VI	217
LA ALTERNATIVA	217
La alternativa para el acceso a los servicios de salud para el migrante	218
Participante 1	219
Participante 2	220
Participante 3	222
Hallazgos del capítulo	222
<i>Empleo</i>	222
<i>Identidad jurídica</i>	223
<i>Acceso a los servicios de salud</i>	223
Participación de la sociedad civil	225
Casos actuales	230
Consideraciones finales del capítulo	231
CONCLUSIÓN	233
Introducción a la conclusión	234
Hallazgos destacables	240
ANEXOS	249
BIBLIOGRAFÍA	266

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	30
Tabla 2	32
Tabla 3	42
Tabla 4	126
Tabla 5	140
Tabla 6	145
Tabla 7	156
Tabla 7. 1	157
Tabla 7. 2	162
Tabla 7. 3	163
Tabla 8	164
Tabla 9	174
Tabla 10	176
Tabla 11	178
Tabla 12	194

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Esquema teórico.	114
Ilustración 2 Distribución por grupos de edad.	152
Ilustración 3 Distribución por género.....	153
Ilustración 4 Distribución de la muestra por nivel académico.	154
Ilustración 5 Estado civil de la población de estudio.	155
Ilustración 6 País de origen de la muestra.....	159
Ilustración 7. Documentos de identidad.....	163
Ilustración 8 Dosis de vacunación COVID-19 y el lugar de vacunación.....	171
Ilustración 9 Redes de la Casa del Migrante, conexiones unilaterales y bilaterales.	228

Resumen

Esta tesis explora las diferencias en el acceso a las unidades y servicios médicos y las acciones diferenciadoras con relación a estos, impuestas sobre los individuos en condición de migración irregular. El campo de estudio es Ciudad Juárez, lugar de tránsito para la población migrante. El marco teórico que da sentido a este estudio permite el entendimiento de una frontera no física, sino portátil. Una frontera que se ha montado en los insumos de tránsito para el migrante y que está cargada de estigma. Explora también los actores de los servicios de salud que se configuran como un agente que determina el acceso de los migrantes. El objetivo es definir la frontera portátil presente en el acceso a los servicios de salud de los migrantes en las unidades médicas. Por medio de una metodología mixta, primero con un enfoque cuantitativo, se define el escenario actual de acceso y limitantes para el acceso a los servicios de salud para el migrante; y desde el enfoque cualitativo, se obtiene de la narrativa de la dinámica de acceso a las unidades médicas desde los migrantes y de los actores de los servicios de salud. Los resultados permiten analizar cómo el acceso a los servicios de salud se ve limitado para el migrante. Se concluye que las características identitarias se asocian con exclusión total o parcial de la atención médica. Finalmente, el análisis cualitativo permite definir a la sociedad civil como una alternativa para garantizar el acceso a los servicios de salud para el migrante, concluyendo que hay una limitación del acceso a los servicios de salud en función de la identidad jurídica y la ausencia de un sistema de derechohabencia para el migrante, pero que hay estrategias en la sociedad mediante las cuales el migrante se las arregla para acceder a dichos servicios.

Abstract

This thesis explores the differences in access to medical units and services and the differentiating actions in relation to these, imposed on individuals in an irregular migration condition. The field of study is Ciudad Juárez, a place of transit for the migrant population. The theoretical framework that gives meaning to this study allows the understanding of a border that is not physical, but portable. A border that has been set up as transit supplies for the migrant and that is loaded with stigma. It also explores the actors of the health services that are configured as an agent that determines the access of migrants. The objective is to define the portable border present in the access to health services of migrants in medical units. Through a mixed methodology, first with a quantitative approach, the current scenario of access and limitations for access to health services for migrants are defined; and from the qualitative approach, it is obtained from the narrative of the dynamics of access to medical units from migrants and from the actors of the health services. The results allow us to analyze how access to health services is limited for the migrant. It is concluded that identity characteristics are associated with total or partial exclusion from medical care. Finally, the qualitative analysis allows defining civil society as an alternative to guarantee access to health services for migrants, concluding that there is a limitation of access to health services based on legal identity and the absence of a system of rights for the migrant, but that there are strategies in society through which the migrant manages to access said services.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Introducción

Esta tesis explora una de las temáticas más recurrentes de las sociedades contemporáneas, las diferencias en el acceso a las unidades y servicios médicos para garantizar una atención a la salud adecuada y las acciones diferenciadoras impuestas sobre los individuos o categorías de individuos presentes en una comunidad en virtud de su diferencia u otredad, específicamente, su condición de migrante irregular. Así pues, el enfoque es, concretamente, sobre el estatus legal de estos individuos o grupos de individuos en la comunidad en que se encuentran y a través del cual se determina el carácter y naturaleza de sus derechos a acceder a las unidades y servicios, como los de la salud, generalmente disponibles para los residentes locales. Es decir, el trabajo aborda las diferencias en el acceso a los servicios de salud de los individuos o grupos con presencia designada como *irregular* en comparación con quienes por su estatus regular tienen acceso. Este trato diferenciado y desigual, se presume, termina afectando las condiciones necesarias para el desarrollo humano de las personas excluidas, incluyendo afectaciones relacionadas con su salud física, aspecto sobre el cual se concentra este trabajo.

Así pues, el tema central del trabajo es la manera en que las condiciones de acceso o no a bienes y servicios tales como el mercado laboral, los subsidios de programas sociales, la educación, y la salud (de particular interés en esta tesis) son la resultante de su identificación como “el otro” o “el que no es de aquí” en relación con los demás miembros de la comunidad, es decir, cómo ese otro, a quien no se le considera como el resto de la población o que se percibe como no perteneciente al colectivo, es excluido o solo parcialmente incluido en beneficios o derechos sociales que de otra forma son rutinarios para quienes sí gozan de “pertenencia” en la comunidad.

El meollo de la investigación se ubica sobre la idea de que la realidad de un individuo clasificado como “el otro” o “el extraño” o “el extranjero” y su grado de pertenencia o, en mayor medida, no pertenencia a la comunidad en que se encuentra, crea una situación de vulnerabilidad y de marginación y de exclusión de los derechos y privilegios de quienes presumiblemente sí pertenecen. Dichas circunstancias de vulnerabilidad y de marginación y de exclusión en virtud de su estatus jurídico en la localidad desemboca en la coartación de su desarrollo humano y en estados de riesgo porque su apartamiento de los beneficios del colectivo a la larga dificulta e impide también su capacidad de aportar social, cultural, y económicamente al territorio donde se encuentran.

Ahora bien, en casos extremos no solo se les aparta —es decir, se les vulnera, margina y excluye—, sino que pueden ser definidos como una amenaza a la comunidad, lo que los somete a experimentar un rechazo extenso y profundo y hasta situaciones de violencia verbal, física y psicológica. Estos problemas son aún mayores y más recurrentes en espacios donde los cuadros sociales e históricos que se configuran sobre los migrantes forman parte del día a día, tales como aquellos en donde se agolpan los migrantes, quienes a menudo se ven en la necesidad de utilizar los servicios de salud y a quienes impactan directamente las políticas migratorias excluyentes a partir de estatus. Tal es el caso de Ciudad Juárez. En ellos se ve y se experimenta materialmente la “otredad”, es decir, una serie de rasgos identitarios que colisionan con lo local y que resultan en un rechazo abierto.

Estos choques se ven manifestados en incidencias como la muerte de migrantes en Ciudad Juárez, por ejemplo, durante un incendio que se suscitó en la localidad, en un centro de migrantes después de una serie de irregularidades perpetradas por las autoridades de

migración: detención en las calles, arresto en el centro de migrantes. En la versión oficial, este incendio fue provocado por uno de los migrantes a manera de protesta, pero bajo la imposibilidad de escapar de las llamas (BBC News Mundo, 2023). Esto terminó en la muerte de más de 40 migrantes (Guillén, 2023). Este incidente, entre muchos otros, es lo que demuestra que sobre la persona del migrante hay huellas visibles de la “otredad” que impiden su humanización y un trato digno. En otras palabras, hay individuos y grupos que representan esa cualidad de ser “el otro” y que son excluidos por esta cualidad de ser el “otro”. Esta condición empeora si se les ve como personas que compiten por recursos ya de por sí escasos en la comunidad. El resultado es que a los migrantes se les ve como sujetos sin o con menos derechos a acceder a la salud, aunque también a la educación, al mercado laboral, etc. No hay, en otras palabras, más “extraño” que un migrante recién llegado a un espacio geográfico cuando este no tiene documentación que justifique su presencia.

Así pues, esta tesis se enfoca en estos espacios en donde los problemas de identidad e identificación de ciertos individuos o grupos que los convierten en “el otro”, como alguien que no pertenece a la comunidad, brotan en la interacción diaria y provocan un proceso sistemático de discriminación en el acceso a ciertas necesidades esenciales de todo ser humano, tales como el de la salud. Ahora bien, es claro que estos elementos teóricos de exclusión, que imponen o exacerban un grado de vulnerabilidad y marginación, se dan en espacios no fronterizos, pero estos fenómenos alrededor de la formación de un estatus de otredad y sus consecuencias corresponden de manera más natural y principalmente a la vida en la frontera, precisamente porque la frontera es un lugar donde lo “otro” ya se ha normalizado, se ha acentuado, y se ha institucionalizado. Lo que en los espacios interiores

podría ser una condición circunstancial, en las zonas fronterizas se convierte en algo estructural.

Las zonas fronterizas y la vida en frontera son pues un campo natural para observar estos procesos de exclusión, vulnerabilidad y marginación, es decir, cómo se otorgan el acceso a los servicios de salud para algunos, los que son parte de la comunidad, pero también para estudiar a los otros, los que no son parte de la comunidad, a quienes se hipotetiza, se les niegan estos mismos recursos. De hecho, en las fronteras, de manera cotidiana, a ciertos residentes con estatus legal o derechos preasignados por su estatus legal, se les ha previamente seleccionado para ser incluidos, por ejemplo, si portan la misma nacionalidad de los residentes locales, pero a otros, precisamente por no portar la misma nacionalidad o algún tipo de estatus legal se les excluye sistemáticamente de derechos y se les priva del uso de los recursos del espacio para su desarrollo y bienestar personal precisamente porque carecen de *estatus* (Izquierdo, 2009). Esta segregación de residentes en las fronteras se ha vuelto parte del entramado fronterizo, donde uno es lo normal (con acceso a los servicios de salud) y lo otro es lo anormal (sin acceso) pero que no se percibe como tal.

En las fronteras pues se constituyen espacios de integración y separación. En este proceso cotidiano, un grupo en particular padece de una estratificación socio espacial incluyente en particular: los migrantes. Ellos viven día a día doblemente esta experiencia paradójica, porque enfrentan una otredad en el espacio nacional pero también la otredad de mirar de frente el otro lado del límite fronterizo; son extranjeros donde están, pero quieren llegar a otro espacio donde seguirán siendo el “otro”, porque en territorio mexicano se han posicionado como transeúntes en un espacio de trayectoria y espera, siguiendo con la

expectativa de ese migrante que tradicionalmente migra hacia el norte. Estos migrantes se encuentran, en efecto, en una trampa territorial (Agnew, 1994).

Para explorar la intersección de estos fenómenos de las sociedades contemporáneas caracterizadas por esta estratificación basada en la migración, en esta tesis se examina la frontera de México con Estados Unidos, específicamente los migrantes internacionales con estatus de irregulares que se encuentran en Ciudad Juárez, donde tradicionalmente la condición de ser una zona liminal interactúa reactivamente para con los intereses sociales, económicos, y políticos en relación con quienes pueden ejercer el acceso a bienes y privilegios y quienes no pueden ejercerlo. Es una frontera donde el concepto de otredad está presente y la limitación a los servicios de salud puede tener un comportamiento reactivo y variante abierta para unos, semicerrada para otros, y también completamente cerrada para otros, dependiente de *estatus* de la persona o grupo.

Además, en un espacio fronterizo con una hiper-conciencia de lo “otro”, a los migrantes se les estigmatiza no solo con un sentido de no pertenencia en lo muy subjetivo, sino también con una barrera física, muros, por ejemplo, que son instalados por las burocracias y que aun sabiendo que no logran impedir la movilidad humana, se materializa un símbolo antagónico, desde la construcción del migrante según la perspectiva de las fronteras rígidas que viene acompañado de un discurso de exclusión, de vulnerabilidad y de marginación explícitamente relacionado al *estatus* de la persona o el grupo en la comunidad a partir de las políticas públicas migratorias y su ejercicio en el acceso a los servicios de salud. En este sentido, los migrantes llevan su frontera en la cara: portan su frontera.

En el ejercicio de las políticas públicas en materia de salud, se leen además narrativas excluyentes, considerando al migrante como un riesgo para la salud (Torre-

Cantalapiedra, 2021), como alguien que puede portar cuadros epidemiológicos que pueden ser transmitidos a la población local, por ejemplo. Debido a lo anterior, el migrante es excluido a priori, aunque la migración es un fenómeno contemporáneo que no puede ignorarse, y menos de las políticas públicas del acceso a bienes y servicios, como aquellos relacionados con la salud. Así pues, desde el enfoque de Pérez-Bravo (2021) la *Ley de migración* incluye un vocablo que atenta contra la libertad del migrante al considerarlo como alojado y bajo este estatus se determina su acceso a bienes y servicios como la salud.

Ahora bien, esta capacidad de conformar la otredad en un territorio no fuese posible si el espacio no ofreciera la promesa de acceso a ciertos bienes sociales como el acceso a la salud. En este sentido, y siendo frontera con Estados Unidos, Ciudad Juárez se posiciona como una de las principales regiones atrayentes de los migrantes en el continente americano. Pero para acceder a Estados Unidos, primero hay que pasar por la ciudad, por la frontera de México, donde se construyen ciertos esquemas de otredad que generan y efectúan sus propios esquemas de exclusión, de vulnerabilidad y de marginación. Por tanto, a la brutalidad de la frontera de los Estados Unidos, hay que agregar que la frontera mexicana es cada vez más rígida y prolonga la trayectoria del migrante, quien en su estadía enfrenta sus propios esquemas de exclusión, vulnerabilidad y marginación en espera de otros esquemas similares justo al otro lado de la frontera. El espacio de la frontera de Ciudad Juárez es óptimo entonces para estudiar este fenómeno, porque el paso por México es obligado para muchos como un espacio de tránsito de migrantes.

En la frontera, esa es la realidad. Los derechos humanos y las garantías individuales, se intuye y se ejerce, no son para todos. Esta tesis busca pues examinar el resultado de estos procesos de fronterización que producen exclusión, vulnerabilidad y

marginación de personas que “no son de aquí”, sin importar de dónde vienen los migrantes hacia la frontera México-Estados Unidos.

Para abordar este complejo problema, es necesario empezar con una exploración de cada una de las piezas que arman este rompecabezas, comenzando con el tema de las fronteras y la fronterización. Se pretende además problematizar el concepto de fronteras con relación al individuo a la manera en que el mismo porta su calidad de individuo fronterizado en su propio cuerpo, en su identidad, en su identificación. En la siguiente sección, este trabajo comienza entonces a problematizar el tema de las fronteras o los espacios liminales y su relación con la construcción de la otredad del migrante, la cual lleva a su consecuente segregación de ciertos individuos y grupos de la totalidad de una comunidad con capacidad de exigir y acceder a los servicios de salud. Se problematiza también, a partir de la relación entre fronteras y la construcción del otro, el tema de la exclusión, la vulnerabilidad, y la marginación en la cual se coloca a estos individuos o grupos que por ciertas condiciones se encuentran en una comunidad, pero que no son enteramente aceptados en ella por su condición de “migrantes”. Entender esta intersección es clave para proceder después a comprender la negación a servicios básicos para el desarrollo individual a la que es sujeto el “otro”, el migrante.

Fronteras del siglo XXI

Por frontera se entiende, desde el punto de vista de la cartografía y la geografía, las líneas o límites de un Estado nación; son las líneas donde termina uno y comienza el otro. Pero la fronterología, como una metadisciplina, sin embargo, ha evolucionado y hoy las fronteras como concepto son también mucho más que una “línea en la arena” (St. John, 2012) o una trampa territorial (Agnew, 1994). Las fronteras se entienden hoy como fenómenos y

procesos sociales dinámicos que se proyectan incluso más allá de una delimitación geográfica y cuyas funciones pueden encontrar muy adentro de un territorio nacional, por ejemplo, en aeropuertos, retenes de caminos, etc. (Bersin, 2019).

Trascendiendo el tema de lo que se fija sobre un territorio (en las orillas de un Estado nación o dentro de este), las fronteras son también constructos sociales que nos llevan a considerar el carácter propio de las sociedades y de las instituciones; quién pertenece y quién no pertenece. Se habla por ejemplo de regiones, ciudades y zonas fronterizas como si su ubicación geográfica les impusiese un carácter diferente al de ubicaciones geográficas lejos de los límites nacionales. Esto es aplicado de manera informal en Norteamérica, donde hablamos de “la zona fronteriza”, y de manera más formal en Europa, donde se definen legalmente las “asociaciones de las regiones fronterizas” y las comunidades transfronterizas a través de las políticas de la Unión Europea (Koff, 2008).

Lo que queda claro, sin embargo, es que este carácter de “frontera” ha estado presentes en muchos contextos históricos desde la construcción del Estado nación y se ha complejizado en el mundo moderno, que surge hace alrededor de cuatrocientos años, y que está relacionado con el crecimiento de las masas migratorias secundario a la fuerza de mercado en las regiones atrayentes de migrantes (Hollifield, 2006) con su imperante necesidad de controlar territorios, flujos transfronterizos, y hasta identidades y derechos. En esta era del Estado nación moderno, el término se acuñó de nuevo por la necesidad de establecer control político entre una “nación” y las otras, y por necesidades que principalmente fortalecen el desarrollo económico (Sevast'janov, Lajne y Kireev, 2015). Este es el concepto que hoy se aplica a muchas zonas del mundo, adyacentes a los límites

internacionales, pero refiriéndose también a espacios que varían en su extensión dependiendo del fenómeno del que se habla. Y como ya se mencionó, más recientemente, la imposición del carácter de frontera se ha también proyectado a los espacios interiores de los Estados nación, lo cual es sin duda un proceso pertinente a este estudio, pues un migrante puede estar muy adentro de un territorio nacional, pero llevar consigo la frontera —la idea del “otro” —, puesto que se le clasifica como el que no pertenece, el que no es de aquí. Es a partir de esta lógica que se propone aquí el concepto de *frontera portátil*. Una frontera portátil es precisamente aquella que lleva el individuo consigo con base en la idea de que no pertenece y cuyos derechos y privilegios, por tanto, no son o no deben ser los mismos de quienes sí pertenecen. En cierta manera, el sujeto mismo es “fronterizado”. Para reiterar, durante un tiempo, la frontera se entendía como el límite internacional y se “defendía” ahí, en la raya. A veces se erigían barreras de defensa o se utilizaban fronteras naturales, como ríos o cordilleras. Pero recientemente se ha recobrado una cierta relevancia en la construcción de muros o barreras artificiales cuya finalidad es demarcar las fronteras, como método de defensa, aunque realmente no funcionan como elementos disuasorios (Dear, 2013). Sobre el tiempo, sin embargo, la frontera se convirtió en algo más que un límite, con base en sus funciones, estos espacios se transformaron no solamente en una barrera, sino en filtros, pues el Estado nación se enfocó el control y separación de lo nacional y lo no nacional (Sterling, 2020).

En el siglo XXI, esta modalidad de contención—los muros y otras barreras físicas—experimenta un renacimiento, a pesar de su carácter primitivo y su ineffectividad en detener flujos transfronterizos no autorizados, pero ahora viene acompañado de procesos fronterizantes incluso al interior de los territorios también, lejos de la línea fronteriza.

Pareciera que los muros, aunque den algo de seguridad temporal y quizás más psicológica que material, al igual que entonces, las barreras fronterizas generalmente no logran su objetivo como tal, puesto que no detienen a nadie. Más aún, la movilidad humana sigue en crecimiento, a pesar de los muros y las barreras, sean estas artificiales o no. Pero en esta progresión, surge también la idea de “fronterizar” la zona personal, alrededor del individuo. Lo parecen generar las barreras físicas es un discurso de separación, de antagonismo, de xenofobia, de prejuicio, de exclusión y aun de violencia; pero este proceso concluye en la segregación del individuo propiamente.

Inclusive, hay quienes argumentan que los muros traen consigo otro tipo de problemas, por ejemplo, un aumento de la delincuencia organizada dedicada a facilitar el paso transfronterizo en zonas barricadas. Este grupo de delincuencia organizada, la cual ha sido denominada de distintas maneras, por ejemplo, “coyotes”, “polleros”, “traficantes de personas”, etc., se ha encargado de estimular la movilidad ilegal de migrantes en las fronteras, como es evidente entre México y Estados Unidos, poniendo en jaque la estructura de seguridad de las fronteras, pero asociando al migrante cada vez más cercanamente con el criminal. Esta relación entre migrantes y traficantes se presenta desde 1965 y durante todo el periodo posterior al fin del Programa Bracero. Aquí fue cuando a dichas bandas se les denominó polleros o coyotes (García, Gaxiola y Guajardo, 2007), aunque han adquirido motes mucho más amenazantes hoy en día debido a sus prácticas mucho más inhumanas y violentas. Y es así como se crean círculos viciosos.

Ahora bien, las barreras no detienen a nadie. El crimen organizado siempre está dispuesto a cobrar un *premium* por el mayor riesgo de transportar personas etiquetadas como “ilegales”. Y los migrantes siempre están dispuestos a pagar ese *premium*. Esto

incentiva mayor número de actores criminales a entrar al mercado (Zamora, 1984). Y esto hace que el Estado reaccione con mayor severidad. Y así sucesivamente, hasta crear círculos viciosos, que solamente redundan en un mayor rechazo hacia el migrante. Por tanto, para escapar de este círculo vicioso y ante la impotencia de los muros y barreras, se ha optado por proyectar la frontera a espacios internos e incluso a las personas, por su estatus, por su aspecto físico, por sus papeles, etc. Hoy pues, hablar de fronteras no es necesariamente hablar de límites o de barreras físicas sobre un punto geográfico; hoy es hablar de pertenencia, y de exclusión, de vulnerabilidad y de marginación, en efecto, de fronteras portátiles. Esto no quiere decir que los muros no tengan importancia.

Desde mediados de 1990, pero principalmente a partir del 2006, con el llamado *Secure Fence Act*, Estados Unidos aceleró la construcción de barreras físicas, incluyendo un muro transfronterizo a lo largo de la frontera México y Estados Unidos. Este muro alcanzó incluso antes de la administración Trump una extensión de 1050 kilómetros, aunque solo 727 kilómetros corresponden a la nueva estructura de muro que se encontraba dentro de la agenda de Trump (BBC, 2021), sumado a esto el proceso de militarización como estrategia de seguridad nacional y seguridad pública (Izcara-Palacios, 2009; Manaut, 2015). El muro es un instrumento burdo, por supuesto, pero el rechazo al individuo, aunque más sutil es precisamente lo que causa la exclusión, la vulnerabilidad, y la marginación que interesa en esta tesis.

Este desarrollo histórico de las fronteras México y Estados Unidos es peculiar — aunque no único— dado que en el caso de la frontera México y Estados Unidos, los límites posteriores al Tratado de Guadalupe Hidalgo estaban apenas indicados por una serie de mojones de San Diego-Tijuana hasta Nuevo México y por el Río Bravo desde El Paso-

Ciudad Juárez hasta Brownsville-Matamoros. Además, durante la mayor parte de la historia, la movilidad humana transfronteriza se conceptualizó casi como un derecho, especialmente entre las llamadas ciudades gemelas, las cuales son aquellas ciudades que se encontraban sobre el límite, y que daban pie a los espacios transfronterizos.

Según Dear (2013), secundario a los tratados de Guadalupe Hidalgo en 1848 y Gadsden en 1853, se dio espacio a identificar a la frontera como un espacio abierto para aquellas personas que buscan mejoras en sus perspectivas de vida. Lo importante de este fenómeno de los muros y otras barreras transfronterizas, sin embargo, es que han dificultado el acceso a los Estados Unidos entre puertos de entrada —puntos autorizados para el ingreso— y han provocado que cada vez más migrantes se dirijan hacia los centros urbanos de la frontera revirtiendo una tendencia anterior de los 1990s, cuando los migrantes se dirigían a lugares cada vez más remotos para intentar cruzar desapercibidos. A su vez, esto ha obligado entonces a la fronterización de los espacios interiores —incluyendo procesos de identificación visual o *profiling*—, y marcar los signos de la frontera sobre la misma cara de los migrantes, aun cuando no están agolpados sobre la línea fronteriza. Es decir, el proceso de fronterización, nunca deja a un lado los procesos anteriores, sino que va a agregando nuevos procesos, en una especie de acreción fronteriza. En esto reside precisamente la importancia de los estudios fronterizos.

En efecto, durante casi 150 años, la idea de un muro fue casi imposible de concebir. Los dos países, México y Estados Unidos, comparten de 3,141 kilómetros de límites. Sin embargo, hoy quedan marcados por un muro que cubre ya más de una tercera parte de la frontera. Pero, a pesar de su extensión territorial y su intención de frenar la movilidad humana, que es seleccionada por ejemplo la fuga de cerebros (Ozden, 2007), el muro se

queda como un acto simbólico que demuestra la postura de un país más rico en una frontera cada vez más desigual (Moré, 2007). El muro, sin embargo, puede ser un distractor, porque la discriminación individual es mucho más dolorosa. El individuo fronterizado, el que lleva la frontera consigo, es finalmente quien la sufre.

Sin duda, el muro como un disuasor de la movilidad humana ha sido un fracaso. Así lo demuestran las caravanas migrantes provenientes de Centroamérica, que se remontan al 2011 con la *Caravana de Madres Centroamericanas*, que se elevan a números en los miles a partir del 2014 y que a partir del 2018 tomaron mayor relevancia en el escaparate político. Desde el 2017, bajo la administración de Donald Trump, las barreras físicas, acompañadas de una retórica perniciosa, solo han contribuido a la crisis humanitaria en los centros urbanos de la frontera. Donald Trump asoció a la frontera con los problemas de inseguridad y aún más posterior al inicio de la caravana en el 2018. Creó una connotación metafórica a la frontera que no se relaciona con la verdad. Este significado de inseguridad que se le impuso retóricamente a la frontera solo vio la llegada de decenas de miles de personas que terminaron hacinándose en las ciudades fronterizas mexicanas, y esto, a su vez, se vio reflejado en inequidad y discriminación para con los migrantes. Los medios de comunicación replicaron esta idea dando una mala imagen a las personas que llevan consigo una frontera, los migrantes (Fleuriet y Castellano, 2020). Esto fue también evidenciado en las acciones de Joe Arpaio, el *sheriff* del condado de Maricopa, en Arizona (El País, 2010). Pero los migrantes sufren esta misma estigmatización en nuestro propio entorno, en Ciudad Juárez.

Barreras Fronterizas, Retórica y Migración

Las barreras físicas y su relación con la construcción retórica del otro desembocan en la migración, específicamente en la persona del migrante. Es por esto por lo que la condición de la persona migrante, y no solo el fenómeno de la migración, merece un poco más de atención. A pesar de la frecuente construcción de barreras físicas y de un aumento en la retórica, los migrantes siguen llegando; esto va en relación con: causas demográficas, económicas, ecológicas y medioambientales (Aruj, 2008).

Los migrantes siguen agolpándose en las franjas fronterizas, obligando a las comunidades a visualizarlos, especialmente cuando sus números son sustantivos; pero a veces también orillándolos por su pura presencia a construir al migrante como un invasor, y más aún cuando las tasas de migración siguen teniendo una tendencia al alza, como ha sido el caso esta última década. Al imponer no solo su visibilización, sino también una carga material sobre las comunidades de tránsito o receptoras, este conflicto, a veces silencioso, se exagera. Según el portal de datos mundiales sobre la migración, donde se representa a todas aquellas personas que habitan en un país donde no nacieron, alimentado por diversas fuentes y realizando una estimación, se presentan los siguientes datos. En 1990 se presentó una frecuencia migratoria de 118 630 632 y en 2019 aumentó a más de 258 millones (DESA, 2019). La tendencia por género se encabeza por hombres siendo 9,021,998 más que las mujeres en los datos del 2019, por lo cual el género no se considera una diferencia estadística significativa para segmentar a la población migrante. El periodo con un mayor registro de migrantes en tránsito es el del 2010. Este aumento puede verse asociado a la mejor disposición de datos. La tendencia hacia el 2019 refleja una disminución en el número de migrantes en relación con el año anterior, pero aun así el aumento en relación

con el año anterior corresponde a más de 22 millones de migrantes. Año con año, la cifra de migrantes aumenta, motivo por el cual se destaca la importancia del tema; no solo por su condición de migrantes, sino por el impacto que este representa para los estados emisores, receptores y de tránsito.

La distribución por género es muy cercana al 50 % en ambos casos observados, el predominio por el género masculino es menor al 2 %. En la tabla 1, además de ver el aumento de la migración, se muestra la igualdad en género de los migrantes. Pero los datos son lo de menos. El drama se encuentra en lo que cada migrante vive en la comunidad a donde llega.

Tabla 1

Aumento de migrantes a nivel mundial por año

Número de migrantes por periodo						
	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Aumento	8 305 422	12 271 546	18 027 133	29 166 335	28 079 387	22 780 809
Porcentaje por género						
Hombres	50.8	50.6	50.7	51.1	51.7	51.8
Mujeres	49.2	49.4	49.3	48.9	48.3	48.2

Nota: Adaptación de datos de las Naciones Unidas, Department of Economic and Social Affairs (2019).

Agregando los nuevos datos del 2020 en el portal de datos mundiales de la migración se estima que para este año se registraron 280.6 millones de migrantes en total, con un aumento de 0.8 % en relación con el 2019, los que equivale a un aumento de 22,448,000.

Hoy pues, la tendencia del flujo migratorio va al alza. Estos datos incluyen a todos los que residen en un país en el cual no nacieron. Para este año, el porcentaje de migrante en relación con el total de población corresponde a un 3.6 por ciento. El género no marca una diferencia significativa: las mujeres migrantes en tránsito corresponden a 48.1 por ciento. La mayoría de los migrantes en tránsito se encuentran en Estado Unidos de América, en este territorio se contabilizan 50.6 millones de migrantes (2020). Aunque se registra un aumento en el número de migrantes en tránsito en el 2020 fue significativo; las Naciones Unidas estiman que se redujo 27 % del aumento esperado para ese periodo. Esto está estrictamente relacionado con el comportamiento restrictivo a las fronteras secundario al COVID-19 (Naciones Unidas, 2020).

La migración sigue patrones de regiones en las cuales hay mejores oportunidades económicas, aunque también existen migrantes que se movilizan a partir de motivos políticos y sociales, pero el motor fundamental sigue siendo el desarrollo económico y el flujo hacia las regiones del llamado primer mundo. Las tres regiones con mayor porcentaje de migrantes en tránsito son Oceanía, Norteamérica y Europa, las regiones receptoras de migrantes. América Latina y El Caribe tienen los porcentajes más bajos lo que las coloca dentro de las regiones generadoras de migrantes —aunque hay excepciones como los migrantes venezolanos hoy en varios países de América Latina.

Del 2010 al 2019 El Caribe tuvo un aumento de 1.9 %, Norteamérica 1.2 % y Europa 1.4 %. En el resto de las regiones el aumento porcentual es menor a 0.5 %. En el continente americano los datos reflejan una tendencia hacia el norte con un porcentaje abismalmente mayor, en el 2019 se registra una diferencia de medias de 14.2 % entre las regiones del norte, estos datos representan las vidas humanas en las cuales en problema que

se aborda en esta tesis se ve reflejado. La frontera México Estados Unidos está en la zona y forma parte uno de los flujos migratorias más importantes.

El porcentaje más alto de migrantes en tránsito lo ocupa Norteamérica, región que abarca desde los países de la América Central hasta la frontera entre México y los Estados Unidos, con 16.0 % de migrantes y el más bajo Centroamérica con 1.1 %. Norteamérica sufrió un aumento de 6.1 puntos porcentuales a diferencia de Centroamérica, el cual redujo 0.5 puntos porcentuales como se muestra en la tabla número 2.

Tabla 2

Porcentaje de migrantes del total de la población por región del continente americano

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
El Caribe	1.6	1.4	1.3	1.3	1.4	1.5	1.8
Centroamérica	1.6	1.0	0.8	0.9	1.1	1.1	1.1
Sudamérica	1.4	1.3	1.2	1.2	1.3	1.5	1.9
	9.9	11.3	12.9	13.9	14.8	15.6	16.0

Nota: Adaptación de datos de las Naciones Unidas, Department of Economic and Social Affairs (2019).

El tema de la migración toma fuerza en el año 2010, principalmente la migración irregular. El interés se asoció al control de las fronteras y la regulación del trámite de visas. Los atentados del 11 de septiembre, de connotación terrorista, restringieron también la migración entre México y Estados Unidos. Pero, el nuevo esquema rompió con las expectativas de los migrantes que estaban en cumplimiento de sus objetivos, siendo primordial para ellos su tránsito hacia los Estados Unidos. Este impacto puede verse asociado al discurso estadounidense de máxima seguridad, pero aún y con sus medidas, la inseguridad atravesó sus fronteras y lesionó las expectativas de la movilidad humana,

principalmente del migrante irregular, los cuales son el objeto de estudio. Los migrantes en Ciudad Juárez son constantes, pero responden a diferentes factores expulsivos y atractivos. Pero, como ya se sugirió, la migración no son solo los números; es también la retórica detrás de los números; es también la construcción del migrante en la comunidad donde se encuentra.

La trayectoria por la cual los migrantes deben pasar tiene ciertas dificultades objetivas; transitar por un territorio extranjero no es fácil. Así pues, el migrante debe también pasar por la estigmatización como el otro, el que no es de aquí, el foráneo, el extranjero, el indeseable. Incluso en el propio gobierno y sus burocracias, ciertas políticas públicas tienen una reacción excesivamente negativa hacia los migrantes. Por ejemplo, trámites largos, rechazo de visa por cuestiones de seguridad y temor por el solicitante, multas para el transporte terrestre y aéreo por el cruce de personas indocumentadas.

Todos estos elementos llevan a que las trayectorias sean más largas, incluso de meses y hasta años, y que impliquen más de un intento y que predispongan a los migrantes transnacionales a realizar cruces de forma ilegal y perpetuando su estatus como inmigrante irregular. Prácticas inseguras, destrucción de áreas de trayectoria son denominadas políticas de agotamiento, que se basan en prolongar el tiempo estimado de migración y hacer esta trayectoria mucho más compleja con el objetivo de hacer desistir al migrante de culminar el objetivo (Guild, 2018). Estas barreras en el proceso de migración de la caravana migrante que inició en el 2018 y para los migrantes internacionales en condición de irregular en general, no fueron la excepción. Y, finalmente, esta condición se torna en la marginación, la vulnerabilidad y la exclusión del migrante de todo derecho y de todo privilegio. A finales del 2021 se estimaban 5,000 extranjeros estacionados en Ciudad Juárez en espera de

trámites para la solicitud de asilo político en Estados Unidos, números que se vieron en aumento por la pausa burocrática en la frontera asociada a la contingencia COVID-19 (Barrios de la O, 2021). Esto no significa negar la dificultad de atender al migrante, sobre todo cuando los números son altos. La migración ha representado con el paso del tiempo un reto para muchos gobiernos. Estos han sido fuerza laboral, pero también han sido objeto de conflicto social, de tensión política, y hasta un problema de derechos humanos por la explotación del migrante mismo.

A pesar de ser un proceso ni sencillo ni seguro, las condiciones en los estados generadores de migrantes condicionan este fenómeno. Personas que buscan refugio y lugares donde desarrollarse con mejores condiciones de las que su lugar de origen puede proporcionarles. El triángulo de Centroamérica: Honduras, El Salvador y Guatemala, tiene una tendencia de migración asociada a la condición de pobreza y seguridad. La estadística de migración muestra una movilidad extra nacional, principalmente a los países del norte. El destino de la migración tiende a ser hacia Estados Unidos y, en búsqueda del objetivo, México se ha posicionado como el país de tránsito asociado a las políticas de cierre de fronteras de Donald Trump en el 2018 (Salazar, 2019). En el 2018 se intensifica la migración transnacional, esto asociado a la caravana migrante proveniente de El Salvador, Honduras y Guatemala. Esta organización tenía como objetivo un destino en Estados Unidos, pasando por México, en búsqueda de ser fuerza laboral para el país de destino Varela y McLean (2019) mencionan.

Es central partir de la premisa de que las caravanas, además de un ejercicio de autodefensa migrante, son la punta del iceberg de lo que proponemos mirar más como una crisis humanitaria; y la razón de ello es que, tal como se ha difundido globalmente en los

medios de comunicación, la problemática involucra niños separados de sus familias, recluidos solos, incluso muriendo, en centros de detención conocidos como “hieleras” en Estados Unidos, o familias enteras atrapadas en un confin territorial y temporal, esperando en las franjas fronterizas poder entregarse a las autoridades migratorias de Estados Unidos para pedir asilo o, incluso, intentando afincarse en México para preservar la vida (Varela y McLean, 2019:164).

Esta caravana migrante —solo un ejemplo de la transmigración los cuales son la población de estudio— inicia el día 14 de octubre del 2018, con 2,000 hondureños en caminata hacia Estados Unidos, expulsados por la violencia y pobreza en Honduras (AFP, 2018). En el evento de la caravana migrante de octubre de 2018, se sumaron ciudadanos de El Salvador y Guatemala, alcanzando más de 10 mil ciudadanos de estas nacionalidades diferentes, los cuales decidieron buscar un cambio de residencia o asilo político en Estados Unidos. Estos individuos pertenecientes principalmente a El Salvador, Honduras y Guatemala viven bajo pobreza extrema, con acceso limitado a una vida laboral deseable, sin acceso a alimentos adecuados o suficientes, bajo estatus económico de sus naciones, violencia física y mental, expuestos a regiones inseguras, acceso a un sistema de salud con grandes limitaciones (COLEF, 2019).

La forma organizada (por el migrante) de la migración, en el caso del migrante colectivo transnacional, lleva consigo toda una serie de violaciones de los derechos humanos en sus naciones de residencia y factores sociales, económicos, de accesos a la educación y salud; y a falta de lo anterior, lleva a los individuos a buscar asilo o alojamiento en otros países con el fin de buscar su bienestar (Interparlamentaria, 2015). Y,

aun así, esto es apenas el comienzo. El arribo a la frontera solo representa el siguiente paso de este gran reto del migrante por reclamar una mejor vida.

Es bien sabido que la caravana de migrantes se encontró con múltiples dificultades para el logro de su objetivo, llegar a la zona fronteriza entre México y Estados Unidos. Se enfrentaron a barreras físicas y demográficas y hasta políticas públicas binacionales con el objeto de cerrarles el paso, primero con México y después con Estados Unidos. Las barreras por las que atraviesan los migrantes que cruzan por México se resumen en

- a) el mayor control migratorio por parte del gobierno mexicano;
- b) la fractura de la red de transporte ferroviaria como consecuencia de los fenómenos y desastres naturales;
- c) el reforzamiento de las medidas de seguridad implementadas en la frontera sur y al interior de los Estados Unidos;
- d) la incorporación del crimen organizado y el encarecimiento de la “industria del tráfico de personas”;
- e) el incremento del riesgo en la trayectoria migratoria; y
- f) la situación de violencia generalizada en México traducida en mayor robo extorsión y secuestro hacia migrantes (Martínez, Cobo, y Narváez, 2015: 129).

Pero la caravanización de la migración ya no era un fenómeno evitable. El 12 de octubre de 2018 inicia la denominada *Caravana Migrante*, iniciando en Honduras, creció por la suma de ciudadanos de otros países como Guatemala y El Salvador (Triángulo de Sudamérica), llegando a México una cifra aproximada de siete mil migrantes. Esto fue el factor que detonó una reacción entre México y Estados Unidos. La amenaza de Estados Unidos con respecto a la disminución del presupuesto en la cooperación económica desencadenó una

respuesta defensiva del Estado mexicano hacia este movimiento. Esto provocó el establecimiento de barreras físicas que tenían el objetivo de detenciones (Ramírez, 2018).

Lograr que sus derechos como individuos, no se convirtieron en una realidad. No eran una realidad ni en el país de origen, y no lo han sido en el país de tránsito, y seguramente no será así en el país de destino. Su condición de indeseables no es nueva, claro. Desde el sexenio de Vicente Fox en la presidencia de México, se establecieron barreras que dificultaron la migración de Centroamérica, siendo Honduras, El Salvador y Guatemala los lugares que mayor generación de emigración tenían. Este actor político estableció medidas para evitar que México se estableciera como un *Estado tapón* de migrantes. La medida más destacada fue la Estación migratoria Siglo XXI, siendo este centro de detención de migrantes. Pero esta iniciativa no ha sido la única, otros ejemplos son la *Iniciativa Mérida* y *Frontera Sur*.

La migración única podría no representar una respuesta social negativa, pero la migración masiva había ya logrado tener una respuesta negativa. Estados Unidos mostró una respuesta reactiva, fortaleció la frontera con fines políticos y de soberanía nacional, llevando a este país a responder con la militarización de la frontera norte y respondiendo con deportaciones, muy a menudo no justificadas. El gobierno de Estados Unidos, en su afán de lograr sus objetivos de detener la migración, impuso medidas que se asocian con un aumento en la marginación, la vulnerabilidad y la exclusión del migrante. También existen el Pacto Mundial para una Migración segura, ordenada y regular y el Pacto Mundial de Refugiados, que está alienado al objetivo del desarrollo sostenible, lo cual es una apertura a la gobernanza de las migraciones (Cortiglia, 2018).

Resulta sorprendente que, en medio de un escenario de etiquetas negativas hacia la migración, se hayan encontrado todavía mayores justificaciones para las narrativas hostiles estadounidenses hacia la migración en el inesperado atentado del 11 de septiembre del 2001. Con la justificación del terrorismo y la ruptura de la seguridad nacional, se logran endurecer las políticas migratorias, desde las dificultades de vivir en Estados Unidos, hasta el rechazo social, la retórica hostil, y la deportación sumaria, por considerarse a los migrantes como una amenaza. Estas prácticas violan los derechos humanos y vulneran, marginan y excluyen al migrante, pero en su conjunto cumplen con las necesidades temporales de Estados Unidos de detener esta “invasión”. Para dichos fines, se cataloga a los deportados como cualquier persona con estatus migratorio irregular que represente una amenaza para la seguridad nacional o la frontera. Así, México se convierte cada día más en un lugar de espera. Ciudades como Ciudad Juárez, ahora se ven en su propia necesidad de mediar con migrantes, de catalogarlos, de distribuir derechos y privilegios, etc. El programa *Remain in Mexico* (Quédate en México) del expresidente Donald Trump formó en las ciudades fronterizas una zona de espera, donde México aceptó migrantes de muchas nacionalidades (Santillanes, 2022). Es aquí donde esta tesis se pregunta cuál fue la interacción entre los migrantes, el grupo y el individuo como consumidor de recursos, la ciudad como un espacio compartido y en el cual hay competencia por recursos, y las agencias gubernamentales, especialmente las encargadas de garantizar el acceso a las unidades y los servicios de salud.

El programa *Remain in Mexico* se estableció, y en su momento existían esperanzas para los migrantes que, por cuestiones de falta de empleo, seguridad, y estabilidad social, además de su condición ante los factores de expulsión, de que se pudieran insertar en la

vida en las ciudades donde tenían que residir, aunque fuese temporalmente. Muchos esperaban que, de alguna u otra manera, su situación pudiera resolverse y que la comunidad que los acogiera, temporal o permanentemente, supliera sus necesidades individuales o familiares. Empleo, crecimiento profesional, seguridad individual y de sus familias, incluso trabajo y el acceso a los servicios de salud, que fueron factores de atracción, pudieran ser provistos. Justo como en el primer país de destino preferido, Estados Unidos, en donde esperaban mejorar sus expectativas de vida (Stanojoska, 2012), muchos pensaron que la comunidad de tránsito pudiera también aliviar sus necesidades. Pero esto no siempre fue así. Las tensiones que derivan de la distribución de los recursos de la sociedad. Por ejemplo, en los últimos 40 años, como lo presentan Medina-Gómez y López-Arellano (2019), el empleo se ha caracterizado por ser informal en México, lo cual se asocia a la pérdida de múltiples beneficios y limita de las personas que ya residen en la comunidad y que a menudo tienen un sueldo ya por debajo del mínimo, dejando fuera otras necesidades básicas como la salud. Esto además de vulnerar a las personas, se asocia a uno de los principales problemas de acceso a los servicios de salud. Era pues difícil esperar que tales condiciones fueran diferentes para los recién llegados, si los mismos locales ya enfrentaban un cierto grado de precariedad.

Se supone que Estados Unidos iba a proveer algunos de estos recursos, sin embargo, el Senado de los Estados Unidos ya había aprobado hacía veinte años el establecimiento de la secretaría responsable de las funciones y acciones de seguridad nacional, en cuya jurisdicción caen los temas migratorios —El Departamento de Seguridad Nacional. El Departamento de Seguridad Nacional o DHS, cuya misión incluía hacer la vida de los migrantes lo más difícil posible, con un afán de disuadirlos de llegar a la frontera, fue

partícipe de la creación de estos programas, pero nunca con un éxito total. La legitimidad la tuvo, pues su aprobación se había dado con noventa y un por ciento de votos a favor y nueve por ciento en contra en el 2002. El portafolio, sin embargo, era enorme. Este departamento tenía dentro de sus funciones pelear en contra del terrorismo, pero también detener la migración, en una advertencia de que terroristas y migrantes eran casi equivalentes con respecto a la seguridad nacional. El llamado *USA Patriot Act* (Ley Patriota) había incluso establecido restricciones al derecho del debido proceso, incluyendo el de los migrantes. Algunos de estos son:

- Permite la detención indefinida.
- Niega la comunicación con otros.
- Niega comunicación con la inspección judicial.
- Puede llevar a la discriminación en contra de grupos étnicos.
- Restringe la libertad de expresión.
- Definición laxa del terrorismo.
- Viola el derecho a protestar.
- Estigmatiza (a los mexicanos, por ejemplo).
- Da luz verde al espionaje.
- Permite investigaciones secretas (Salazar, 2018).

Pero han sido años de crisis y DHS no ha logrado contener la migración, ni bajo la administración de Barack Obama, ni bajo la administración de Donald Trump, ni bajo la administración de Joseph Biden. Ante la oleada de migrantes, los espacios de Estados Unidos solo se han cerrado aún más, y ya por más de dos décadas, para los migrantes. Esto precariza su condición en ese país. Ahora, era cuestión de tiempo precarizar también su

tránsito, a lo que México se prestó sin problemas mediante programas como *Remain in Mexico*. Pero no todo estaba perdido. Según Castles, “Las causas de la migración irregular pueden sintetizarse en cinco categorías: Las leyes y regulaciones nacionales; las contradicciones que surgen de la globalización neoliberal; la agencia individual y colectiva de los migrantes; las actividades de la industria de la migración; y la vulnerabilidad de grupos específicos” (2010). A partir de esto, y de manera alternativa, los migrantes son vistos como un fenómeno positivo siempre y cuando el mercado laboral lo amerite. En este sentido la migración resultaría flexible. Este escenario de migración laboral, la seguridad nacional para el migrante está claramente cerca de ser nula, contratos indefinidos sin formalidad, lo cual los deja al margen de ser despedidos y deportados de manera muy sencilla (Castles, 2010). Pero estas condiciones son a menudo contrarrestadas por la retórica agresiva contra el migrante, lo cual ocasiona una condición precaria de exclusión, de vulnerabilidad y de marginación del migrante, que se extiende hacia afuera de los Estados Unidos, hacia las comunidades de tránsito, entre las que se encuentra Ciudad Juárez, el epicentro de nuestro estudio. Lo importante en este sentido es que el migrante es “el otro” en Estados Unidos, pero también lo es en la comunidad de tránsito en la que se encuentre. Y este fenómeno no es único de Norteamérica. Se da también en otras partes del mundo.

Por ejemplo, *Clandestino* es un proyecto de la Unión Europea del año 2009. De este proyecto salen dos poblaciones definidas: residentes extranjeros irregulares (viven en países de la Unión Europea, sin un documento formal) y trabajadores extranjeros (aquellos que trabajan sin un permiso oficial). Nuevamente vemos un esfuerzo por definir y agrupar a los migrantes, por categorías: los que pertenecen y los que no pertenecen. De estas dos

definiciones del proyecto *Clandestino* salen varias categorías del migrante, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 3

Categorías de migrantes según el programa Clandestino

Categoría	Residencia	Empleo	Ejemplos
A	Residentes extranjeros irregulares	Trabajadores regulares	Residentes con documentos falsos
B	Residentes extranjeros irregulares	Trabajadores irregulares	Empleos no registrados
C	Residentes extranjeros regulares	Trabajadores irregulares	Residentes sin permisos de trabajo.

Nota: Adaptación de información de Stephen Castles. Migración irregular: causas, tipos y dimensiones regionales. 2010.

Esta tabla es clave, porque también en la frontera México-Estados Unidos existen categorías similares, aunque no formalmente establecidas, y de la categorización depende el acceso al disfrute de los derechos humanos. La compatibilidad con alguna de las categorías definidas refuerza la característica de ser “el otro”, en otras palabras, de incrementar su vulnerabilidad, su marginación y su exclusión de bienes y servicios, como los de la salud, que pudieran ser fácilmente accedidos por otros residentes en una comunidad. Por ejemplo, un migrante que logra regularizar su estancia en una comunidad y conseguir un trabajo puede acceder a un servicio de salud por prestaciones laborales, pero aquel migrante en el cual las barreras, la realidad de su otredad, se han estructurado a favor de la exclusión no puede no gozar de atención a la salud.

Algo faltante para lograr la consolidación de los migrantes en las naciones de destino está sustentado en el enfoque de la asimilación, aunque no al cien por ciento en la estructura de esta teoría. Esta estructura retórica habla del proceso de integración de los migrantes al destino seleccionado. Logra la asimilación de forma gradual, pero esta graduación está asociada a desprendimientos culturales innecesarios, con el fin de mimetizarse con los ciudadanos del estado de origen. Esta perspectiva es fuertemente criticada en Estados Unidos y Europa, porque se considera que, en el proceso de asimilación, las leyes aplicadas someten a los migrantes a un efecto de racismo. Este racismo se puede asociar a las características no compatibles, como el color de piel y los ideales, incluso hasta la forma de vivir. El punto de conflicto es que no debería de fundamentarse en la probabilidad de racismos. Las nuevas miradas de este enfoque teórico no se ven en el modelo de integración de forma individual, sino que nos ayudan a detectar las condiciones de desventaja en las que se insertan. Las condiciones de desventaja se basan en condiciones socio políticas, generadoras de marginación de un movimiento de migrantes transnacionales, fuertemente asociado a procesos culturales (Soria, 2017).

Los elementos abordados en este planteamiento presentan un argumento claro: Las fronteras son por definición elementos que dividen, que crean categorías, que segregan, que seccionan a los residentes de una comunidad de acuerdo con su estatus en la comunidad. La construcción de barreras físicas solo ha abonado a este agolpamiento de migrantes en las zonas fronterizas urbanas, pero también abonada a las crisis de acceso a los servicios de salud, considerando en esta tesis, que hay fronteras en las unidades médicas, que limitan el acceso. También se ha establecido que estas barreras vienen acompañadas de una retórica que construye al sujeto en tránsito por una zona “fronterizada” como el “otro”.

En este proceso el migrante incorpora, en un sentido estricto de la palabra, en su cuerpo, la vulnerabilidad, la marginación y la exclusión. Es por esto por lo que se argumenta en este trabajo que la construcción del “otro”, del extranjero en el contexto de hoy, produce exclusión, vulnerabilidad y marginación, y que los migrantes en tránsito son particularmente objeto de esta cadena perniciosa que termina negándoles a veces el mínimo acceso a bienes y servicios, que se supone, son garantizados por el derecho internacional y a menudo por el derecho nacional de cada país. Pero la legalidad de los derechos no se traduce al goce de estos. Los migrantes llevan consigo, en su cuerpo, en su cara, la frontera de lo que pueden obtener y lo que no pueden obtener, de aquello a lo pueden acceder y de aquello a lo que no pueden acceder. Llevan en la frente la frontera. Esto es algo que va más allá de la estructura de la frontera física, de las barreras naturales o artificiales. Y esto va más allá de las fronteras proyectadas por todo el territorio nacional en muchas formas ya aludidas. Esto es una nueva que se cimenta en el proceso de construcción del otro y que termina por generar un problema cada vez más preocupante para los migrantes: su condición humana vulnerada, marginada, excluida.

Exclusión, Vulnerabilidad y Marginación: Servicios de Salud

El reto es encontrar las manifestaciones de esa vulnerabilidad, esa marginación y esa exclusión en el campo de los servicios de salud. El objetivo es descubrir cómo se da este acceso a las unidades y servicios de salud con relación al estatus migratorio, cuáles son sus características de lo que sí se obtiene, y cómo se da la práctica en la provisión de estos servicios. Esta es la tarea de esta tesis. Hay pocas áreas tan propicias para el estudio de esta intersección, la salud, puesto que estos servicios se supone que no deberían ser

cuestionados, ya que se consideran un derecho humano por su importancia para el bienestar de la persona.

La migración y los servicios de salud son pues temas interconectados en la persona, en el migrante. Esta intersección se da de muchas maneras. Por ejemplo, las personas en condición de migrantes son a menudo vistos como sospechosos de ser vectores para la transmisión de enfermedades epidémicas. Claro, esto no es nuevo. Tal era ya el caso de los migrantes que llegaban a Estados Unidos por Nueva York. El hospital de la Marina de los Estados Unidos se destinó para ser la unidad monitora de migrantes desde los 1800 con el objetivo de detectar enfermedades como cólera y tubérculos. En este sentido los migrantes cargan también con el estigma de ser un riesgo para la salud para otras personas siendo manejados y seguidos por la Marina (Martínez, 2012). No ha sido diferente para otras enfermedades de origen infeccioso, como las enfermedades de transmisión sexual (Evans, 1987). En este sentido la medicina social, la antropología de salud, la salud pública y otras disciplinas convergen en una mirada a este fenómeno como algo que afecta a los migrantes. Y hoy los migrantes son vistos también como consumidores de servicios de salud a los que se les niega con base en su estatus legal. La salud se ha convertido en una competencia por recursos, por derechos, por acceso.

Así pues, en el siguiente apartado se definen los enfoques teóricos que interactúan alrededor de la estructura de una nueva construcción de frontera que va más allá de las fronteras físicas tradicionales, pero que pasan por la construcción del “otro” y que terminan por fomentar vulnerabilidad, la marginación y la exclusión de las personas que son consideradas como el otro, en este caso, el migrante. El estudio de estas intersecciones es uno de los aportes de esta tesis. Este aporte comienza por la idea de que la exclusión con

base en el estatus de “migrante” de una persona se encuentra notablemente en los servicios de salud. En el día a día de atención a la salud del migrante es cuando se puede medir esa vulnerabilidad, marginación y exclusión a partir de la otredad de la persona. Es ahí donde se humaniza o se deshumaniza a la persona.

Es en la negación de la salud donde se termina por afectar la integridad personal del migrante. Es en algo tan esencial como garantizar la salud física y emocional donde se palpa la extensión de esta negación, rompiendo con los objetivos de la seguridad de la persona y limitando la posibilidad de que esta cumpla con los objetivos, ya no de llegar a su destino, sino de crecimiento y desarrollo humano. Y se hace de una forma no tan visible, a partir de micro decisiones dentro del sector salud, en donde los trabajadores de este se convierten en una especie de agentes fronterizos que pronuncian quién tiene derecho a qué bien o servicio, a cuánto sí o a cuánto no, y quiénes categorizan, y con ello vulneran, marginan y excluyen con base en el estatus de la persona. En cierto modo, el migrante porta su frontera y el trabajador de la salud implementa los hechos de la exclusión. Los estudios que hablan sobre el acceso a los servicios de salud se basan desde la perspectiva de los países receptores en su mayoría.

Es importante mencionar que la migración tiene un impacto importante en la condición de salud en el migrante, desde la salud del país de origen, los riesgos en el país de tránsito, nuevas realidades de salud en el país de destino y en algunos casos impacta también en otras personas del entorno de los migrantes, como es el caso de la salud mental en los migrantes retornados (Bojórquez, 2015). También la salud mental tiene un componente estigmatizador, y no se percibe como una condición real en los grupos migratorios (Temores-Alcántara, 2015).

Además, es importante mencionar la importancia de lo preventivo dentro de la atención de la salud: este segmento de la salud es importante ya que aborda los derechos sexuales y reproductivos de toda persona en este caso en territorio mexicano. La salud reproductiva queda en ocasiones de lado en los temas de la gestión de la movilidad en México, primero por la poca importancia que hay, como algo ya establecido en la población local. Se identifica también una participación importante de la sociedad civil, las organizaciones que buscan garantizar esta acción de la salud en la comunidad migrante (Llanes-Díaz, Bojórquez-Chapela y Odgers-Ortiz, 2023).

Los migrantes al iniciar su proceso de tránsito ya identifican problemas de salud sexual, incluso de violencia sexual por medio de información de otros contactos que ya han estado en proceso migratorio. Esto se suma a las problemáticas migratorias a las que se enfrentan los migrantes, donde los asilos para migrantes se han establecido como un mecanismo de seguridad no solo para el tema de la sexualidad, si no también, un espacio seguro, humanitario y espiritual (Infante et al., 2013).

La falla en la gestión de la movilidad, en el acceso a métodos de planificación familiar e información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual, han presionado a que países como Estados Unidos y México establezcan políticas binacionales, como el intercambio de información entre ambos países, grupos para la investigación sobre enfermedades como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y tuberculosis. Lo anterior en programas como “Vete sano, regresa sano” en el 2001 (Magis-Rodríguez et al., 2004). Esta tesis ofrece la frontera portátil como el término que engloba los mecanismos de acceso a los servicios de salud por el migrante, donde se enfrenta a su estatus jurídico en México (su condición como migrante) frente a los actores de los servicios de salud locales

que están disponibles para este grupo de la población, concepto que se desarrollará más adelante.

Con la revisión preliminar de la literatura se planteó dar respuesta a la pregunta de investigación mediante la conducción de un marco teórico y la comprobación empírica por medio del análisis de los resultados. También se plantean objetivos y algunas hipótesis y supuestos para esta tesis.

Pregunta de investigación

Por lo antes descrito, en este trabajo se plantean las siguientes preguntas de investigación, las cuales darán el eje conductor para el trabajo de investigación teórico y de campo:

¿Cómo se manifiestan las fronteras portátiles sobre los diversos actores del sistema nacional de salud en Ciudad Juárez en el acceso a los servicios de salud, incluyendo no solamente al migrante irregular sino también a quienes están a cargo de administrar estos servicios? Esta interrogante es central pues se encuentra en la intersección del sistema a cargo de la provisión de los servicios de salud y del juego entre los que exigen la atención y quienes son los encargados de otorgarla. Se anticipa que en este gran escenario que es el sistema de salud se puede percibir el efecto de la frontera, sobre todo a partir de su manifestación personal —la frontera portátil— tanto en la exigencia como en la provisión del servicio.

Objetivo de la investigación

Objetivo general

- Definir e investigar los efectos del concepto de la frontera portátil como una característica presente en la persona migrante en relación con el acceso a los

servicios de salud de los migrantes irregulares en las unidades médicas de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Objetivos específicos

- Examinar la relación entre la frontera portátil como un mecanismo impuesto en el migrante con relación al acceso a los servicios de salud.
- Describir y analizar el proceso mediante el cual el migrante busca y consigue acceso a los servicios de salud, y hasta qué punto lo logra, para la migrante irregular en Ciudad Juárez.
- Conocer e investigar el comportamiento de los actores encargados de la provisión o distribución de dichos servicios de salud con respeto al ingreso de migrantes irregular en Ciudad Juárez.

Hipótesis

El migrante irregular que reside en Ciudad Juárez lleva consigo la frontera, es decir, lleva consigo su estatus jurídico o, puesto de manera útil a este estudio, lleva consigo una frontera portátil que lo clasifica, lo segrega y aparta, y le da acceso o le niega ciertos bienes y servicios con base en su derechohabencia. A partir de esta dinámica, el migrante se ve por tanto bajo un estado de exclusión, total o parcial, y por tanto en un estado de vulnerabilidad y marginación con relación a los servicios de salud a los que un residente “regular” tiene derecho a acceder. La frontera portátil es pues un concepto que debe explicar mayormente la dinámica presente en el sector salud cuando un migrante entra en contacto con este. Estas condiciones de acceso o negación están conformadas pues por la condición de una persona como migrante y por su falta de estatus legal, ya sea residencia formalmente asignada por el Estado o una ciudadanía que conlleva a una derechohabencia.

Se presume que, dependiendo de la dinámica, el estatus dificulta el goce de los bienes y servicios sociales disponibles en la región, marginándolos, ubicándolos como población vulnerable, creando así un círculo vicioso en detrimento del propio migrante. A su vez y como resultado final, lo anterior lleva a la materialización de la exclusión de los servicios disponibles en la región, exclusión que se ejecuta de las manos de los trabajadores de salud, quienes deben determinar los derechos, la capacidad, y finalmente el acceso al servicio. Las fronteras portátiles son pues el resultado de la estigmatización de la frontera rígida y su relación el migrante, pero también la explicación de la dinámica de la interacción del migrante con el sistema de salud. El punto de contacto en la clínica, el consultorio, etc., son el punto de unión de la condición como migrante irregular, la falta de ciudadanía y derechohabencia, y por tanto contribuidores a la vulnerabilidad y marginación social de la persona migrante. Las fronteras portátiles del migrante irregular llevan un estigma estimulado por las determinantes estructurales en salud, lo cual se ve reflejado en la exclusión del acceso a los servicios de salud disponibles en su región donde habitan. Por supuesto, para un hipótesis equilibrada se debe también considerar que es posible, dadas ciertas indicaciones gubernamentales, que tales bienes y servicios no son negados con base a la condición de migrante del individuo que entra en contacto con los servicios de salud.

Algunos supuestos hipotéticos

Con los datos obtenidos en esta investigación se espera encontrar relaciones correlacionales entre las variables de los diversos instrumentos de investigación. De los ítems sociodemográficos que se consideran de mayor relevancia para el estudio son: ocupación e ingresos mensuales. Dos variables dentro de los instrumentos que se espera encontrar relación con la mayoría de los ítems es la identidad y ciudadanía y el accesos a los servicios

de salud. El índice de marginación incluye datos de marginación y vulnerabilidad, donde las características estructurales y los servicios se consideran los elementos de mayor aporte de información. El acceso a los servicios de salud se observará en cuatro tiempos de necesidad de atención; primer nivel de atención (1), con el acceso al esquema de vacunación; acceso a los servicios de salud midiendo la percepción de trato digno, comunicación entre el migrante y el prestador del servicio, autonomía de migrante, financiamiento (medicamentos, servicios auxiliares y subrogados), oportunidad en la atención recibida y la percepción de la calidad en la atención médica, en los servicios de urgencias (2), hospitalización (3) y consulta externa (4). Se enlistan los principales supuestos hipotéticos del estudio:

- ✓ Los migrantes con empleo tienen mayor acceso a los servicios de salud.
- ✓ Contar con documentos de identidad por el migrante es un factor protector para la exclusión de los servicios de salud y derechohabencia.
- ✓ Las áreas de financiamiento en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa son las más afectadas, especialmente por el acceso a estudios subrogados y medicamentos fuera del cuadro básico.
- ✓ El resultado global del SESTAD es más bajo en los migrantes que la media en los usuarios locales.
- ✓ La sociedad civil tiene una participación con el acceso a los servicios de salud para los migrantes.

Conclusión

En este capítulo se problematizó el concepto de frontera y se propuso que las mismas no son solamente trazos territoriales o funciones, sino que se portan con base a ciertas

condiciones individuales. Se creó y explicó el concepto de frontera portátil. Se cruzó el concepto con el acceso a ciertos bienes y servicios, como las unidades y la atención médica. Y, después de haberse postulado que el acceso a la salud es un proceso fundamental para las sociedades, y que es importante garantizar un acceso a las unidades de salud adecuado para toda la población, al migrante se le aparta y se le traga desigualmente con base a su condición. Esto, se hipotetizó es el efecto de la frontera portátil. Se propone también que algunos factores estigmatizan ciertos sectores de la población, la condición de migrante, y que la misma exagera el estado de vulnerabilidad y marginación. Se plantean ciertos aspectos que potencializan la posibilidad de generar fenómenos sociales como: la exclusión, marginación de un sector de la población y la vulnerabilidad de la persona del migrante con base en la ausencia de un cumplimiento de los derechos para los migrantes. Estos aspectos repercuten de forma negativa en la salud de los individuos y la frustración de los objetivos migratorios. El siguiente capítulo se muestra como las teorías abonan y forman parte del sustento planteado para esta tesis. El capítulo de revisión de la literatura que contiene el marco teórico y el estado del arte muestra las aportaciones teóricas que ayudarán a dar respuesta a la pregunta de investigación y muestra cual es el panorama de revisión del acceso a los servicios de salud para el migrante.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA Y MARCO TEÓRICO

Introducción

En este capítulo se presenta el marco teórico que envuelve y da sentido a esta investigación.

El marco teórico y los conceptos centrales que guían el trabajo de campo surgen de una discusión de la bibliografía relevante a la temática de esta tesis. En un propuesta

integradora, el estado del arte de esta investigación se hilvana con el marco teórico

(Guevara, 2016). Del estado del arte se recuperan aproximación y experiencias que ofrece la literatura para el uso y aplicación de las perspectivas teóricas.

Marco Teórico

La presente investigación se ubica dentro de la meta-disciplina de los estudios fronterizos.

Esto implica que es multidisciplinar, es decir, tiene un enfoque que parte de las ciencias

sociales, pero se interseca con los estudios de la salud, incluyendo temas de salud pública,

reflejando el carácter de los estudios fronterizos como una metadisciplina que ha ido

creciendo en importancia en los últimos cincuenta años (Payan y Coronado, 2021). Así

pues, el trabajo se encuentra en la intersección de las fronteras como uno de los ejes

transversales de interés y uno de sus fenómenos transfronterizos modernos más

importantes, la migración. La intersección de estos temas tiene implicaciones que ameritan

este acercamiento multidisciplinar si ha de darse solución de los obstáculos que tienen los

migrantes en trayecto con respecto al acceso a bienes y servicios como los servicios de

salud. Solo visto el fenómeno desde diversas perspectivas de análisis múltiples se puede

obtener un mejor entendimiento de la manera en que los migrantes encarnan, o más bien

interiorizan y portan consigo, o se les asignan sus propias fronteras con relación a la

solicitud de ciertos derechos humanos, como lo es el acceso a salud. Por tanto, este trabajo

utiliza varias vertientes teóricas. En primera instancia, el estudio de las fronteras, mismo que se discute enseguida.

El fenómeno de las fronteras ha evolucionado a tal grado que ya tiene un alcance amplio como campo de estudio. Y como fenómeno empírico, las configuraciones de las fronteras han tenido un impacto negativo en la movilidad humana. Y es en esta intersección donde se encuentra la enorme pendiente de la migración como un tema de estudio. Por tanto, al análisis de las fronteras propiamente se le anexa la revisión teórica de la movilidad humana en contextos fronterizos. Ahora bien, esta tesis no es sobre migración propiamente, ni sobre fronteras específicamente. Es más bien una tesis sobre la intersección de ambos objetos de estudio y el papel que juegan conjuntamente en la producción de la exclusión, de la vulnerabilidad y de la marginación del migrante que se encuentran no solamente en un espacio fronterizo sino en una condición que lo hace cargar la frontera sobre sus propios hombros, en el rostro, en su fisionomía, en su documentación (si la posee).

En este sentido, esta investigación va orientada más que a la estructura u organización de la institución de las fronteras al impacto de la interiorización o la incorporación del fenómeno fronterizo en la persona del migrante, que encarna en sí mismo la definición de otredad, de ser el “otro”, de llevar consigo una especie de frontera portátil que le impide sus objetivos, ya sean sus metas finales o sus necesidades temporales. Para poder comprender cómo se conjugan la frontera y la migración, es importante retomar otro reto: definir el contexto de la identidad política, social y económica de los migrantes que se ven en su travesía en un nuevo territorio ya sea de trayecto o de destino. Esta identidad, asignada al migrante por los “locales” quienes lo constituyen como “el otro” o “el que no es

de aquí” es lo que termina por diferenciar a inmigrantes del resto de los individuos de la comunidad en la que se encuentran.

En otros contextos, por ejemplo, en Europa o en Estados Unidos, se habla de alguien que tiene o no tiene “papeles” y con base en ello, tiene o no tiene derechos laborales, sociales, económicos, o de otra índole, los cuales se asignan o se niegan con base en el estatus migratorio —al mismo sentido de pertenencia. Pero independientemente de lo anterior, algo de vital importancia en el abordaje del presente tema es la presencia de las dinámicas del estatus que generan la exclusión, la vulnerabilidad y la marginación en que se ve el migrante en un momento dado (Porthé, 2009).

Así pues, esta investigación se encuentra en la compleja intersección entre las fronteras y la migración, pero también en la ciudadanía o residencia legal o el estatus de ilegal de la persona que se encuentra en proceso de tránsito migratorio y en los derechos humanos, los niveles de exclusión, de vulnerabilidad y de marginación que se generan en este espacio interseccional. Estos ingredientes nos permiten conjuntamente el mecanismo de integración de la persona migrante, y que dan origen a un nuevo concepto teórico de aportación propia que se define como *fronteras portátiles*. Este concepto se desarrollará ampliamente más adelante porque es la nomenclatura que da sentido a lo que sucede en las decisiones diarias sobre la persona y las demandas o solicitudes el migrante para con sus necesidades (por ejemplo, servicios de salud), ya sea por la sociedad o por los sectores que administran los servicios que este requiere (por ejemplo, servicios de salud) por parte del Estado.

Seguidamente, para dar un sentido más claro a esta investigación, el trabajo se centra en el acceso a los servicios de salud, como uno de los derechos y necesidades más

fundamentales del ser humano y en los cuales deben, teóricamente, expresarse los procesos de acceso o negación, y por tanto los niveles de exclusión, de vulnerabilidad y de marginación para con la persona migrante. Es ahí, en la demanda de este servicio donde se manifiestan estos procesos en toda su extensión. El acceso a los servicios de salud se selecciona con el objetivo de examinar la administración del acceso a un derecho humano central, la salud, como un campo de análisis donde interactúan los diferentes abordajes teóricos mencionados. El acceso o la negación, es decir, los límites del acceso a la salud son un ejemplo de las diversas manifestaciones de la problemática de la persona migrante, porque dependen del estatus preasignado a la persona, especialmente cuando se le asigna su propia frontera, la cual se evidencia al presentarse a solicitar servicios básicos como la salud. En las siguientes secciones se desempacan cada uno de estos elementos recalando cómo abonan al entramado teórico que sustenta esta tesis.

El constructo de frontera y sus implicaciones en lo migratorio

Las fronteras son, como ya se anticipó, un fenómeno moderno complejo. El Estado nación de hoy gira alrededor de este concepto. Las fronteras se abren de ciertas maneras, y se cierran de otras, en función de la persona que intenta atravesarlas. Mientras que se permite el tránsito de personas y mercancías y servicios, también se cierran espacios y construyen barreras. Para el 2019, a pesar de que los flujos transfronterizos aumentan, se habían registrado alrededor de 70 muros fronterizos. Un ejemplo de estos muros es el de México-Estado Unidos, el cual es también uno de los más emblemáticos y de interés científico en el mundo. Estas estructuras que se instalan con el objetivo de mantener la soberanía, seguridad nacional y limitar la movilidad favorecen la evolución de un Estado nación (Headrington, 2019). La migración es a menudo objeto de estos constructos.

Ahora bien, en contexto latinoamericano, los estudios fronterizos tienen dos conceptos: frontera y límites. El primero de estos significa la frente o el frente de algo, proveniente del latín *frons* (gen. *frontis*). Ya como “frontera” se refiere al límite interior y al exterior de un Estado nación o a sus límites. Límite corresponde, de manera muy literal, a la franja que corre paralelamente a una línea de propiedad y en el sentido militar a un camino fortificado. Otros conceptos importantes por destacar son límite internacional, que es aquel que se utiliza para referirse a una línea que separa dos territorios sujetos a soberanías diferentes con todas las implicaciones que conlleva cuando se habla de quienes pertenecen de este lado o de aquel lado del límite. En estos sentidos, la frontera puede ser artificial o natural. Las fronteras naturales es un término que puede parecer obvio, refiriéndose a aquellas barreras que no fueron construidas por la mano del ser humano, sino que ya se encontraban y que fueron utilizadas después como un elemento de separación o fuentes de protección para los militares, tales como los ríos, las cordilleras, etc. Las artificiales se refieren a aquellas que son construídas por el ser humano; muros, por ejemplo. Pero, independientemente de la naturaleza del límite, el carácter de estas estructuras artificiales o naturales no es más que algo arbitrario —rayas en la arena. Estas rayas son los límites territoriales hacia el interior de una nación (lo que pertenece), mientras que la frontera es un término proyectado hacia el exterior (lo que no pertenece). Territorio limítrofe o vecino es una zona fronteriza que se define como ambiente de transición. Estos conceptos tienen diferentes comportamientos, hostiles o amigables y como amenazas u oportunidades (Lawrence, 2007). Lo importante son los efectos de las fronteras sobre la sociedad, sobre los individuos, y sobre el sentido de pertenencia, identidad, y derechos que

las fronteras imponen sobre los propios seres humanos. Es pues, sobre el efecto que esta tesis se centra.

Así pues, para abordar los efectos de la frontera sobre la persona resulta imposible avanzar sin abordar la pertenencia. Se sobreentiende que las fronteras nacionales han sido una herramienta del Estado nación no solo para controlar la movilidad humana, sino para ordenar los derechos y los beneficios de ser parte de una sociedad nacional, o negarlos para quienes se considera que no lo son parte de la comunidad. Esta función no es reciente. Desde el año 58 antes de Cristo, Julio César construyó un muro considerado como la primera barrera fronteriza, cuyo principal motivo era contener la movilidad humana. Y los propios romanos tenían un sistema de ciudadanía que otorgaba derechos, y quitaba derechos, dependiendo de su relación con el imperio. Y de una forma u otra, la relación entre los límites de una ciudad, estado, etc., y el individuo han seguido presentes, a veces más y a veces menos (López, 2011). Pero en el siglo XXI, esta modalidad de contención de flujos humanos experimenta un renacimiento impresionante, a pesar de su carácter primitivo y su ineffectividad y el uso de la otredad que producen las fronteras se agudiza, a veces con políticas que hacen del “otro”, del migrante, una persona sin derechos, y muy a menudo con la intención de aumentar la presión para que se auto deporte.

La movilidad humana depende de las fronteras, a pesar de los muros y las condiciones de otorgamiento de derechos ciudadanos. Este fenómeno es global. Se estima que en el 2020 el registro de migrantes, es decir de personas que viven en un país en el cual o nacieron, correspondía a más de 280 millones de personas (DAES, 2021). Esto adquiere dimensiones importantes pues porque las fronteras generan expresiones de antagonismo, de xenofobia, de prejuicio, etc., hacia los extranjeros. Esto sucede en la frontera

México-Estados Unidos que después de la modificación estructural de la frontera al término del Programa Bracero se dificultó el cruce fronterizo y se estimuló la institucionalización de organizaciones con agentes que se encargan del cruce migratorio ilegal (Meneses, 2010). Esta es, por supuesto una consecuencia de tercer grado, presente y evidente en cualquier frontera. Pero, desde la década de los 90 se veían las intenciones de construir un muro fronterizo entre México y Estados Unidos, esto aunado a un aumento sustantivo en la vigilancia de este espacio con la Patrulla Fronteriza (BP, por sus siglas en inglés) con un acompañamiento de retórica cáustica hacia los migrantes. Sin embargo, esta estructura solo funcionó como un filtro selectivo de cruces seguros, pues a pesar de ella la migración irregular continúa con medios más complejos (Březinová, 2018). Es decir, no se ha logrado impedir la llegada de quienes son migrantes indocumentados, que buscan asilo en Estados Unidos, y cuyos números se encuentran ya en los millones de personas. Ante esto, la meta-disciplina de los estudios fronterizos no se ha quedado en silencio. En respuesta al endurecimiento de las barreras físicas o muros fronterizos, los estudios fronterizos han pasado por un proceso evolutivo. Por un lado, dan mayor atención a la novedad que han causado los muros fronterizos, pero por otro lado ponen mayor atención a las lógicas y consecuencias de la movilidad humana. En este sentido, el estudio de las fronteras no deja atrás el concepto físico y delimitado, como el proveniente de la geografía y cartografía en las definiciones tradicionales y primitivas del concepto, pero da mayor interés a otras aristas relacionadas con la construcción de la frontera como un fenómeno social, como un proceso más que como un límite físico, sobre todo con relación a la migración. Los procesos de fronterización se tornan pues mucho más interesantes porque se proyectan más allá de los muros sobre los límites propiamente y la relación entre estas

barreras y los propios flujos humanos y se dibujan sutilmente en las personas humanas (Moraña y Sánchez, 2012). Como una meta-disciplina, a los estudios fronterizos se le suman pues enfoques hermenéuticos y metodologías cualitativas que permiten desarrollar el concepto a un potencial mayor, las fronteras portátiles.

Ahora bien, en los años 1990, inició la germinación de nuevos campos y subcampos como los menciona Medina (2006) en su texto *Aportaciones para una epistemología de los estudios sobre fronteras internacionales*. Dentro de lo que se destaca en el texto, está la dimensión histórica en el desarrollo de las fronteras, donde estas se perciben como un estudio más complejo por los múltiples elementos que han marcado la configuración y comportamiento de la frontera. Por un lado, está el subcampo ideacional, al que se suman análisis lingüísticos, simbólicos, y las fronteras culturales, que dan pauta al estudio del presente documento (Medina, 2006). Por otro lado, se comenzaron a analizar las interacciones económicas, sociales, políticas, entre otras, todo desde una perspectiva evolutivo-histórica. Y aunque esto no es nuevo, pues durante el imperio romano y bajo la política de expansión, el principal objetivo de las fronteras era separar la población civilizada de la barbarie, y en la Edad Media, cuando el feudalismo se caracterizaba por darle importancia al control y la defensa de los pueblos, su principal objetivo, con las fronteras, era defender la nación, sus bienes, la delimitación y espacios que les pertenecía.

Hoy tenemos procesos mucho más complejos donde la frontera se porta, se lleva consigo, se manifiesta y se actúa todos los días. A esto se le puede denominar una nueva etapa en la evolución de las fronteras y de su estudio mismo. En el siglo XXI el objetivo es pues generar un orden político moderno, el reconocimiento de los Estados y territorios de acuerdo con el objetivo del Tratado de Westfalia, pero también humanizar las fronteras ante

una creciente deshumanización del sujeto que las cruza (Del Arenal, 2002). Si esta tesis tiene un objetivo normativo, es precisamente este. Esta tesis propone establecer el impacto de las fronteras sobre la migración, donde se desprende del hito tradicional y se movilizada a tal punto de integrarse en los insumos del migrante.

Entender una zona fronteriza, muro o barrera física, y la migración o movilidad humana en el sentido más abstracto —la portabilidad de los procesos de fronterización— es central en este trabajo. Las fronteras son, después de todo, espacios en movimiento (Konrad, 2015), pero los que se mueven son los seres humanos. El movimiento de los migrantes se condiciona por la construcción, la desconstrucción, y la reconstrucción de las fronteras, pero su efecto se ve en el impacto en la trayectoria de los flujos, especialmente en las personas. De hecho, Frederick Turner ya entendía las fronteras como espacios dinámicos o en movimiento y con una carga cultural y de proceso civilizatorio desde mucho tiempo antes de que surgiera la propia meta-disciplina de los estudios fronterizos (Brenna, 2011). Así pues, el término frontera ha sido siempre un foco de ordenamiento, pero también de conflicto, sobre todo con respecto a los flujos, y hoy se impone como un elemento de exclusión, y con base en esto de vulnerabilidad y de marginación. Es decir, la conformación del “otro” implica ya, por definición, todos estos elementos, pero no *in abstracto* sino en la realidad cotidiana del migrante que sufre un accidente o se enferma o viene con un cuadro de salud que requiere atención, por ejemplo. La frontera México-Estados Unidos se ubica como modelo emblemático de este tipo de frontera en movimiento y se manifiesta también como la demostración más clara de las fronteras portátiles. En este sentido, esta frontera es un punto de referencia en todos estos temas alrededor del mundo, incluyendo la movilidad humana. Pero las fronteras van más lejos,

llevan proyecciones aún más complejas. Esta tesis se centra en el enfrentamiento de los migrantes en México como espacio de tránsito y Estados Unidos como país de destino.

La proyección de fronteras y barreras internas: Paso obligado a la frontera portátil

Siguiendo la misma evolución del fenómeno de las fronteras, pero también de la respuesta académica a este fenómeno, las fronteras se deben entender hoy como algo más complejo que los simples bordes o límites entre Estados nación o entidades geopolíticas no pueden ya explicar en su totalidad. En el siglo XXI, los procesos de fronterización se han extendido incluso al interior de los territorios nacionales. Es decir, hay una interiorización de las fronteras o una proyección a espacios interiores. Por ejemplo, los migrantes han logrado pasar las fronteras *formales*, es decir, los límites nacionales (en este caso la frontera sur de México), pero solo para encontrarse más adelante, por un lado, con las fronteras internas o verticales, tales como las revisiones en puestos militares y policíacos y, por otro lado, con las fronteras personales, su otredad hecha no-residencia en la comunidad a la cual no pertenecen. Las fronteras verticales se configuran como detención de la migración en múltiples puntos geográficos (Bersin, 2016). La frontera indica pues una interacción entre seres humanos, de hecho, entre dos culturas diferentes, en diversos lugares, a veces lejos de la frontera física. Tienen una intencionalidad que necesita que exista interacción, encuentro o relación entre eventos, personas o instituciones de diferentes nacionalidades (Bustamante, 1991).

Si bien, las fronteras internas o verticales son aún más complejas de cruzar, precisamente porque son fronteras inesperadas y a veces tienen un carácter informal, y raramente se asocian fronteras físicas, tales como los muros o el aparato de un Estado nación, las fronteras se vuelven también personales, por lo tanto, más complejas,

precisamente porque son más invisibles y se dan en lo más profundo de la persona, su identidad y su otredad. Es por esto por lo que las fronteras internas han sido a menudo explicadas desde los estudios culturales o identitarios. El efecto es el mismo: la exclusión, que resulta en una vulnerabilidad acrecentada y una marginación enorme. Estos procesos representan la parte más compleja en el entendimiento de las fronteras, desde su forma física como parte del entramado de entendimiento de los mecanismos de la frontera hasta la frontera portátil. Cuando el resto de los enfoques buscan destacar las descripciones lineales, separaciones de dos estados, asimetrías, flujos de materia prima entre otros, en el enfoque necesario aquí son los múltiples elementos que son más complejos de entender o explicar: la no pertenencia y lo que ello implica. Esto las hace complejas, sobre todo cuando vienen acompañadas de barreras físicas en caminos, carreteras, aeropuertos, zonas urbanas, pero más aún cuando se recrudecen sus efectos en el migrante que trata de acceder a servicios y derechos, tales como la provisión de alimentos, cuidados de salud, etc.

Los procesos de reproducción en la frontera son pues como el juego de aguas resultante del desemboque del agua del río en el mar. Por la parte superior se marca una línea clara de separación, se podría tomar una muestra de cada lado y observar que son distintas, como sería la nacionalidad en los habitantes de cada frontera. En la parte no visible de este juego de aguas se lleva a cabo la mezcla de características hídricas como serían las características más sutiles, menos visibles, pero no menos reales y que segregan y excluyen y por tanto producen vulnerabilidad y marginación.

Lomelí (2012) habla de la poca importancia que ha tenido lo subjetivo —en su caso, lo cultural— en los estudios fronterizos, destacando la falta de información científica documentada para rescatar este análisis tan necesario utiliza como fuente de los efectos de

la frontera. Lomelí, por ejemplo, hace referencia a las formas de representar aquellos fenómenos culturales que se suscitan en la frontera México-Estados Unidos, pero que pasan por alto la atención a las fronterizaciones o procesos de fronterización que no reducen la importancia de aquellas barreras invisibles que se erigen precisamente para negar el paso de quienes marchan en busca de un mejor futuro pero mediante las cuales también se fronteriza a la persona, y se manifiesta en el acceso o negación a servicios como la salud, la educación, el empoderamiento político, el empleo, etc. En otras palabras, aunque los migrantes creen sus propios espacios para llenar sus necesidades humanas, la inclusión ampliamente hablando sigue siendo a menudo denegada. Por esto, hablar de fronteras como un límite internacional es reduccionista. Las fronteras hoy se asocian en la identidad, en los gustos, en los documentos, y en cualquier lugar que requiera que el individuo se identifique. Claro que esto no es nuevo, la complejidad de los procesos en cuestión nace desde la guerra entre México y Estados Unidos, en la que desde el lado mexicano de la frontera se menciona como un despojo de territorio y del otro se habla de cesión de territorio, pero hoy adquiere las distopías de la modernidad. Cada lado de la frontera busca mantener su esencia ante el miedo de perder o ganar algo más que territorio, si no sus características culturales. Muy a menudo, y en extremo, esto resulta en actos de violencia (Carpio-Pérez, 2013).

Cuando se combinan estos elementos, no se puede más que concluir que los individuos en movimiento, fuera de su ambiente, de paso o recién llegados, cargan la frontera consigo. Lo hacen al enfrentar actitudes, al negarles ciertos derechos, al ser asociados a temas de inseguridad y violencia. Y estos rechazos, sutiles y no muy sutiles, acaban generando esquemas de exclusión asociado a un estado de vulnerabilidad y de

marginación, ya sea individual o colectiva, y a veces entre mayor el intento de mantener ciertas características de origen propias mayor el rechazo y la falta de integración social, mayor la exclusión. En este contexto el rechazo y hasta la xenofobia salen a relucir sobre todo ante lo que no es similar al yo y se desestima lo que no considera no corresponde a su cultura, pero siempre en la persona, quien no logra integrarse.

Claro, Lomelí habla de la poca importancia que ha tenido lo cultural en los estudios fronterizos, destacando la falta de información científica documentada y para rescatar este análisis tan necesario utiliza como fuente diferentes referencias no científicas, más bien artísticas. Hace referencias a las formas de representar aquellos fenómenos culturales que se suscitan en la frontera México-Estados Unidos (Cordera y Lomelí, 2006). Esto es evidente, aunque este trabajo se centra en algo más concreto: la vulnerabilidad, la marginación y la exclusión que genera el “no ser de aquí”. Aquí se hace referencia a la persona y el ejercicio de ciertos privilegios y derechos. Así pues, de manera más central a este estudio, debe recalcar que las fronteras internas no son inconsecuentes. Estas trazan la convivencia, hacen interactuar a los unos con los otros de ciertas formas, y delimitan las características identitarias y los derechos de los individuos como un artefacto para categorizar clases. En este sentido, no es diferente del nacionalismo que forma parte de estos artefactos culturales que no representa ningún aspecto positivo para las comunidades y la interacción (Anderson, 1993). Estas fronteras, a menudo invisibles, determinan también la capacidad del individuo de acceder a ciertos derechos o privilegios, etc.

Al ampliar el concepto de frontera a algo portátil, y no solo como una línea o un área geográfica o incluso un retén interno en un aeropuerto o una carretera, sino como algo que hemos interiorizado cada uno de nosotros, se determina también lo que el individuo

tiene permitido hacer o no hacer, ver o no ver, poseer o no poseer, etc. En efecto, como individuos, llevamos una frontera portátil. En este estudio esto se verá reflejado en el tema de acceso a la salud, que es el tema sustantivo central de esta tesis. Entonces la migración se enfrenta a un mundo globalizado donde se cree y se pretende que la igualdad es una herramienta real por medio de los derechos humanos, que se abordarán más adelante.

Este fenómeno se extiende también con el avance de la globalización. El término globalización lo utilizamos para referirnos al conjunto de procesos sociales que transforman nuestra condición social actual hacia un esquema más mundial que magnifica, no solo la cuantía del fenómeno, sino también la severidad de sus manifestaciones (Dabat, 2002). Las comunicaciones a distancia funcionan como un elemento que da visibilidad a los límites, las fronteras se desdibujan para permitir el flujo acelerado de información en los ámbitos social, político, económico, y cultural en el mundo, pero se endurecen en la presencia del individuo en una comunidad a la que no pertenece. La globalización misma queda supeditada a las formas cambiantes de contacto humano en las fronteras y los individuos fronterizados.

Pensar en un proceso global da pie a estudiar cuál es la importancia de un límite o frontera en una escala mayor. Nos encontramos frente a una condición de globalidad “caracterizada por la existencia de una economía global, política, interconexiones y flujos culturales y ambientales que hacen irrelevantes a muchas de las fronteras y límites existentes actualmente” (Steger, 2003:8). La globalización, como concepto, se refiere tanto a la comprensión del mundo como a la intensificación de la conciencia del mundo en su conjunto (Robertson, 1992). Incluso para la globalización, las fronteras son necesarias para mantener el campo de territorio y control para crear un orden, no siendo un elemento que

genere distinción o separación (Newman, 2006). Así pues, el migrante se encuentra en un estrecho trágico: por un lado, las fuerzas que lo empujan a moverse y, por otro, las fuerzas que lo confrontan con un rechazo existencial profundo y que culminan en su máximo estrés. Es por esto por lo que la globalización ha ido perdiendo terreno en la retórica del progreso, precisamente porque se culpa a un proceso histórico de las injusticias del aferramiento del Estado nación a la vida cotidiana y su implementación en la vida diaria de las personas.

De tal modo, hablar en estos tiempos de fronteras como meros bordes o límites resulta casi obsoleto. La frontera tiene hoy muchos niveles de connotación: fronteras fijas y móviles, fronteras internas y externas, pero también fronteras portátiles, etc. Las fronteras externas corresponden al término estricto y duro, delimitado hasta por espacio en metros, que responde al enfoque sociológico e histórico, pero este término resulta corto y deja fenómenos sin explicar. Las fronteras internas, según Diesbach, representan un modelo integrador y holístico. Las fronteras internas son el resultado de un sinnúmero de interacciones que acontecen en la vida cotidiana, en el momento en que definimos quiénes somos, trazamos una línea entre lo que no somos o sentimos que no nos pertenece. Trazan la convivencia, hacen interactuar unos con otros y delimitan las características culturales de los individuos (Diesbach, 2002). Pero las fronteras portátiles son analizadas desde lo social, desde lo psicológico. La tragedia de las fronteras se vive mucho más profundamente por el individuo que la porta en su identidad, en su cara, en sus derechos, en sus privaciones.

El andamiaje entre las fronteras y las teorías de movilidad

En este andamiaje teórico hace falta también hacer un análisis de teorías y enfoques de migración. Finalmente, el objeto de este estudio es el migrante y su relación con el entorno

fronterizado, sobre todo el migrante irregular, el que carece del mínimo estatus para hacer valer sus derechos, etc. Las principales teorías de la migración la asocian a motivos económicos que estimulan la movilidad. La escuela clásica de la migración habla de la movilidad como un nexo necesario para el desarrollo, ejerciendo el derecho a la movilidad, buscando eliminar diferencias salariales, compensando las diferencias demográficas, potenciando la actividad económica, y buscando el bienestar. Abonando a esto, la escuela austriaca propone que la migración debe estar ligada a principios liberales.

Ravenstein (1885) realiza una clasificación de migración; migración y distancia, migración por etapas, corriente y contracorriente del flujo migratorio; las diferencias urbano-rurales en la propensión a migrar; la tecnología y comunicaciones; y destaca el predominio del motivo económico sobre los demás elementos. En este tenor, la escuela neoclásica se enfoca en la teoría de desarrollo económico abordando las economías duales, el enfoque de la decisión individual, la racionalidad económica, el deseo de mejorar el bienestar individual, el enfoque de la estrategia familiar, migración en vínculos, y el enfoque de convergencia que habla de la relación entre el desarrollo, pobreza y migración, Otras teorías hacen otro tipo de aportaciones.

Dentro de las teorías actuales, la teoría neoclásica se enfoca en la decisión individual que responde al fenómeno de migración colectiva transnacional de la persona. Los conceptos centrales de la macro teoría individual se orientan al análisis de la perspectiva de beneficio al momento del inicio de la migración, tiempo de migración, probabilidad de evitar la deportación, oportunidad de empleo en el lugar de destino, y probabilidad de empleo en el lugar de destino (Walteros, 2011).

Ansems de Vries (2016) muestra la relación entre las tres variables principales: trayectoria, espacios de tránsito y respuestas políticas; las políticas de migración pueden llevar a que el proceso de la trayectoria migratoria conlleve una inversión de tiempo mayor, además los espacios de tránsito nos aportan seguridad o riesgo, dependiendo de la forma en la que los actores políticos y élites se comporten en relación con estos espacios; presentándose la relación de la siguiente manera:

$$\textit{Trayectoria} = \textit{Espacios de Tránsito} + \textit{Respuestas Políticas}$$

La trayectoria resulta del tratamiento de espacios de tránsito, el cual se basa en la observación de los espacios destruidos en Europa, como la selva francesa, la cual era utilizada como un espacio de tránsito por los migrantes. Por otra parte, la reactividad de las políticas públicas orientadas hacia una actitud negativa con respecto a la migración, posicionamiento de consulados a distancias extremadamente distantes de las poblaciones, trámites largos, rechazo de visa por cuestiones de seguridad y temor por el solicitante, multas para el transporte terrestre y aéreo por el cruce de personas indocumentadas. Todos estos elementos llevan a que las trayectorias sean más largas incluso a meses, que impliquen más de un intento y para finalizar el resultado que lleva hacia el migrante. Prácticas inseguras, destrucción de áreas de trayectoria y la denominada política de agotamiento, que se basa en prolongar el tiempo estimado de migración y hacer esta trayectoria mucho más compleja con el objetivo de hacer desistir al migrante de culminar el objetivo.

Además de las dificultades migratorias que se viven en los espacios transfronterizos, los migrantes se ven sometidos a otros sistemas y estructuras que hacen que el tránsito sea complejo y excluyente. Algo faltante para lograr la consolidación de los migrantes en las

naciones de destino, está sustentado en el enfoque de la asimilación, aunque no al cien por ciento en la estructura de esta teoría. Esta estructura retórica habla del proceso de integración de los migrantes al destino seleccionado. La hipótesis planteada en la teoría es lograr la asimilación de forma gradual, pero esta graduación está asociada a desprendimientos culturales innecesarios, con el fin de lograr mimetizarse con los ciudadanos del estado de origen. Esta perspectiva teórica es fuertemente criticada en Estados Unidos y Europa, porque se considera que, en el proceso de asimilación, las leyes aplicadas someten a los migrantes a un efecto de racismo. Este racismo se puede asociar a las características no compatibles, como el color de piel y los ideales, incluso hasta la forma de vivir.

En mi opinión, el punto de conflicto para que esta teoría no sea criticada es que no debería de fundamentarse en la probabilidad de racismos. La solución sería orientar las leyes y políticas públicas y vivir con nacionales más incluyentes, por ende, menos excluidos. Las nuevas miradas de este enfoque teórico no se ven en el modelo de integración de forma individual, sino que nos ayudan a detectar las condiciones de desventaja en las que se insertan. Las condiciones de desventajas son planteadas por Ebert y Ovink (2014), se basan en condiciones socio políticas, generadoras de marginación de un movimiento de migrantes transnacionales, fuertemente asociado a procesos culturales (Ebert y Ovink, 2014; Pérez-Soria, 2017).

En la siguiente sección se define el funcionamiento del sistema de salud mexicano y los actuales abordajes del acceso a la salud y migración.

El sujeto de estudio: El migrante y el acceso a los servicios de salud

En esta sección se presenta un esquema teórico apropiado y suficiente para examinar el acceso o la negación de los derechos sociales, el campo de la salud y el acceso a los servicios de salud. El sector salud es ideal para examinar quién puede traspasar o no las puertas de la provisión de dicho servicio, y para observar la condición del migrante bajo su construcción como el “otro” o la “fronterización” del sujeto transmigrante. El acceso a la salud es el resultado de interacciones en diferentes dimensiones de un Estado. En este sector se ubican los elementos sociales, políticos, y económicos, y sobre todo “legales”, que son los principales determinantes del funcionamiento (léase acceso) de los sistemas de salud. La salud es un entramado de intereses de distintos actores y a diferentes niveles y estructura de gobierno, y por tanto está diseñado para los que sí portan una ciudadanía o derechohabencia. Además, en este sector se ubican de manera contundente los recursos y el uso de los recursos de una sociedad, y por tanto la competencia por la atención de dichos recursos. Y aunque la salud es tema de la ciencia, en realidad la estructura y el funcionamiento del sector salud es un tema que atañe la derechohabencia o al sujeto y su estatus en la comunidad. Por supuesto que el funcionamiento de un sistema de salud tiene un comportamiento variado que no siempre responde a las necesidades esenciales de toda una población —principalmente por los costos de dichos servicios— sino también a los intereses e ideologías además de contextos culturales. Pero también contiene elementos materiales claros—en los cuales se observan también las formas en las que se raciona este servicio.

Así pues, este trabajo plantea utilizar el sector la salud con sus datos estrictamente empíricos, sus estadísticas y sus narrativas, como una estructura referente del estatus del

migrante, como una institución con la cual el migrante se ve a veces en la necesidad de interactuar, por accidente o por problemas de salud crónicos o por necesidades temporales, y la manera en que la institución como sector se dirige al migrante como persona; e incluso la forma en que los procesos se dan y el actuar de quienes están a cargo de proporcionar dicho servicio. Este trabajo plantea que los resultantes del estatus, ante la estructura del sector salud, implican un variante nivel de exclusión, de vulnerabilidad y de marginación de los migrantes como individuos etiquetados de forma distinta o secundaria o no prioritaria o como un grupo sin derechos.

No se trata de idealizar a los migrantes partiendo de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* en el Artículo 25, en el cual se estima que la salud es una garantía para los individuos y sus familias. Por supuesto que la salud es un derecho humano. Pero esto es lo ideal. En la vida cotidiana, se trata más bien de examinar las prácticas del sector salud *vis-à-vis* el migrante en su condición como tal. Es decir, a pesar de que la salud se puede entender como un derecho humano, existen un conjunto de normas e instituciones, pero también de prácticas diarias y recurrentes, que limitan este derecho hacia la persona por su condición como migrante, como el “otro”. Estas normas y prácticas cotidianas se relacionan directamente con el hecho de no ser considerado como un miembro de la comunidad o ciudadano, con derechos de acceso plenos, y que da pie a una lógica que subyace la otorgación o negación del servicio, pero que a menudo termina por excluir a la persona de un sistema que debería fungir como un bien social, sin importar la condición legal (Vázquez, Vargas y Aller, 2014). En este sentido, la búsqueda de la salud, que se entiende como un compromiso de los gobiernos hacia las personas que habitan en su territorio, sin considerar cuestiones religiosas, políticas, de género e ideales, e incluso condición

migratoria, no alcanza a quienes pudieran en su momento necesitarlo pues los representantes del Estado no los consideran portadores de tales derechos. Analizar el sector salud, que es fundamental para el bienestar de la persona, es pues una propuesta que se centra en definir y analizar la exigencia teórica y las prácticas empíricas para con el migrante y examinar el motivo por el cual se dan los procesos exclusión, de vulnerabilidad y de marginación que se encuentran presentes en la provisión de la atención a la salud.

Más allá del derecho individual, la salud pública es un tema de trascendencia y de cooperación internacional, pues atender al paciente pasa a ser un mero requerimiento humano a ser un elemento fundamental para el manejo de los indicadores de salud de una sociedad. La OMS define la salud como “un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948), ofreciendo una definición holística, incluso con una visión que se orienta hacia la integración de múltiples disciplinas, no solo las provenientes de las ciencias naturales. Las necesidades de políticas sociales encaminadas al bienestar de las personas pasan a ser estrategias que sumen a un estado de salud ideal. Pero este entramado teórico o ideal choca con la realidad en relación con el migrante.

Aun así, la importancia de la salud de los migrantes no es algo irrelevante para la comunidad en la que se encuentran, ya sea de paso o permanentemente. Su presencia presenta retos y exige cambios en cuestiones de una comunidad, a menudo porque los migrantes dan pie a nuevos cuadros epidemiológicos que presentan retos para la salud total de la población. La movilidad humana obliga pues a pensar en una transición hacia la globalización de la salud hasta por el propio bien de la comunidad de tránsito o receptora de migrantes (Díaz, 2020). Ahora bien, este fenómeno no es nuevo, pues los humanos han

migrado muchas veces y han extendido sus enfermedades también. En este sentido las fronteras implican una cualidad importante: en los espacios fronterizos se generan necesidades de salud que se deben considerar como colectivas y no solamente individuales. Y negar los servicios de salud no solamente generan exclusión, sino también vulnerabilidad y marginación, que finalmente puede afectar a la propia población que niega los servicios con base al estatus del peticionario. Es decir, marginar al migrante pasa de ser una herramienta para proteger los recursos del Estado nación o los derechos de la población local y se convierte en una herramienta que pudiera presentar cuadros distintos con los que después los propios gobiernos se tienen que enfrentar. La pandemia de la COVID-19 dejó esto más que claro. Así pues, la atención de la salud del migrante no fue la prioridad, es en cierto modo, atender la salud del residente “legal”. Esta perspectiva de salud evidencia mucho más ampliamente y de manera compleja una indudable conexión entre todos, independientemente del estatus.

Es claro pues que la salud no es un problema transitorio o que atañe a unos cuantos. La salud es un asunto de interés común y de problemas latentes que deben de ser atendidos primordialmente desde la prevención y promoción a la salud (Sedad et al, 2020). Por lo tanto, entender el acceso a los servicios de salud por parte de los migrantes es clave también para la comunidad en la que el migrante se encuentra, y su rechazo pudiera tener consecuencias a veces no visibles o inmediatas. Es por esto por lo que esta tesis se encuentra en la intersección de las ciencias de la salud con las ciencias sociales, problematizando la relación entre los servicios de salud y el estatus migratorio como un tema mucho más amplio.

La atención a la salud no es pues sólo una cuestión epidemiológica; es también un tema de salud pública, además de ser un derecho humano individual fundamental para la persona y el desarrollo humano. Por supuesto que hay tensiones en esta intersección. El flujo de migrantes en la localidad se ha intensificado desde la caravana migrante del 2018, y más aún de manera posterior, México inicia un proceso de transición con un poder ejecutivo con políticas no coherentes en materia de salud (Hernández-Rodríguez, 2020), lo cual desencadena en la eliminación del Seguro Popular y la integración de un nuevo programa, el cual solo finalmente terminó siendo un fracaso y no ha sido repuesto por una política racional. Por este motivo se considera pertinente llevar a cabo esta tesis con los migrantes posteriores a la caravana migrante y su arribo llegada a Ciudad Juárez. El enfoque temporal de esta tesis es pues a partir del 2018, bajo esta administración que concluye en el 2024. Desde la perspectiva de la salud pública el migrante se anexa a un sistema de salud con características definidas y con problemas que atañen a la salud de los individuos. En el siguiente segmento se aborda el enfoque de salud desde la salud pública y la relación con el esquema migratorio.

La centralidad de entender la migración y la salud pública

La salud pública tiene un proceso evolutivo multicausal, a veces, aunque no siempre, relacionado con cuestiones de gobierno y soberanía, así como las limitaciones de los recursos materiales asignados a este sector. Este punto merece elaboración. Originalmente, la salud pública es perpetuada por la epidemiología y su interés de vigilar las enfermedades y la higiene. Esto establece una etapa “primitiva” en materia de salud pública. Se busca la salud del colectivo y se hace de manera preventiva. Posteriormente, la salud pública evoluciona hacia una etapa clínico individualista, cuyo principal logro fue la orientación de

la salud pública hacia la investigación de la evolución de la enfermedad propiamente. La etapa de las grandes epidemias arranca con la presencia del comercio, las comunicaciones, y las guerras. Esta etapa se interesa en las afecciones a grandes grupos (Gutiérrez, 1991). Es en esta etapa, desde 1546, se establece el contacto de persona a persona como uno de los mecanismos vectores o de transmisión de gérmenes, y se establece el uso de cuarentenas en pandemias como la peste negra que tuvo lugar en 1348. Así pues, la etapa etiológica unicista abarca del siglo XIV al siglo XIX y es identificada por el aislamiento de agentes transmisores (Calle, 2020). Ya más adelante, la etapa ecológica multicausal se encarga de introducir un enfoque multicientífico, es decir, de observar otras causas de la enfermedad. No se trata solamente de observar y atajar la presencia del agente de la enfermedad, sino también de atender las condiciones del individuo y su entorno (Arredondo, 1992). Estas etapas constituyen las sumas de un aprendizaje que ha ido fortaleciendo la salud pública como un escudo epidemiológico. Por ejemplo, en relación con la administración de la salud pública y el enfoque multicientífico, la gerencia a la salud aborda no solo el enfoque biológico si no la administración pública para asegurar y garantizar el acceso a los servicios de salud, comenzando con una propuesta teórica de Tylor y Fayol hacia la administración clásica en los sectores de salud modernos. Pero, paradójicamente, en este sentido, la salud pública fue en decaimiento por la razón de que los Estados buscaron la soberanía sanitaria, cerrando las puertas a la búsqueda de la salud de forma internacional y conjunta —la crisis de la COVID-19 fue un ejemplo claro de este acercamiento intramuros, pero a veces contraproducente. Por esto resulta extraño que desde los años setenta, el Estado nación haya buscado la organización de la provisión de los servicios de salud en beneficio de las sociedades (Curbelo, 2004), pero concebidas como los residentes, los locales, los

derechohabientes. De esta forma se establece una frontera rígida para asegurar la salud de los individuos dentro de un territorio establecido y delimitado geográficamente. El que es de aquí tiene acceso; el que no es de aquí no tiene acceso. Esto se exagera, por supuesto, cuando los recursos asignados no son suficientes, sobre todo en materia de salud que requiere de un uso intensivo de asignaciones presupuestales.

Por supuesto que el reto de la salud pública moderna debe ser hacia un manejo internacional, pero este escenario es difícil de lograr a pesar de que es sabido que el comercio, las guerras, y la migración, entre otros elementos, nos han llevado a un mundo globalizado y globalizador de la enfermedad. La movilidad humana, apoyada por la tecnología, nos ha acercado más que nunca a otros (al “otro”) y evidencia esta necesidad de redefinir el acceso a los servicios de salud, como lo mostró la pandemia de la COVID-19. La COVID-19 nos acercó a los demás por un problema común, pero no nos acercó a preconocer el acceso a los servicios de salud ni como un derecho humano ni como un escudo universal contra la enfermedad. Al contrario, reforzó los problemas ocasionados por el acceso limitado a los servicios de salud en sociedades que geográficamente están separadas por fronteras, y obligó a seleccionar quienes se les atendía y a quienes no. En este contexto, el migrante era el último en prioridad. Así pues, actualmente, enfrentarnos a una pandemia y su relación con la movilidad ha dado mayor importancia al manejo de las fronteras y su relación con la movilidad. Pero, contrariamente, la pandemia nos orientó hacia el cierre de las fronteras, favoreciendo la exclusión del migrante y aumentando su estado de vulnerabilidad y marginación, y aumentando los riesgos relacionados con la migración; esto sin considerar las manifestaciones de violencia hacia los migrantes que también fueron evidentes (Barrera-Gómez, Garnica-Rolón y Manrique-Hernández, 2020).

Las lecciones de la COVID-19 centra entonces el manejo de las fronteras como uno de los ejes más importantes ante el tema de la salud y permite examinar las garantías individuales ante un sistema de salud que se ubica entre la carencia y la necesidad de discriminar en el acceso. El número de viajeros internacionales nos acercó a ver un mundo sin fronteras para las enfermedades de origen infeccioso, pero ¿qué pasa con las fronteras para la salud? Para responder a esta pregunta, a lo largo de los siguientes párrafos se abordarán de manera general y crítica las esencias de la globalización y los cambios socioculturales regionales. Enfocando este segmento al panorama de la salud globalizada en el contexto migratorio (Murillo-Pedroza y Agudelo-Suárez, 2020).

La globalización, como un concepto que describe o engloba la compleja relación que mantienen los distintos sistemas político, económico, cultural, social, ideológico y tecnológico. Estas dimensiones fueron abordadas por Manfred Steger (2003) en su libro titulado *Globalization: A Very Short Introduction*. En este libro, el autor hace una diferenciación entre “globalización” y “globalidad”. Refiere al primero como un proceso a través del cual se describen procesos, condiciones, sistemas, fuerzas, etc., pero evidenciando que el concepto en sí no permite establecer distinciones analíticas claras y significativas que dejen establecer causas y efectos. Por tal motivo, propone hacer uso del concepto de globalidad para indicar esa condición social que podía ser caracterizada por “la existencia de una economía global, política, interconexiones y flujos culturales y ambientales que hacen irrelevantes a muchas de las fronteras y límites existentes actualmente” (Steger, 2003). Para Steger, la compleja y en ocasiones dinámica social de la globalidad quedaba perfectamente capturada a través de las imágenes en televisión de Osama Bin Laden entre 2001 y 2011 y la cadena compleja de interdependencias globales

para que eso se hiciera posible. El fanático religioso por un lado denunciaba la modernidad y la secularización, pero por el otro hacía uso desde una cueva en las montañas de Afganistán de redes de telecomunicaciones bastante sofisticadas. Estas paradojas apuntan a una problemática compleja, que finalmente culmina en los tres elementos de interés en esta tesis: los procesos de exclusión, de vulnerabilidad y de marginación, que parecen ser inevitables, sobre todo cuando se trata de la salud humana. Pero se deja de considerar que la salud es ecológica, pues un individuo enfermo vulnera a la comunidad entera. Annan lo pone así,

Para que la globalización sea positiva, ha de serlo para pobres y ricos por igual. Tiene que aportar el mismo grado de derechos que de riquezas. Tiene que suministrar el mismo grado de justicia y equidad social que de prosperidad económica y de buenas comunicaciones (Kofi Annan, 7º secretario general de la ONU 1997-2006).

Por esto, en este texto se discute el buen funcionamiento de toda la organización de Al Qaeda, la cual fue completamente dependiente de formas avanzadas de tecnología, al mismo tiempo que hacía reclamos conservadores. Por lo que como bien dice el autor ni siquiera esas voces que se oponen a la modernidad pueden librarse del proceso de globalización que tanto desacreditan (Steger, 2003). Esto es más que evidente en la intersección de la migración y el acceso a la salud.

Sin afán de distraer, la discusión de la globalidad es extremadamente relevante al objeto de esta tesis. El concepto “sistema-mundo” o “sistema mundial”, que fue propuesto por el sociólogo norteamericano Immanuel Wallerstein, da pie a una discusión sobre la inevitabilidad de la movilidad humana, y por tanto a una reconsideración de los servicios de

salud bajo este lente. Si bien el capitalismo, entendido hoy como un sistema social y económico cimentado sobre el predominio de la propiedad privada y de los medios de producción desde siempre ignoró las fronteras en la búsqueda de beneficios, hoy es imposible detener y mucho menos ignorar sus efectos. Las fronteras se vuelven irrelevantes. Con los procesos de globalización, tal como lo mencionó Steger (2003), las fronteras son eliminadas por completo, pero se erigen de cualquier manera. Existen barreras, pero no trabas geográficas que obstaculicen el crecimiento y el poder de influencia de ciertos países frente a otros, desarrollándose así los sistemas-mundo integrados, basados precisamente en esa lógica capitalista de mercado. La migración es un elemento donde estas tensiones son claras. Los migrantes parecen imparables, a pesar de la construcción de las fronteras nacionales. Ante ellos, el Estado nación, incapaz de controlar sus fronteras geográficas, obliga su fronterización personal, a portar la frontera sobre su cara, sobre sus hombros.

Los países poderosos del sistema-mundo se benefician explotando los recursos humanos y naturales de países más pobres, que a su vez quedan atrapados en una dinámica de la cual es difícil salir pues su desarrollo se va haciendo dependiente del país que los explota. Por lo tanto, el desarrollo y los beneficios económicos y servicios de los países que integran el sistema-mundo será desigual y eso provocará que el poder se concentre en solo unos cuantos. En este sentido, se puso de ejemplo en numerosas ocasiones a la industria maquiladora de Ciudad Juárez como un ejemplo perfecto de cómo el sistema-mundo-económico ejerce un fuerte poder de influencia sobre la economía de un país como México (Rodríguez, 2002). Pero, quienes son explotados y desplazados en sus propios no se quedan sin resistencias. Se mueven; se van; migran.

Ciudad Juárez, el campo de estudio de este trabajo, es el claro ejemplo de cómo la dinámica política y económica global, en la cual un país como Estados Unidos se encuentra al centro, puede ser el escenario de estas resistencias. Y la llegada de los migrantes afecta positiva y negativamente todos los indicadores de la comunidad, desde el empleo, hasta el crecimiento, la inversión, etc. Wallerstein (2004) establece sus ideas sobre el sistema-mundo-moderno o sistema-mundo-capitalista apuntando a los procesos de globalización ya desde los años setenta cuando escribe sobre estos temas, así como sus posibles consecuencias —pero falta el voto con los pies de quienes se encuentran del otro lado de la cadena de explotación.

Steger (2003) y Wallerstein (2004) han abordado algunos aspectos de la frase de Kofi Annan con la que se inicia este apartado; han hablado de un sistema-mundo donde hay pobres y hay ricos, donde hay distintos grados de riquezas, prosperidad económica, tecnológica, etc. Sin embargo, en esta tesis, sin negar este importante contexto, el aspecto que se va a abordar tiene que ver con los grados de derechos, de justicia, y equidad que exige la presencia del individuo migrante, empujado por esos procesos globalizadores. Se afirma que el capitalismo globalizado que vivimos actualmente se corresponde con una nueva manera o forma de soberanía a la que los autores llaman imperio —pero raramente se habla de los que con su movilidad resisten dicho imperialismo. Claro que el imperio, por así decirlo, determina las reglas del juego, lucha por tratar de gobernar el mundo y quitar cada vez más fuerza a los Estado nación, pero los vulnerables no son simplemente objetos. Son también sujetos; y la migración es una forma de resistencia. Pero consigo llevan sus necesidades, sus exigencias, y provocan sus propias resistencias en las comunidades a las que llegan. Estos últimos han quedado integrados a los mercados globales, integrados a una

realidad de la que ya no puede escaparse y por consiguiente quedan casi por completo diluidos o más bien dicho, durante esos procesos globalizadores, se han visto en la necesidad de poner su soberanía como garantía para poder continuar la dinámica. Por lo anterior, la soberanía de los países se encuentra en crisis. Y en ninguna parte se puede observar mejor este reto que en la persona y la presencia de los migrantes que en camino buscan y exigen atención.

El mundo ya no está gobernado por países o por una estructura del centro, sino por el contrario, los países rinden cuentas a organismos internacionales que tienen una personalidad jurídica que se distingue de la de sus miembros y que tienen por objetivo gestionar intereses colectivos de un grupo de estados o de una comunidad internacional. Para mí, algunos Estados nación capitalistas del centro continúan ejerciendo una dominación imperialista muy grande sobre otras naciones y regiones del mundo. Ese poder sigue fluyendo del centro hacia la periferia (Di Filippo, 1998). Pero, por otro lado, los migrantes se mueven y representan nuevos retos para el sistema como tal. El migrante se enfrenta a un mundo globalizado y a otras barreras como las culturales que se definen en el siguiente segmento.

Globalidad, cultura y salud

Aunque esta tesis responde a un enfoque de políticas públicas y derecho a la salud, la literatura discute cómo la cultura aporta para determinar el acceso a la salud. El libro de Raymond Williams (2003) titulado *Palabras Clave*, que, si bien solo se enfoca en un grupo de conceptos, expone que lo fundamental radica aquellos que dan cuenta de la relación de la cultura con la sociedad. Para Yúdice (2002), el tema de la cultura ha permeado a ámbitos por demás diversos y sobre todo porque la única manera en que se ha convencido a los

dirigentes de los gobiernos es a través de discursos que ponen a la cultura como la respuesta para solventar problemas de carácter social o económico. La cultura es entonces un recurso, dice Yúdice, no solamente es una mercancía con un valor económico único, sino más bien es vista como un recurso al cual se le puede sacar infinidad de provechos. La cultura como recurso contribuye a resolver una variada serie de problemas, por lo que se generó a nivel internacional un interés en que la cultura empezara a ser vista como una esfera crucial, como un recurso en el que había que invertir, pues estaba en constante ascenso.

El tema de la globalización y la cultura lo aborda a través de entender que la cultura ya no tiene la pretensión de imponer una sola cultura o visión del mundo, sino más bien de una versatilidad cultural o multiculturalidad. En ese sentido la cultura como recurso se convertiría en un híbrido que integraría distintas expresiones para lograr una mercancía digerible para una gran cantidad de consumidores. Las grandes empresas dedicadas a la producción cultural se ponen a crear sus propias versiones de “diversidad cultural” que realmente no siempre reflejan la verdadera diversidad que existe en el mundo. La cultura que se vende, el recurso que se utiliza es aquel que tiene que ver con los gustos de las grandes ciudades, de las grandes audiencias, aquellos que llenan conciertos, generan niveles de audiencia elevados o hacen llorar a los públicos o donar dinero o hacer llamadas telefónicas, etc. Esto implica que se requiere un cambio cultural, más profundo que una contemplación de la migración como un fenómeno de resistencia y el acceso a bienes y servicios como un derecho humano.

Se requiere una transformación cultural para entender la manera en que se entrecruzan la migración y los servicios de salud. Pero este cambio cultural no se ve

próximo. Al contrario, se antojan ciertas prácticas de exclusión del migrante que exige y que pide un servicio, por ejemplo, atención médica. En este sentido se está lejos de pensar en este acceso como un derecho, aun cuando se puede argumentar que “El derecho a la salud [es] un derecho social, [que] se entiende como aquello que humanizan a los individuos, sus relaciones y su contexto de desarrollo” (CONAMED, 2012). Para evaluar el cumplimiento del derecho a la salud se establecen cuatro dimensiones por medio del esquema de la CONAMED: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

- Disponibilidad: Servicios de salud disponibles para el migrante.
- Accesibilidad: Uso del servicio de salud, y seguimiento.
- Aceptabilidad: Percepción de trato digno.
- Calidad: Indicadores de atención con calidad.

Si uno de ellos falla, claramente se manifiestan procesos de exclusión, de vulneración y de marginación. El negar el acceso a la salud o incluso dar un acceso de poca calidad es una forma de generar marginación que, en algunos aspectos como el cierre de la frontera de Estados Unidos para los migrantes de Honduras, El Salvador y Guatemala se podría hablar exclusión políticamente intencionada de servicios como de la salud (Luhmann, 1997). Sin un cambio cultural profundo, sin una nueva manera de ver al migrante, estos procesos discriminatorios continuarán.

Pero hay que insistir. Complementado, el concepto del derecho de José Martínez de Pisón, con el derecho a la salud como un derecho esencial, indiscutible y no negociable. Salud es un derecho social de los ciudadanos y además es un derecho esencial. Lo cual lo cataloga como un derecho fundamental (Cavero-Arguedas, Cruzado y Cuadra-Carrasco, 2017). El derecho a la salud se encuentra dentro de los derechos humanos ocupando el

lugar número veinticinco dentro de los derechos sociales el individuo, en este caso el migrante tiene derecho a la asistencia médica y el Estado será el responsable de determinar las formas en las que este servicio será otorgado; lo cual lo catalogo como un derecho humano. En esta tesis, sin embargo, interesa la comparación entre esta visión y las prácticas cotidianas en el sistema de salud. Es ahí donde se puede examinar y juzgar lo que realmente sucede. En el paso de estos individuos migrantes desde la materia de salud se ven manifestaciones claras del acceso o negación a la alimentación. Este proceso de fronterización se percibe también de manera visual: delgados, cabello quebradizo, piel deshidratada, caquéticos, entre otros. Los migrantes portan no solamente su propia frontera, sino que también portan los efectos de su fronterización. Así pues, se ven también datos del pobre acceso social a la salud, como abdómenes abultados que podrían asociarse a procesos parasitarios por mal manejo de los alimentos o pobre calidad del agua. Las enfermedades de origen epidemiológico tienen un ciclo de la enfermedad, pero las condiciones en las que viven, el acceso a la salud y alimentación por el migrante aumenta el riesgo de transmisión de algunas de ellas (Flores, 2018).

Lo ideal poco importa. Por supuesto que el segundo artículo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos asegura la salud a las personas que se encuentran dentro de territorio mexicano sin importar nacionalidad, tal como fue publicado en el diario oficial de la federación (Landeró, 2019). Este eslogan se aplica a través de circulares hasta julio de 2019, ocho meses después de la llegada de la caravana migrante. El plan es recibirlos y anexarlos a un sistema nacional de salud el cual según la OCDE (2019) no cuenta con los indicadores mínimos para la cobertura de los mexicanos. Esta situación ha generado que las asociaciones civiles traten de cubrir el derecho social a la salud, pero sin

el seguimiento mismo de las necesidades del individuo. Pero ¿es esto una realidad? Al igual que el enfoque cultural y su relación con el acceso a servicios es importante integrar al marco teórico el modelo de las determinantes sociales en salud. Este modelo integra algunos conceptos abordados en los segmentos anteriores como el enfoque cultural y la globalización.

Determinantes sociales en salud

Una herramienta para conocer los mecanismos sociales que interfieren en el proceso de salud y enfermedad de las personas son los determinantes sociales en salud. Los determinantes en salud son todas las variables que pueden orientar el camino de salud o enfermedad de las personas. En este sentido los determinantes sociales en salud son aquellas variables de origen social, económico, y político que interfieren en el curso del proceso salud y enfermedad de las personas. Lalonde y Laframboise introducen las condicionantes de la salud de las personas bajo este modelo de determinantes sociales en salud (Citado en Hortale, Conil y Pedroza, 1999). En primer lugar, se encuentran las variables genéticas y biológicas; después las condiciones en los hábitos de las personas. Estos hábitos son definidos a través de las conductas del individuo que repercuten en su estado de salud, como es el estilo de alimentación, tóxico-dependencias, tabaquismo, alcoholismo entre otros hábitos. En este modelo también se abarcan los factores relacionados con la comunidad y la sociedad. Las condiciones de vida y del campo laboral, como es la vivienda, el acceso a un empleo, y la educación y las condiciones socioeconómicas, culturales, y medioambientales. En este rubro entran también los macro indicadores por la intervención del gobierno en la garantía de la salud, la gestión en la generación de empleo, y la sustentabilidad ambiental. Por último, el acceso a los servicios

de salud. En esta última intervienen los mecanismos de acceso y goce de los servicios de salud (Alfaro, 2014). Claramente, todo incide. Pero no todo se puede considerar en un trabajo limitado en tiempo y espacio.

En lo que a este trabajo compete, la principal área de abordaje de las determinantes sociales en salud que interfieren con la salud del migrante son las determinantes estructurales e intermedias de las desigualdades en el acceso a la salud. No se trata de investigar las razones de la enfermedad, sino las condiciones de su atención bajo la condición de migrante. Los determinantes que corresponden al nivel macroestructural están en primera instancia concentradas en el contexto económico y político, como es el gobierno y sus intervenciones en salud de la población y los actores que se involucran y que se ven reflejadas en las políticas definidas para garantizar la salud de una población y las políticas de bienestar, respetando el contexto de los valores y la cultura. Pero este trabajo se centra en la capacidad de acceder a la atención propiamente—sin abordar en valores o cultura. Por supuesto que la frontera importa, sin embargo. En el apartado de las determinantes estructurales nos encontramos con los ejes de desigualdad de acceso que ocasiona la frontera. Esta sí es de interés aquí. Esto incluyen la distinción por clase social, género, edad, etnia y territorio, pero sobre todo por estatus legal (Guizardi, Contreras, Moreno y Valdebenito, 2017). Por último, en relación de lo que es competencia para este estudio están las determinantes intermedias. En este marco se analizan los recursos materiales, como es la condición de empleo, ingresos, y vivienda, pero estos se ven relacionados con las condiciones psicosociales y los hábitos, aunque no con la atención propiamente. Estos determinantes intermedios definen la condición de salud de las personas, en este caso del migrante, pero principalmente hace notar los servicios de salud que son otorgados o

denegados para la población migrante irregular (WHO, 2008). La OMS define los determinantes sociales en salud como:

Las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (OMS, 2018)

Para lo que sí sirve esta discusión es para acotar los servicios demandados. Este modelo de determinantes sociales en salud permite hacer análisis de las condiciones y condicionamientos de acceso de salud para el migrante y es el modelo más completo para el análisis de este binomio de salud y migración. Nos ayuda eliminar el modelo reduccionista de las ciencias biológicas, ampliando el entendimiento del fenómeno del acceso y ofreciendo soluciones a nivel macro del problema en cuestión (Piñones-Rivera, Concha y Gómez, 2021). La aproximación contemporánea será la exclusión estructural que ha sido introducida por diversos autores que ofrece un sistema social a nivel individual y colectivo en el binomio salud y migración. A este aporte se puede considerar como una especie de violencia estructural que termina por materializar la vulnerabilidad y la marginación a las que se enfrentan los migrantes (Holmes, 2011). El entramado teórico que se presenta en esta tesis es justificado también en los determinantes sociales en salud. Donde los conceptos centrales de esta tesis se enmarcan en los determinantes estructurales. Se observa que la violencia estructural puede traducirse en un estado de vulnerabilidad y marginación abonando a la exclusión del migrante de las unidades médicas. Por lo anterior se integra el siguiente segmento al marco teórico.

Vulnerabilidad, Marginación y Exclusión

El tercer vector de este trabajo son las prácticas y los efectos de la migración y de la fronterización del sujeto. La movilidad humana en la forma de migración tiene como objetivo, generalmente, mejorar las condiciones de vida en otras regiones fuera y lejos de la propia. Sin embargo, el inicio de la movilidad no es siempre el inicio de la solución de los problemas. Al contrario, a veces son un choque existencial que apenas comienza. El encontrarse en un lugar ajeno se convierte en una experiencia de vulnerabilidad, de marginación y de exclusión. En las zonas fronterizas se agudiza esta experiencia, porque son espacios donde la vulnerabilidad es más relevante, la marginación es más evidente y los procesos de exclusión son más contundentes y, por tal motivo, se requiere de examinar esta experiencia en el terreno, desde una perspectiva teórica y empírica.

La otra cara de la exclusión es la inclusión, la cual representa, a un nivel básico, el acceso a derechos, bienes, servicios, etc., que poseen los integrantes de una sociedad para alcanzar el reconocimiento social (Parsons, 1977). Luhmann (1997) detecta una brecha de análisis el cual queda corto explicando la otra cara del fenómeno, la exclusión. Por tal motivo, basa su tesis en el análisis del concepto inclusión y la otra cara, la exclusión. Luhmann define la inclusión como la oportunidad de los individuos para el reconocimiento social y define la exclusión como un proceso de consolidación negativa que acaba diferenciando a la población (Blanco, 2012). Este es el meollo de la experiencia de los migrantes en el terreno, y a este punto esencial se dirige el trabajo empírico de esta tesis.

Como Luhmann, Carlos Sojo (2000) habla de la exclusión social no solo como los elementos que la integran o no, sino como una vinculación entre los valores de una sociedad y la disposición de asegurar la calidad de vida. En este sentido, la exclusión posee

también un tinte político, en el que los procesos de institucionalización que dan inclusión para unos y exclusión para otros, se manifiestan en pobreza en todo sentido, y esta se convierte en un componente más que determina la exclusión social (Sojo, 2000).

La precarización es evidente en las caravanas de migrantes. Por tanto, para acercarse al tema de exclusión, se pueden observar las masas de las caravanas migrantes, que Pérez (2012) destaca en las comunidades de Latinoamérica y que, argumenta, se han ido acentuando en el siglo XXI. El análisis de estas caravanas de migrantes se puede realizar pues a partir del enfoque de exclusión social y propone que el análisis no debe partir desde la pobreza, además de otorgar elementos que pudieran funcionar como propuestas, sino de otros elementos subyacentes que crean la pobreza a partir de la exclusión incluyendo cuando el objeto es el migrante que repentinamente se encuentra en una situación de exclusión estructural. El análisis de este fenómeno se ha desarrollado generalmente desde la pobreza como el motor de la exclusión social y las políticas se han orientado a estos temas, pero hay que cavar más allá para entender esto desde su base, y el migrante presenta una oportunidad ideal para analizar este tema. La propuesta final es ver a la pobreza no como una carencia material sino como la necesidad de integración social y la necesidad de reorientar las políticas para cubrir tales necesidades, independientemente del estatus migratorio de las personas (Fagundez, 2018).

El enfoque teórico de pobreza no es parte del sustento principal de esta tesis, pero sí guarda relación con la justificación de exclusión del migrante. El término pobreza se le asignaba a toda aquella persona que careciera de un estatus económico tal, predefinido a partir de un ideal de inclusión material. Estas etiquetas sociales asociadas a pobreza que generan exclusión en el resto de la población no son erróneas, pero la crítica se basa en

dejar de tratar la pobreza como un problema meramente material, especialmente para los afectados, en lugar de un tema de relaciones positivas con el entorno, sobre todo en el acceso a la dignidad que evoca el acceso a derechos, bienes y servicios, tales como los servicios de salud (Serrano, 2012).

Es paradójico, pues la pobreza debería ser un motor de inclusión, no un motivo de exclusión, y lo mismo se puede argumentar del estatus migratorio. En el acercamiento de las teorías económicas de Pérez, se define el patrón de exclusión social a través de un método cualitativo, con el cual se mide la dificultad del acceso al mercado laboral, acceso a beneficios y derechos y a la seguridad social. Y factores de exclusión social como políticas que bloquean la redistribución social, fallas en el régimen de bienestar, restricciones en la acción colectiva y el mercado laboral. Como ejemplo, el caso de América Latina nos muestra la relación que se guarda con la pobreza como motivo de exclusión, y en el caso de la caravana migrante resulta sumarse a la problemática dos temas más, las dificultades en los países de tránsito que se ven implicados en la movilidad y, al final, sumando la problemática de destino como ingreso al país y las vías para ejercer sus derechos (Pérez, 2012). Para el migrante los procesos de movilidad pueden resultar en uno de los principales factores creadores de exclusión y por tanto de vulnerabilidad y de marginación, casi por definición en el contexto del siglo XXI. El enfoque cultural de la migración ayuda a entender esto, porque los choques culturales son lo más evidente de lo que es un proceso estructural de diferenciación y de separación entre los “locales” y los “otros”.

De Lobera presenta un enfoque teórico cultural. La mayoría de los términos descritos, según la autora, son una construcción social, como lo son las fronteras. Pero los conceptos alrededor de lo cultural se ven influenciados por cuestiones políticas. Términos

como inmigrante y extranjero, que se utilizan a veces como sinónimo, cuando cada uno de ellos trata una característica diferente, son abordados por diferentes legislaciones a partir de la otredad del sujeto. Los conceptos centrales del texto son entonces la integración y la asimilación, pero también la separación y la marginación. Estos conceptos los define de la siguiente forma:

Integración, como un tipo de respuesta adaptativa que se da en el encuentro entre una cultura mayoritaria y otra minoritaria. (-) Asimilación, cuando se rechazan los rasgos de la cultura de origen y se tiende a imitar, a valorar muy positivamente, los rasgos que definen la cultura de la sociedad receptora. (-) Separación, (caso estrictamente contrario al anterior) cuando se mantiene una fuerte identificación con los grupos de pertenencia de la sociedad de origen y se rechaza el contacto con nuevos grupos. (-) Marginación, cuando no se mantienen lazos con los grupos de pertenencia y tampoco con los nuevos grupos del país receptor. (De Lobera, 2004: 16)

Los migrantes, al ingresar a un Estado que no es el de su origen, se ven sometidos a diversas problemáticas sociales que limitan su desarrollo con base en su identidad. Esas limitantes serán experimentadas en los espacios geográficos de tránsito, destino o incluso de atrapamiento en su trayectoria. Algunos de estos cambiarán sus objetivos y se asentarán en el estado de tránsito quizá muy cerca de la frontera que originalmente se planteaba cruzar. Por último, se aborda la vulnerabilidad social, la cual según Gustavo Busso introduce tres componentes de este concepto: Los *activos* disponibles, el uso de estos y las oportunidades que se ofrecen. Además, presenta una relación dialéctica entre el *entorno* y el *interno*. El interno se define al tipo de agrupación y este se ve directamente relacionado

con el uso de bienes disponibles (2001). Nuevamente el riesgo de tener una presencia que va en camino contrario a las normas sociales.

Las vertientes teóricas que se analizaron en este apartado conjuntamente dan un marco global para entender las problemáticas que enfrentan los migrantes que se encuentran presentes en espacios que, invisiblemente, representan fronteras o, más bien, los ven como entes fronterizados, cargando consigo los no derechos, el no acceso, la no aceptación. La marginación es más que un índice o una estadística. Es una experiencia y un campo de lucha, manifiesta en las dificultades que tienen los migrantes para acceder a bienes y servicios que para los “locales” resultan relativamente sencillos, aunque no siempre fácil, como el acceso a servicios de salud, vivienda, o un empleo.

Las barreras establecidas hacia el migrante o que carga el migrante limitan el uso de las variables disponibles a los residentes de la región geográfica donde se encuentran. “En resumen, la marginación en su versión más abstracta intenta dar cuenta del acceso diferencial de la población al disfrute de los beneficios del desarrollo” (Cortés, 2005:75). Así pues, está la marginalidad de aquellos individuos que no participan en los recursos sociales y beneficios para el desarrollo humano, además de no participar en la toma de decisiones políticas o económicas de la sociedad en la que a veces por accidente se encuentran. Esta condición resulta insuperable para el individuo y limita las mejoras en su desarrollo en muchos niveles. En sus orígenes el concepto de marginación social es introducido por diversos autores que “identifican al hombre marginal con el que vive sucesiva o simultáneamente en dos o más sociedades, orientándose con valores diferentes; se referían a las personas emigrantes” (Moreno, 2001:12).

Ya hay otros estudios que examinan las consecuencias de la negación de servicios de salud y las repercusiones a largo plazo. Este tema ha sido examinado también en poblaciones migrantes. Margarita Bernales y colaboradores (2017), analizan los determinantes sociales en salud, en una población de niños migrantes internacionales en Chile por medio de evidencia cualitativa y aborda el tema desde la medicina social. Destaca a los infantes migrantes que se enfrentan a políticas públicas no inclusivas, enfrentamientos culturales, además de valores sociales. Cuestiones culturales se ven reflejadas como una determinante social para ser excluidos, como el estilo de vida y el modo de crianza. Los niños migrantes internacionales en un rango de edad de 5 y 6 años, tradicionalmente, ya se dedican a una labor específica, como labores del hogar, lo cual para los chilenos es una violación a los derechos de los niños. Su población entre 10 y 12 años se encuentra únicamente abocada a la educación, esto representa un choque cultural. Para explicar la implicación de los determinantes sociales en la salud, utiliza el modelo de determinantes sociales en salud de la OMS, la cual destaca los determinantes estructurales de inequidad en salud, como contexto político, variables culturales, nivel socioeconómico y su relación con el sistema de salud, idioma y su relación con abuso, rezago psicomotor, trastornos de salud mental y su impacto con las enfermedades. Introduce en su texto los procesos de exclusión, más no se explica el motivo de este fenómeno. Para explicar su análisis define a los niños transeúntes como niños nacidos en un país, pero con padres migrantes en situación irregular. El aporte de concepto de este texto es aquellas variables del modelo de determinantes sociales en salud que pueden intervenir en el acceso a la salud del migrante.

En teoría, como seres humanos tenemos derecho a la protección, a la salud. Salazar menciona que el derecho social a la salud en México se encuentra reglamentado en la Ley

(2019). En México, la protección a la salud es un derecho fundamental basado en el Título Primero, Capítulo 1 de los Derechos Humanos y sus Garantías Individuales de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Destaca cuatro dimensiones de análisis. 1) Disponibilidad: Establecimientos, camas, médicos y enfermeras necesarios para la cobertura en salud; 2) Accesibilidad: Establecimientos, sin discriminación, al alcance de todos los sectores de la población; 3) Aceptabilidad: Respetar la ética médica y la cultura de las personas; y 4) Calidad: Satisfacción del paciente (Lazo y Santivañez-Pimentel, 2018). Mientras que para Estados Unidos responde a un servicio privado al cual solo tienen acceso unos cuantos, para los migrantes solamente aquellos que tengan la posibilidad de integrarse al sistema de salud por poder cubrir una cuota, hecho que no es una realidad para todos. Según la CONAPO, Estados Unidos en 2004, de los migrantes que se encuentran en su territorio el 53 % no cuentan con acceso a servicios de salud. El 90 % trabaja en el sector agrícola, y estas personas tienen seis veces mayor riesgo a contraer tuberculosis, una enfermedad de origen epidemiológico que afecta de manera severa el estado de salud del migrante que sin accesos a los servicios de salud y en las condiciones de vivienda, podría ser fatal. Esto es importante porque la exclusión social en salud representa un riesgo para la salud pública (Faladori, Flores y Márquez 2004) de los propios residentes. Los riesgos a la salud se ven potencializados desde la partida del lugar de origen de forma insegura, los riesgos en el tránsito y el acceso a la salud y los factores de exposición, sin contar con una cartilla de vacunación a los agentes infecciosos de las nuevas localidades. Proteger al migrante es o debiera ser proteger a la comunidad local. Pero no es así.

Aunque toda persona que no cuente con acceso a servicios de salud vive en vulnerabilidad, marginación y exclusión, y se puede argumentar que se violentan sus

derechos humanos y se aumentan los riesgos sanitarios tanto del individuo de la comunidad por un deterioro natural en los indicadores epidemiológicos de la localidad, el migrante es una persona excluida a partir de su condición de migrante y no de su condición de pobreza o no derechohabiente cuando el sistema es incompleto como es el caso del sistema mexicano. Si bien es cierto en el caso de los Estados Unidos, donde los migrantes ya asentados no tienen tal acceso a la salud, aquí nos enfocamos en el migrante en tránsito, varado en Ciudad Juárez, al cual se le puede considerar como un portador de su propia frontera, que va más allá de una barrera física, que constituye algo que se ha interiorizado en su persona a tal grado que se integra que el resultado final es limitar su acceso a los sistemas de salud, excepto en casos extremos, como un accidente grave, un parto, etc.

Los riesgos sanitarios para las enfermedades clasificadas como de origen infeccioso tienen un comportamiento transnacional. Los actores involucrados en la globalización de la salud son organismos internacionales como la OMS, UNICEF, PNUD, FAO y la UNESCO. Estos organismos tienen un alcance de recomendación y unificación de criterios, con una participación unificadora más activa. Las propuestas de estos organismos van orientadas hacia una agenda de salud global, pero aún falta la participación de actores estatales y subestatales para lograr este objetivo. No se plantean solo los resultados negativos, más adelante se presenta lo que sí se hace para lograr la integración de los sistemas de salud de forma transfronteriza.

Julio Frenk y Octavio Gómez-Dantés hablan de la globalización de la salud global, como respuesta a cuestiones epidemiológicas que comparten los Estados como el VIH, Tuberculosis, SARS, MERS, Gripe aviar, etc., (Frenk y Gómez-Dantés, 2007). La salud globalizada en este sentido es una herramienta de seguridad global. En 1913 se establece el

término salud internación cuyo principal tema es el manejo de las fronteras y epidemias, asumiendo como riesgo las poblaciones más pobres, no muy diferentes al contexto de la pandemia actual. En este sentido, la idea es estable como respuesta social, estrategia mundial para garantizar la salud: identificar necesidades de salud global, trabajarlas mediante políticas públicas y movilizandando recursos. Pero la salud de los nacionales recae sobre los gobiernos específicos. En este sentido la soberanía se establece como una barrera para el logro de la salud global, una barrera para un programa de salud incluyente (Frenk et al., 2007).

La salud, y más aún la salud pública, ha tomado importancia y más ahora con el COVID-19. Los riesgos epidemiológicos de diversas patologías primordiales hacen aún más importante hablar de salud global y globalización de la salud. Abordar la salud desde una perspectiva internacional es una herramienta que únicamente se utiliza con respecto al manejo de las pandemias. Aunque existen ciertas limitantes para pensar en la globalización de la salud, la migración también hace relevante abordar el salud como un tema global y no excluyente. Frenk y Gómez-Dantés introducen el concepto.

Como campo de conocimiento, la salud global supone el estudio interdisciplinario del proceso de salud-enfermedad en el nivel mundial y de las respuestas sociales que se generan para enfrentar dicho proceso. Por lo que respecta al proceso de salud-enfermedad, el concepto que mejor corresponde al nivel mundial de análisis es el de “transferencia internacional de riesgos”, sean estos ambientales, infecciosos, o derivados de los estilos de vida. (Frenk y Gómez-Dantés, 2007:161)

Además de lo que ya se ha mencionado es importante abordar la identidad del migrante, específicamente la identidad jurídica donde en el siguiente segmento se suman los conceptos asociados a la identidad.

El estatus jurídico de la persona en la comunidad: El reto de la migración

En este apartado se discuten problemas relacionados con el estatus legal o ilegal de los migrantes, precisamente porque es su estatus lo que les da o niega acceso a ciertos derechos y servicios en la comunidad en que se encuentran. En otras palabras, así como la ciudadanía es portable, la frontera también se porta. Analizar al migrante en espacios fronterizados, es decir, donde es evidente que este es considerado “el otro”, presenta un reto no solamente identitario sino un reto dirigido a entender cómo el migrante se visualiza en términos de su capacidad de acceder a ciertos derechos, servicios, etc. En un espacio transfronterizo o más bien fronterizado, el migrante puede tener una dualidad dependiendo de la postura de los Estados para con el migrante, aunque la actitud de la sociedad también pudiera diferir incluso de la postura de los Estados mismos. Así pues, para adentrarse a la población de estudio de este trabajo es importante definir a este migrante en su contexto como migrante y en el espacio fronterizado. En este sentido, el campo empírico de estudio que se seleccionó para este estudio es ideal: la frontera de Ciudad Juárez, Chihuahua y El Paso, Texas.

La experiencia de la migración da suficientes elementos para poner a prueba el concepto central de la tesis: la frontera portátil y la interacción del migrante con la sociedad y con el Estado a partir de su otredad. En este caso se trata del migrante irregular, es decir, aquel migrante que no es un desplazado interno (por ejemplo, del interior de México), el cual pudiera todavía reclamar ciertos derechos, sino del extranjero, aquel que proviene de

otra nación (no necesariamente vecina). En el caso de la frontera México-Estados Unidos, este tipo de migración pone en jaque al control de la frontera para el lado norte y para el lado sur de esta frontera sale relevancia el tema del atrapamiento de la migración (Reyes, 2006). Y es en la franja fronteriza donde las fronteras portátiles (como la ciudadanía) se manifiestan.

El migrante transnacional es aquel migrante que cuenta con lazos identitarios, culturales y legales en sus regiones de origen, pero que hoy se encuentra en un lugar donde estos no constituyen parte de su capital social y político. El migrante puede ser estigmatizado, los griegos acuñaron el término estigma para referir las características notables de las personas que deseaban exhibir o denotaban costumbres negativas del individuo. En el contexto social, el estigma hace referencia al estatus social de un individuo. Este estatus está definido por los locales e interiorizado por el estigmatizado. El estigma está directamente relacionado con la aceptación. Los locales no logran integrar ni aceptar al migrante, las características que determinan su otredad impiden el respeto de los actores de los servicios de salud. Al momento de solicitar asistencia médica y no contar con documentos de identidad jurídica o derechohabiencia y con estos atributos diferenciadores del migrante se justifica el rechazo (Goffman y Guinsberg, 1970). Goffman define tres dimensiones de estigmatización: física, psicológica y socioculturales. En el caso de la migración en Ciudad Juárez es congruente con una estigmatización sociocultural. Categorizar al migrante es dotarlo de *significado social* y por ende definir las reacciones de los locales hacia ellos (Marichal y Quiles, 2000).

Felman define al migrante transnacional como aquella persona que puede ser proveniente de cualquier región del mundo pero que hoy se encuentra fuera de su contexto

de origen; además, puede tener aún lazos con su región de origen (2015). Por otra parte, el migrante transnacional se caracteriza como objeto de este estudio a partir de su no pertenencia en su nuevo contexto, es decir, por su condición de persona con un estatus considerado irregular en ese momento. Mejor dicho, como lo define Castles, esto se refiere al migrante sin papeles. Esta persona es a veces aquel individuo que ingresa a un territorio sin los documentos necesarios, ya sea para habitar o trabajar, pero quien al hacerlo así queda en un estatus de otredad permanente, un estatus de irregular que pudiera también incluir a personas que ingresan bajo asilo político y después son rechazadas (2010: 17).

Las barreras a las que se someten tanto en países de tránsito como de destino y sin olvidar el trauma del desprendimiento de la región emisora los lleva a un proceso de culturización y posterior a una búsqueda de una nueva identidad (Díaz, 2010), pero también a una búsqueda de derechos y servicios y de aceptación y participación a la que no tienen derecho *ab initio*. Ricardo Zapata identifica en la tradición de la teoría política tres vertientes las cuales se centran en el tema de la exclusión basada en la identidad, en la seguridad, y en el bienestar de los individuos. Estos enfoques se centran en el principio del ejercicio del poder de las fronteras y en su asimetría, además del tema de la soberanía y la ciudadanía.

Con base en el enfoque del poder aplicada por los Estados se orienta a la protección de un territorio y quizás de sus ciudadanos, pero no de “los otros”. Jurídicamente, la frontera se trata de la delimitación territorial. Bajo este enfoque, la frontera funciona como un filtro de inclusión y exclusión, el cual selecciona el migrante esperado. Se identifica también el enfoque basado en la seguridad.

Para la frontera México y Estado Unidos, la frontera es una máxima expresión de seguridad desde su naturaleza simbólica. Busca diferenciar lo externo de lo interno fomentando la desigualdad asociada a la frontera. Destaca también el enfoque basado en la identidad donde el simbolismo de la frontera identifica a tal grado de funcionar como una etiqueta de identificación hacia los rasgos culturales y propiamente la identidad de los individuos. Funciona también bajo el ellos y nosotros, perteneciente o no perteneciente.

Las fronteras terminan delimitando una identidad para el migrante. Por último, está el enfoque basado en el bienestar, este enfoque no predomina en la vida la frontera México-Estados Unidos, ya que se basa en el principio de garantizar la igualdad en derechos y el bienestar social esta se encontraría presente en fronteras integradas, europeas como lo describe el autor (Zapata, 2012). La infinidad de factores que interactúan en un espacio fronterizo y las fronteras hacen el tema aún más complejo, la naturaleza de este tema se orienta hacia aquellos que contribuyen a la otredad. En la frontera México-Estados Unidos, el tema contribuye a la identificación del otro. Característicamente la migración hacia Estados Unidos desde la frontera con México no es únicamente mexicana, sino de múltiples regiones de Sudamérica, lo cual aumenta las variaciones lingüísticas y que fomentan la otredad (Marini, 2019). Y con base en este entramado, se incluye o se excluye al hoy, el migrante, en el acceso a los servicios de salud a los que una persona “regular” sí tiene derecho.

La ciudadanía o la residencia documentada y legal forma parte de eje central de esta tesis; es una característica a la que un migrante aspira, pero a la cual no es fácil llegar. La ciudadanía es un modelo que se empieza a estructurar desde la revolución. La ciudadanía equivale pues a la derechohabiencia. La ciudadanía a su vez es un producto de la intención

de la burguesía con tener un sistema político que no se basará en la herencia. En esto sí funcionó. Efectivamente el poder ya no se hereda, pero sí se hereda la nacionalidad —la pertenencia— lo que identifica y hace diferentes a los unos de los otros. Este modelo hacía idénticos a los connacionales, otorgándoles los mismos derechos, pero diferentes a los migrantes, negando muchos de esos mismos derechos. Promoviendo una igualdad interna, que originalmente cumplió su objetivo de establecer un modelo capitalista y derrocamiento del sistema feudal, pero en la actualidad existe un resultado no necesariamente de igualdad, no en este mundo globalizado (Suárez, 2005). La ciudadanía es un concepto teórico complejo, incluye segregación en la intención de integración, y lleva consigo determinantes en el concepto como el que propone Jiménez, Borja y Castella: “La ciudadanía plena no se adquiere por el hecho de habitar una ciudad. Ni tampoco es suficiente tener documentos legales que acrediten tal condición” (Jiménez, Borja y Castella, 2010:24). Para esto, se requieren dos condiciones, la legalización —por medio de documentos— y la presencia en un territorio. Por medio del uso de los derechos cívicos se puede acceder a una ciudadanía a temas de marginación y ahora el funcionamiento de la democracia. Depende también de la integración social y la administración pública de una región geopolítica definida. El empleo funciona también para el ejercicio de la ciudadanía.

La pérdida de identidad y búsqueda de una nueva identidad nacional y ciudadanía interactúan poniendo en riesgo el cumplimiento de los derechos humanos en los migrantes. Por otro lado, están los derechos humanos. El 10 de diciembre de 1948 en París se firma la *Declaración universal de los derechos humanos*. Se emite la carta de los derechos humanos la cual incluye todos los pactos internacionales y la declaración de los derechos humanos.

Se traza con el objetivo de buscar la igualdad entre todos los humanos y promover la justicia a la paz además de buscar las relaciones fraternales entre las naciones.

El seguimiento y gestión del seguimiento queda bajo la Organización de las Naciones Unidas. Originalmente la declaración fue firmada por 26 países dentro de los cuales se encontraba Estados Unidos de América, posteriormente se unió México. Esta carta es conformada por 30 artículos de los cuales los siguientes se asocian a los derechos que se ponen en riesgo en el migrante: El Artículo 1 expresa la libertad y la igualdad de derechos; el Artículo 2 descarta la distinción por raza o género y origen nacional; el Artículo 3 protege la vida y la seguridad; el Artículo 4 elimina la esclavitud y la trata de esclavos; el Artículo 5 reprende la tortura y los maltratos humanos; el Artículo 6 habla del derecho de la personalidad jurídica en todas partes; el Artículo 7 menciona que ante la ley todos somos iguales; el Artículo 9 menciona que nadie podría ser detenido arbitrariamente; el Artículo 13 hace referencia al circular libremente y a elegir el lugar de residencia; el Artículo 14 da el derecho la búsqueda de asilo en caso de persecución; el Artículo 15 otorga el derecho a una nacionalidad; el Artículo 22 busca asegurar la seguridad social, mediante la cooperación internacional; el Artículo 23 promueve la igualdad laboral; el Artículo 25 asegura para los individuos y las familias la salud y el bienestar; y el Artículo 27 protege la libertad de asociación cultural.

A 73 años de la *Declaración de los derechos humanos* en su sitio oficial menciona la necesidad de un “sistema de coordinación de la migración basada en los derechos humanos” para los 258 millones de personas que viven fuera de sus países. La falta de esta coordinación se ve reflejada en una crisis de derechos humanos para el migrante en las “fronteras, países de tránsito y destino”. Pero todo este andamiaje es lo ideal. La práctica de

la migración pone en evidencia las fallas de este pensamiento, aunque también impone un marcador aspiracional. En efecto, la crisis se ve en la vulneración a los derechos humanos por los Estados que terminan limitando el acceso a la educación, la salud, y el trabajo, dejando a muchos migrantes en un estilo de vida precario. Los derechos humanos no son una realidad para la situación de los migrantes en tránsito (OHCHR, 2021).

Desde 1992, México es considerado como un país pluricultural, según la Carta Magna, con el objetivo de homogeneizar la diversidad cultural del país. A pesar de esto existen manifiesto de auto segregación de grupos, aquellos que buscan la integración o que no se les ha permitido, esto solo culmina en marginación. Como lo hicieron los indígenas bajo la conquista española en lo que ahora se considera Latinoamérica.

La marginación resultante se ha configurado como uno de los peores temores de las sociedades que viven bajo el resultado de la otredad que resultó en enfermedad y muerte. La marginación es resultado de la interacción entre gobierno y sociedades como lo menciona Sylvia Schmelkes (2005). Esta segregación en tiempos de la independencia de México dio pie a la búsqueda de la homogeneización cultural para buscar el resultado de la integridad social. Y que las minorías fueran parte del desarrollo del país. Abordamos específicamente el caso mexicano ya que es donde se encuentra en área geográfica de análisis de esta tesis.

La creación de la secretaría de Educación Pública en 1921 introdujo la castellanización de la educación a los indígenas, aportando a la integración cultural e iniciando a una nueva realidad de no marginación. Schmelkes (2005) destaca la necesidad de la interculturalidad antes de pasar hacia su camino de la pluriculturalidad, especial para el paso hacia un país que ejerce la democracia. A diferencia de la pluriculturalidad, la

interculturalidad fomenta la interacción entre diferentes culturas y no solo la coexistencia. A pesar del recorrido y los puntos de quiebre revolucionarios la interculturalidad no es la realidad en México, las minorías continúan siendo segregadas como los indígenas y los migrantes. El panorama real en México es una vida de asimetría económica, de igual en servicios y cultural que pueden ser resueltas desde el enfoque de la ciudadanía política.

La migración como fenómeno social, trae a la mira diferentes aristas de análisis y problemáticas. Desde el contexto laboral como mano de obra, pasando por el control de las fronteras físicas y terminando en procesos excluyentes para las personas en estatus migratorios excluyentes. Sale a relieve el tema de la soberanía que pone en riesgo la libertad de movimiento. La libertad de movimiento y otros derechos se ven limitados por el estatus de ciudadano el cual no lleva un lazo directo con la conformación de la ciudadanía, incluso pasa a ser parte del problema.

Los Estados, como lo menciona José Antonio Zamora, recurren a estrategias endurecidas cuando las políticas públicas migratorias han fracasado en relación con el ámbito laboral y social (2005). El autor resalta un retroceso en la estructura de la ciudadanía en su contexto social. Este retroceso se ve vinculado al conveniente comportamiento de las fronteras entreabiertas y cerradas, las cuales responden esencialmente a una dinámica de necesidad laboral. Entonces la ciudadanía va más allá que solo la exclusión del título para los migrantes, sino entender el por qué. Por qué la relatividad en el ser ciudadano, vinculándose a una necesidad de un Estado nación, esto bajo la lógica de un sistema capitalista. El migrante termina recibiendo un sin número de etiquetas (irregular, inseguro, no ciudadano y no perteneciente) y son el resultado de las fallas por los Estado al otorgamiento de una ciudadanía superando este concepto de

nacionalidad. Entonces la ciudadanía bajo este análisis está siendo también como un factor de exclusión (Zamora, 2005).

La ciudadanía tiene un carácter excluyente y esta condición determina el mecanismo de asegurar o no los derechos humanos por el Estado donde el migrante se encuentre y es lo que lo hace una variable de riesgo para el migrante. Este concepto aporta a la definición de lo que pertenece y no a un Estado nación. La presión hacia el concepto puede llegar incluso a una dualidad no conveniente para los migrantes y sus derechos, esto en el sentido de contar con una ciudadanía, pero una ciudadanía no incluyente. El debate de la ciudadanía, si bien es cierto está mayormente presente en los estudios europeos secundario al comportamiento de sus fronteras más abiertas o flexibles, también tiene su relevancia en fronteras donde el libre flujo migratorio representa una problemática, previa y posterior al cruce de las fronteras físicas (Mezzadra, 2005). A manera de integración del actual marco teórico en la siguiente sección se propone la integración de los conceptos e la teorización de una frontera portátil.

Fronteras portátiles

En esta sección se presenta el concepto que condensa todas las discusiones anteriores y que centra y da sentido a todas las vertientes teóricas discutidas en este capítulo: las fronteras portátiles. Como ya se dijo, los migrantes se enfrentan a múltiples fronteras. Es parte de los retos que enfrentan desde por lo menos los 1990, las barreras más deshumanizantes. Hoy, sin embargo, ellos mismos han sido fronterizados. Como ya se argumentó en la bibliografía sobre las fronteras, estas han pasado por un proceso evolutivo, desde en su uso como herramienta para establecer los límites de un Estado nación hasta constituir barreras diseñadas para detener o disuadir la movilidad humana. Esta evolución, bien documentada

en la literatura generada por los estudiosos de la meta-disciplina, va desde la percepción lineal en la cartografía de las fronteras como simples líneas que dividen un Estado nación hasta los filtros interiores, como los aeropuertos o los retenes en caminos y brechas. Es decir, se comienza por entender las fronteras como una estrategia política para garantizar la protección de la seguridad de lo nacional y los nacionales al interior de un estado a proteger los privilegios y derechos de quienes se agolpan en los espacios liminales de dichos Estados.

Por supuesto que hay paradojas. Por ejemplo, hay procesos de *apertura y cierre* calibrado por las necesidades de los países de tránsito y sobre todo por los países receptores, como las fronteras de Estados Unidos que en todo el sentido del mundo capitalista a menudo se ve en la necesidad de mano de obra en sus mercados laborales y “abre” la frontera. Ante esta evolución material, pero también académica del concepto de fronteras, hoy hablamos de estas con múltiples adjetivos: fronteras abiertas y cerradas, fronteras permeables o infranqueables, y fronteras filtros o internas, etc. Posteriormente, teorizando las fronteras desde una perspectiva cultural y psicológica donde las fronteras pasan a ser un símbolo, diferenciándolo de las *fronteras externas* ya sea lineales o verticales, representado con *fronteras internas*, como aquellas que se han desplegado a espacios antes no fronterizados e identifican lo que es diferente o no pertenece y generando un discurso de diferenciación y desigualdad en los mismos procesos sociales, culturales, políticos y económicos. También han alcanzado espacios más allá de los límites geopolíticos, definiendo las fronteras como *fronteras móviles*, como aquellas que se pueden proyectar a diversos espacios y que se proyectan, retraen, y avanzan.

Bajo la lógica conceptual propuesta, pues, llegamos a la necesidad de definir las fronteras a partir del acceso o no acceso a lo que normalmente un ciudadano o un migrante documentado pudiera poseer: salud, educación, empleo, etc. En este sentido, se presenta en este trabajo el término *fronteras portátiles*. Las fronteras portátiles son aquellas fronteras que se han interiorizado o corporizado en la persona del migrante por su acento, por su apariencia, por la ausencia de papeles, por su cultura, por su religión, etc., a tal grado que el migrante las porta consigo al petitionar un bien o un servicio en su trayectoria o en su estadía, a veces sin percatarse de ello.

Esta frontera no es solo resultado de la falta de integración del migrante en nuevos espacios geográficos, o las distinciones que se hacen a partir de diferencias culturales, lingüísticas, etc., sino que son el resultado también de la rigidez de las fronteras que planean cruzar, aquellas que requieren de “papeles” o “estatus” para poder acceder a un bien o servicio o beneficio. Como la estructura de las fronteras tradicionales, la frontera portátil cuenta con un individuo tratando de cruzar una puerta de entrada a los servicios en una localidad en tránsito y una estructura que pudiera restringir ese acceso. También se cuentan con elementos como agentes que validan o dictaminan el derecho a disfrutar de los servicios, es este caso los actores de los servicios de salud.

En cierta manera es un tema que pasa por la estructuración jurídica de la ciudadanía y la residencia en las regiones de tránsito y destino en las cuales no logra el migrante ser reconocido como ciudadano o más bien como derechohabiente, y si lo logra lo hace bajo serias limitaciones. A nadie se le niega enyesar un hueso roto, por ejemplo, pero otorgar todo el cuidado hasta una restauración completa es privilegio del que tiene derechos, no del “otro”. En ese sentido, la frontera se manifiesta en la forma de marginación y marginalidad

—en su limitación de acceso a recursos disponibles y procesos de exclusión— limitación del uso de servicios que terminan por limitar la posibilidad de desarrollo y logro de los objetivos migratorios y vulnerabilidad a los que se ven sometidos.

Las fronteras portátiles funcionan pues no solo como un rasgo de identidad sino como un pase o una negación al que no pertenece o al que no tiene derecho. Repercute en sus derechos humanos como el goce de servicios, por ejemplo, de salud, lo cual se utilizará para esta tesis.

Las fronteras portátiles son activadas por los prestadores del servicio de salud cuando el migrante solicita el servicio y se han estructurado alrededor del acceso dependencias como las de salud, o derechos durante la trayectoria, en el momento que se cruza de su país de origen hacia un país de tránsito o destino. Lo que determina esta frontera específicamente son las cuestiones de vulnerabilidad y marginación a la que se someten por el hecho de ser un migrante irregular. Un doctor o una enfermera del sector salud, por ejemplo, se convierte en un agente fronterizo, que niega u otorga un servicio, dependiendo del estatus de quien lo peticiona. Esta nueva “patrulla fronteriza”, por así decirlo, son los prestadores del servicio que fungen como los ejecutores de esta frontera portátil en el momento en que permiten o limitan el acceso a gozar de servicios que están disponibles y que para un ciudadano es garantía. En el seguimiento de las críticas a los conceptos de frontera deben ser analizados desde dentro y desde fuera; se ofrece la posibilidad de entender una frontera portátil desde el ejecutor y desde el portador. La frontera portátil es una etiqueta real de otredad para el migrante.

Una vez definida la forma en la que los migrantes se enfrenten a una dinámica de acceso a los servicios de salud según su estatus irregular (un mecanismo que según esta

tesis funciona como el cruce de una frontera, con el sujeto de estudio: el migrante, el destino: las unidades de salud y agentes que determinan el acceso: los actores de los servicios de salud), se realizará una exploración de las alternativas para el acceso a los servicios de salud, tal cual funciona como un mecanismo que busca garantizar la salud de los migrantes.

Los locales desarrollan una perspectiva del migrante, una perspectiva no neutral, sino una cargada de historia, esta perspectiva “es una mirada que reconoce diferencias, muchas de ellas considerados obstáculos y, en algunos casos, merecedoras de rechazo o de censura o, eventualmente, hasta de sanción” (Cohen, 2004: 142). Estas perspectivas suman a la identificación del migrante irregular como un agente externo. A pesar de estas ideas se establecen grupos de personas locales y no locales que buscan defender los derechos humanos de los migrantes irregulares y que también se enfrentan a conflictos para lograr sus objetivos, grupos definidos como sociedad civil (Caggiano, 2013; Bretones y González, 2011).

La problemática de la migración irregular se ve maximizada de forma posterior a la tasa de migrantes en los noventa, cuando mayormente se ven relacionados con el respeto de los derechos humanos. Para esto, en 1996 se estableció la Mesa de Organizaciones de la Sociedad Civil en la Defensa de los Derechos de los Migrantes, con lo cual se establecieron mecanismos para defender los derechos humanos de los migrantes (Correa, 2006). De esta forma las Organizaciones Civiles (OC) han reemplazado la función del Estado, en un marco de gobernanza.

Las OC tiene funciones que intervienen en la migración desde defender los derechos de los migrantes irregulares, disminuir los costes de migración y participar en el

acercamiento a los servicios para la atención de la salud. Carrasco y Lacomba definen tres niveles de participación. Se inicia con el asistencialismo básico o primer grado, aquí se centran en asegurar bienes y servicios y destacan las organizaciones altruistas.

Posteriormente se define el segundo grado, donde iniciar la atención a las condiciones estructurales por ejemplo orientación jurídica, acompañamiento y apoyo psicológico. En el segundo y primer nivel, puede haber financiamiento gubernamental. Y por último está el tercer nivel de participación, este se centra en la intervención en actores gubernamentales (2020).

Hilvanando los conceptos teóricos

A manera de conclusión de este capítulo, se presenta un esquema con la interacción de los múltiples marcos conceptuales que marcan el rumbo de esta tesis. Desde un primer acercamiento, se tienen las corrientes teóricas de los estudios fronterizos en su forma tradicional, cuyas aportaciones que se dirigen al proceso migratorio y su interacción con la identidad y la ciudadanía del migrante, especialmente y de particular atención, al migrante irregular en su condición como “el otro”, el que no tiene derechos o cuyos derechos son limitados. Es con base en esto que el migrante se presenta *a priori* en un campo de exclusión y por tanto de vulnerabilidad y de marginación, por lo menos en comparación con los que sí cuentan con “estatus”. El plano anterior se traduce en la creación de fronteras portátiles, las cuales tienen dos caras. Por un lado, en el cuerpo del migrante se configura una frontera portátil. Por ejemplo, en una clínica o en un hospital no siempre se le niega el servicio, dependiendo del momento y la situación, pero se presume que este debe ser mínimo con base en su condición o estatus legal. El migrante que se analiza en esta tesis, es aquel migrante que se ha definido como internacional, aunque también del mismo país, por

ejemplo, del centro y del sur, que además se presenta con alguna irregularidad con relación a su identidad (ausencia de documentos) y derechohabencia (afiliación a un sistema de salud o no).

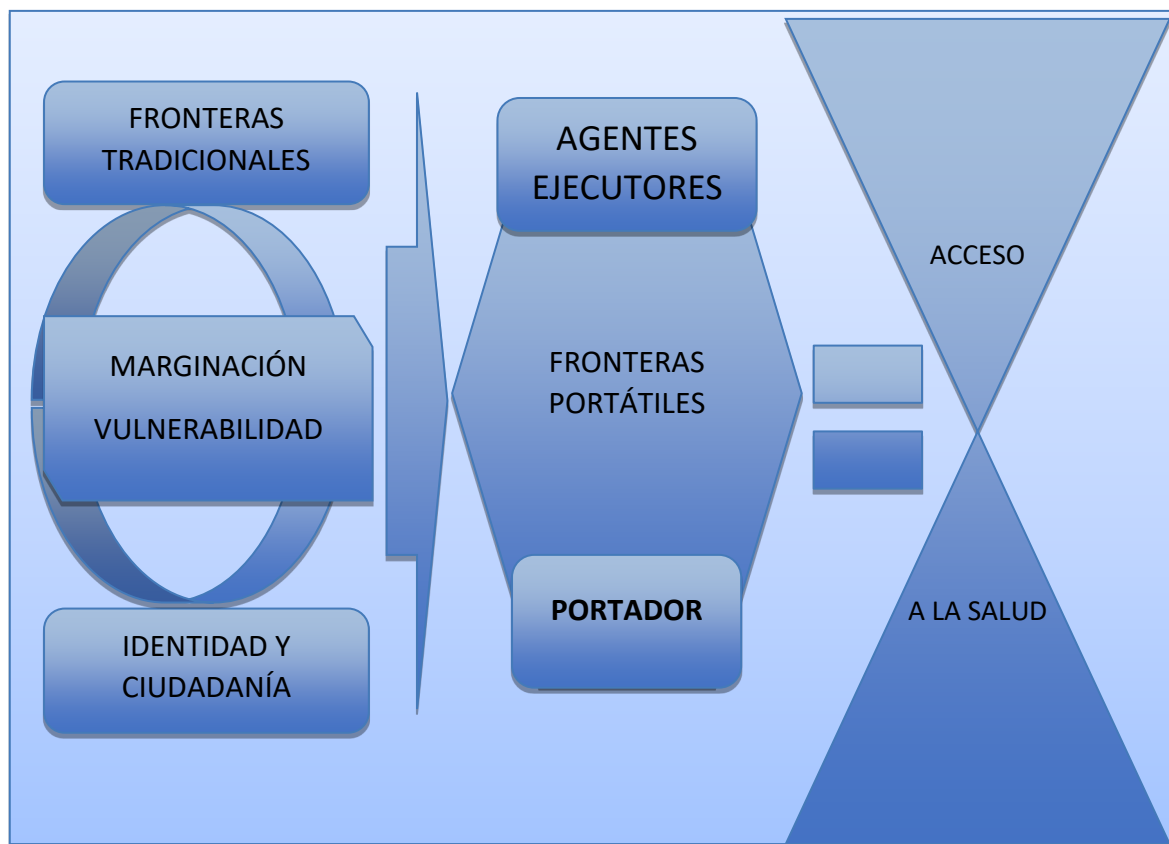
Por otro lado, están los agentes del sistema de salud, que son los ejecutores o agentes fronterizos de facto que, sin querer o pretender serlo, son los que determinan el acceso o no acceso o el nivel de acceso, según su situación laboral o lugar en el sistema institucionalizado de salud. Estos son los que determinan si el individuo peticionario de un servicio de salud tiene o no derecho a recibir el cuidado peticionado o hasta qué punto se le puede o debe proporcionar. Es decir, el proveedor de los servicios de salud se convierte en una especie de *patrulla fronteriza* ante el migrante en el espacio del sector salud, y el que refuerza la concepción de que el peticionario no tiene derecho a acceder a ese servicio y si lo hace es bajo condiciones humanitarias (por ejemplo, una pierna rota, un embarazo, etc.), pero no por un derecho humano. En este caso, es el proveedor de servicios el que define el acceso o no a los servicios de salud y el que ejerce, dando o negando el ingreso, la exclusión, aumentando la vulnerabilidad del migrante por su condición de salud y marginando al individuo del sistema (Liberona, Piñones-Rivera y Álvarez, 2023). Este es el meollo del asunto y guiará la discusión de los resultados de las corrientes teóricas antes descritas.

Por tanto, se abordan los servicios de salud como parte de un derecho humano y que en un mundo globalizado de libre tránsito y de globalización de los servicios de salud, pero que no se da como tal en la práctica cotidiana. Al contrario, una estructura de rechazo de las fronteras tradicionales más la falta de identidad y ciudadanía del migrante, inmerso en un campo de exclusión, de marginación y de vulnerabilidad por su condición de ser el “otro”.

Esto se traduce en la configuración de las fronteras portátiles: el que exige inclusión y el que excluye, cara a cara. Esto se da cuando hay un portador y un agente ejecutor de esta barrera no física limita el acceso a los servicios, los servicios de salud para el migrante.

Ilustración 1

Esquema teórico



CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

Introducción

En los capítulos anteriores se presentó una serie de elementos conceptuales y teóricos, incluyendo una discusión de las fronteras y la construcción de estas fuera de su espacio físico o geográfico e incluso más allá mediante un proceso de proyección de funciones fronterizas a territorios interiores. Se presentó, como aportación de esta tesis la idea de la frontera portátil, aquella que lleva el migrantes consigo mismo y mediante la cual enfrenta procesos de exclusión con base a su estatus. Se anticipó también que esto se manifiesta en el acceso a servicios, como la salud. Se discutió también el tema de la salud como un servicio y un derecho, donde los actores del sistema de salud terminan convirtiéndose en una especie de “agentes fronterizos”, encargados de determinar si el migrante acceso a no a las unidades médicas con relación al ejercicio de su derecho a la salud. Se buscó definir las formas en que el migrante se relaciona con un sistema de bienes y servicios, tales como los del sistema de salud mexicano, y obtiene o es denegado dichos servicios de salud con base en su estatus en la comunidad, es decir, con base en su condición de portador de su propia frontera en base a las restricciones del sistema de salud a un acceso condicionado a un ejercicio de derechohabencia o no. Se presentó también el caso de Ciudad Juárez como un espacio con los antecedentes empíricos ideales para observar y examinar la dinámica social que se da en la intersección de estos elementos.

Se considera entonces que el acceso a los servicios de salud es un tema primordial para este estudio porque para el bienestar de una sociedad independientemente del sistema alrededor del cual se organiza la provisión de dicho servicio es fundamental para el desarrollo de la persona. Esto es importante porque la salud pública interviene desde la prevención de patologías, por ejemplo, aquellas de origen infeccioso, que pueden

extenderse, no solamente al interior de una población, sino traspasar las fronteras y fácilmente esparcirse globalmente con un alcance pandémico (Del Canto, 2021) así como de accidentes que exigen atención médica o los cuadros de salud que ya portan los individuos a partir de sus condiciones de vida. Al final, la idea central que da coherencia a estos elementos conceptuales relacionados con la interacción entre el migrante en su calidad de migrante y los sistemas de salud con que se encuentra en su camino es *la frontera portátil*, entendida como la forma en que el migrante, el extranjero, “el que no es de aquí”, es asignado un estado de otredad y, por tanto, considerado como un sujeto sin derechos a priori a los servicios de salud disponibles en la comunidad. Este esquema teórico es lo que da pauta al trabajo de campo que sustenta esta tesis.

En este capítulo se especifica la ruta metodológica que se sigue en esta tesis para llevar a cabo el trabajo de campo y el análisis de los datos recaudados. El trabajo de campo, el componente empírico de esta tesis examina entonces cómo este concepto de frontera portátil se aplica frente al acceso a los servicios de salud en sus varias dimensiones para con la persona migrante. Es en este sentido que este capítulo aborda el esquema metodológico que da forma al trabajo de campo de este estudio, analizando las ventajas y las desventajas de cada uno de los instrumentos elegidos para llevar a cabo la tarea objetivo de esta tesis.

Un acercamiento metodológico mixto

Para lograr el objetivo de esta tesis, la investigación utiliza una metodología mixta. En la secuencia, en enfoque cuantitativo nos permitirá conocer el panorama de acceso a la salud por el migrante, con las limitantes al disfrute del acceso a las unidades y servicios de salud, y así determinar el nivel de exclusión, y la consecuente vulnerabilidad y marginación de la que es objeto el migrante. En la fase cualitativa, se buscó la profundidad del dato por medio

de la narrativa del migrante en la realidad de su experiencia como persona migrante que requiere y que solicita atención en los servicios de salud. Asimismo, con un acercamiento cualitativo se examina la conducción de los actores que se ubican en las unidades de prestación de los servicios de salud y sobre quienes recae la decisión de otorgar o denegar el servicio. Y se analiza también la sociedad civil, que esta tesis presenta la dinámica de intención de estos como una alternativa para el migrante frente al acceso a los servicios de salud. Para este trabajo, se recogen datos a partir de varios instrumentos de investigación mediante los cuales se mide la interrelación entre la variable independiente —el acceso a servicios de salud y sus condicionamientos para con el migrante, es decir, su acceso o negación por su identidad de migrante, porque se le adjudica una frontera portátil— y las variables dependientes, las condiciones formales que excluyen al migrante por su estatus y que terminan vulnerando y marginando a la persona, al migrante a partir de su estatus, sobre todo a los migrantes irregulares. Es decir, se pretende medir cómo el acceso oportuno a los servicios de salud es limitado o denegado como un derecho para el migrante irregular y, en un segundo plano, cómo este se las arregla para acceder a los servicios de salud, aunque sea de manera parcial.

De forma más concreta, las herramientas metodológicas que se seleccionaron para esta etapa del trabajo de campo están diseñadas para entender las condiciones bajo las cuales el migrante solicita y luego puede o no puede acceder a las unidades médicas y servicios básicos para su bienestar personal en materia de salud, haciendo una diferencia entre las condiciones de urgencia, las condiciones circunstanciales, y las condiciones crónicas de salud. Estas herramientas consisten en observaciones, entrevistas, y revisión de las condiciones de las unidades de salud cuando el migrante entra en contacto con las

mismas. Ahora bien, se busca entender esta dinámica desde varias perspectivas en el entramado que constituye el sistema de salud mexicano, específicamente, el sistema de salud en su funcionalidad en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Se busca acceder, desde el enfoque cuantitativo, a los datos del sistema, pero también desde el enfoque cualitativo, acceder a los testimonios de los funcionarios, de los proveedores de salud, de los migrantes, de las organizaciones de la sociedad civil que se dirigen a la temática de los migrantes, y la percepción para con los migrantes y la salud.

Se espera que cada uno de los actores en el gran escenario del sistema de salud aporte algo distinto porque juega un papel diferente en el proceso de solicitud y acceso (o denegación) de las unidades de atención médica. Se espera que el trabajo arroje un escenario complejo, con migrantes que requieren distintos niveles de atención, con numerosos actores en sistema de salud local, con individuos y organizaciones que exigen y cabildean la atención de la salud de los migrantes, y con ciudadanos que legitiman ciertos tratos hacia el migrante, pero siempre con el migrante al centro de esta gran escena. Esto a su vez se entiende como un entramado complejo que merece diferentes herramientas metodológicas, dependiendo del sujeto o grupo de sujetos con el que se interactúa en el terreno de la investigación. Por ejemplo, los proveedores de salud a menudo se convierten en una especie de agentes fronterizos, que aplican o hacen efectivo el concepto de frontera portátil, es decir, discrecionalmente otorgan o niegan el servicio, afectando en la condición de salud del migrante hasta con consecuencias para la comunidad en general, como ya se expuso, pero que quizás no respondan de manera efectiva a la observación o a un cuestionario, pero que pudieran bajo ciertas condiciones ser más francos en la manera en que se operan las unidades de provisión de salud. Ante ellos, ciertos instrumentos pueden

acercarnos a la manera en que viven y experimentan su papel ante los migrantes que exigen el servicio. De igual forma, los migrantes se entienden a sí mismos de manera distinta, y para con ellos son otros instrumentos metodológicos los que pudieran llegar hasta su entendimiento con relación a su estatus o condición de individuos fronterizados o excluidos.

Así pues, a manera de antecedente metodológico, es importante recordar que la interacción de las ciencias sociales y las ciencias de la salud constituyen un campo interdisciplinar que permiten abordar el tema con herramientas propias del estudio de la salud pública, pero cada sujeto pudiera embonar con herramientas más apropiadas para entender su realidad en el terreno en general. Si bien la interacción de estas ciencias se había descrito años antes, lo realmente importante es que este trabajo conjuga varios campos de estudio: frontera, migración, ciudadanía, derechos, y precarización de la vida del migrante, para entender la complejidad del acceso a la salud bajo ciertas condiciones como las que se han manifestado en la frontera México-Estados Unidos recientemente. Ante esto, diversos instrumentos metodológicos son apropiados, dependiendo del punto de interacción y de la disposición y disponibilidad del sujeto bajo interacción en la investigación.

Por lo dicho, cabe detenerse un poco en la historia de estos instrumentos. Tal combinación de conceptos entrelazados en el diseño de la investigación, cada uno con instrumentos metodológicos óptimos, toma fuerza a partir de 1920, cuando las ciencias sociales establecen su construcción teórica en las universidades europeas y estadounidenses. Es decir, a partir del surgimiento de una agenda relacionada con la manera en que las sociedades estructuran los servicios de salud se puede investigar la interacción de los distintos sujetos que participan en un sistema. Esto contrasta con el periodo anterior a la

Segunda Guerra Mundial cuando las primeras intervenciones en materia de salud eran solo desde el pensamiento médico y muy poco de las ciencias sociales. Hoy, este escenario de necesidad y acceso a la salud es mucho más compleja. Pensar en la salud desde la psicología y la antropología o incluso otras disciplinas era casi impensable hace algunas décadas. Hoy, esto se convierte en una tarea que requiere mucha mayor sofisticación metodológica. Este trabajo y su metodología, por tanto, se encuentran en este linaje complejo que ha evolucionado y que combina un fenómeno social igualmente complejo — la migración— y su interacción con un tema de la salud moderno, también de una alta complejidad. Por tanto, surge la necesidad de introducir el pensamiento social a las condiciones de provisión de servicios de salud al colectivo y la manera en que se aplica a distintos grupos sociales a partir de la integración en el planteamiento de la salud situacional y variables del grupo ambiental. La ventaja es que el tema de la migración presenta un excelente estudio de caso para observar esta interacción desde otros ángulos, y también representa un campo para poner a prueba la capacidad de cada instrumento metodológico de elucidar la realidad social. Se presupone que el estudio de la salud para el migrante puede revelar elementos también importantes para otras condiciones de exclusión y por tanto de vulnerabilidad y marginación en la provisión de servicios por parte del Estado hacia otros grupos.

En general, no se puede separar el sujeto de la teoría ni a la metodología de la teoría. Se debe apelar a una conjugación de estos tres elementos para poder llegar al entendimiento de los cuadros y fenómenos sociales que atañen en la actualidad. Por ejemplo, la formalización de las corrientes teóricas de las que hablamos es secundaria a la necesidad de los Estados de contratar sociólogos para resolver los problemas de salud que se detonaron

en la Segunda Guerra Mundial (Kottow, 2013) y hoy se hace más profunda cuando se considera la salud mental o incluso la epidemiología moderna, como aprendimos durante la crisis de la COVID-19.

Esta complejidad metodológica ha ido creciendo. La consolidación de las ciencias sociales, por ejemplo, es posterior a la publicación del libro *El Sistema Social* de Pearson en 1951, en el cual presenta la relación médico-paciente como una estructura social donde cada uno de ellos juega un rol. No es un sujeto y un objeto, son dos sujetos en interacción. Se da por hecho, sin embargo, que entender a cada sujeto en esta compleja interacción requiere de diferentes instrumentos metodológicos. Esta combinación da pie incluso a nuevos puestos de gobierno para el manejo de la salud, en el cual se incorporaron los antropólogos, sociólogos y psicólogos, cada uno aportando teorías, pero también métodos distintos (Benítez-Ampudia, 2010).

La organización teórica de las ciencias sociales en el campo de salud ha tenido sus propios avances, pues permitió entender algo más que la relación médico-paciente; permitió combinar los instrumentos adecuados y habilitó también la oportunidad de entender el sistema de salud en general como un ecosistema social y hacer modificaciones para refinar sus aportaciones a la sociedad. Mediante este acercamiento dual teoría y metodología, se conjuga una mejor comprensión de la realidad. Por ejemplo, desde la teoría de las etiquetas que seguía la escuela sociológica de Chicago donde se cambiaba el campo de estudio tradicional que era el enfermo por la salud como sistema permitió hacer cambios al enfoque metodológico y acceder mejor a la realidad de todo el panorama de salud pública (Flick, 2015).

La evolución es imparable. Por ejemplo, un poco más tarde, las corrientes posteriores a 1960 tenían un sentido más explicativo de los fenómenos de salud con un enfoque holístico aunado al método etnográfico con el análisis de los enfermeros con el entorno social. Y ya en los ochenta, se integra lo que actualmente se denominan los determinantes sociales en salud, permitiendo un entendimiento aún más complejo, pero que también viene acompañado de otros instrumentos de trabajo de campo que a su vez aportan más a nuestro conocimiento de este. Es decir, esto, relacionado a las experiencias histórica con las epidemias (VIH, COVID-19, etc.), permitió valorar las condiciones de vida y estilos de vida para el control y erradicación de las enfermedades. Para finales del siglo XX se estructura pues esta nueva corriente teórica en una intersección franca con las ciencias sociales y la salud o las ciencias sociales de la salud. Como lo plantea Briceño, el debate para definir esta rama de las ciencias sociales sigue vigente (2003). Los avances teóricos implican pues avances metodológicos también, si se quiere entender el panorama completo de la salud pública, sin importar el tema.

Entonces, por un lado están las propuestas integradoras y por otro están las propuestas diferenciadoras. Si bien es cierto que cada ciencia tiene sus teorías propias, también hay abordajes en donde ambas ciencias interactúan con la finalidad de entender un problema y poder dar una solución a dichos problemas que afligen a las sociedades, también es cierto que los métodos importan en sí mismos; no son meros instrumentos. El método se convierte en substancia, sobre todo en las ciencias sociales de la salud. La propuesta para cerrar esta brecha entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud no se trata solamente de la teorización sino de la aplicación de enfoques metodológicos alineados

a construcciones teóricas que permitan a ambas corrientes interactuar y encontrar esta relación.

Descartar un acercamiento metodológico en combinación dinámica con la teoría, sobre otro en un estudio como este, sería renunciar a ciertos esquemas que pudieran coadyuvar a entender mejor el problema; sería desprenderse del panorama estadístico que muestra un estado general del estudio o renunciar a la narrativa de los agentes que se estudian, donde se analiza el caso desde la experiencia de los actores de los servicios de salud tanto como la experiencia de los migrantes e incluso la intervención de la sociedad civil y el papel que juegan los mercados de salud privados. Por tanto, se considera que un enfoque de métodos mixtos en esta investigación es el más adecuado para dar respuesta al fenómeno que se aborda.

Ahora bien, un estudio de esta complejidad involucra también toda una serie de variables. La naturaleza de múltiples variables de diferentes corrientes científicas debe responder también a métodos cualitativos y cuantitativos, así como a la visualización de los actores mismos que participan en el terreno bajo investigación. La metodología cuantitativa nos da luz a algunas variables, pero no a todas, pues quedan otras más profundas de corte menos riguroso y que requieren una comprensión amplia de lo que converge en el fenómeno desde una perspectiva cuantitativa. Se presume que la narrativa, implementada desde un enfoque cualitativo, son complementadas por los datos estadísticos y viceversa. La metodología en los estudios de salud como un fenómeno social se caracteriza entonces por ser abordado desde el enfoque cuantitativo, pero que requiere, de los métodos cualitativos en los temas de la salud como lo han propuesto autores como Pope y Mays (1995) y Johnstone (2004) que han hablado, de la utilidad y la importancia de la integración de

enfoques de investigación. Esto secundario al uso de aproximaciones que no se limitan a la corriente médica o biológica, sino que abordan todo el andamiaje social alrededor de los servicios de salud.

La metodología mixta es pues óptima para resolver problemas complejos; esta es la premisa básica de esta tesis. Las bondades identificadas en cada acercamiento metodológico, se argumenta, ayudan a resolver el problema de esta investigación, tanto en la recolección de datos y la construcción de narrativas, como en la recaudación e interpretación de los datos. Para esto, lo cualitativo y lo cuantitativo se complementan. No se responde pues a una intención de moda sino de dar respuesta a un fenómeno social, fundamentalmente para obtener el resultado deseado, entender los efectos de una frontera portátil en la escena de la demanda y provisión de los servicios de salud. Para esto, se necesita saber la importancia de los datos estadísticos como las barreras que configuran y a las que se asocian las fronteras portátiles, pero también la necesidad de conocer lo profundo del dato en la ejecución y portabilidad de esta frontera a partir de las narrativas que la subyacen.

Para este trabajo la metodología mixta es el acercamiento ideal que permite hacer un análisis donde se respeta el enfoque de metodologías cualitativas y el enfoque de las metodologías cuantitativas para dar respuesta a fenómenos que requieren análisis profundos en contextos complejos. Pero a su vez, se necesita de un grado de rigurosidad que permita presentar datos que puedan incidir en políticas públicas. Los servicios de salud no solo son un número de ingresos o rechazos de las dependencias, sino un análisis de variables estructurales que deben de ser analizadas para poder hablar del binomio de salud y migración. Así pues, el trabajo se encuentra no solamente en la encrucijada de dos

fenómenos de corte social clave sino también entre dos acercamientos metodológicos complementarios, los cuales, como el cemento de los antiguos romanos, se fortalecen más cuando entran en contacto el uno con el otro.

La metodología mixta permite llegar a la profundidad del dato. Por una parte, el acceso a los servicios de salud está definido desde la parte institucional, pero existen motivos no definidos que se reflejan la exclusión, y por tanto la vulnerabilidad y la marginación para con algunos, negando el acceso por un sinnúmero de motivos: que esta tesis define. Para Lavelle y Barber, el uso de la metodología mixta permite el pragmatismo en un fenómeno, analizar desde el aspecto teórico y su implicación en las acciones; permite la profundidad en las ciencias sociales dentro de la salud (2013) en la tabla 4 se muestra la relación entre las teorías, enfoques de investigación y unidades de análisis.

Tabla 4

Combinando acercamientos teóricos con enfoques metodológicos y unidad de análisis para discernir las mejores herramientas para este estudio

Teorías	Enfoque	Unidad de análisis
Salud Pública: Acceso a los servicios de salud.	Salud/Cuantitativo	Migrante irregular
Identidad: Ciudadanía y Derechohabiencia	Jurídico/Cuantitativo	Migrante irregular
Teorías fronterizas: Hacia fronteras internas	Fronteras/Cualitativo	Migrante irregular y actores de los servicios de salud
Exclusión, Marginación y Vulnerabilidad:	Sociales/Cualitativo	Sociedad Civil y Migrante irregular.

Al elegir la metodología mixta se espera fortalecer el estudio y por tanto dar contundencia a los hallazgos de la investigación mediante la aplicación y los resultados que arrojan las virtudes de la metodología cualitativa y cuantitativa en combinación. Es decir, se propone que esta fortaleza, sobre la cual descansa esta investigación, se logra con una adecuada y equilibrada relación entre el marco teórico y la estrategia metodológica que, por último, mediante la aplicación y desarrollo de los resultados observados terminan fortaleciéndose mutuamente (Tashakkori y Teddlie, 2010). Esto justifica el acercamiento metodológico en este estudio.

Fases metodológicas

Hablando ya de los instrumentos no solamente se pretende usar herramientas cualitativas y cuantitativas en matrices multimétodos, donde se implementan estrategias cualitativas y cuantitativas, sin perder la línea de un solo enfoque, sino llegar a la profundidad de ambos acercamientos en el análisis de los datos en una misma investigación. Esto permite cotejar un instrumento con otro, por supuesto, así como los resultados de un acercamiento con los resultados del otro. Así pues, para seleccionar el tipo de estrategia en métodos mixtos se utiliza el modelo de decisiones para determinar la estrategia a utilizar de la metodología misma propuesta por Creswell y colaboradores en 2003.

Estrategias de implementación

En la fase de implementación, se explora la ventaja y la necesidad de no obtener los datos de manera simultánea, sino de realizarlo secuencialmente. En la fase de prioridad al inicio de la investigación de campo se determina que el método cuantitativo es el primer acercamiento al fenómeno, posterior el cualitativo dado la tradición teórica de abordaje de determinantes estructurales en el campo de la salud, como son el acceso y los factores que

lo modifican como la ciudadanía, derechohabiencia, marginación y vulnerabilidad; que constituyen los datos de la frontera portátil, para después lograr la profundidad del dato con una explicación concluyente en la interpretación de los datos. Para la fase de la interpretación y que es la fase crítica para esta metodología, se seleccionó un diseño secuencial explicativo en el cual se hace en una primera etapa la recolección de los datos para proceder con su análisis, el cual es naturalmente posterior a la recolección. El análisis de los datos cuantitativos es calve para dar paso después a la interpretación en las narrativas y poder realizar el análisis completo. La perspectiva teórica irá acompañada en todo momento con la obtención de datos.

Al seleccionar la estrategia explicativa secuencial como la más útil de las seis propuestas de la metodología mixta, los datos estadísticos que se buscarán y analizarán como mayor énfasis serán los datos cuantitativos, pero se abordará con la misma importancia en la fase del análisis cualitativo y la integración final del conjunto de los datos obtenidos. No se utiliza la estrategia de triangulación para este estudio, que es el más familiar de esta metodología, ya que no pretendemos confrontar los datos cualitativos con los cuantitativos, sino que se busca que los datos cualitativos expliquen con mayor profundidad el dato cuantitativo. Para el análisis de los datos se tendrá especial cuidado en respetar las estrategias de análisis de cada uno de los enfoques, explorando los valores atípicos que se presentarán por la naturaleza del método seleccionado. En la tabla 5 se anexa un esquema simplificado por variables y fases de investigación.

Fase cuantitativa: Encuestas

En la primera fase entonces se analizarán los datos cuantitativos. En esta fase se pretende aplicar encuestas con el objetivo de establecer un panorama actual y real de la variable independiente y dependiente.

Variables y sus herramientas metodológicas

El cuestionario cuenta con la característica de ajustarse a las necesidades concretas del estudio, y permite también hacer uso de elementos medibles de cuestionarios anteriores y, por último, las respuestas obtenidas tienen y deben de tener una intención concreta que limite el divagar en las posibles respuestas obtenidas (Grasso, 2006). En relación con la frontera portátil como variable independiente, se planteó analizar la situación actual de los migrantes irregulares en relación con su estatus migratorio, en parte para definir su identidad y la falta de “ciudadanía” o de residencia legal que, hipotéticamente, a su vez se refleja en la derechohabencia para con los servicios de salud. Además, el índice de marginación y vulnerabilidad que se obtendrán de la población seleccionada para poder hacer un análisis de los ítems que este instrumento ofrece.

La ciudadanía, definida de manera amplia como residencia legítima y legal de alguna forma, es decir, como un derecho de pertenencia a la comunidad, ha sido un tema que ha tomado relevancia en las últimas décadas por el tinte político democrático y, aunque este concepto tiene diferentes acepciones, veremos el fenómeno desde la primera categorización descrita por Reyes García (2013), donde propone tres acepciones. La primera acepción es la perspectiva jurídica de la ciudadanía, desde donde se pretende garantizar el cumplimiento de derechos y deberes y que su vez puede resultar incluyente para unos, pero excluyente para otros. Esta variable se obtendrá por medio de los ítems de

identidad de la encuesta—se es migrante o no se es; se tienen papeles o no se tienen. En México se utilizan diferentes documentos que acreditan la identidad de las personas, Identificación emitida por el Instituto Nacional Electoral (INE), Clave Única de Registro de Población (CURP), Pasaporte Mexicano: emitido por la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) y el Permiso Temporal, emitido también por la SRE.

A su vez, el cuestionario cuenta con una sección del ítem de derechohabiencia, la cual se mide por medio de una afiliación formal a alguna de las instituciones de salud de cualquier ramo —federal, estatal, local. Las más accesibles en la localidad son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al Instituto de Seguridad y Servicios Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Bienestar (SB): que en Ciudad Juárez está el Hospital General, el Hospital Infantil y el Hospital de la Mujer. El sistema nacional de salud en México tiene una compleja construcción y sistema de afiliación y por tanto esta pregunta es esencial, aunque se busca la derechohabiencia como tal porque es lo que primero y a priori determina el acceso. Ahora bien, el sistema de salud mexicano tiene dos sectores: público y privado. El sector privado es alimentado económicamente por las empresas y los individuos, esto por medio de aseguranzas médicas y pago por servicio otorgado. Los usuarios como equivalente a derechohabientes son aquella población con capacidad de pago. Contrariamente, el sector público es el responsable de la asistencia social y de la provisión de los servicios de salud a los individuos que tienen un derecho mediante su ciudadanía ante el Estado. En este campo, existen dos segmentos: seguridad social según las normativas del Estado federal y la Secretaría de Salud con los servicios estatales de salud. Los servicios de seguridad social protegen el acceso a la salud como un derecho, además de otras prestaciones que no forman parte del análisis de esta tesis. Este

segmento de instituciones cuenta con un fondo que se alimenta de la contribución gubernamental, del empleador y de los trabajadores. Las instituciones dentro de este sector son: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y la Marina. Además, funcionan con servicios subrogados, procedimientos burocráticos muy estrictos, estos suplen los procedimientos que las instituciones no pueden otorgar. Los usuarios son los empleados del sector formal, familia de los trabajadores, jubilados y en el caso del ISSSTE, becarios CONAHCyT (Dantes et al, 2010).

El segundo segmento del sector público tiene un fondo alimentado por la contribución del gobierno federal y de los gobiernos estatales. Las instituciones de esta rama son aquellas que actualmente se encuentran dentro de los programas del Instituto de salud para el bienestar (INSABI), anteriormente Seguro Popular y que ya desapareció en parte por la disfuncionalidad del Estado mexicano en materia de salud a partir del 2018. Este sistema se encuentra bajo una complicada transición a partir del 2023, pero realmente no se entiende a dónde se pretende transitar. Bajo este rubro se encuentran los centros de salud de la Secretaría de Salud y las unidades de salud del Estado, en este caso Chihuahua. Además, están registradas las unidades de IMSS-Oportunidades. Estas unidades otorgan servicios de salud a los autoempleados, a los trabajadores del sector informal y las personas desempleadas (Dantés et al., 2011). El sistema de salud cuenta con deficiencias de infraestructura, cobertura de programas, seguimiento de programas preventivos y el esquema de protección social. Un sistema que se enfrenta a retos como garantizar la salud de la población vulnerable como los adultos mayores (Lozano et al., 2013). Además, el sistema de salud mexicano se enfrenta a una baja en el presupuesto, y un aumento en diversas patologías, dentro de ellas, las mentales que han tomado auge (Basilio-Morales,

2020). A pesar del esfuerzo con la instalación del seguro popular, ahora INSABI, menos del 90 % de la población local cuenta con una afiliación (Flamand y Jaimes, 2015).

Más allá de esta ecología de sistemas particulares, las deficiencias estructurales en los servicios de salud en México han contribuido a que los habitantes busquen alternativas como acceso a consultorios con farmacias y comercios populares, considerando que estos no cumplen la continuidad en la atención de salud, seguimiento deseado en una atención de salud, especialmente bajo condiciones crónicas (Sáenz-Vela y Guzmán-Giraldo, 2018). Al igual que la población local, los migrantes en su trayectoria, han buscado alternativas para el acceso a los servicios de salud, por parte de la sociedad civil y de diversos programas. Martínez y Guarnaccia (2006) agruparon en dimensiones las barreras que limitan al acceso a los servicios de salud. Una de ellas, que los autores determinan como las más relevantes y que se asocian a la problemática abordada por esta tesis, son las barreras propias del sistema; dentro de esta dimensión están las barreras que se asocian a las aseguradoras o afiliaciones, el idioma o el estatus migratorio. También se definen las barreras en la comunidad, en las redes locales de migrantes y las de la persona.

Siguiendo esta línea de investigación, se establecen relaciones con el indicador de exclusión, y sus consecuencias, vulnerabilidad y marginación, las cuales se miden a partir del censo 2020 del INEGI. La medición de la vulnerabilidad social ha sido un reto constante en relación con sus indicadores y elementos medibles. Sin embargo, estos datos del INEGI se han utilizado para realizar una estimación de las condiciones de riesgo social en comparación con los diferentes tipos y segmentos de la población.

De la misma forma, la marginación se ha configurado como un instrumento que mide la separación o alejamiento social del individuo con relación a condiciones deseables

y que a su vez refleja cómo ciertos riesgos sociales impactan en las capacidades de los individuos. Para este trabajo se buscaron instrumentos que en sus elementos medibles alcanzaran a brindar datos que mostraran las condiciones de exclusión, con sus consecuentes vulnerabilidad social y marginación por las que pasa una persona. La marginación merece un poco más de discusión. Esta está estructurada por diversos factores que limitan las oportunidades sociales, además la presencia de estos factores contribuye a la intensificación de riesgos para los individuos y contribuyen a la vulnerabilidad social (Gutiérrez-Pulido, y Gama-Hernández, 2010). Para lograr el objetivo de esta investigación se abordará el índice de Marginación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) que se alimenta de datos del Censo de Población y Vivienda (CONAPO, 2021), este índice tiene un enfoque de aplicación a la población en general y por cuestiones de ética en la investigación estos instrumentos no se aplicarán a menores de edad. Aunque la diferencia de edad de la población local y de la muestra no permitió una comparación estadística, si permitió un análisis en individual de los ítems y su posible relación con riesgos para la salud. Este indicador mide nueve indicadores los cuales se describen a continuación:

- Porcentaje de población analfabeta de 15 años o más (Ii1)

Población que no sabe leer y escribir sobre el total de la muestra.

- Porcentaje de población sin educación básica de 15 años o más (Ii2)

Población que no terminó sus estudios de primaria y menores sobre el total de la muestra.

- Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin drenaje ni sanitario (Ii3)

Población que habita un hogar sin drenaje sobre el total de la muestra.

- Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin energía eléctrica (Ii4)

Población que habita un hogar sin energía eléctrica sobre el total de la muestra.

- Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin agua entubada (Ii5)

Población que habita un hogar sin agua entubada sobre el total de la muestra.

- Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares con piso de tierra (Ii6)

Población que habita un hogar con piso de tierra sobre el total de la muestra.

- Porcentaje de viviendas particulares con hacinamiento (Ii7)

Población que habita un hogar con 2.5 y más personas por habitación sobre el total de la muestra.

- Porcentaje de población en localidades con menos de cinco mil habitantes (Ii8)

Población que habita en comunidades con menos de cinco mil habitantes sobre el total de la muestra.

- Porcentaje de población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos (Ii9)

Población cuyos ingresos son de dos salarios mínimos o menos sobre el total de la población.

Para esta tesis no se logró realizar un comparativo del índice como dato neto, sino que se pudo tratar los elementos medibles como ítems que en conjunto determinan factores de riesgo de la marginación vivida por la comunidad migrante. Por supuesto que es difícil a veces incluir a la población migrante en estos indicadores, en parte por su permanencia transitoria, pero se toman estos indicadores como acercamientos a la vulnerabilidad y la marginación de los migrantes al encontrar en un contexto nacional—incluso, se puede presumir que sus niveles de vulnerabilidad y marginación son aún mayores a los de la población nacional y local. De cualquier manera, utilizar en encuestas las mismas medidas deberá arrojar una aproximación a los datos reales de la población migrante.

Para la variable dependiente central, que es la exclusión de los servicios de salud en este caso, se planea utilizar datos descriptivos como las medidas tendencia central por

medio de las tres encuestas disponibles de la Secretaría de Salud la cual mide el trato adecuado y digno en los tres momentos críticos del acceso a los servicios de salud, Urgencias, Hospitalización, y Consulta Externa. Estas encuestas midieron áreas como el acceso en el primer contacto por urgencias, acceso a la atención específica en la hospitalización y el seguimiento por medio de la consulta externa. Tanto a los índices como las encuestas se obtendrán la validez interna para su aplicación. Dentro del sistema de evaluación de trato adecuado y digno se encuentran tres encuestas con la misma metodología.

De los tres apartados de información se utiliza el segmento de datos del individuo al cual se le aplicará la encuesta. Estas encuestas se aplicaron en diferente momento, la primera con ítems que se refiere al momento de solicitud de un servicio de urgencias con 13 ítems, la segunda la necesidad de hospitalización con 14 ítems y la última que mide el seguimiento y consulta con 14 ítems. El resultado de la aplicación de la encuesta se refleja en un porcentaje de cumplimiento global y el porcentaje de seis dimensiones las cuales corresponden a trato digno, oportunidad en la atención, comunicación, autonomía, financiamiento y calidad percibida (SESTAD, 2021). La muestra (5,000 migrantes) correspondiente para poblaciones finitas de migrantes transnacionales irregulares en Ciudad Juárez y el análisis de los datos se analizarán por medio del paquete estadístico SPSS.

Fase cualitativa

Una vez concluida la fase cuantitativa, se procede a la fase cualitativa. En esta etapa el investigador se posiciona en el entorno natural donde se presenta en fenómeno el cual serían las tres instituciones representativas del sistema de salud mexicano, ya que son las responsables de brindar asistencia médica y cumplir con el derecho social a la salud. Como

ya se mencionó, el sistema de salud en México consta de dos grandes sectores: público y privado.

El sector privado obtiene sus fondos de los individuos del propio bolsillo y los empleados presupuesto laboral. Este campo del sistema de salud privado quedó excluido del estudio ya que no otorga servicios de salud por derecho social o humanos. Hospital General de Zona no. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General tipo B del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE) y, por último, el Hospital General de Ciudad Juárez del Instituto Chihuahuense de la Salud (ICHISAL).

Variables y sus herramientas metodológicas

Más allá de la observación, se realizaron grupos focales con los principales actores del sistema de salud. En el planteamiento actual se identifican a los actores entre los cuales se escogieron a los individuos que se integraron a los grupos focales. Los actores forman parte del proceso formal de otorgamiento de atención médica a los migrantes y la identificación de las fronteras portátiles desde la vista del ejecutor de la frontera. Específicamente el campo de estudio se encuentra en el sector público. Este sector tiene una clasificación de primer nivel de atención de salud que aborda la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Se espera que estos individuos produzcan narrativas cualitativas interesantes que puedan elucidar el acceso a partir de quienes, en los supuestos hipotéticos explicados arriba, se convierten en los guardianes del sistema de salud y en quienes permiten o no el acceso con base a criterios que ellos consideran pertinentes.

El segundo nivel de atención se encarga del diagnóstico temprano, oportuno y, por último, la recuperación de la salud. El tercer nivel se encarga de las patologías de especialidad o alta especialidad y rehabilitación. El campo de estudio corresponde al

segundo nivel de atención (Gómez et al, 2011). El primer nivel de atención no es de menos importancia, pero para los fines de esta investigación no se podría lograr la obtención del dato ya que este nivel de atención cubre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Existe un gran número de actividades extramuros que se basan en la difusión de la información como base de la promoción de la salud, la intención es ver cómo se comportan los actores de los servicios de salud en relación con las fronteras portátiles de los migrantes, frente a una institución. Por ese motivo se excluyó este nivel y el tercer nivel es imposible medirlo ya que no contamos con este nivel de atención en la ciudad.

El uso de grupos focales en temas donde la salud forma parte de la temática central es relativamente reciente, pero se encuentra una gran utilidad principalmente en aquellas investigaciones en la que los datos que se desean obtener tienen carácter social o educativo. El grupo focal se trabajó por medio de entrevistas semiestructuradas para recopilar datos dentro de la discusión del grupo de estudio, en este caso los ejecutores de la frontera (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2007). Esta técnica se utiliza con el gran objetivo de obtener una narrativa sobre el posicionamiento del acceso a los servicios de salud del migrante, desde la discusión del tema, como es el caso de esta investigación en la que se obtuvo cómo los actores, como representantes de una institución pueden o no limitar el acceso a los servicios de salud de una población específica en este caso migrantes. Además, permite la discusión entre los actores de una pregunta específica. La principal ventaja de esta herramienta es que además de que se obtienen las opiniones permite la interacción entre los actores de los servicios de salud. La participación de pares favorece la auto confesión (Krueger, 1988). La posibilidad de que los involucrados se vieran limitados en su participación se eliminó agrupando a los actores por instituciones que trabajan bajo mismos

estándares, como son las instituciones federales y estatales. Esta técnica permite evaluar temas emergentes durante el transcurso de la sesión (García y Mateo, 2000).

Los actores identificados como posibles ejecutores de las fronteras portátiles fueron:

- Director médico.
- Subdirector administrativo
- Jefa de enfermería.
- Personal operativo de las diversas áreas de los servicios de salud.
 - o Médicos.
 - o Enfermería.
 - o Trabajadoras Sociales

Los ejes temáticos para el grupo focal fueron:

- Derecho al acceso a la salud del migrante. En el cual se midió el ejercicio del derecho al acceso por los migrantes y el respeto a los derechos de los migrantes por los actores de las instituciones de salud.
- Mecanismo de acceso a la salud por el migrante. Este eje permitió conocer los mecanismos definidos para la atención de la salud de los migrantes y las alternativas de salud que aplican los migrantes, como programas locales, sociedad civil y servicios privados.
- Disponibilidad de servicios de salud para el migrante. Permitted conocer cuáles fueron las instituciones que otorgan servicios de salud a los migrantes, como parte de su normativa, sus condiciones generales de ejercicio y asignación de la población a las unidades.

- Definir la prioridad para el servicio de salud. Se buscó conocer si dentro de los protocolos de atención a población vulnerable se encuentran los migrantes.
- Igualdad en derechos humanos. Se observaron los servicios que se otorgan bajo las mismas condiciones a la población local y a los migrantes.
- Derechohabiencia. Esta categoría que se integró como parte de la identidad de las personas frente a los servicios de salud, se analizaron los mecanismos de afiliación de los migrantes.
- Exclusión del servicio de salud. Se buscaron los factores que determinan la exclusión de los servicios de salud para el migrante, factores como los planteados en las hipótesis y las determinantes sociales en salud.
- Violencia estructural. Los protocolos institucionales contribuyeron a la exclusión de los migrantes a los servicios de salud, estos factores forman parte de la violencia que ejerce el Estado o los empleados públicos ejercer sobre cierto grupo de la población, en este caso los migrantes.

Por último, para la fase cualitativa en la medición de la variable dependiente se realizaron entrevistas semiestructuradas con migrantes con el objetivo de conocer las vivencias y experiencias frente a los trabajadores del sector salud en el punto de contacto para con la exigencia o demanda de los diversos servicios de salud, es decir en relación con el acceso a los servicios de salud, y sus experiencias en el momento. Se describen tres tipos de entrevista. La entrevista estructurada la cual depende de preguntas muy estrictas; la entrevista semiestructurada, que cuenta con la ventaja de a pesar de tener preguntas fijas permitieron al entrevistado responder abiertamente y, por último, la entrevista no

estructurada que tiene la característica de trabajar con preguntas abiertas y el entrevistado puede cambiarse de un tema a otro con facilidad.

Para fines de este estudio se utilizó la entrevista semiestructurada, ya que necesitamos la libertad del entrevistado para llegar a la profundidad del dato, pero la teoría nos permitió establecer preguntas específicas para guiar la temática dentro del ejercicio (Lopezosa, 2020). El análisis de los datos cualitativos se realizará por medio del *software Atlas.Ti* para definir la narrativa en las entrevistas y los grupos focales. La guía de entrevista se encuentra como en el anexo cuatro y cinco de este documento.

Tabla 5.

Esquematizan el tipo de variable, nombre de la variable, las dimensiones con las que estas variables sean medidas y las herramientas metodológicas

Tipo de Variable	Nombre de la variable	Dimensiones	Fase cuantitativa	Fase cualitativa
Independiente	Frontera portátil	Ciudadanía y derechohabiencia	Índice y derechohabiencia	Grupos focales
		Marginación		
		Vulnerabilidad social		
Variable interviniente	Determinantes estructurales en salud.	En relación con el derecho humano y constitucional		
Variable dependiente	Calidad, Cantidad y tipos de los servicios de salud a los migrantes	Acceso, disponibilidad y seguimiento	SESTAD	Entrevista semiestructurada a los migrantes irregulares
		Calidad en la atención		
		Aceptabilidad del migrante en los servicios de salud		

Muestra y muestreo

La población migrante en Ciudad Juárez tiene un comportamiento variado. Para esta tesis se tomó en cuenta el dato de migrantes irregulares en la ciudad del 2021 estimado en 5,000 migrantes en tránsito (Herrera, 2022), periodo que ha sido alimentado por la caravana de migrantes iniciada en el 2018, pero que continúa, cumpliendo con la característica de ser una población finita, para la obtención de tipo cuantitativos de la muestra de estudio, ya que se conoce el número de los individuos y registros de ingreso a la ciudad.

Para la aplicación de la fase cualitativa a esta misma población, se agrega un ítem al instrumento donde se les pregunta su interés por participar en la segunda fase de esta investigación, denominado submuestra. Estos deberán cumplir con el perfil de migrante irregular, transaccional, y que haya hecho uso de los servicios médicos de la localidad.

Para los actores claves que se integrarán al grupo focal fueron representantes con las características descritas y en las posiciones definidas. La técnica para seleccionar la muestra será representativa a la población de estudio. El muestreo probabilístico seleccionado para este panorama fue el método por conglomerados, con individuos que se integren a la definición de migrante irregular, transaccional y que se encuentra en tránsito en Ciudad Juárez, ya que la dispersión de la unidad de análisis en la extensión geográfica lo demanda. Se seleccionaron a los centros sociales de atención a migrantes y áreas concurridas.

Plan de trabajo de campo

El presente trabajo de investigación tuvo una serie de etapas de campo para lograr las observaciones necesarias que permitieron hacer un análisis del fenómeno de la frontera portátil —concepto que da coherencia a la experiencia del migrante— es decir, tal y como

la experimentan los migrantes en el acceso a los servicios de salud. La primera actividad es el diseño de un instrumento que muestre los datos sociodemográficos; se incluyen algunos elementos que permitieron observar cuestiones relacionadas con la identidad.

Seguidamente, se recogieron datos asociados a la marginación, de exclusión, de derechohabiencia, y la descripción general del comportamiento del acceso a los servicios de salud para el migrante. Esto nos permitió entonces contrastar los datos con el acceso a los servicios de salud para la población local en relación con el migrante.

El instrumento diseñado para este propósito se tituló *Exclusión de los servicios de salud: el migrante (Anexo 2)*, el cual incluye once ítems por los cuales se obtuvieron datos sociodemográficos, dos ítems sobre identidad, así como los aspectos relacionados con la derechohabiencia y que corresponde a la primera fase de investigación. Se buscó obtener nueve elementos que conforman el índice de marginación, cuatro ítems que definen los mecanismos de uso de los servicios médicos, y se agregan cinco ítems que darán respuesta al esquema de vacunación COVID-19. Por último, se recogieron cuarenta y cuatro ítems que contienen información sobre el uso de los servicios médicos formales e informales por parte del migrante. Esta última sección incluye la medición del trato digno, comunicación con el usuario, respeto de la autonomía del usuario, financiamiento de las necesidades del usuario, oportunidad en la atención y por último la percepción de la calidad en el servicio.

El instrumento fue validado por medio de la consistencia interna con la fórmula estadística Kuder-Richardson, ya que esta encuesta contiene respuestas en las que predominan los valores de 0 y 1, midiendo la presencia o ausencia de elemento medible (Supo, 2014). El análisis de esta fase predomina con estadísticos descriptivos y correlación de variables dependientes e independientes. Esta fase también nos permitió elaborar los

perfiles de migrantes que se encuentran en la localidad y que ha sido fluctuante en los últimos años. Además de grupos de edad, género, ingreso económico, destino y condición general de salud, sumaremos las condiciones en las que viven en relación con el acceso a energía eléctrica, agua potable, hacinamiento, entre otras características. Además, con las variables de uso de servicios médicos, permitirá observar las alternativas de los servicios de salud.

La segunda sección midió los datos que se contienen en la frontera portátil desde la perspectiva del ejecutor de dicha frontera. Estos son los actores de los servicios de salud. Para esta fase solo se analizaron los datos obtenidos en grupo focal, de actores pertenecientes a las unidades del sistema de salud que provee la asistencia social como es IMSS, ISSSTE y SES, donde se trabajó en grupo focal en mandos medios, altos y personal operativo de los diversos centros.

El primer grupo focal se llevó a cabo por medio de dos representantes de la delegación estatal del ISSSTE, dos representantes de la Secretaría de Salud a nivel Estatal, y un representante de la dirección de zona norte del IMSS. El segundo grupo focal estuvo conformado por directivos médicos y administrativos de las unidades locales, se incluyen las siguientes unidades del IMSS; HRZ 66 y HGZ 6, Dirección médica del Hospital General tipo del ISSSTE y, por último, dirección administrativa del Hospital General de ICHISAL. El tercer y último grupo focal incluyó personal médico, de enfermería y trabajo social de las tres grandes dependencias locales. El tratamiento de estos datos fue por medio de análisis narrativo con *Atlas.ti*. La última fase del trabajo de campo, y que se integra en el análisis cualitativo fueron las entrevistas a profundidad de personas migrantes que dieron

su consentimiento en la aplicación de la encuesta (la cual forma parte de la fase cualitativa) obteniendo una submuestra.

También se definió cómo la sociedad civil, que se ha configurado como una alternativa para el acceso a los servicios de salud para el migrante, específicamente los consultorios en farmacias que proliferan por toda la ciudad, por ende, se realizarán entrevistas a profundidad, semiestructuradas para analizar los motivos de apoyo y el mecanismo de acción (Anexo 5). Este sistema paralelo, basado en el mercado, pero con deficiencias claras, por ejemplo, en el seguimiento a la salud como un proceso, se examina en el penúltimo capítulo.

Validación de instrumento

Previo a la validación del instrumento, se sometió el presente trabajo de investigación al Comité de Ética en la investigación, obteniendo un dictamen favorable (Anexo 1). Para el instrumento aplicado para esta investigación aplicaremos Kuder-Richardson como particularidad del Alpha de Cronbach, ya que esta encuesta contiene respuestas en las que predominan los valores que miden la presencia o ausencia de elemento medible, datos dicotómicos. Se dividirá en tres segmentos que se han adaptado de los cuestionarios de la plataforma SESTAD, siendo este instrumento una herramienta en uso, pero sin validación disponible.

El primer segmento con 15 ítems que corresponde al ingreso a los servicios de urgencias. El segundo corresponde al uso de los servicios de hospitalización con 16 ítems. Por último, el tercer segmento corresponde al uso de los servicios de consulta externa, con 16 ítems. Los datos obtenidos se observan en la tabla 6. Apegándose a la relación de

fiabilidad de Hernández (2011), al encontrarse entre 0.8 y 1 este se considera elevado el coeficiente de confiabilidad.

Tabla 6

Valores de Kuder-Richardson (Alpha de Cronbach), para validación de los instrumentos

Área de acceso	Valor de Kuder-Richardson (Alpha de Cronbach)
Urgencias	0.802
Hospitalización	0.874
Consulta externa	0.831

En los capítulos de resultados se muestran los datos obtenidos de la fase cuantitativa y cualitativa, únicamente aquellos que corresponden a la unidad de observación, es decir, los migrantes, quienes son considerados los portadores de esta frontera. Para iniciar se desarrollan los datos de la fase cuantitativa, que corresponden a 357 de muestra. Esta muestra se recolectó en diversas áreas, siguiendo metodología por conglomerados: centro de migrantes del gobierno municipal en la colonia Aztecas en la zona poniente, además un centro de migrantes de la sociedad civil en la colonia Satélite en la zona oriente norte de Ciudad Juárez, Chihuahua, en el centro histórico y puente Santa Fe de la zona poniente norte de Ciudad Juárez, Chihuahua y centro comercial en la zona oriente sur de Ciudad Juárez, Chihuahua. Durante la solicitud de espacios de conglomeración de migrantes, hubo solicitudes no aprobadas en un centro de migrantes del gobierno federal y un centro de la sociedad eclesíástica.

Conclusión

Los argumentos teóricos abordados en el segundo capítulo de este texto no solo dan una premisa de observación del fenómeno, también que sugieren los enfoques de investigación

apropiados y que a su vez arrojan las herramientas adecuadas para recolectar los datos disponibles en la unidad de análisis. El enfoque metodológico mixto más que ser un reto es la respuesta para entender el fenómeno del acceso a los servicios de salud por los migrantes como un fenómeno social digno de estudio y que puede explicar otros procesos como la exclusión, la vulnerabilidad y la marginación. Se estableció una relación directa entre los enfoques teóricos y los enfoques metodológicos. La riqueza en el número de herramientas y las unidades de análisis permitió que los siguientes capítulos, que corresponden a los de resultados, cuenten con un sin número de resultados que probaron o no, los supuestos hipotéticos. También se obtuvieron resultados que impactan a la comunidad científica y servirán de herramienta para futuras políticas pública para un acceso a servicios de salud sin exclusión y violación de derechos humanos.

CAPÍTULO IV

FRONTERA PORTÁTIL: DESDE EL PORTADOR

Introducción

A partir de este capítulo, se presentan los resultados del trabajo de investigación en campo. En el trabajo de campo se obtuvieron diversos hallazgos que se consideran relevantes a las preguntas de investigación. En el primer acercamiento, como se indicó en el capítulo anterior, se buscaron a los migrantes como sujeto de estudio. En un primer nivel, en el centro de migrantes del gobierno municipal, se observó una serie de condiciones insalubres, a lo cual se le debe agregar que estas condiciones eran de alto riesgo pues el trabajo de campo se realizó durante la pandemia de la COVID-19. La multitud de migrantes, que consistía en varios cientos, dormía en literas que estaban separadas por apenas 1.5 metros de altura y 42 centímetros entre cada litera. No se observó el uso de cubrebocas entre los migrantes (el uso no era una solicitud estricta en los albergues, a pesar de su recomendación). Sólo existían tarjas para el lavado de manos con técnica mecánica en los baños y gel alcoholado el cual solamente estaba disponible en la puerta de entrada del establecimiento. Los servicios de asistencia, como preparación de comida y limpieza, están a cargo de estos migrantes. Esta preparación se lleva a cabo también en condiciones no ideales con relación a ciertos estándares de limpieza.

Durante la estancia en el establecimiento hubo una constante llegada de nuevos huéspedes, y se observó que por lo menos uno de ellos cumplía con la definición operacional para la COVID-19: tos, cefalea, fiebre (38.3 °C), rinorrea y dolor torácico. Para valorar a este nuevo huésped del albergue, no se encontraba ningún personal de salud disponible en el área. La selección de las medidas y del tratamiento fue tomada por los voluntarios de la unidad, quienes le administraron diclofenaco, tableta de 75 mg, vía oral, como única dosis. También en el área de resguardo de medicamentos, se encontraron

fármacos cuya caducidad había sido cuatro meses antes, mismos que se encontraban en circulación entre los huéspedes. Mientras tanto, el exterior del lugar se encontraba resguardado por elementos de la policía municipal, quienes no permitían la salida del albergue. Cabe mencionar que en este establecimiento la estancia máxima es de 15 días naturales, posterior a esto los usuarios deben de buscar otra estrategia de asilo. Estas fueron condiciones iniciales, todas bajo un alto riesgo para los migrantes como para los voluntarios del albergue.

En un segundo acercamiento, se visitó un centro de migrantes manejado por la sociedad civil. En este establecimiento se observó un mejor orden y control de las medidas de seguridad y organización de los migrantes que en el albergue del gobierno. Pero, de la misma forma, los migrantes alojados en el establecimiento eran los responsables de las actividades de limpieza y la preparación de alimentos. En el día uno de trabajo de campo en este albergue, se observó a una mujer de 22 años, con embarazo de 33 semanas de gestación, calculado por fecha de última regla. Esta mujer presentaba contracciones de 10 segundos cada 30 minutos. Al entrevistársele, esta refería no haber recibido atención médica, ya que era sábado y los fines de semana no cuentan con este servicio. Al segundo día de trabajo de campo, la mujer abandonó el centro, acompañada de dos integrantes adultas de 25 y 36 años, además de un infante de seis años. No se conoce su paradero, pero esto implica que la atención es nula o deficiente, aun en condiciones difíciles como lo es un embarazo con trabajo de parto en evolución.

El tercer acercamiento para con la población migrante fue en el centro histórico y los alrededores del puente internacional Santa Fe. Las zonas donde duermen los migrantes no cuentan con techo, duermen debajo de los puentes, sobre un puente peatonal, en las

aceras de las calles, y se cubren con cobijas que les han sido donadas. Evidentemente, algunas de estas no se encontraban en un buen estado o estaban sucias. Cerca del puente, los migrantes con quienes se interactuó indicaron estar durmiendo en la zona sin grandes preocupaciones porque consideran que su estancia en la ciudad es temporal. Algunos de ellos se encontraban ofreciendo servicios de todo tipo para obtener algún ingreso y poder realizar una minoría de compras por la zona o invertir en actividades sociales.

Tradicionalmente, esta zona no se caracteriza por ser segura, pero los migrantes confiaban en que en grupo eran menos vulnerables. El cuarto y último acercamiento fue en un centro comercial en la zona suroriente de la ciudad. La totalidad de los sujetos bajo observación se encontraba en actividades recreativas, de ocio, o de compras. Este grupo se caracterizaba por estar compuesto de migrantes con mayor tiempo de estancia en Ciudad Juárez.

Antes de entrar al análisis de los datos obtenidos, es importante especificar la dinámica de aseguramiento de la salud y del acceso a los servicios de salud de la población migrante en México, ya que esto funciona como variable esencial de este trabajo. En diversas recomendaciones, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos concluye que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental para el posterior ejercicio de otros derechos. Es decir, en teoría estos individuos deberían contar con acceso diversos servicios de salud o los individuos migrantes deberían poder acceder a unidades de salud cuando lo requiriesen. En teoría también, esto se afirma en las leyes mexicanas, puesto que en México el artículo cuarto constitucional, en el párrafo cuarto, determina que toda persona, sin especificar su estatus migratorio, tiene derecho a la protección de la salud. De la observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el numeral primero, menciona que “Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto

nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”. En la Recomendación General 15, Sobre el derecho a la protección de la salud, destaca la participación de los servidores públicos se ve directamente relacionado con el cumplimiento de los derechos de la población.¹ Ninguna de estas garantías básicas se observaron en los albergues. No había unidades médicas especializadas, ni personal autorizado a ejercer en los servicios de salud.

Ya entrando a los datos, en el apartado siguiente se segmentan los resultados en un análisis de variables socio demográficas, y temas como la identidad, percepciones de marginación, y se mide el acceso a servicios de salud, incluyendo vacunación, así como el acceso a servicios de salud como el uso del servicio de urgencias u hospitalización y acceso a servicios de salud básica de seguimiento como la consulta externa.

Datos sociodemográficos

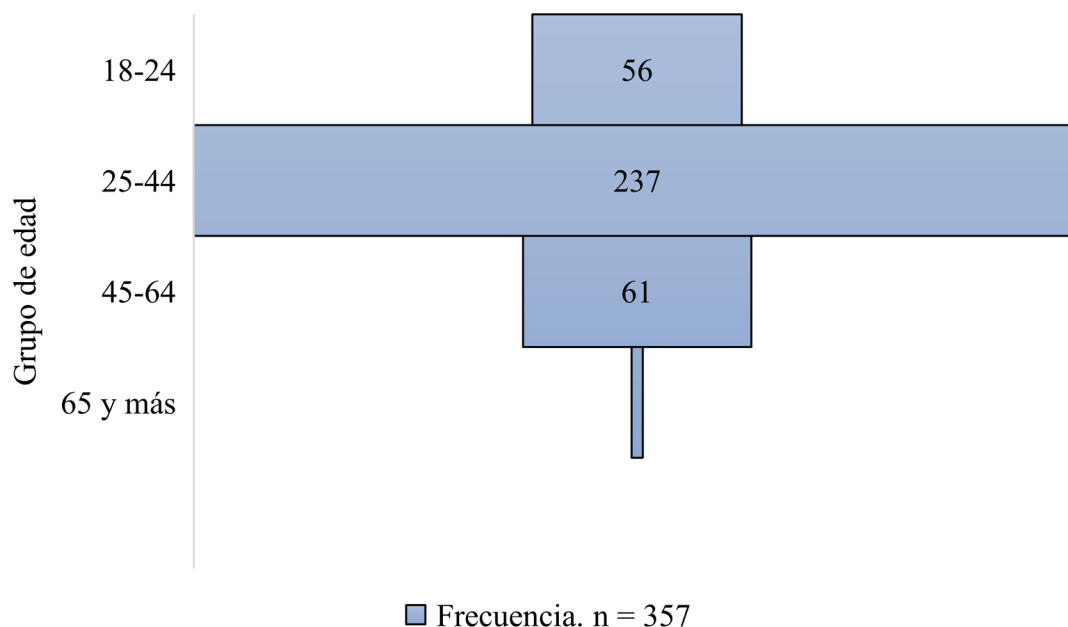
Yendo más allá de la observación y las entrevistas casuales con los migrantes en los albergues seleccionados, se implementó una encuesta que comenzó con los datos sociodemográficos de la población. La edad es medida de dos formas. Una es la medición por años cumplidos y en grupos congruentes con la segmentación del sistema SESTAD. La moda de la edad corresponde a 29, la mediana a 32 y la media de 34.3 años, con una desviación estándar de 10.1. El grupo de edad más predominante es el de 25 a 44 años (237) como se muestra en la ilustración 2. El rango de edad de esta tesis muestra una diferencia importante sobre la edad promedio de los migrantes, donde en el periodo de 1995 a 2008 predominaba el grupo de migrantes entre 15 a 29 años y respondían primordialmente a las teóricas migratorias individuales, a diferencia del escenario actual

¹ CNDH. Recomendaciones 46/2021, párr. 19, 52/2020, párr. 36; 35/2020, párr. 29; 82/2019, párr. 51 y 23/2020, párr. 28.

donde aumenta la migración grupos en acompañamiento de cuerpos familiares (Reyes, 2013).

Ilustración 2

Distribución por grupos de edad



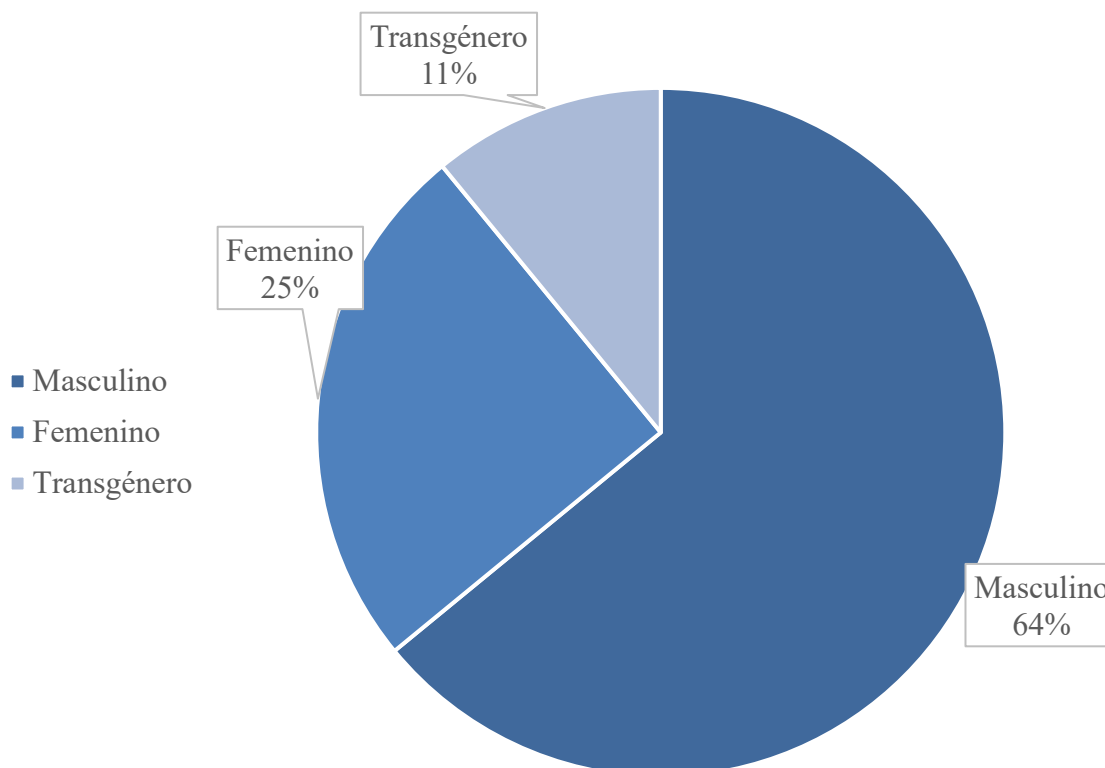
Nota: Distribución de edad por rango. Elaboración propia con una muestra de 357.

La distribución por género muestra un predominio del género masculino (203) como se muestra en la ilustración 3, a diferencia de la migración de Sur y Centroamérica hacia Europa, donde el género que predomina es el femenino (Sorensen, 2005). Ahora bien, durante la encuesta, se les permitió a las personas migrantes responder con el género con el que más se identificaban, abriendo espacio para personas que se catalogan como transgénero o de alguna otra forma, y esto se integró posterior a la aplicación de la prueba piloto. En esta tesis se destaca la importancia de integrar la diversidad de género como una opción de ítem, no limitar las opciones a solo hombre y mujer, aunque no es el eje central

de esta tesis. Lo sorprendente es el número de personas que no se identificaron como hombre o mujer: el 11 %.

Ilustración 3

Distribución por género



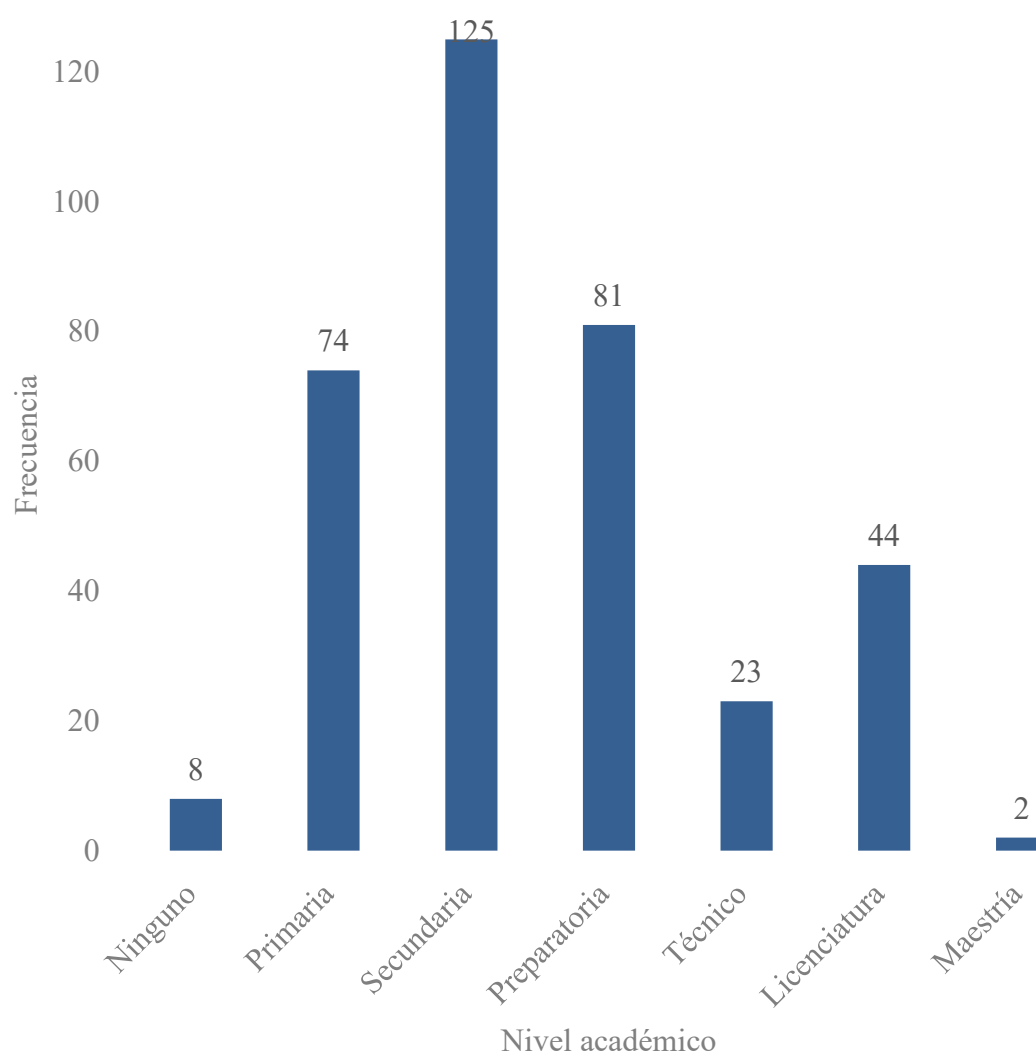
Nota: Distribución del género con el que la muestra se identifica más.

Otra medida levantada fue el nivel de escolaridad. La escolaridad fue medida en grados terminados, logrando homologar el dato obtenido con el dato de nivel educativo en México para una mayor comprensión. El nivel educativo de predominio fue de escuela secundaria (125) como se muestra en la ilustración 4, seguido de preparatoria (81). Se observan también dos personas con grado de maestría, incluso algunos con interés de iniciar estudios de doctorado en la localidad en programas con apoyo del Consejo Nacional

de Ciencia y Tecnología (CONACYT). No se determinó el conocimiento real de lo que implica esta ruta. Lo que sí se puede observar es que los migrantes en general tienen un nivel de escolaridad relativamente robusto; solamente una minoría no tenía ningún año escolar cursado.

Ilustración 4

Distribución de la muestra por nivel académico

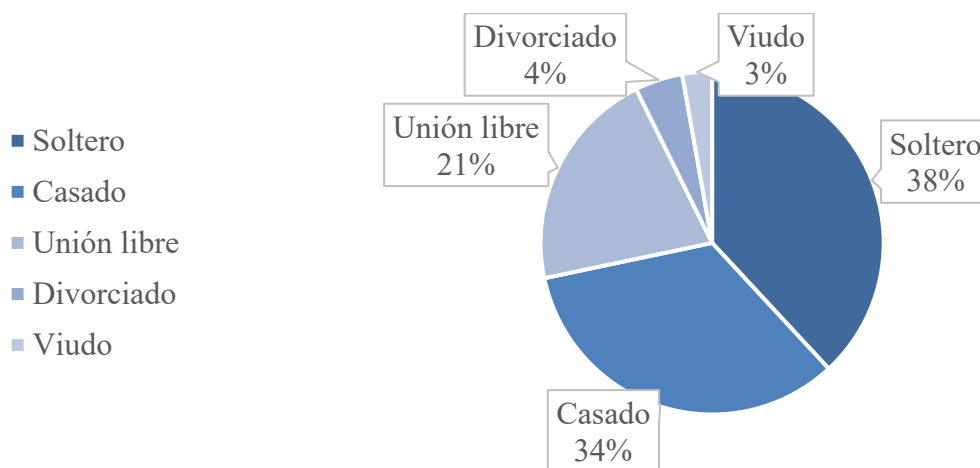


Nota: Distribución de la muestra por nivel de estudio, buscando la equivalencia a los grados en México.

Otra variable importante es el estado civil del migrante. Este da indicaciones sobre su situación familiar y su condición de viaje, sobre todo ante la realidad de que la migración hoy incluye parejas e incluso familias enteras con niños pequeños. Es decir, el estado civil de los migrantes se presenta como parte importante de las dinámicas sociales del migrante de hoy, y que se ven reflejadas en la cotidianidad de la migración, como, por ejemplo, dejar una familia o migrar con ellos. Cabe destacar que el 38.1 % (136) de la muestra se encuentra en un estado civil soltero, esto durante el proceso migratorio, ya que en la narrativa de los migrantes algunos de ellos habían terminado sus relaciones para continuar con su sueño (ilustración 5).

Ilustración 5

Estado civil de la población de estudio



Otra variable clave, aunque se presume que todos los migrantes en el momento de contacto no cuentan con empleo, es el trabajo. En general, en muchos países de origen de los migrantes, el empleo se considera un factor protector relacionado con el acceso a los servicios de salud, secundario a que el empleo formal debe de cumplir con garantías de acceso a un servicio médico, como en México en donde este es otorgado por el IMSS, por

ejemplo. El 73.7 % (263) de los migrantes dijeron contar con un empleo—declaraciones un tanto curiosas dada su condición de migrante, pero solo 27.5 % (98) dijo tener un empleo formal, mientras el 26.3 % (94) de la población no cuenta con un empleo. Esto se muestra en la tabla 7. Retomando la hipótesis planteada, la variable sociodemográfica relacionada con los ítems de empleo muestra información relevante para el estudio. Se destaca una población migrante sin empleo, por consiguiente una probabilidad menor de acceso a los servicios de salud. Lo anterior se relaciona con el acceso a la salud por derecho laboral.

Tabla 7

Ocupación de la muestra de estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	EMPLEO FORMAL	98	27.5	27.5	27.5
	EMPLEO INFORMAL	165	46.2	46.2	73.7
	DESEMPLEADO	94	26.3	26.3	100.0
	Total	357	100.0	100.0	

Nota: Tabla elaborada con SPSS, IBM, Statistics 25.

Se puede observar un predominio de empleo informal con un ingreso menor a \$3000 pesos mexicanos. El 55.1 % (54/98) de los migrantes que dijeron contar con un empleo formal tiene un ingreso mayor a \$3000 pesos mexicanos, y uno de ellos dijo tener un ingreso mayor a \$11,000 pesos mexicanos. Entre los migrantes con un empleo informal, sólo el 22.4 % (37/165) cuenta con un ingreso mayor a \$3000 pesos mexicanos al mes. Los datos muestran una media predominante en ingresos mayor a los \$3000 pesos mexicanos

entre los migrantes que cuentan con un empleo formal. Bajo la hipótesis de que tener un empleo formal aumenta la probabilidad de tener un ingreso mayor de \$3000, obtenemos una χ^2 de 29.3, con valor a p equivalente a 0.00001 con significancia de p menor a 0.05, determinando que existe una relación entre estas variables, como se plasma en la tabla 7.1. En análisis descriptivo permitió determinar la relación entre el tipo de empleo y el ingreso mensual. Se asocia la posibilidad de un ingreso mayor a \$3,000 pesos mexicanos con el acceso a un empleo formal. La prueba χ^2 permitió establecer un relación y aceptar la hipótesis planteada.

Tabla 8. 1

Ocupación de la muestra de estudio

		Ingreso mayor a \$3,000 MXM	Ingreso menor a \$3,000 MXM	Total	Porcentaje
Válido	EMPLEO FORMAL	54	44	98	37.2 %
	EMPLEO INFORMAL	37	128	165	62.7 %
	Total	81	172	100.0	
		$\chi^2= 29.3$	$p=0.00001$		

Nota: Tabla elaborada con SPSS, IBM, Statistics 25.

Con relación a la estancia de su travesía, de la muestra estudiada, el tiempo mínimo que llevan viviendo en México equivale a 1 mes y el tiempo máximo a 96 meses, el tiempo promedio que llevan viviendo en este país equivale a un año dos meses, con una desviación estándar de 16.86 (valor en meses). El 72.8 % de la muestra se encuentra dentro del valor

mínimo al valor de la media. La ilustración 6 muestra el país de origen de la muestra de estudio, donde se observan los siguientes datos: Haití 31.4 % (112), Cuba 26.1 % (93), Venezuela 9 % (32), Chile 8.1 % (29), Brasil 7.3 % (26), Honduras 3.9 % (14), Perú y El Salvador 3.6 % (13) cada uno, Ecuador 2.2 % (8), Guatemala y Colombia 1.7 % (6) cada uno y Nicaragua 1.4 % (5).

El 86 % (308) de la muestra busca llegar a Estados Unidos de América y un 13.7 % dijo que podría cambiar su país de destino, manifestando algunos de ellos que pudieran sin problemas permanecer en México. Este factor pudiera estar relacionado con la presencia de familiares en Estados Unidos, principales. De hecho, tener familiares o conocidos en el país de destino es uno de los factores atrayentes para las estrategias y destinos de migración que predominan. El 32.5 % (116) tiene familia en México y el 55.7 % (199) tiene familiares en otros países, y de estos 198 tiene familiares en Estados Unidos de América y uno de ellos tiene familiares en Canadá. Únicamente el 11.7 % de la muestra dijo no contar con familia en México u otros países.

Ilustración 6

País de origen de la muestra

Frecuencia 
5 112



Con tecnología de Bing
© Australian Bureau of Statistics, GeoNames, Geospatial Data Edit, Microsoft, Navinfo, OpenStreetMap, TomTom, Wikipedia

Nota: Distribución de los migrantes irregulares en tránsito en México. Elaboración propio con el ítem país de origen del instrumento “Exclusión de los servicios de salud: el migrante”.

Con los datos sociodemográficos obtenidos a partir de las encuestas implementadas, se pudo determinar el perfil del migrante durante el periodo del trabajo de campo, y se

presume que no ha variado mucho antes o después del estudio. En general, predomina la edad productiva, mayormente hombres casados y solteros en un dato con resultados muy similares y la escolaridad se encuentra mayormente hasta la secundaria. El ingreso es menor al salario mínimo y predominan los empleos informales.

Datos de identidad y derechohabiencia

El siguiente componente de la encuesta se refiere a la identidad y la derechohabiencia, como elementos que resumen el filtro para determinar o definir su acceso a los servicios de salud. Como se desarrolló en el marco teórico, la identidad puede tener un matiz excluyente, burocráticamente hablando, pues el migrante debe identificarse para poder gozar de acceso a las unidades que proporcionan bienes y servicios, sobre todo para acceder a servicios de salud cuando los requiere. En este segmento se analizan los migrantes integrados en la muestra, se distinguen los que cuentan con documentos de identidad de los que no cuentan con ellos y aquellos que tienen una derechohabiencia de aquellos no la poseen.

En relación con la identidad, el 67.5 % (241) cuenta con un documento que lo valide en alguna forma. Este tipo de documentos se han establecido como documentos importantes, pero entre muchos migrantes este ha sido desplazado por un carné de identidad gubernamental (Velázquez, 2005), es decir, algún tipo de documento proporcionado por el gobierno huésped. En relación con los documentos de identidad se presentan dos tipos de documentos, el primero que lo categoriza como migrante, el cual predomina entre los documentos que muestran, y el segundo que es aquel migrante que ha logrado obtener un carné de identidad que lo define como local, aunque no necesariamente ciudadano del país, lo es el CURP o Clave Única de Registro de Población. El 16.6 % de

ellos han logrado integrarse al país, por medio de naturalización o ciudadanía, identificándose con acta de naturalización o identificación del Instituto Nacional Electoral (INE). De forma descriptiva, aplicando la teoría y las pruebas empíricas se logra establecer una relación entre la identidad y ciudadanía como un factor que limita el acceso. Mas adelante se muestra como en los centros de atención médica se ha solicitado un documentos de identidad para poder disfrutar de la atención a la salud del migrante. El resto, como se muestra en la ilustración 7, se identifican con documentos que lo catalogan como migrante, y que le conceden un permiso de estancia temporal en el país. Esto es importante porque esta variación puede ser determinante en su capacidad de acceder a los servicios de salud. Se presume que los ciudadanos tienen derechohabiencia a algún sistema de salud; los que gozan de un permiso de estancia temporal o permanente tienen acceso, pero limitado; y los que no gozan de ningún documento que se supone son los más fácilmente excluidos de cualquier bien o servicio, incluyendo el servicio de salud.

Existen otros matices importantes con relación a la documentación. Con relación a la derechohabiencia—que se define como el acceso completo y total y la capacidad de exigir y hasta de protestar la ausencia de un servicio, únicamente el 30.8 % (110) cuenta con una afiliación para gozar de servicios de la salud de manera plena. Para la mayor parte de los migrantes, la derechohabiencia o más bien la ausencia de esta se posiciona como el principal factor excluyente con relación a los servicios de salud, y es este punto preciso donde los actores del sector salud con predominio en la rama médica pueden denegar el servicio o pueden priorizar la atención a pacientes con vigencia de derechos en las instituciones médicas (Ramos, 2003). La documentación es el factor más importante entonces en el acceso a los servicios de salud. Ahora bien, no todos los migrantes están

totalmente excluidos. Entre ellos, destaca un importante número de usuarios del IMSS con derechos, el 23.2 % (83), seguido de 27 usuarios de la Secretaría de Bienestar, aunque los servicios de este sistema están menos estructurados y son de alto cuestionamiento en su cantidad y su calidad. En la tabla de contingencia 7.2 y 7.3 donde se realiza el cruce de las variables de identidad y derechohabiencia respectivamente con el acceso a los servicios de salud se observan dos condiciones. La primera en relación con la identidad el 0 % de la muestra que no cuenta con documentos de identidad no ha accedido a los servicios de salud. La segunda observación se relaciona con una muestra sin derechohabiencia en la cual el 0 % de la población ha sido excluida de los servicios de salud. Esto permite asociar de forma positiva con un análisis descriptivo la afirmación donde se relaciona la presencia de documentos de identidad y una derechohabiencia vigente con el acceso a los servicios de salud, considerando estas dos variables como factor protector contra la exclusión social de los servicios de salud para el migrante, lo cual permite establecer una relación con lo que ofreció el capítulo teórico y que permite confirmar una de las hipótesis establecidas.

Tabla 9. 2

Identidad y acceso a los servicios de salud

		Acceso a los servicios de salud	Exclusión de los servicios de salud	Total
Válido	Documentos de identidad	26 (100 %)	1 (12.5 %)	27
	No documentos de identidad	0 (0 %)	7 (87.5 %)	7
	Total	26	8	34

Nota: Tabla elaborada con SPSS, IBM, Statistics 25 con porcentaje por fila.

Tabla 10. 3

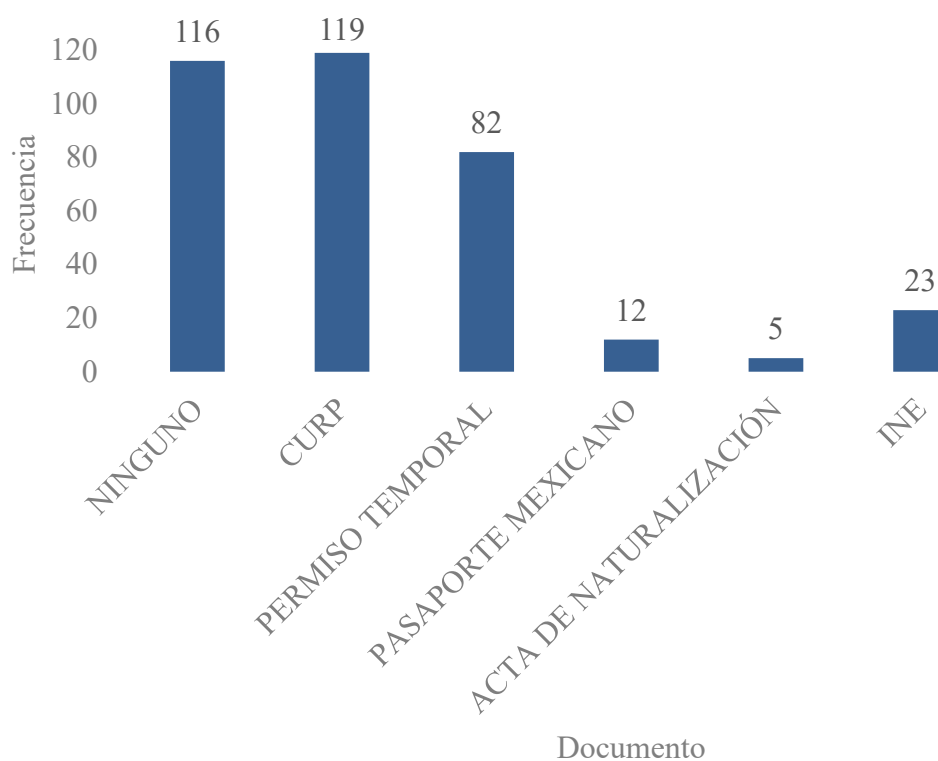
Derechohabiencia y acceso a los servicios de salud.

		Acceso a los servicios de salud	Exclusión de los servicios de salud	Total
Válido	Derechohabiencia	5 (18.5 %)	0 (0 %)	5
	No derechohabiencia	22 (81.5 %)	7 (100 %)	27
	Total	27	7	34

Nota: Tabla elaborada con SPSS, IBM, Statistics 25 con porcentaje por fila.

Ilustración 7

Documentos de identidad



Nota: Documentos de identidad con que cuentan los migrantes

Índice de marginación

Al cruzar estas variables, el nivel de exclusión se manifiesta más claramente, pues se puede observar, por lo menos matemáticamente, que sí existe una relación entre el documento que da derechohabencia, la limita, o la quita, y el acceso a los servicios de salud. Es decir, la primera variable se relaciona con el uso de servicios a los cuales las personas en condición de migrante tienen o no tienen acceso. Por supuesto que esto vulnerable y margina al migrante. De este punto se parte para dar el salto hacia la marginación que sufren los migrantes en la sociedad en que se encuentran. Las variables que se miden en el índice de marginación, a su vez, representan los servicios básicos de los cuales, el migrante puede ser excluido.

En la tabla 8 se muestra el resultado de los nueve ítems, de los cuales se recolectó información en la muestra de estudio para desglosar los índices de marginación. Los ítems del índice son tratados de forma independiente ya que el impacto de cada uno es distinto en relación directa con el acceso a los servicios de salud y no como un dato global.

Tabla 11

Índice de marginación

<i>Índice</i>	Afirmativas	Negativas	Porcentaje de marginación.
<i>¿Sabe usted leer y escribir?</i>	336	21	6 %
<i>¿Terminó estudios de preparatoria/homólogo (Considerando la población de estudio: mayor a 18 años)?</i>	210	147	41 %
<i>¿Su vivienda cuenta con drenaje sanitario?</i>	339	18	5 %

<i>¿Cuenta con energía eléctrica en su vivienda?</i>	339	18	5 %
<i>¿Cuenta con agua entubada en su vivienda?</i>	312	45	13 %
<i>¿Su vivienda cuenta con piso de tierra?</i>	172	185	48 %
<i>¿Viven más de dos personas en su vivienda por habitación?</i>	325	32	91 %
<i>¿En su localidad viven menos de 5,000 personas?</i>	5	252	1 %
<i>¿Gana menos de \$520.68 pesos diarios?</i>	333	24	7 %

Nota: Elaborada con SPSS, IBM, Statistics 25.

Los datos de la tabla permiten observar que servicios como la educación básica, el acceso al sistema de drenaje, uso de energía eléctrica, la ubicación en zonas urbanizadas, que son las medidas adoptadas para medir el nivel de marginación en esta tesis, y que provienen de los estudios gubernamentales en México, no representan un problema severo para este grupo de la población. Esto pudiera indicar que no son los más pobres los que migran sino aquellos que pueden pensar en ciertas estrategias o que poseen ciertos recursos para emprender la travesía. Esto es revelador en sí. Se observan áreas de importante interés, como lo es el acceso a la educación media superior y superior, donde casi la mitad de la población no ha tenido acceso a este nivel de educación, pero muchos sí cuentan con una escolaridad que les permite negociar sus documentos e incluso empleo temporal.

Reforzando este punto, el tema de la educación complementa esta conclusión. Con relación al tiempo viviendo en Ciudad Juárez y el acceso a educación, se observa una relación entre las variables con una χ^2 de 18.51, un valor de p de .000017 con una significancia de p menor a .05.

Siguiente el argumento bajo este tenor, el 13 % de los migrantes no tiene acceso a agua potable entubada, pero muchos de ellos sí reportaron tenerlo. El 48 % de esta muestra que representa a los migrantes viven con pisos de tierra, lo cual se asocia a problemas de salud como aumentar el riesgo de infección con *Mycobacterium tuberculosis*, pero la otra mitad posee pisos de mayor desarrollo. Sin embargo, se observa que, entre la población migrante, predomina en viviendas con hacinamiento, correspondiente a 91 %. La alimentación es también un factor importante en este sentido. El migrante marginado se ve relacionado con un factor de riesgo para desnutrición, sobre todo en el infante que a menudo acompaña a los padres, o que son parte de los grupos familiares en tránsito migratorio (Salcedo y Prado, 1992). Para esta tesis se observa que el índice de marginación no es propiamente una variable a consideración directa con el acceso a los servicios de salud, pero contiene ítems que se asocian a cuadros de vulnerabilidad y marginación que impactan a la salud. La hipótesis establece que los servicios contenidos en el índice de marginación tendrán resultados alarmantes, pero no fueron los más alarmantes. Se observa una población excluida a servicios como el drenaje (5 %) y acceso a agua potable (13 %), pero estos no fueron los más alarmantes. Lo alarmante se posiciona en la población que vive en viviendas sin suelos con las características adecuadas (48 %) y un alarmante estilo de vida en hacinamiento (91 %). Lo anterior establece que la hipótesis estadística de frecuencias y los ítems del índice de marginación muestran datos relevantes para el estudio. Ahora bien, en tiempos de la COVID-19, la marginación, también se asocia la exclusión del esquema de vacunación (Vega, 2022). El índice de marginación no se ve propiamente relacionado con el acceso, pero sí marca una pauta de riesgos para la salud, lo cual permite también determinar que entre los migrantes necesariamente se dan esquemas que requieren

acceso a las unidades de salud y a dichos servicios, elementos que a largo plazo pueden modificar la demanda de servicios de salud y atención médica por parte de la comunidad migrante; pero que también nos permiten medir el nivel de acceso que tienen.

En este párrafo se comienzan a cruzar el perfil de necesidad del migrante basado en la discusión anterior y el acceso a los servicios de salud. El 28.9 % (103) de los encuestados afirman haber necesitado atención médica en algún momento en su estancia en la ciudad, pero sólo el 33 % (34) de estos lo habían solicitado, la mitad de ellos o el 50 % (17) en las unidades de la Secretaría de Bienestar, un 35.3 % (12) prefirió acudir a un medio privado en el Hospital Femap-SADEC, el 11.7 % (4) acudió al Instituto Mexicano del Seguro Social o IMSS, y el 3 % (1) accedió al Hospital General B del ISSSTE. Solamente, al 20.5 % de los migrantes que solicitaron atención médica se les negó el servicio. De los migrantes que experimentaron el rechazo a los servicios de salud, la mayoría lo asoció a que no contaban con ninguna derechohabiencia en la unidad en donde se solicitó el servicio, equivalente a un 42.8 % (3); un 28.6 % (2) afirmó que esto se debió a que no contaban con ningún documento de identidad y un 28.6 % (2) afirmó que se debió a que no son mexicanos. Se muestra una relación con los documentos de identidad jurídica por medio de los documentos de identidad y el rechazo en la solicitud de atención médica, probando de esta forma una de las hipótesis establecida en esta tesis. Esta experiencia, por supuesto no es distinta a lo de otros migrantes en otros países. Por ejemplo, en Estados Unidos, los migrantes en México han tenido que acceder a servicios médicos privados como una alternativa para la atención a los problemas de salud (Nigenda et al, 2009) y solamente en casos de emergencia son atendidos en servicios subvencionados por el gobierno. Desde el enfoque del migrante, por lo menos entre los que fueron negados el

servicio, los datos muestran una percepción de rechazo identitario o sociocultural por parte del sistema de salud de la localidad, lo que más adelante se matizará con la perspectiva de los actores de los servicios de salud.

Otro nivel de análisis es el nivel o tipo de atención que se buscó. Con relación a las afecciones de la salud, se observa un perfil de migrantes con un estado de salud aparentemente sano. El 77.6 % (277) afirma no padecer ninguna enfermedad o afección a su salud y por tanto no requirió de ningún servicio de salud. Entre los que sí reportaron alguna afección en su salud, los diagnósticos observados fueron hipertensión arterial sistémica (14), diabetes mellitus (26), infecciones respiratorias de agente etiológico no confirmado (36), y gastroenteritis probablemente infecciosa (8). Dadas las condiciones de la pandemia de la COVID-19, durante la cual se realizó mucho de este trabajo de campo, no sorprende que el 45 % de las personas que presentaron alguna patología, la misma estaba relacionado con un cuadro respiratorio, esto secundario con la pandemia de la COVID-19. Evidentemente, siempre fue difícil saberlo, pero las probabilidades eran altas. En segundo y tercer lugar, había patologías crónicas no infecciosas como hipertensión arterial y diabetes mellitus, con 32.5 % y 17.5 % respectivamente, cuatro personas de estos porcentajes padecían ambas patologías, las cuales requieren atención, pero también seguimiento y mejores condiciones de vida que las se pueden obtener en tránsito migratorio.

Las patologías que se observan en los migrantes sujetos de estudio son de importancia epidemiológica, aunque en su gran mayoría y apegándonos a las teorías de migración individual, se presenta un migrante en tránsito con un perfil de salud relativamente sano. Sin embargo, los datos recogidos para este trabajo muestran que cerca de la mitad de la muestra se ha visto en una condición relacionada con un factor de riesgo

sanitario, en parte por la pandemia, pero también por las condiciones naturales al trayecto migratorio. Sin embargo, las condiciones en las cuales se encuentran estos migrantes permite pensar que la habitualidad de un ser supuestamente sano es difícil, sobre todo entre los que reportaron no tener ninguna afección, porque analizar las necesidades de salud desde una perspectiva objetiva requiere un acercamiento más científico que “el sentirse bien” o el “estar bien”. Los riesgos siempre están ahí, donde un individuo inicia un proceso migratorio, a veces ya con patologías preexistentes o latentes o con factores de riesgo no calculados. A esto hay que sumar los riesgos a patologías de origen infeccioso: crónicas como el VIH o no crónicas como procesos respiratorios y también los riesgos de accidentes.

Acceso a los servicios de salud: Vacunación

Dadas las condiciones del trabajo de campo de esta tesis, no se puede avanzar sin haber pensado en lo que la COVID-19 significó para los migrantes, sobre todo porque la pandemia y las maneras de atajarla evolucionaron también a lo largo del estudio. Este segmento es el primero de tres en los cuales esta tesis plantea el acceso a diferentes servicios de salud. Aquí se trata de abordar el esquema de vacunación contra la COVID-19, que surge después y que fue, dado su costo y escasez, una cuestión importante de acceso como un factor de protección para la población. Un esquema general, que en diversas naciones se aplicó y se aplica todavía es importante porque en México esto fue en gran parte un tema de mucha controversia. De cualquier manera, con el objetivo de minimizar los daños de la pandemia, hacia la población mundial, los gobiernos, incluyendo el mexicano, desplegaron el esquema de vacunación. La tercera dosis de vacunas contra la COVID-19 debería haber estado ya aplicada en cualquier región de Latinoamérica para el

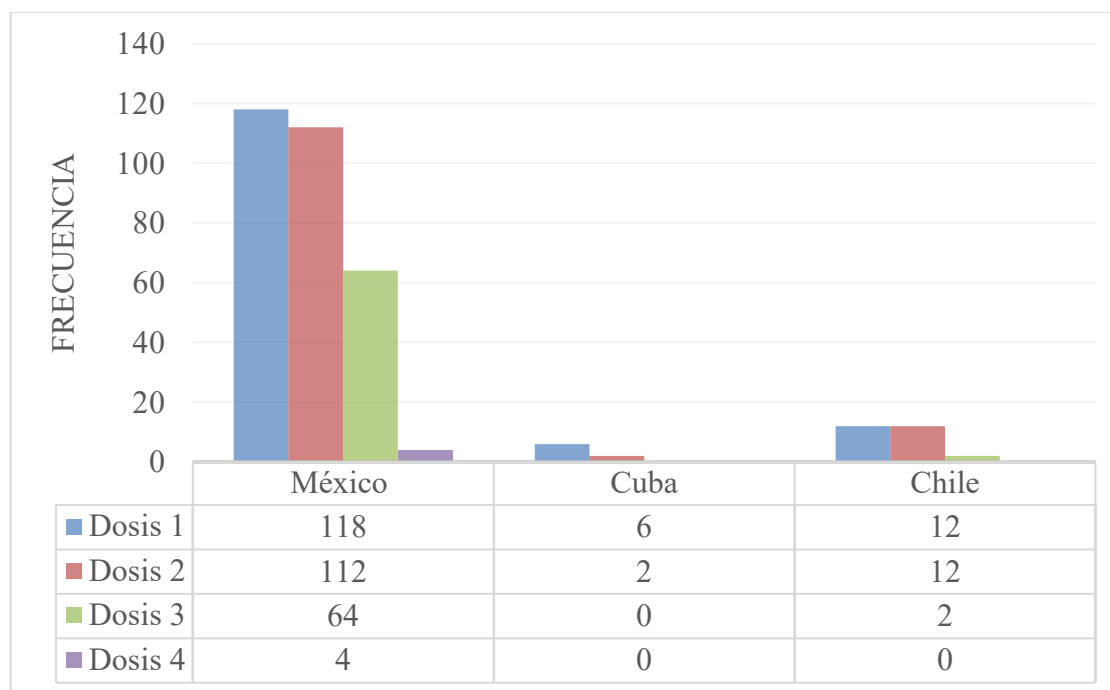
momento del trabajo de campo. Pero esto no fue el caso, por lo menos no entre toda la población. De la muestra de estudio, el 46.8 % (167) no habían recibido ni una sola vacuna contra la COVID-19. El 16 % (57) de ellos no deseaba aplicarse ninguna vacuna; un 11.5% (41) afirma que la vacuna le fue negada; un 9 % no se le ha aplicado por no haber recibido información y desconocer sobre el tema; y finalmente el 10.4 % (37) restante, desconocía dónde podía aplicarse esta vacuna. El 34.4 % afirma contar con un esquema completo contra el agente causante de esta pandemia, al criterio del entrevistado —algo difícil de verificar. Retomando los conceptos del marco teórico, desde la perspectiva de la inclusión los migrantes no fueron sistemáticamente incluidos en el esquema de vacunación, aunque tampoco fueron masivamente excluidos. La exclusión del esquema de vacunación contra la COVID-19 se ve más bien asociado a la falta de difusión y conocimiento sobre el acceso a esta y la falta de recursos de todo tipo para obtenerla, y menos a los mecanismos de acceso a dicha vacunación. La falta de un esquema de vacunación competente, en épocas de pandemia, en un migrante se vincula con un escenario de vulnerabilidad de su salud.

Con los datos obtenidos, se observa el predominio en aplicación de vacunas contra la COVID-19 como estrategia de prevención contra complicaciones por parte del gobierno de México, aunque los problemas que se dieron fueron universales y no exclusivamente para con los migrantes. Por ejemplo, con relación a la Dosis 1, el 86.7 % (118) de las vacunas se han aplicado en México, con Pfizer como laboratorio predominante con un 64.7 % (88). La segunda dosis, del mismo modo, cubrió al 88.8 % de los migrantes con vacuna, también principalmente del laboratorio Pfizer, con un 57.8 % (68). La tercera dosis, baja drásticamente en su aplicación, con solamente 64 dosis en México, y en esta ocasión predomina la marca AstraZeneca con un 78.8 % (52) (en un momento cuando en la Unión

Europea esta marca había sido desestimada). Cabe mencionar que se registraron cuatro personas que se habían aplicado una cuarta dosis y en su totalidad, estas correspondían al laboratorio AstraZeneca (BBC, 2021). No se hicieron comparaciones con la población en general, pero se estima que los migrantes no sufrieron discriminación propiamente con relación al esquema de vacunación, dados los porcentajes reportados.

Ilustración 8

Dosis de vacunación COVID-19 y el lugar de vacunación



En resumen, con relación a los datos obtenidos y la temporalidad en la que se realizó el trabajo de campo, de las 66 personas encuestados, dos de ellas fueron vacunas en Chile, y el resto en México, esto entre los que habían sido vacunados con un esquema completo. Esto equivale a un preocupante 18.5 % de personas migrantes con un esquema de vacunación completo contra COVID-19, considerando un esquema completo para el momento del trabajo de campo a un esquema con por lo menos tres dosis de vacuna. Hay

una limitación evidente, con los datos ilustrados en los párrafos anteriores, del esquema de vacunación para el migrante, un 81.5% de la población migrante no cuenta con un esquema de vacunación adecuado para la región de tránsito. Así podemos determinar que hay una limitación en el acceso a los servicios de atención a la salud correspondientes al primer nivel, como se propuso en las hipótesis de trabajo.

En los siguientes tres segmentos se presentan los datos obtenidos en relación con el trato adecuado y digno para con el migrante en el momento de contacto con el sistema de salud. Estos se evaluaron en tres momentos, la atención médica en general, el primero fue el servicio de urgencias, el segundo fue el servicio de hospitalización, y el tercero fue el servicio de consultorios. Según el sistema de evaluación de trato adecuado y digno para que un porcentaje se considere adecuado, el mismo deberá de estar por arriba del 95 % de cumplimiento. Eliminar las barreras de comunicación, abastecimiento y rechazo para el acceso a la vacunación especialmente contra la COVID-19 debió de ser primordial para la atención de la pandemia, pero también se solicitaron muchos otros servicios. Ahora bien, para lograr ese objetivo en futuros escenarios de salud pública una gestión de atención globalizada será primordial (Godoy et al, 2022). Este es el estándar de medición en las siguientes partes.

En los tres segmentos que se describen a continuación se logra mostrar los datos que muestran como la teoría y los datos empíricos concuerdan y permiten probar la hipótesis donde se plantea las limitantes en los migrantes que lograron acceder a los servicios de salud. Se observa predominante las carencias en las dimensiones de financiamiento y la percepción del trato digno con carácter insuficiente. Se muestra también en cada uno de los

siguientes tres una diferencia en la calificación global del migrante y de la población local en el mismo periodo de estudio.

Acceso a los servicios de salud: Servicio de urgencias

El servicio de urgencias de las unidades médicas es el responsable de atender a las personas cuyo estado de salud ponga en riesgo la vida o la función orgánica. Este es un servicio prioritario que se caracteriza por ser un derecho para la población, independiente de característica sociocultural, identidad o derechohabiencia.

Con relación a este tipo de servicio, únicamente 26 de las personas estudiadas habían pasado por una situación de salud que ameritaba atención del servicio de urgencias. A pesar de lo que se espera de este servicio, de acuerdo con el estándar indicado arriba, un 30.7 % (8) de la muestra afirma que el servicio de urgencias se le negó. Los datos de la Tabla 9 muestran el porcentaje y la frecuencia de las respuestas positivas obtenidas de la muestra de estudio. Es importante mencionar que en ninguno de los rubros se logra un cumplimiento pleno y adecuado —ningún rubro llega al 90 %. De hecho, se observa un limitado 59.5 % de porcentaje global de atención. Las afirmaciones en las que más trabajo pendiente hay para los servicios de salud, de acuerdo con las respuestas de los migrantes, son la satisfacción general recibida, el tiempo de espera para ser atendido, el financiamiento de medicamentos y estudios subrogados, la autonomía para aceptar o rechazar un tratamiento, y la oportunidad en la atención con respeto a la respuesta al dolor percibido durante su estancia en el servicio de urgencias.

Las dos áreas con mejor cumplimiento están relacionadas con la dimensión de comunicación en relación con explicaciones eficientes y claras. El resultado del mismo periodo de la población general en relación con la puntuación global del servicio de

urgencias fue de 92.9 %, una diferencia de 33.4 puntos porcentuales por debajo en relación con la población migrante.

Tabla 12

Satisfacción con el trato del servicio de urgencias percibido por el migrante

Afirmación	Porcentaje de cumplimiento	Frecuencia
TDU.1. ¿Durante su estancia lo atendieron con respeto?	77.8 %	14
TDU.2. ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de urgencias?	66.7 %	12
CU.1. ¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió al servicio de urgencias?	66.7 %	12
CU.2. ¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	88.9 %	16
CU.3. ¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	88.9 %	16
CU.4. ¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	77.8 %	14
AU.1. El médico, al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	55.6 %	10
FU.1. ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	55.6 %	10
FU.2. ¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	50.0 %	9

OU.1. Durante su visita al servicio de urgencias, ¿tuvo dolor?	66.7 %	12
OU.1.1. ¿Su dolor fue atendido?	55.6 %	10
OU.2. ¿Le dijeron cuánto tiempo iba a esperar para recibir la atención de acuerdo con la gravedad de su padecimiento?	38.9 %	7
OU.3. ¿Cuánto tiempo esperó 15 minutos o menos para ser atendido?	27.8 %	5
CPU.1. ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la atención médica recibida?	16.7 %	3
Global	59.5 %	

Acceso a los servicios de salud: Servicio de hospitalización

Esta área de las unidades hospitalarias es la responsable de dar seguimiento a las patologías que requieren de intervenciones específicas y que no pueden ser resueltas con cuidados ambulatorios. La permanencia en este servicio es mayor en tiempo que en el resto de las áreas. Esta área fue solicitada por 13 personas de los cuales el 69.2 % (9) logró acceder al servicio de hospitalización, mientras que al 30.8 % restante le fue negada la atención relacionada con la hospitalización para la atención de su condición. La tabla 10 muestra los resultados de la ampliación del instrumento con relación al esquema de hospitalización. En la tabla se muestran también los valores críticos como lo son aquellos relacionados al financiamiento de medicamentos, la satisfacción con el servicio y cuidado en general, la autonomía del usuario para aceptar o rechazar el servicio ofertado, la comunicación con el médico y el personal médico en general, y los tiempos de espera. Por supuesto que muchos de estos aspectos con materia de percepción y hasta la población general se queja, pero en

este estudio se considera solamente la población migrante como objeto de estos servicios, e independientemente de su percepción con relación a los servicios otorgados (o negados).

Ahora bien, se observa también un preocupante valor de incumplimiento de un 45.17 % en valor global, mucho menor al del servicio de urgencias. En parte pudiera deberse a que una urgencia es precisamente eso, una urgencia, mientras que una hospitalización puede ser sustituida por un tratamiento ambulatorio, aunque no sea lo óptimo. Pero sí hay comparativos con la población en general. La encuesta en su aplicación global obtuvo 88.52 % con relación a la población general, o 43.35 puntos porcentuales por encima de la población migrante. En este rubro se rescata el enfoque de las determinantes sociales en salud, en contexto de violencia estructural. En el servicio de hospitalización se presenta la mayoría de las necesidades de recursos que se ven limitados por falta de un procesos. Se observa un inadecuado acceso a un esquema de tratamiento completo y la falta de comunicación entre médico-paciente.

Tabla 13

Satisfacción con el trato del servicio de hospitalización percibido por el migrante

Afirmación	Porcentaje de cumplimiento	Frecuencia
TDH.1. ¿Durante su estancia lo atendieron con respeto?	77.8 %	7
TDH.2. ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de hospitalización?	55.6 %	5
CH.1. ¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su estado de salud?	33.3 %	3
CH.2. ¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	77.8 %	7
CH.3. ¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	44.4 %	4

CH.4. ¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	77.8 %	7
AH.1. El médico, al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	22.2 %	2
FH.1. ¿Le dieron todos los medicamentos que necesitó durante su hospitalización?	11.1 %	1
FH.1.1. ¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	44.4 %	4
FH.2. ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	44.4 %	4
OH.1. Durante su visita al servicio de hospitalización, ¿tuvo dolor?	55.6 %	5
OH.1.1. ¿Su dolor fue atendido?	44.4 %	4
OH.2. Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud lo entendió al momento de solicitarlo?	44.4 %	4
OH.3. ¿El tiempo de espera para conseguir una interconsulta con otra especialidad fue de más de 21 días?	33.3 %	3
CPH.1. ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la atención médica recibida?	11.1 %	1
Global	45.17 %	

Acceso a los servicios de salud: Servicio de consulta externa

Finalmente, se presentan los hallazgos con relación al servicio de consulta externa, el cual se encarga de dar el seguimiento, control, y diagnóstico a pacientes con manejo ambulatorio. Este servicio es el de mayor productividad en una unidad hospitalaria puesto que incluye una atención curativa pero también preventiva de futuros incidentes. En la tabla 11 se observan los resultados obtenidos en este segmento, la población migrante, con relación al trato adecuado y digno en los servicios de consulta externa. En los datos recogidos para este trabajo, la necesidad de este servicio entre los migrantes estudiados

asciende a 73 personas, todos en condición de migrantes que acudieron a obtener este servicio. De ellos, el 8.2 % vivió el rechazo a su solicitud de consulta. Esto es interesante pues muestra un número muy por debajo del resto de los servicios, como son las urgencias (que se supone son de atención inmediata) y las hospitalizaciones (que a menudo indican un nivel de gravedad importante en el paciente). Aun así, y a pesar de ser el servicio con mayor nivel de aceptabilidad, el mismo presenta un 60 % de cumplimiento, lo cual está muy por debajo de lo esperado para considerarse como una atención médica adecuada y digna, tal y como lo exigen las leyes y los derechos humanos.

Pero aun en esta área hay matices que requieren de un mayor análisis. Las áreas de menor percepción de trato adecuado y digno fueron la oportunidad relacionada con el tiempo de espera y la atención del dolor, la satisfacción general con el servicio y atención, y el financiamiento del servicio, aunque en todos los rubros se muestra un carente cumplimiento del servicio con relación a la medicación, los estudios complementarios y de seguimiento que a veces requiere una auscultación inicial, y el seguimiento al paciente para monitorear la evolución de su condición médica. Esta área de acceso a los servicios de salud mostró un cumplimiento en la población general de 90.54 %, mostrando un resultado 30.54 puntos porcentuales con mayor cumplimiento al de la población migrante. En este caso se observa entonces un nivel de exclusión del migrante mayor al de la población en general, lo cual ratifica algunos de nuestros supuestos hipotéticos.

Tabla 14

Satisfacción con el trato en el servicio de consulta externa percibida por el migrante

Afirmación	Porcentaje de cumplimiento	Frecuencia
TDC.1. ¿Durante su visita lo atendieron con respeto?	97.0 %	65

TDC.2. ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de consultorios?	82.1 %	55
CC.1. ¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a consulta?	88.1 %	59
CC.2. ¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?	79.1 %	53
CC.3. ¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos?	76.1 %	51
CC.4. ¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa?	79.1 %	53
AC.1. El médico, al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?	64.2 %	43
FC.1. ¿Le dieron todos los medicamentos que necesitó?	43.3 %	29
FC.1.1. ¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo?	40.3 %	27
FC.2. ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo?	41.8 %	28
FC.3. ¿Dejó de acudir a una consulta por no poder pagarla?	50.7 %	34
OC.1. Durante su visita al consultorio, ¿tuvo dolor?	59.7 %	40
OC.1.1. ¿Su dolor fue atendido?	50.7 %	34
O.C.2. ¿El tiempo de espera para conseguir una cita con otro especialista fue de más de 21 días?	22.4 %	15
CPC.1. ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la atención médica recibida?	25.4 %	17
Global	60 %	

Acceso inadecuado e indigno que se traduce en pérdida de la vida

En esta sección se presentará un caso donde la violación de derechos humanos, la falta de acceso adecuado a los servicios de salud y de calidad en la atención, hicieron sinergia con

el estado de salud de una paciente, y lo condujeron a la muerte. Esto ocurre también entre la población en general a veces, pero es un ejemplo de un fallo general para con las obligaciones adquiridas hacia la población migrante. Se presenta este caso con el objetivo de mostrar como las limitantes en el acceso y un flujo discontinuo en la atención médica puede tener un desenlace no positivo. Si bien no todos los casos escalonan a un desenlace tan agresivo, la posibilidad existe.

Este caso se presentó en un hospital federal de la localidad en el mes de diciembre de 2019. Este caso fue expuesto ante la Comisión Nacional de Derecho Humanos (CNDH) por el Instituto Nacional de Migración (INM). El caso corresponde a una mujer de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, de cuatro y siete años de evolución, respectivamente. Para efectos de este estudio, se analizó el expediente completo de la paciente desde el 15 de noviembre hasta el 5 de diciembre de 2019. Cabe mencionar que, según la recomendación 46/2021, las personas con enfermedades crónicas se consideran personas vulnerables.

Dentro de las observaciones del expediente se refiere a una paciente con datos neurológicos y vómito al presentarse al servicio de urgencias. Se observa en la documentación una atención tardía, lo que contribuyó al deterioro neurológico de la paciente. Esta paciente, migrante, se presentó al servicio de urgencias el día 11 de noviembre de 2019 con astenia, adinamia, cefalea, y dificultad para respirar. Según los registros en expediente clínico, hasta esta fecha la paciente negó enfermedades crónicas — por desconocimiento o alguna otra razón—, aunque existe la remota posibilidad de que lo manifestó y no se registró. Posterior a la estabilización de la paciente, esta se envió de alta al centro del Instituto Nacional de Migración o INM. No fue sino hasta el 15 de noviembre

cuando su salud comenzó a deteriorar en estas instalaciones y no fue sino hasta entonces que se notificó al médico del centro para migrantes, comunicándole los antecedentes crónico-degenerativos de la paciente.

Los representantes de la institución de salud suman al interrogatorio un antecedente de cáncer pulmonar al momento de ingresar al servicio de urgencias con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, sin datos relevantes en estudios de laboratorio y control de glicemia capilar periférica. Lo anterior se desapega a los lineamientos de la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención, ya que no contaba con examen general de orina que determinara glucosuria y estudio de parámetros clínicos de daño renal, secundario al consumo de medicamentos como la enalapril en pacientes diabéticos. No existe evidencia de una valoración posterior, hasta el alta. Por supuesto que los servicios de laboratorio también fueron deficientes y muy posiblemente no se otorguen como parte de un diagnóstico a los migrante —a ella no parecen habersele aplicado durante su primer episodio de atención médica. Este punto también es importante y debe considerarse como parte de los hallazgos de las deficiencias en la atención al migrante.

El mismo día ingresa al servicio de urgencias nuevamente, ahora sí tomándose laboratorios complementarios, se observa ya a una paciente con un estado neurológico afectado, egresando con el mismo diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. En diciembre ingresó nuevamente al servicio de urgencias, luego de haber presentado un episodio de crisis convulsivas de tipo tónico clónicas. En este momento se trataba de una paciente con un Glasgow de 7, valor que se asocia a un traumatismo severo y datos clínicos sugestivos a un evento vascular cerebral. Según la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y

Tratamiento Temprano de la Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, el diagnóstico de esta patología debe de llevarse en los primeros 60 minutos del primer dato de riesgo para eventos hemorrágicos y 24 horas para eventos isquémicos. Datos que se describieron en el expediente clínico de los días 15 y 29 de noviembre de 2019 y 5 de diciembre de 2019. La atención fue insuficiente, sin embargo y el 2 de julio de 2021 se dictamina que la muerte del día 6 de diciembre de 2019, posterior a un paro cardiorrespiratorio, fue con edema cerebral agudo, secundario a un evento vascular cerebral. Se observa falta de estudios complementarios, que forman parte de la dimensión de financiamiento del servicio de salud (generalmente un problema de recursos evidente en el sistema de salud en general pero que en los migrantes se agudiza por su precaria condición monetaria o por no contar con una fuente de financiamiento como la familia), los cuales en esta institución se realizan por medio de un sistema de subrogados que obliga a los prestadores de salud, realizarlo bajo el criterio de derechohabientes en cualquiera de sus claves y no en la 99 como fue la clasificación de esta paciente, la cual se traduce en no derechohabiente.

Conclusión

El acceso a los servicios de salud puede ser un gran desafío para los migrantes, especialmente para aquellos que se desplazan a través de diferentes países y sistemas de salud. En general, se encuentra que los servicios son deficientes, de acuerdo con cualquier estándar necesario para la salud de una población. A partir de este análisis, a continuación, se presentan algunas formas en que el acceso a los servicios de salud puede afectar a los migrantes:

1. Barreras culturales: Los migrantes pueden tener diferentes perspectivas culturales sobre la salud y la atención médica que los proveedores de atención médica locales. Esto puede dificultar la comprensión de los tratamientos y la confianza en los proveedores de atención médica.

2. Dificultades económicas: Los migrantes a menudo enfrentan dificultades económicas, lo que puede limitar su acceso a los servicios de salud. Los costos de la atención médica pueden ser prohibitivos para aquellos que tienen ingresos limitados, y la falta de seguro o derechohabiencia de salud puede hacer que sea difícil pagar los servicios médicos.

3. Falta de documentación: Los migrantes indocumentados pueden tener miedo de buscar atención médica debido a su situación legal y pueden temer la deportación. Esto puede hacer que eviten buscar tratamiento incluso para condiciones graves.

4. Falta de acceso a la atención preventiva: Los migrantes pueden tener dificultades para acceder a la atención preventiva, lo que puede aumentar el riesgo de enfermedades crónicas y afecciones no diagnosticadas.

En resumen, el acceso a los servicios de salud puede ser un gran desafío para los migrantes debido a una variedad de factores. Para abordar estas barreras, es importante que los proveedores de atención médica y los sistemas de salud trabajen para garantizar que los migrantes tengan acceso a la atención médica de calidad, independientemente de su idioma, cultura, estado migratorio o situación económica. El panorama estadísticos del accesos a los servicios de salud pudiera vincularse con mecanismo administrativos que estructuran barreras para la atención del migrante (Cabieses y Oyarte, 2020), que en el siguiente

capítulo se mostrara la intervención de los actores de los servicios de salud para el acceso o no a los servicios de salud por el migrante.

Este apartado fue la fase más densa de trabajo de campo. El instrumento creado incluyó los factores medibles orientados por el marco teórico y por ese motivo fue un ejercicio prolongado. Se considera que todos los ítems incluidos en el instrumento aportaron el entendimiento de los hallazgos que se presentan en esta tesis.

El índice de marginación incluyó elementos que empíricamente muestran ciertos factores de riesgo para la salud de la población migrante, pero, a pesar de mostrar el panorama de vida del migrante internacional, no da un resultado concluyente sobre el acceso a los servicios de salud. De dicho índice se rescata la falta de acceso a agua potable como uno de los principales riesgos sanitarios en la vida cotidiana del individuo. La pandemia fue una gran limitante de acceso a los espacios donde los migrantes se congregan. Hubo dos factores de riesgo importantes, los del investigador y los de la comunidad migrante. A pesar de lo anterior, la capacitación sobre los mecanismos de seguridad, medidas preventivas y uso de equipo de protección personal permitieron lograr el objetivo trazado para esta fase del trabajo de campo con éxito.

Los ítems asociados al empleo muestran datos importantes. El sistema de salud mexicano tiene un amplio rubro de cobertura por derecho laboral, por medio de instituciones del IMSS, que en ciudad Juárez se encuentran tres grandes unidades. Entonces, para el migrante es un factor protector de salud contar con un trabajo formal, pero este no es el caso que predomina. Pero se propone como un dato que podría ser considerado en el plan migratorio.

En el panorama de la percepción de la calidad de la atención de la salud por el migrante se muestran datos alarmantes. Las diferencias de medias ponderales entre la población migrante y la población local son de casi la mitad ponderal, a favor de la población local. Si bien el índice de marginación no es un dato contundente la exclusión sí lo es. La salud por derecho constitucional no está estrictamente vinculado a la identidad jurídica (un ciudadano) o una derechohabencia.

Los datos sociodemográficos permiten concluir que la identidad jurídica comprobada por documentos de nacionalidad o estancia legal y la derechohabencia son los factores primordiales que determinan las características de exclusión en el migrante. Se entienda que el sistema de salud presenta características no ideales para el funcionamiento de las unidades médicas. A pesar de lo anterior, la percepción de calidad, de la población local hacia la atención a la salud, tiene un cumplimiento cercano al 90 %. Esto muestra la cara A del acceso a los servicios de salud, donde hay un grupo de la población con características nacionales y de derechohabencia que sí es incluido y un grupo que presenta diversos niveles de acceso y deficiencia en la atención, lo cual puede culminar en la muerte como el caso que se presentó en este capítulo. El siguiente capítulo nos mostrará la continuidad de este proceso excluyente desde la perspectiva de los actores de los servicios de salud con el objetivo de alcanzar la profundidad del dato.

CAPÍTULO V

FRONTERAS PORTÁTILES: DESDE LOS EJECUTORES

Los ejecutores de la frontera en los servicios de salud

Si se han de estudiar las fronteras desde una perspectiva física, estas cuentan con elementos que las caracterizan, generalmente, una línea sobre el suelo o un *talweg* sobre un río, etc.; un espacio o zona o una región sobre la cual se dan dinámicas propias de la frontera; y luego se añaden aparatos burocráticos de control, incluyendo personas que protegen o vigilan el espacio, como por ejemplo los agentes migratorios; y por último, el residente o individuo que desea cruzar la línea fronteriza por un motivo particular que puede variar desde lo legal y legítimo hasta lo ilegalizado e ilegítimo. En esta tesis se propone que, así como el migrante lleva consigo una frontera personal —un elemento excluyente, tal como su identidad como “el otro”, el que no pertenece, y hay unidades o espacios donde se ofrecen bienes y servicio deseados o necesitados, etc.—, también hay “agentes” que otorgan o permiten o deniegan o cierran ese espacio. El fenómeno que se analiza en esta tesis se centra en el acceso a los servicios de salud, donde el espacio fronterizo son las unidades médicas y la puerta de entrada una especie frontera y el solicitando del servicio una especie de persona “fronterizada”, a la que se le abre o se le cierra el espacio. La literatura clasifica estos espacios en unidades públicas o privadas, municipales, estatales, o federales, y en tres niveles de atención, dependiendo de la necesidad y como quedó en claro en el capítulo anterior.

Los agentes migratorios de esta “frontera” son los actores de los servicios de salud. Sobre ellos recae la vigilancia del espacio y detrás de ellos el bien o servicio solicitado. Para propósitos de este análisis se introducen tres niveles de servicio, ya mencionados, con el fin de dar estructura al análisis de los datos obtenidos en la fase cualitativa. Con base en otros estudios (Aizenberg, Rodríguez, y Carbonetti, 2015) donde se aborda el papel de los

actores de servicio de salud, como las enfermeras y los médicos, con relación a la atención a la salud de la población migrante, este trabajo ve a los trabajadores de salud como una especie de proveedores, pero también de personas que pueden impedir el acceso o concederlo. Dicho estudio, sin ponerlo de esta manera, presenta como al personal de salud como un colectivo que, similar a las agencias fronterizas, abona al rechazo de la población migrante de Bolivia y Perú, en la Ciudad de Córdoba, Argentina (Aizenberg, Rodríguez, y Carbonetti, 2015). En este caso de estudio se examina la higiene de las migrantes bolivianas como el principal factor de rechazo, seguido del lenguaje e idioma, lo que recuerda también algunas de las razones por las cuales ciertos migrantes son negados el paso en la frontera en nuestra propia ciudad. Estos elementos individuales se conforman en elementos de exclusión. Mas adelante en este capítulo se presentan varios otros principales factores de aceptación o rechazo, incluyendo uno de particular importancia en este estudio, la derechohabencia del individuo con base en su estatus migratorio. La disponibilidad de recursos por supuesto es importante también, sobre todo en el sector privado.

Dentro de la organización del personal de los servicios de salud, como en cualquier organización encargada de una frontera, hay jerarquías. Existen los mandos altos, donde se encuentran los directivos (administrativos y médicos) de las instituciones de salud. Hay mandos medios, donde radican las personas que coordinan áreas específicas como grupos de personas y programas, destacablemente aquellos encargados de programas preventivos de salud y enfermedad. En este nivel medio participan médicos, enfermeras y trabajadoras sociales. Y también se integra el nivel operativo, en la base de la organización, que son los prestadores de la atención a la salud, son el primer contacto para los usuarios de las

unidades. Todos estos participan como una especie de agente fronterizo para con los servicios de salud con relación al individuo excluible, al migrante.

Ahora bien, por un lado, e objeto de estudio de esta tesis es el migrante, quien busca cruzar una frontera con objetivos específicos y propios. Pero también es objeto de estudio el guardia que impide o limita o permite el paso. Cuando se traslada esta dinámica a los espacios de los servicios de salud, el migrante sigue siendo el migrante, el que busca acceso, en este caso el acceso a la atención sanitaria para el logro de un estado de salud óptimo, o mínimamente funcional, pero en este espacio se topa también con el guardián— que impide o limita o permite el paso. Para los propósitos de esta tesis, los servicios pueden ser cualquiera, como se explicó en el capítulo anterior: la atención a la salud por enfermedades crónicas y enfermedades respiratorias o una urgencia o una consulta, etc. Los niveles, aunque son menos importantes, cuentan, pues también diferencian el trato. A diferencia de lo que se proyecta en estudios de los 1990s, donde las prioridades de la atención a la salud para el migrante son la atención a enfermedades relacionadas al tránsito como lesiones en pies de tipo ampollas o actos de violencia sexual (Candiz y Bélanger, 2018), hoy se pueden presentar cualquier situación, incluyendo enfermedades portadas o condiciones previas o infecciones, etc.

El capítulo anterior permite establecer un panorama del acceso a los servicios de salud por los migrantes, además de la narrativa del migrante ante su experiencia como usuario de las unidades médicas en la localidad. Se observó un acceso no exactamente nulo, pero sí limitado, dependiendo del servicio, el momento, el documento, etc., mostrando diferencias importantes entre los migrantes y en comparación con los resultados de la población local, además de desviaciones de lo ideal, como acceso limitado, dificultades en

el acceso, o uso de medicamentos no óptimos. Ante esta variación, es evidente que hay “agentes” tomando las decisiones sobre el grado de acceso y sobre a lo que se da o se niega acceso.

Para analizar a los agentes a cargo de resguardar, negando o concediendo el acceso, en este apartado se utilizaron las herramientas del *software Atlas.Ti*. Mediante el uso de este programa, se capturaron tres textos correspondientes a tres grupos focales que se llevaron a cabo con cada uno de los grupos de agentes que se investigaron, los mandos altos o directivos, otro de los mandos medios, y otro de las personas operativas. En total fueron tres ejercicios. El programa permitió identificar declaraciones de todos ellos relacionadas con elementos medibles con relación a su actuar, su pensar, y su actitud hacia los migrantes. Esto es importante porque la investigación pretende aportar y establecer grupos de variables en los tres grupos investigadores dentro del sector salud y en cuyas manos recae el acceso a los servicios de salud. Durante los ejercicios de grupo de enfoque se registraron las declaraciones de todos los participantes. Entre estas, se identificaron 316 citas en la narrativa de los participantes, las cuales se asocian de forma negativa o positiva al acceso a los servicios de salud por parte del migrante. En el grupo focal uno, donde se integran los directivos que aceptaron participar en la actividad, se establecieron 97 citas, en el grupo focal dos, que integra a los mandos medios, se identificaron 153 citas y, por último, en el grupo focal tres, donde se encuentra la narrativa del personal del área de la salud en nivel operativo se identificaron 66 citas. Todas estas fueron vaciadas en el programa con el propósito de examinar el papel que juegan de cara al migrante cuando este solicita acceso a los servicios de salud que pueden proveer o denegar.

Ahora bien, durante el ejercicio, se establecieron siete grupos de códigos. Por código se entiende como segmentos del texto o pasajes que se pueden agrupar en los códigos (Justicia, 2005). Grupo de códigos uno que estaba diseñado para medir el acceso a los servicios de salud. Este grupo cuenta con ocho códigos: acceso limitado (G1C4), necesidad sobre la capacitación sobre el mecanismo de acceso a los servicios de salud para los migrantes dirigida a los actores de los servicios de salud (G1C11), necesidad sobre la difusión sobre el mecanismo de acceso a los servicios de salud por los migrantes dirigida a la sociedad civil y líderes de grupos de migrantes (G1C14), derechohabiencia como requisito para el acceso a los servicios de salud (G1C18), identificación como requisito para el acceso a los servicios de salud (G1C19), falta de un mecanismo de acceso a los servicios de salud para el migrante (G1C23), firma de pagaré por el migrante (G1C35), la disposición de los actores de los servicios para el acceso por los migrantes (G1C48) y la necesidad sobre la difusión de las vías de acceso (G1C50). Seguidamente, con relación al segundo ejercicio, se establecieron un grupo de códigos dos que medía la aceptabilidad en los servicios de salud. Este grupo cuenta con cuatro códigos: falta de adaptación a los usos y costumbres de los migrantes (G2C5), necesidad de capacitación en la comunicación con los migrantes (G2C10), recurso humano disponible que intervenga en otros idiomas (G2C20) y desconocimiento sobre el tipo de dieta preferente por el migrante (G2C45). Y después, en el tercer componente de este ejercicio, se creó un grupo de códigos tres, el cual estaba diseñado para medir la calidad en la atención a la salud para el migrante. Este grupo cuenta con dos códigos: Calidad ofrecida en la atención del migrante (G3C8) y atención no oportuna (G3C33). Ya en el grupo de códigos cuatro se buscó entender las características de la disponibilidad de servicios de salud para el migrante. En este grupo encontramos

cuatro códigos: ausencia de camas disponibles para migrantes (G4C9), falta de medicamentos disponibles para el migrante (G4C24), falta de presupuesto disponible para la atención del migrante (G4C40) y sin subrogados disponibles (G4C44). En el grupo de códigos cinco se examinó el nivel de exclusión. En este grupo se identifican nueve códigos: los migrantes no deberían de tener derecho a la salud (G5C13), prácticas de exclusión de los servicios de salud para el migrante (G5C15), limitar acceso a los medicamentos para el migrante (G5C28), limitar acceso a los subrogados para el migrante (G5C29), negar la atención a la salud al migrante (G5C30), no es viable integrar al migrante en el sistema de salud (G5C31), exclusión del migrante por nacionalidad (G5C32), los migrantes no son prioridad para los servicios de salud (G5C34) y rechazo del migrante (G5C42). Y luego en el grupo de códigos seis se analizó el nivel de atención a la salud. En este grupo de códigos se identifican tres niveles de atención a la salud: Primer nivel (G6C1), segundo nivel de atención (G6C2) y tercer nivel de atención (G6C3). Por último, se identifica el grupo de códigos siete, en el cual se investigó las áreas de atención a integrar en los servicios a la salud las necesidades de los migrantes. En este grupo se identificaron diez códigos: cuidados críticos (G7C12), geriatría (G7C17), medicina interna (G7C25), medicina preventiva (G7C26), atención obstétrica (G7C36), patología quirúrgica (G7C37), pediatría (G7C38), métodos de planificación familiar (G7C39), atención de urgencias (G7C47) y acceso a vacunación (G7C49).

Además, se identificaron otros códigos que corresponden a elementos individuales. En esta sección se integraron la preocupación de los actores de los servicios de salud de afectar los indicadores epidemiológicos (C6), la participación de las asociaciones civiles (C7), las experiencias de los actores de los servicios de la salud (C16), integración del

migrante a los servicios de salud (C21), relación de la marginación del migrante con el acceso de los servicios de salud (C22), percepción de miedo en el migrante al acceso a los servicios de salud (C27), programas que integran al migrante (C41), atención del migrante es un presupuesto que no se recupera (C43) y uso de traslado como estrategia de atención (C46) (Anexo 6). Este entramado presenta toda una manera de complejizar la interacción entre el sector salud y el migrante, en todas sus dimensiones. Era importante matizar puesto que medir la interacción a manera de otorgar o negar el servicio, en una especie de formato dual, no es suficiente para entender todo lo que sucedió y todas las variaciones en el servicio que se evidenciaron en el capítulo anterior.

Una vez que se realizó este trabajo, se analizaron los códigos obtenidos de cada grupo focal con el objetivo de obtener en la narrativa las variables más frecuentes que se presentan en cada segmento de la población estudiada y que dan forma a la interacción entre el sector salud y sus “agentes” y los solicitantes, o migrantes. En la tabla 12, se muestran las prevalencias de los códigos observados en el análisis de la narrativa del total de los grupos focales, esto para posteriormente proceder a analizar cada uno de los grupos focales, el primero con directivos, el segundo grupo focal con mandos medios, y por último el tercer grupo focal con el personal operativo de las unidades. Los grupos focales se realizaron con las personas que decidieron participar y firmar el consentimiento informado. El ejercicio de los grupos focales se llevaron a cabo con personal de unidades federales y estatales. Se observó que algunos de ellos, principalmente en los mandos medios, se encuentran adscritos a más de un tipo de hospital, pero esto no afecta los resultados, sino que puede contribuir a una visión más amplia de la interacción con base a varios foros de solicitud de servicios por parte del migrante.

Datos globales en la narrativa de los grupos focales

-

Tabla 15

Prevalencia de códigos de los grupos focales de forma general

Prevalencias			Total	
Lista	Elemento medible	Código	Frecuencia absoluta	Prevalencia absoluta
Acceso a los servicios de salud (G1)			145	45.9
1	Acceso limitado	G1C4	42	13.3
2	Necesidad sobre la capacitación sobre el mecanismo de acceso a los servicios de salud para los migrantes dirigida a los actores de los servicios de salud	G1C11	24	7.6
3	Necesidad sobre la difusión sobre el mecanismo de acceso a los servicios de salud por los migrantes dirigida a la sociedad civil y líderes de grupos de migrantes	G1C14	4	1.3
4	Derechohabiciencia como requisito para el acceso a los servicios de salud	G1C18	20	6.3
5	Identificación como requisito para el acceso a los servicios de salud	G1C19	18	5.7
6	Falta de un mecanismo de acceso a los servicios de salud para el migrante	G1C23	16	5.1
7	Firma de pagaré por el migrante	G1C35	5	1.6
8	La disposición de los actores de los servicios para el acceso por los migrantes	G1C48	2	0.6
9	Difusión sobre vías de acceso	G1C50	14	4.4
Aceptabilidad en los servicios de salud (G2)			48	15.2
10	Falta de adaptación a los usos y costumbres de los migrantes	G2C5	7	2.2
11	Necesidad de capacitación en la comunicación con los migrantes	G2C10	26	8.2
12	Recurso humano disponible que intervenga en otros idiomas	G2C20	12	3.8
13	Desconocimiento sobre el tipo de dieta preferente por el migrante	G2C45	3	0.9
Calidad en la atención (G3)			11	3.5
14	Calidad ofrecida en la atención del migrante	G3C8	9	2.8
15	Atención no oportuna	G3C33	2	0.6
Disponibilidad en los servicios de salud (G4)			32	10.1

16	Ausencia de camas disponibles para migrantes	G4C9	14	4.4
17	Falta de medicamentos disponibles para el migrante	G4C24	5	1.6
18	Falta de presupuesto disponible para la atención del migrante	G4C40	12	3.8
19	Sin subrogados disponibles	G4C44	1	0.3
Exclusión (G5)			84	26.6
20	Los migrantes no deberían de tener derecho a la salud	G5C13	17	5.4
21	Prácticas de exclusión de los servicios de salud para el migrante	G5C15	20	6.3
22	Limitar acceso a los medicamentos para el migrante	G5C28	1	0.3
23	Limitar acceso a los subrogados para el migrante	G5C29	5	1.6
24	Negar la atención a la salud al migrante	G4C30	2	0.6
25	No es viable integrar al migrante en el sistema de salud	G5C31	1	0.3
26	Exclusión del migrante por nacionalidad	G5C32	14	4.4
27	Los migrantes no son prioridad para los servicios de salud	G5C34	6	1.9
28	Rechazo del migrante	G5C42	18	5.7
Nivel de atención (G6)			20	6.3
29	Primer nivel	G6C1	17	5.4
30	Segundo nivel de atención	G6C2	3	0.9
31	Tercer nivel de atención	G6C3	0	0.0
Áreas de atención (G7)			42	13.3
32	Cuidados críticos	G7C12	1	0.3
33	Geriatría	G7C17	1	0.3
34	Medicina interna	G7C25	2	0.6
35	Medicina preventiva	G7C26	1	0.3
36	Atención obstétrica	G7C36	9	2.8
37	Patología quirúrgica	G7C37	0	0.0
38	Pediatría	G7C38	2	0.6
39	Métodos de planificación familiar	G7C39	4	1.3
40	Atención de urgencias	G7C47	19	6.0
41	Acceso a vacunación	G7C49	3	0.9
No agrupados				0.0
42	Preocupación de los actores de los servicios de salud, de afectar los indicadores epidemiológicos	C6	2	0.6
43	La participación de las asociaciones civiles	C7	2	0.6

44	Las experiencias de los actores de los servicios de la salud	C16	47	14.9
45	Integración del migrante a los servicios de salud	C21	29	9.2
46	Relación de la marginación del migrante con el acceso de los servicios de salud	C22	15	4.7
47	Percepción de miedo en el migrante al acceso a los servicios de salud	C27	3	0.9
48	Programas que integran al migrante	C41	12	3.8
49	Atención del migrante es un presupuesto que no se recupera	C43	3	0.9
50	Uso de traslado como estrategia de atención	C46	1	0.3

Nota: Tabla de frecuencia y prevalencias de citas en la narrativa de los grupos focales, con código de frecuencia desde el mayor número de citas al menor número de citas. Con datos obtenidos por medio de *ATLAS. Ti* versión 23.

En los siguientes segmentos se presentan los grupos de códigos y aquellos códigos más relevantes en relación con las declaraciones destacadas en la narrativa de los grupos, pero focales de forma individual. Se integra el grupo focal de directivos, mandos medios y operativos de las unidades médicas de Ciudad Juárez, Chihuahua.

El acceso a la salud: La narrativa de los directivos de unidades médicas

El grupo focal con los directivos de unidades estatales y federales de los servicios de salud ubicados en Ciudad Juárez fue el escenario más complejo en el trabajo de campo relacionado con este capítulo. Durante el ejercicio, en interacción, se presentó un espacio de tensión hacia las preguntas y se vertieron algunas opiniones agresivas relacionadas con escenarios ocurridos dentro de las experiencias de los entrevistados. Esto se sucedió dentro de los mandos directivos del sector salud. También fue este grupo focal que tuvo menos disposición para participar en la actividad y que ofreció un tiempo menor para la realización del ejercicio. En algunos momentos las respuestas eran muy limitadas, lo cual

refuerza la idea de que las resistencias pudieran venir de aquellos que tienen una mayor conciencia de las limitantes normativas, operativas, y presupuestarias del sector salud, sobre todo ante la sobrecarga que representan los migrantes que se añaden a los usuarios del servicio de salud. De igual forma, los resultados del ejercicio son pertinentes. Este grupo de personas de mandos directivos, a pesar de no ser primer contacto con los migrantes, recae la función de dirigir los mecanismos de acción en sus unidades, que son el primer contacto de los programas establecidos y que toman las decisiones sobre la implementación de acciones y programas en las unidades que representan. La demanda adicional que constituyen los migrantes evidentemente ponen sobre ellos una sobrecarga en el proceso decisorio. Esto, a su vez, pudiera exacerbar su disposición de otorgar el servicio a los migrantes que finalmente son vistos como extra a los servicios de salud ya establecidos y los presupuestos ya autorizados.

Ahora bien, en relación con la dimensión del acceso a los servicios de salud (42) por parte de los migrantes, las citas o declaraciones más frecuentes en este grupo se habla de un estatus positivo al acceso a los servicios de salud (14) —algo que se debe verificar empíricamente, pero sí se reconoce que esto se hace con limitantes, es decir, se hace frecuente el concepto de estabilizar al paciente para posterior referirlo a otras instancias. Esta transferencia de jurisdicción en la atención médica del migrante se ha hecho un tema recurrente en las conversaciones y en las prácticas. Por otro lado, sí se desconoce y se hace la referencia a la necesidad de capacitación sobre las vías de acceso a los servicios de salud para los migrantes y nace la idea del asegurar la restitución del proceso, por medio de la firma de un pagaré. Sin embargo, esto también es una forma de establecer derechohabencia: capacitar implica no un derecho universal sino maneras y formas de

aplicar —y discriminar— en el ejercicio del acceso a la salud. En este mismo tenor, en ese grupo focal no se identifica ninguna declaración relacionada con la disposición de recibir o integrar al migrante a sus unidades, así como tampoco se identifica ninguna cita relacionada con trabajar en la aceptabilidad y calidad en la atención del migrante. Esto sugiere que el servicio sigue siendo altamente *ad hoc*. Al contrario, se hace énfasis en que las unidades no cuentan con un presupuesto disponible para atender migrantes (11) reafirmando la posición difícil de los mandos del sector salud. Reforzando este punto, se hace referencia a que no están de acuerdo con los protocolos que busquen integrar al migrante a las unidades públicas de la localidad. En este grupo focal, los integrantes sugieren que los migrantes deberían de tener acceso a los servicios de urgencias (12), pediatría (2), atención obstétrica (1) y geriatría, pero únicamente a estos. De los datos obtenidos en este grupo focal se destacan las experiencias en las que los directivos de unidades se han visto relacionados. Los casos han sido atención de pacientes con infecciones de transmisión sexual como gonorrea, y también caídas y otros accidentes, y a atención a migrantes con congestión alcohólica y traumatismos. Uno de los directivos que participó en el grupo de enfoque narra una situación relacionada con la atención simultánea de una persona local y una persona migrante,

Me tocó acá en endoscopia que venían los dos pacientes, uno colombiano y el otro era de aquí y quería pasar primero el colombiano que porque eres extranjero tenía más derecho. Y es que así lo manejan, o sea lo tuvimos que pasar primero porque empezó a gritar ahí afuera de endoscopias (Comunicación personal, 11 de agosto de 2022).

También se presentó un escenario de discusión en relación con una unidad médica de la localidad, el cual revela un debate interno entre estos “agentes” del sector salud,

- Yo en el general, estuve trabajando y ahí sí los aceptan (Comunicación personal, 11 de agosto de 2022).
- No señorita, no los acepta ni un paciente entubado que tuve que enviar, te dicen no, te contestan cuando quieren, me dicen en 6 horas te digo si sí o si no (Comunicación personal, 11 de agosto de 2022).
- Pues ellos tienen toda la libertad, todo el derecho de decir no, seleccionan al tipo de paciente, el tipo de enfermedad en el hospital general donde está el triage (Comunicación personal, 11 de agosto de 2022).

Ahora bien, como caso no esperado, pero igualmente significativo, se habló de mecanismos de cobro por el servicio:

- En mi experiencia estando en urgencias cuando llegaron la caravana de los inmigrantes si se les atiende, pero también se hace un vale o un pagaré, sí se les hace un pagaré, para que la casa del inmigrante responda por ellos (Comunicación personal, 11 de agosto de 2022).

En este grupo, sin embargo, todos los participantes concluyeron en que los migrantes no deberían de tener los mismos derechos, es decir, el mismo acceso, que los locales. Este punto quedó muy claro, ratificando las hipótesis de esta tesis en el marco teórico propuesto. Sin embargo, en este rubro, los participantes se limitaron a responder que no estaban de acuerdo y no se profundizó más en el tema, aunque fue evidente que esto estaba relacionado a cuestiones de presupuesto,

- Porque no tiene ni siquiera los recursos para atender a sus derechohabientes entonces cómo vas a lograrlo (Comunicación personal, 11 de agosto de 2022).
- No tenemos ni recursos para los aquí propios (Comunicación personal, 11 de agosto de 2022).
- Ya estamos sobrepoblados en el número de derechohabientes (Comunicación personal, 11 de agosto de 2022).
- No hay insumos para derechohabientes como para que todavía darles a los inmigrantes (Comunicación personal, 11 de agosto de 2022).
- Infraestructura en general no hay (Comunicación personal, 11 de agosto de 2022).

Lo que queda claro es que la situación de los diversos niveles del sector salud enfrentan retos distintos—así como los migrantes también reportaron matices en el capítulo anterior. Los actores de los servicios en el nivel más alto de salud protegen los recursos que se integran en un sistema de salud con unidades médicas rebasadas, por derechohabientes y sin recursos humanos, materiales y físicos para dar frente a la problemática de salud. El siguiente nivel toma decisiones de acuerdo con las condiciones del demandante del servicio. Y los del nivel operativo más bajo se limitan a proveer el servicio de acuerdo con las instrucciones y normativas, sin entrar en muchos procesos decisorios. Estos niveles se analizan en enseguida.

El acceso a la salud: La narrativa de los mandos medios de unidades médicas

El grupo focal de mandos medios integra a coordinadores de áreas de las unidades federales y estatales de la localidad, tales como coordinación de salud reproductiva, medicina preventiva, unidad de vacunación, y coordinador médico de área afín. Este fue el grupo focal con mayor disposición en participar y que aportó el mayor número de experiencias y

algunas de las observaciones más reveladores con relación a los matices de la interacción entre el sector salud y los migrantes. En la narrativa de este grupo se identifica que, en los procesos de atención de la salud, se identifican mecanismos donde la identificación del individuo como la nacionalidad y contar con una derechohabencia son elementos que habitualmente son un requisito durante la admisión de un paciente a sus unidades. También destacan la necesidad de capacitación y difusión de los mecanismos de acceso y vías de acceso a los servicios de salud para el migrante. El llamado a esta capacitación implica también la exigencia de mayores guías en el trato para con los migrantes, revelando no solamente una necesidad de criterios de exclusión sino también una guía que permita un proceso de discriminación entre los que sí son de aquí y tienen derecho y los que no son de aquí y por tanto no tienen derecho y el trato diferenciado que debe dársele a cada uno.

Con relación a la aceptabilidad del servicio de salud otorgado se destacan la necesidad de adaptación a los usos y costumbres de los migrantes que acceden a sus unidades, la necesidad de una comunicación más efectiva con el migrante, y otras necesidades en el punto de interacción. La preocupación es pues más operativa. Sobre el tema de la atención con calidad, los participantes hicieron referencia a que, una vez admitido el paciente, no hay diferencia en el trato, esto desde la percepción de los actores de los servicios de salud. Esto ratifica también que sí hay migrantes que reciben trato igualitario—pero también ratifica los matices advertidos en el acceso durante el trabajo de campo con los migrantes. Sin embargo, se hace referencia a la falta de espacios disponibles para atender migrantes, medicamentos suficientes, etc. Es importante hacer notar que es en este nivel donde se observa de manera más cercana la interacción con los migrantes. Por otro lado, como parte de las prácticas de exclusión que se suponen en este trabajo, se habla

de la limitación en el acceso a medicamentos, de servicios subrogados, etc., que son secundarios a la nacionalidad y no son la prioridad en los programas de atención ni siquiera a los ciudadanos mexicanos. Además, se destaca la aceptación del acceso a los servicios de salud por los migrantes, siendo el grupo con mayor disposición a esta afirmación, pero solo a ciertos servicios como la atención de urgencias, planificación familiar y atención obstétrica. Así pues, con relación a garantizar el acceso a los servicios de salud para los migrantes se destacan las siguientes citas:

- Bueno, yo considero que desde el momento en el que ya están viviendo aquí en nuestra ciudad, en nuestro país deberían de tener algún derecho a alguna atención médica ya que puede afectar el que no se les dé esa atención (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).
- Desconozco como tal si tienen derecho a o no pero sí sería importante que se les incluyera o que se formulara un programa para poderlos atender adecuadamente (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).
- Yo creo que se les está brindando una atención y que no sé si sea de manera temporal. Considero que debería de ser de manera temporal, porque son personas que no son pues mexicanos, verdad, como, o sea no tienen nuestra nacionalidad y pues cada país debe de proporcionar su derechohabencia para la salud a cada uno de sus ciudadanos, entonces no tendríamos la responsabilidad de hacerlo; sin embargo, por la situación que ahorita se generan entre ellos, pues considero que estaría bien darles un apoyo, pero temporal (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).

Se lee en la narrativa de los actores una disposición de acceso a la salud, pero este acceso tiene dos características, una es que desde su perspectiva debería de ser limitado y la segunda es que debería de ser parcial. Casi no hay expresiones de igualdad entre los locales y los migrantes, reforzando el esquema de exclusión, aunque esto sea de manera parcial. A su vez, esto refuerza la idea de la existencia de una barrera, o una frontera, que la migrante porta consigo al momento de solicitar el servicio de salud. Se enfatizan en el este nivel de atención, para precisar, la siguiente cita:

- Creo que debería de tener acceso a la atención primaria en cuanto a enfermedades, o a la atención que pudiera hacer este pues que sí debería de ser tratada, ¿no?, o sea que sí tengan digamos que tengan acceso a los centros comunitarios está bien, que tengan acceso a las vacunas porque eso nos puede generar nosotros tener algún otro problema epidemiológico, ¿no?, entonces está bien que tengan acceso a todo lo que es primer nivel y este y a en casos de urgencia de requerir algún segundo nivel que se ha valorado para que sí se atienda (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).

En lo anterior se muestran actores que participan en un sistema de salud insuficiente y rebasado. Esto presenta otro dilema para el investigador. Es difícil saber si la segregación, material o conceptual, o la discriminación (sin afán negativo necesariamente), se deba a la escasez de recursos y el rebase de los servicios de atención con un hartazgo natural o se deba un afán discriminatorio contra el migrante por su identidad, por su calidad de ser “el otro”. Pero, se menciona también sobre espacios donde el migrante sí tiene un acceso establecido:

- La Secretaría de Salud sí está atendiendo a todos los migrantes en los centros de salud y principalmente aquí en el Todo Somos Mexicanos es donde yo he visto que tiene un establecimiento y que ahí los atienden, les dan consulta, les dan a otorgar medicamentos sin cobrarles absolutamente nada y no les piden nada más que sus datos generales, porque muchos no traen como identificarse (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).
- Había escuchado que aquí también teníamos el deber en la institución de atender, si llegaba con alguna urgencia alguna migrante, más si está dentro de los programas preventivos o alarmantes como el que involucren como la mortalidad materna (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).
- Tal vez tengamos que estabilizarlos y luego acomodarlos a donde tuviera que ser, no estoy muy enterada de cómo es el desenlace de la atención con ellos (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).
- Y en cuestión a vacunas también se les estaba incluyendo para aplicar lo que es la vacuna que les corresponda, en este caso por ejemplo COVID-19 se les estaba incluyendo en el programa para ser vacunados (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023). Aquí se muestra un vínculo con el derecho alboral y no hacia el derecho social.

De igual forma, se hace referencia a escenarios donde el indicador de marginación se ve relacionado como la vivienda y el empleo:

- Vienen buscando una oportunidad de mejora, ¿verdad?, vienen prácticamente sin una oportunidad de trabajo, sin una vivienda, sin algo que los identifique los respalde como tal aquí en la ciudad, entonces pues sí sería importante darles la

oportunidad de recibir su atención, este, de salud en lo que ellos logran tener esa estabilidad (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).

- Mucha gente prefiere no trabajar y estar pidiendo dinero en la calle y exigiendo una atención a la salud, cuando no estás haciendo nada por recibir, la verdad, o sea no estamos siendo parejos, o sea si no yo también yo también mexicano pues dejo de trabajar y exijo tener mis derechos a la salud, si así vamos a igual pues va a haber mucha gente que ya no vaya a tomar esta responsabilidad. (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023)

En relación con priorizar a los derechohabientes se puede destacar la siguiente afirmación, donde se asegura la atención a la salud por miedo a casos médicos legales:

- Pues yo creo que le tenemos que dar prioridad de todos modos al derechohabiente porque es con el que podríamos tener algún caso legal. (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023)

También se generaron espacios de conflicto al no estar de acuerdo con integrar a la comunidad migrante a los servicios de salud:

- Hay demasiadas carencias incluyéndolos de manera normal a ellos pues habría todavía más carencias para nosotros (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023). Se destacan las carencias de las unidades médicas como un factor que estimula y justifica el rechazo.
- Pero estás de acuerdo que si el gobierno dijera: “Ah, ok, voy a dar esta partida presupuestal, va a ser para los migrantes” y lo estuvieran agarrando de lo que tú pagas de impuestos ¿apoco te parecería justo? ¡No es justo! (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).

También se observan escenarios de inclusión:

- No hay diferencia, yo digo que hasta es al revés, a veces los cobijamos más. O sea, por poner un ejemplo no, ¡ay! él es venezolano y hasta uno hasta platica un poquito con ellos para saber cómo es su cultura y siento que hasta se cobijan a veces un poquito más (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).
- Pues yo creo que se trata de la misma manera porque hemos tenido pacientes que no son derechohabientes, en cuanto la atención, en calidad creo que es buena y es igual (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).
- Ahora sí que nuestro objetivo es atender la urgencia o la necesidad en ese momento del paciente y pasa a segundo este lugar la derechohabiencia (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).

También se hace referencia al uso de estrategias para limar las barreras de la comunicación:

- Creo que cuando hemos tenido el caso de alguna persona que no es que no simpatice con el idioma que manejamos en ese momento y siempre hemos encontrado a alguien que lo maneje un poco más el idioma y es al que se le busca hablar. (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023)

En este grupo focal se menciona un área de oportunidad para integrar al migrante:

- Yo pienso que hay falta de comunicación entre los migrantes y las instituciones y a lo mejor ellos no saben a dónde deben acudir, a lo mejor su atención allá de la salud es diferente a la nuestra, tal vez no es oportuna porque no saben hacia dónde dirigirse y ya cuando se dirigen a lo mejor ya este ya el paciente ya está un poco más complicado (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023). En este sentido es importante destacar que la comunicación no se limita únicamente al idioma

como la mayoría de la literatura cita como una barrera para la atención a la salud, se centra en los mecanismos de comunicación efectiva (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).

- Si ellos tuvieran un líder que pudiera estar dentro de, pues cuando se hacen las reuniones a lo mejor de los comités que tenemos a nivel este el local pues que ahí se pudieran expresar a mejor (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).
- Yo creo que desde el momento de ser migrante ellos mismos ya sienten ese rechazo a que no tienen una identificación, a que no tienen misma oportunidad que los que los que vivimos aquí, este eso los limita un poco (Comunicación personal, 23 de febrero de 2023).

Así pues, se pueden advertir importantes diferencias entre los tres niveles en los ejecutores o agentes de la frontera y aquellos que portan la frontera consigo en relación con los servicios médicos: directivos, manos medias, y operativos.

El acceso a la salud: La narrativa de los colaboradores operativos de unidades médicas

A nivel operativo, se observa a los colaboradores con mayor falta de conocimiento sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud, se concluye que hacen falta intervenciones basadas en la capacitación de los actores de servicios de salud para la intervención y atención en población migrante irregular. Se menciona que además de no conocer las garantías de acceso a la salud para los migrantes, como proceso tradicional, para admitir a una persona se solicita identificación y en los casos de instituciones federales es indispensable contar con una derechohabencia, esto como parte de la dimensión del acceso a los servicios de salud.

En el tema de la aceptabilidad del migrante no se observa como una dimensión relevante para la atención del migrante por parte de este grupo focal. No se integran las interrogantes de comunicación y culturalidad. En el tema de la calidad en la atención se menciona que la atención no es distinta hacia los migrantes, no de una forma intencional, pero que se han observado casos en los que la atención carece de ser oportuna. En relación con la disponibilidad campo se ahonda en este aspecto de la atención a la salud para los migrantes, pero no se incluyen códigos relacionados con la negación en la atención, al contrario, se muestran de acuerdo con integrarlos en la atención de sus unidades. También este grupo habla de la importancia de representante de los migrantes como un agente mediador para la atención de la salud de los migrantes.

Una integrante de este grupo focal menciona su postura hacia la integración del migrante en los servicios de salud:

- Yo considero que sí, sí tienen derecho a recibir la atención de salud, sin embargo yo creo que en la interculturalidad que nosotros tenemos aquí en el hospital no estamos a lo mejor ejerciendo ese derecho para ellos en las cuestiones que, nos falta atención hasta para nuestros derechohabientes, entonces tampoco tenemos como esa cultura que nos lleva a tener un trato igualitario con ellos, ni siquiera hasta en sus creencias, su cultura de la comida, este entonces sí nos falta mucho aquí en el servicio de salud para darles una atención también cálida a ellos (Comunicación personal, 1 de marzo de 2023).

En la narrativa de la entrevistada se observa una intensión personal de integrarlos, pero hace referencia a una realidad distinta. Con respecto al aseguramiento de la salud para los

migrantes en la localidad se observa una postura de desconocimiento, pero desde su percepción, la salud aún no se ha garantizado para el migrante:

- Yo realmente desconozco esto porque veo muchos migrantes en la calle, este, y no sé qué atención estén llevando, si en una casa migrante les oferten alguna promoción, hagan alguna promoción de la salud y quien lo esté haciendo si el municipio, si el estado o la federación quien esté viendo por ellos, pero sí hay mucho migrante que yo creo que no está llevando ninguna atención primaria de salud, porque hemos visto que llegan muy deteriorados ya al segundo nivel de atención (Comunicación personal, 1 de marzo de 2023).

Por otra parte, en relación con la atención obstétrica una de las entrevistadas menciona que ha observado casos de complicaciones en los embarazos, lo que la hace pensar que no hay un buen control de salud para ellas:

- Ya me ha tocado ver pacientes embarazadas que ya lleguen con alguna emergencia obstétrica, este entonces es evidente que no llevan ningún control o alguna atención prenatal (Comunicación personal, 1 de marzo de 2023).

En relación con las distinciones entre personas locales y migrantes se menciona lo siguiente: en relación con la postura hacia el migrante:

- Pues gestionar, buscar otro espacio para la otra persona (el migrante) (-) yo creo que si nos vamos por derechohabencia institucional siempre se van a ir por el derechohabiente (Comunicación personal, 1 de marzo de 2023).

En relación con las emociones y las experiencias de los migrantes accediendo a las unidades de salud locales se destaca lo siguiente:

- Yo creo que su temor es a que es otro lugar, una experiencia difícil como es una enfermedad, y en un país pues que es ajeno, pero sin embargo se han ido bien, he visto, han salido, han recuperado su salud, se integran otra vez a su modo de vida y considero que, a lo mejor sí temerosos ingresan, pero se les ha dado la mejor atención posible y eso es lo que he visto, que han salido bien (Comunicación personal, 1 de marzo de 2023).

El caso de Ciudad Juárez frente al fenómeno migratorio en tránsito

Ciudad Juárez históricamente ha sido un espacio de tránsito para la comunidad migrante local. Donde el patrón migratorio se caracterizaba por ser interno, migrante del sur de México que se agolpaba en la frontera para el cruce hacia Estados Unidos. Y no es algo que ahora no suceda, más ya no predomina.

Se debe de considerar que actualmente el proyecto migratorio es más lento, como se mencionó en el primer capítulo de esta tesis ya que el proceso migratorio es cada vez más complejo. Vinculado a tramites de asilo prolongados enlentecidos por un título 42 y una pandemia que frustró el plan migratorio a una comunidad extensa. Esto modificó el escenario local, generando un estado de vulnerabilidad para el migrante vinculado a la estigmatización del fenómeno masivo que se observó por las calles circundantes de los puentes internacionales: Ciudad Juárez- El Paso.

La precariedad de la vida del migrante en tránsito mostró elementos asociados a un estatus de marginación, que teóricamente podría aumentar los riesgos y deteriorar la salud del migrante. Se observa un estado de exclusión del acceso a los servicios de salud y una atención diferenciada a la comunidad, local determinado por medio de las diferencias de medias del SESTAD como se planteó en los supuestos hipotéticos. En función a la frontera

portátil, no es una frontera que se autointerioriza, sino que se adjudica y se integra a los insumos de trayectoria del migrante, esto como un recurso diferenciador. El concepto y el marco teórico elaborado en esta tesis es funcional, pero deberá de abordarse con cuidado, entendiendo que no es decisión del migrante portar una frontera, sino que es un instrumento imaginario que justifica la exclusión.

El ejecutor de esta frontera y que se analizó en esta tesis son los actores del sistema de salud. Por medio de una falla estructural en el sistema de salud, los actores han segregado al migrante del acceso a las unidades médicas para mejorar el estado de bienestar de los migrantes. Este actor protege recursos finitos de sus unidades. Para esta tesis se entiende como el ejecutor de la inclusión o exclusión de los servicios de salud, toma una decisión, no solo en virtud de la otredad, sino en función de la disponibilidad de recursos y mecanismos idóneos de acceso.

Se observa también, en el contexto de determinantes sociales de salud, la violencia estructural ejercida sobre el migrante. Esta violencia se determina en relación con las políticas públicas para el acceso del migrante a los servicios de salud y principalmente con el ejercicio de estas. Los actores de las unidades médicas no logran definir el proceso de acceso a los hospitales para el migrante, ya que no hay un proceso definido, ni difundido. Tampoco se lee predominantemente en la narrativa una intención de cambio para esta problemática. Se observó un escenario fractura, con posibilidades de cambio. Donde las posibilidades se han analizado en el siguiente capítulo de esta tesis, mostrando como la sociedad civil funge como un mediador para la problemática abordada en esta tesis. Además de entender al migrante no como un agente pasivo a la problemática, sino que ha buscado estrategias para suplir las necesidades de atención médica.

De lo teórico a lo empírico.

El capítulo teórico y de revisión de la literatura de esta tesis ofreció un entramado teórico que dio luz a la propuesta denominada frontera portátil. Donde la evolución histórica de las fronteras: de físicas y rígidas, a móviles e internas, permitió establecer la posibilidad de analizar fronteras en espacios imaginarios como en el acceso a los servicios de salud. En esta propuesta teórica se establece conceptos y discusión sobre una descripción del migrante. Donde se determinan características de marginación y vulnerabilidad que pueden aumentar los riesgos a la salud del migrante, por consiguiente, el nacimiento de la necesidad de la atención médica en los servicios de salud de Ciudad Juárez. La afirmación anterior se probó por medio de datos estadísticos de predominio descriptivos, donde se confirman las hipótesis relacionadas con la identidad jurídica y derechohabiencia como limitante en el acceso a los servicios de salud en un esquema de vulnerabilidad y marginación. Estas características se miden en el portador de esta frontera, el migrante. Y no es portador por decisión, sino porque el contexto social en salud que la localidad determina. También se logró establecer el papel de los actores de los servicios de salud fungen como una especie de agente fronterizo, materializando a la frontera portátil en las puertas de las unidades médicas, con una narrativa de rechazo que predomina en los directivos de las unidades de atención a la salud. Lo anterior tiene un resultado visible en los datos, las características de un individuo diferente a los locales determinan un escenario de exclusión social con predominio en lo estructural. Desde lo cuantitativo se observa un resultado global menor en la percepción del trato digno en los migrantes que en la población local, con un predominio en las áreas de financiamiento del recurso como el acceso a los medicamentos y datos de rechazo del migrante en las unidades médicas. Desde

lo cualitativo, la narrativa de exclusión desde el migrante es una realidad, al igual que las actitudes de exclusión en los actores de los servicios de salud para el migrante. Los datos nos permiten definir el mecanismo de acción de una frontera portátil en función del marco teórico.

Conclusión

Este segmento fue realizado con un investigador con experiencia en la dinámica hospitalaria de la comunidad. A diferencia de otros artículos donde se observa un sesgo por rechazo de parte del personal de salud al atender a los migrantes y que incluso se enfatiza en la intervención para evitar el estigma creado en la relación médico paciente, en este estudio se destaca las fallas del sistema de salud como factor que determina el acceso a los servicios de salud. Se propone trabajar en la capacitación de los agentes de salud sobre el derecho a la atención médica de los migrantes y, posterior una gestión adecuada en el sistema de salud que mejore la disponibilidad de recursos para la atención de pacientes en general, así no tener que segmentar a la población que demanda atención médica (Martínez et al, 2022). También se observa que la intención de limitar el acceso a los servicios de salud para el migrante destaca en los mandos altos (Directivos) de los servicios de salud, en esta tesis, se posicionan como los principales agentes ejecutores de la frontera portátil. Se observó cierto rechazo a participar y hermetismo en abordar el tema en su complejidad, a pesar de eso se logró el objetivo de los grupos focales. Se obtuvo información concreta en relación con la posición de los actores de los servicios de salud en relación con el acceso a los servicios de salud por el migrante internacional con estatus irregular.

En primer lugar, se puede destacar que a pesar de que el acceso a la salud es un derecho humano, que se presenta un marco legal para la salud como una garantía y

programas locales para el acceso a los servicios de salud, esto aún no es una realidad. Los actores de los servicios de salud aún no están familiarizados con los mecanismos de acceso a las unidades de atención médica. Antes de poder avanzar en el acceso a los servicios de salud para el migrante, debería de existir un mecanismo de difusión de la información para poder evaluar objetivamente la calidad percibida por el migrante, la disponibilidad y aceptabilidad del migrante en los servicios de salud. Es importante destacar que la problemática no solo se centra en los actores si no también en la suficiencia, calidad y disponibilidad de recursos físicos, materiales y humanos. De esto también depende una atención de calidad y oportuna para una población general (Aguirre-Gas, 1990). También se destaca que previo y en el periodo de estudio México se encuentra en un margen de políticas de austeridad por el Gobierno Federal en 2019 y el inicio de pandemia el 11 marzo de 2020. Estos dos fenómenos afectaron directamente la atención a la salud que se ofreció por las unidades médicas principalmente del IMSS y el ISSSTE que son unidades que forman parte del sector de estudio (Cuervo y López, 2020).

Además, se observa una narrativa vinculada al rechazo del migrante en los servicios de salud, esto como motivo individual, más no una conducta colectiva. Estos actores con actitudes excluyentes pueden verse relacionadas con las experiencias de rechazo por la comunidad migrante. También se presentaron algunas experiencias de conflicto entre el migrante y los actores de los servicios de salud, estas relacionadas con el mecanismo de selección de prioridad para la atención médica. La mayoría de los actores de los servicios de salud aceptan que la selección de prioridad es por derechohabencia y no por criterios clínicos de prioridad.

Por último, los actores, directivos y mandos medios están relacionados con la toma de decisiones en las unidades médicas, funcionan como un filtro a los ingresos hospitalarios; decisiones basadas en prioridades, aceptaciones y las autorizaciones para el seguimiento en la atención de los usuarios, derechohabientes o no. Ellos sugieren un mecanismo de recuperación de presupuesto, incluso una intervención como la firma de pagarés por los migrantes no derechohabientes.

Contundentemente el estado de vulnerabilidad del migrante que estimula la exclusión de los servicios de salud se define en dos aspectos. Aunque la literatura ahonda en el tema cultural, este no es el principal factor de exclusión de migrantes en las unidades médicas. Lo cultural, desde la perspectiva de los actores de los servicios de salud, es un tema que se debe de tomar en cuenta cuando un migrante se encuentra dentro de las unidades médicas. La identidad cultural no limita el acceso, pero si modifica la experiencia de la atención de salud por el migrante. La identidad como ciudadano y como derechohabiente su es una determinante de exclusión asociada en procesos que no se encuentran definidos dentro de las unidades médicas y que no son de conocimiento común de los actores de los servicios de salud.

Como hallazgos importantes, se lee en la narrativa de los actores de los servicios de salud, un sistema fracturado que carece de procesos específicos para la atención de migrantes, recursos humanos y presupuesto para la derechohabiencia local, y capacitación en tema de culturalidad y derechos humanos para la atención de la diversidad de individuos en la comunidad.

La herramienta de grupo focal fue una herramienta útil para el cumplimiento del objetivo de esta tesis. Aunque la dinámica tuvo dos matices que se tuvieron que tomar en

cuenta. Primero, la energía de los actores de los servicios de salud tuvo un comportamiento defensivo principalmente en el grupo de directivos. Lo cual dio la pauta para fomentar espacios de tranquilidad y seguridad en la información que los participantes estaban otorgando. Segundo, se observó algunas intenciones de hablar superficialmente del tema, pero la evolución de los grupos focales y la integración de los participantes fomentó una charla profesional y más completa.

Desde la lógica de la frontera portátil, los actores de los servicios de salud mantienen una conciencia nacionalista con enfoque en la protección de los recursos para la comunidad juarense. Esto a mayor escala sucede en las fronteras físicas en espacios transfronterizos. Se homologa un sistema de visado al sistema de derechohabiencia. Se determina el acceso o no al servicio de salud en función de la protección de recursos, se estigmatiza al migrante por cuestión de identidad jurídica más que sociocultural.

CAPÍTULO VI
LA ALTERNATIVA

La alternativa para el acceso a los servicios de salud para el migrante

En este segmento se presentan los resultados obtenidos en una fase de seguimiento de la investigación, en la cual se explora la interacción entre los migrantes y el sector de salud privado y con lo que se da respuesta a la última hipótesis de esta tesis. Esto se considera necesario en parte porque en México existe un sistema paralelo de salud que consiste en una serie de consultorios que ofrecen servicios de salud como farmacias que surten las recetas. Estos servicios son relativamente baratos y accesibles a los migrantes, así como los usuarios locales por bajos precios. La obtención de los resultados de esta fase fue a través de una metodología cualitativa, la cual permite mostrar como la sociedad, en este caso algunas de las fuerzas del mercado, han participado como mediador entre la comunidad migrante y los actores de los servicios de salud. Según el método de diseño explicativo, este es un componente importante de algunas de las experiencias del migrante con relación a los servicios de salud, sin importar las variantes sociodemográficas, factores expulsivos, experiencias frente al servicio de salud público, etc., Al contrario, este sistema proporciona algunas alternativas al migrante para mejorar sus condiciones de salud con solo unos cuantos recursos. Los datos descritos se analizan y discuten en la narrativa de tres personas con estatus de migrante internacional irregular entrevistados, a los cuales, por motivos de garantizar la privacidad, se les modificó el nombre. Estos son actores que se definieron a sí mismos como migrantes irregulares, transnacionales, pero que han accedido a los servicios de salud de este mercado de consultorios y farmacias existente en el país y en la ciudad.

También en la elaboración de este análisis se ha observado la importancia de la organización civil para el proceso de tránsito de los migrantes y el papel que juega en el acceso a los bienes y servicios que consideran un derecho universal. La sociedad civil tiene

en efecto una participación como mediador entre las necesidades del migrante y los actores de diversos servicios, dentro de los cuales se ubican por supuesto los servicios de la salud. Para esta parte de la investigación se llevaron a cabo entrevistas en las cuales participaron integrantes de los más icónicos, antiguos, y permanentes de la Casa del Migrante. Este es un ambiente ideal porque es donde se encuentran no solamente los migrantes sino también la sociedad civil activa.

Como ya se dijo, en el análisis de las entrevistas se abordan a tres integrantes de la comunidad migrante irregular, para luego presentar la descripción del entorno sociodemográfico de los tres participantes, y posteriormente resumir las aportaciones dentro de las narrativas en los siguientes aspectos: empleo, identidad jurídica, acceso a los servicios de salud, asistencia por la sociedad civil y el uso de alternativas de salud.

Participante 1

Luis Mario, de 30 años, es un hombre que estudió hasta el bachillerato. Ingresó a México a finales de agosto de 2023, proveniente de Honduras y con un proyecto migratorio para llegar a Estados Unidos. Viaja con esposa de dieciocho años, hija de tres años, suegra de treinta y cinco años, quien tiene tres hijos de 4, 7 y 11 años. Describe el motivo migratorio:

Nosotros emigramos, la verdad, por cuestiones de seguridad, pues los trabajos que nosotros teníamos allá, la delincuencia no lo deja trabajar y, bueno, lo que yo tuve fue un atentado ahí contra mi vida y pues todavía no ha terminado de cicatrizar (una lesión en su mano es el pulgar de la mano izquierda), con un machetazo, tengo este y tengo una en la cadera, una en la cabeza. Nos piden dinero, le llaman impuesto de guerra, eh, aquí está lo bueno, todo es la es extorsión, pero solamente fue el derecho de trabajar ahí, unidad de transporte pública y este se lo cobran las personas, pues,

del grupo delincencial, grupo de pandillas. De ahí, pues ya se empezaron a meter también ya con los negocios, porque mi suegra tenía una carnicería y también ya le estaban pidiendo ahí la extorsión (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

Luis Mario, acompañado de una gran parte de su familia, ha pasado por diversos procesos patológicos como vómito, diarrea, anorexia, todos estos malestares asociados a enfermedades diarreicas de origen infeccioso, cuadros que se presentaron también en su cuñada de 7 años y su hija de 4.

Participante 2

Claudia, de 30 años, viaja con un hijo de 4 años, vive en concubinato con un hombre de 40 años. Estudió hasta el primer año de bachillerato. Salió de su lugar de origen junto con su hijo, emprendiendo el viaje desde Nicaragua hacia México el 9 de diciembre del 2022. Actualmente Claudia se encuentra desempleada y no ha conseguido empleo durante su trayectoria por varios países, lo cual limita el contar con un ingreso salarial permanente o los beneficios que vienen con el mismo. La limitación en cuestión de empleo y salario es evidentemente un elemento que se asocia a la marginación de los migrantes de los bienes y servicios que generalmente se encuentran a disposición de la población local. Además, como se presentó en las discusiones anteriores, el empleo, dado el sistema de salud mexicano, es un factor protector para la salud, ya que se posibilita el acceso a los servicios de salud por derecho laboral. Con relación al motivo por el cual Claudia decidió migrar, ella expresa lo siguiente,

El mío, este, en el aspecto de que tenemos buscar derecho a comunicarnos. Por ejemplo, si le trabaja al gobierno, este, usted está obligado a ir a todo tipo de eventos de promoción de campañas, por ejemplo, que está gobernando ahorita, te

mandas a la campaña y si no vas o hablas, te quitan el trabajo (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

Claudia y su familia llegaron a la Ciudad de México el 16 de enero de 2023. Esta fue la primera entidad donde se asentaron, y esperaron 28 días allí hasta que consiguieron subirse a un tren donde iban aproximadamente 50 personas, todas en un vagón con barrillas para llegar a Ciudad Juárez. Claudia cuenta que sufrió de discriminación en una tienda en San Pedro, Tultepec, una tienda de conveniencia de donde los sacaron porque no eran mexicanos, sustentando el supuesto xenofóbicos y agorafóbicos que muchos de los migrantes experimentan, no solamente en el trayecto sino también en los lugares donde se ubican temporalmente (y a veces permanentemente). Juntos con su hijo de cuatro años, Claudia recorrió Nicaragua, Honduras, y luego El Salvador, y posteriormente Guatemala, para después entrar de forma irregular a México en una balsita. Claudia narra algunas situaciones por las cuales se tuvo que enfrentar,

Eso fue difícil. Nos estafaron, sabes, nos pasaron a Tapachula por 100 dólares a mi hermana y a mí. Cruzaríamos el río y nos dijeron que eran como 4 kilómetros, cuanto terminamos eran como 20 metros de agua. Luego fuimos a un albergue en Oaxaca donde dormíamos con los mismos venezolanos, haitianos. Había conflictos, 400 haitianos con 11 nicaragüenses. Duramos 6 semanas allá (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

El motivo por el cual egresó de su país fue secundario a la dificultad para conseguir un empleo. En los hallazgos del capítulo se presenta la experiencia de Claudia al solicitar servicios de salud.

Participante 3

El tercer entrevistado se llama Juan, quien compartió cómo a sus años inició su proceso de tránsito asociado a cuestiones legales y de inseguridad. Él se encontraba involucrado en problemas con el narcotráfico. Además, vivía en el alcoholismo y esto lo orilló a obtener dinero de formas no seguras. Su madre, de 72 años, vive en Houston, Texas. Ella le envió el dinero para que Juan pudiera iniciar su proyecto migratorio. Menciona que lo dudó por considerarlo inseguro, pero comparó esa inseguridad con la que ya vivía en Nicaragua, encontrando más seguro el proceso migratorio, en el segmento de acceso a los servicios de salud se plantea como Juan ha enfrentado la solicitud de atención médica.

Hallazgos del capítulo

Los hallazgos principales en los participantes de esta sección se dividen en lo relacionado con el empleo, identidad jurídica y acceso a los servicios de salud.

Empleo

Con relación al empleo, dos de los participantes lograron establecerse como empleados en espacios tales como la cocina de una pizzería, de taxista, en la industria de la construcción, y en ventas. Sin embargo, lo hicieron de manera irregular, sin contar con los derechos de cualquier trabajador local. Por tanto, todas estas labores se realizaron como empleo informal, sin acceso a servicios de salud, y en algunas ocasiones lo hicieron de forma insegura. Aunque Juan no migro por motivos de salud, se ha enfrentado a la necesidad de acceso a los servicios de salud. Un ejemplo es lo que narra Juan,

Aquí en Juárez, he trabajado en Altozano, como en el piso 10, mejor me salí, con el polvillo que salía (de la construcción) me sangraba la nariz. También en la María Bonita sacamos juegos de un gimnasio, por Dios, no le miento, me pagaron 200

pesos de diez de la noche a ocho de la mañana, también lo dejé (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

Identidad jurídica

En relación con la identidad jurídica y documentos que establecen la condición de tránsito en México, y que a muchos migrantes se les han proporcionado, los migrantes entrevistados hablan muy poco. Esto es clave porque se les han prometido documentos y se les ha asegurado que en México se pueden obtener documentos para los que lo deseen. Sin embargo, esto es un tema poco familiar para los participantes, a excepción de uno, el cual cuenta que pudo tramitar una Clave única de registro de población o CURP, la cual solicitó en Tapachula, Chiapas. Esta información se la dieron otros migrantes y le explicaron que funcionaba como un permiso para poder viajar. Le dijeron también que le facilitaría el tránsito, evitando rodear espacios donde pedían identificaciones.

Acceso a los servicios de salud

Conjuntando todos estos elementos, se puede afirmar que el acceso a los servicios de salud es un escenario complejo, y que no depende de una sola variable, como se presentó en el capítulo cuatro, además de que existen matices en el acceso y las maneras en que se obtiene y otorga. Aunado a esto, hay una limitación en el conocimiento sobre el acceso a los servicios de salud que están disponibles a los migrantes, como lo menciona uno de los participantes en las entrevistas, específicamente Juan,

Usé clínicas privadas porque sobre todo ando con la niña, y pues la niña es la que se me ha puesto grave. Entonces nos ha tocado ahí pagar clínica para atenderla. Mi niña tiene tres añitos, y pues se ha puesto ahí mal de la fiebre por el cambio de clima. Mi esposa y yo hemos gastado más o menos 10 000 pesos mexicanos.

Usamos las clínicas de 2 a 3 veces, en ese entonces nosotros no teníamos ningún conocimiento de saber que podíamos llegar ahí a algún hospital, entonces por eso fue por lo que nos animamos a entrar en clínica privada (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

En este caso, la familia migrante hizo uso de los servicios de urgencias y atención médica por especialista en el área de pediatría, pero sujeta a las limitantes descritas en capítulos anteriores. Esta situación con relación al acceso a la salud es clara, como lo menciona Claudia:

En la Casa del Migrante, si llegáramos a necesitar atención médica, hay una doctora y ella es la que nos atiende. Nos dan todos los medicamentos, las reglas de aquí es que no podemos salir de acá nosotros, entonces por el momento nada más nos atendemos aquí (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

Además de Luis Mario, quien declara:

Cuando uno viene y está mal de salud, se apunta aquí a las 8:00 de la mañana; ya a las 10 ya empiezan a pasarnos. En la consulta atienden exactamente en la misma manera, así como llegó uno a apuntarse, en el orden en la que se realiza hasta las 12, luego a las 2:00 de la tarde vuelve otra vez ahí la consulta (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

Ahora bien, y curiosamente, los migrantes no solamente recurren al sistema público o al sistema privado cuando cuentan con los recursos. Estos también hacen uso de servicios de salud donde hay alternativas naturales. Esto a pesar de la incapacidad de esta medicina de satisfacer muchas de las necesidades del migrante o de darle seguimiento a sus cuadros de

enfermedad. En el siguiente segmento, Juan habla de sus experiencias sobre alternativas para la atención médica:

Más que todo uno que viene y consigue lo que es manzanilla, zacate limón, que digamos a uno le ayudan ahí de cuando tiene fiebre interna, viene y se pone en un recipiente y se pone a hervir ahí con hojas luego solamente se cuele y que solamente salga el líquido, ese lo tomamos en el día 2 a 3 veces, adultos o niños también. En el aspecto de los niños ya es menos la cantidad que se les da. También se puede hacer ahí con miel y limón exprimido, es lo que se usa cuando le viene la fiebre y la gripe. Digamos, sabe, que le receta un medicamento a uno, pero si el medicamento no hace ningún efecto entonces ya uno busca otra manera (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

En los tres casos se observa como las personas en calidad de migrantes han necesitado atención médica, desde su país de origen o tránsito y han accedido a las unidades médicas, proyectando sus experiencias y necesidades. En el siguiente segmento se presenta la participación de la sociedad civil, específicamente en la Casa del Migrante en Ciudad Juárez.

Participación de la sociedad civil

Autores como Candiz y Bélanger (2018) analizan la relevancia de las casas de migrantes en México, en especial para los migrantes de El Salvador, Guatemala, y Honduras, con relación a una diversidad de bienes y servicios. Dentro de los servicios que se destacan en el estudio están el hospedaje, los alimentos, y los servicios médicos. Las casas de migrantes tienen como actividad principalmente lo que los autores denominan verdaderos *territorios de espera*, como en este caso, Ciudad Juárez (Candiz y Bélanger 2018). Ahí también se

presentan casos de necesidad de atención médica, pero la ventaja es que son agenciados por las mismas casas de migrantes, que son agentes de la sociedad civil. Abordando esta perspectiva, desde la sociedad civil, se presenta el caso de Rosy, quien lleva 11 años colaborando en la Casa del Migrante. El objetivo de la organización es sobre todo la ayuda a la gente en situación de vulnerabilidad y es decir, los migrantes, y esto incluye por supuesto gestionar servicios de salud cuando estos lo requieren. Esta casa se hizo inicialmente para los deportados mexicanos, pero empezaron en el 2018 a recibir migrantes internacionales. Y desde entonces han tenido que lidiar con la gestión de servicios para todo tipo de migrantes. Como cuenta Rosy sobre la caravana migrante:

Cuando los migrantes empezaron a invadir los puentes, que empezaron las caravanas, entonces la casa abrió sus puertas para todas esas personas. Ahorita ya no recibimos deportados mexicanos, porque, pues ya es otra población, más o menos desde noviembre en noviembre del 2018 y hasta ahorita siguen trabajando. Yo soy una mujer creyente, a mí siempre me ha gustado el servicio. Aquí llegué por una invitación, ya tengo 11 años de voluntariado aquí (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

Rosy no es la única persona que presentó su perspectiva. Mary, otra trabajadora de la sociedad civil, lo hizo también. Algo de historia por parte de Mary con relación al mecanismo de trabajo y la experiencia con la Casa del Migrante y la comunidad migrante internacional en Ciudad Juárez:

Empezamos visitando los puentes, nosotros íbamos y les llevábamos comida, les llevábamos cobijas, empezamos a invitarlos a que se vinieran para acá, porque era cuando el tiempo de repente como que llovía y empezó a hacer frillito, traían

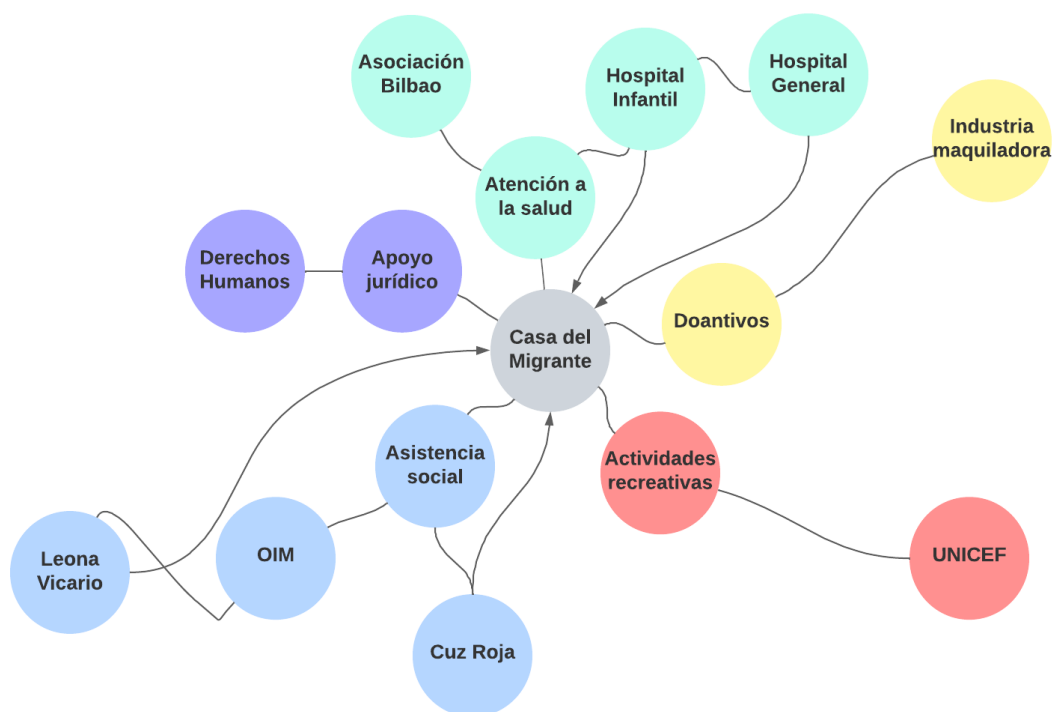
muchos niños. Empezamos a hacerle la invitación y no querían, porque ellos pensaban que de un momento a otro los iban a dejar entrar a Estados Unidos. Entonces, hasta que al fin vieron, pues que no era así como ellos pensaban, tuvieron que quedarse. Cuando se frenaron los cruces empezaron a invadir otra vez México, claro que también venían mexicanos de Michoacán, ellos invadieron el parque Chamizal. Luego se nos viene la pandemia en el 2020 y la gente que estuvo programada se queda aquí, porque es cuando estaba la pandemia en su apogeo. Ellos duraron casi 2 años porque el programa de cruce se cierra, cerraron fronteras. Luego en el 2021 que entraba Biden de presidente en el 2021, empieza otra vez, vuelven a estar pasando, fluye la migración, pero empieza a subir otra vez más gente (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

Con relación a esto, la Casa del Migrante otorga a los migrantes una vivienda, alimentos, ropa, atención a la salud, servicios legales, y servicios espirituales, este último desde el aspecto católico, que es la base de la filosofía de este centro de migrantes. Específicamente con relación a los servicios de salud, esta unidad cuenta con dos médicos, los cuales laboran en la unidad como voluntarios, esto a pesar de la pérdida de interés por la sociedad en la satisfacción obtenida al realizar voluntariado (Jiménez, Fuertes y Abad, 2009). Este lugar tiene una capacidad de alrededor de 1,000 personas, cifra que se mantuvo constante todo el segundo semestre 2020 y primer semestre 2021. Se les permite permanecer de 7 a 15 días, siempre y cuando estén llevando a cabo el reglamento que se les da. En caso de ser necesario se anexa un segundo periodo de hasta 15 días, y esto se puede refrendar y será aceptado siempre y cuando se cumpla las reglas de convivencia. Por supuesto qué gran parte de estos importantes servicios es el aspecto de la salud. El presupuesto para esta

asociación se obtiene de la sociedad de Ciudad Juárez y El Paso. Ahora bien, la participación de la sociedad no se limita a unos cuantos participantes. Al contrario, participan muchos actores de la región Paso del Norte. Se han identificado redes de apoyo, como se presenta en la ilustración 9, donde se establecen las relaciones bilaterales y unilaterales, y todas las cuales intentan gestionar servicios de todo tipo para con los migrantes, incluyendo servicios de salud. Lo anterior descrito responde a la hipótesis de trabajo donde se propone que la sociedad civil tiene un participación que facilita el acceso a los servicios de salud para el migrante. A continuación, se ilustran estas redes de la sociedad civil, todas alrededor de la Casa del Migrante.

Ilustración 9

Redes de la Casa del Migrante, conexiones unilaterales y bilaterales.



Las redes que se han establecido son:

- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), este vínculo ofrece la posibilidad de establecer talleres para los niños y las mamás. Les enseñan a los niños a leer y escribir. Los talleres que ofrecen se basan en cómo manejar la ansiedad y el estrés. También ofrecen donativos.
- Con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), ellos proveen donativos como alimentos y producto de asepsia y antisepsia.
- La industria maquiladora ha proveído donativos con base en alimentos.
- Con la Cruz Roja han colaborado, ellos proveen insumos como cobijas, ambulancia para trasladar pacientes.
- Colaboración con el Hospital Infantil, cuando los médicos de la Casa del Migrante consideran que necesitan atención con médico especialista, se refieren a este hospital. También hay una colaboración, cuando ellos tienen pacientes que darán de alta y no tiene dónde vivir, los envían a la Casa del Migrante.
- En el Hospital General hay una colaboración, ellos reciben pacientes y la Casa del Migrante recibe familias con integrantes que son dados de alta del hospital.
- También hay vínculo con Leona Vicario, han proveído pruebas, también se hacen intercambio de comida e insumos médicos.
- Asociación Bilbao, ellos ayudan a la mujer embarazada hasta que le llega dar a luz. Dan todo el seguimiento muy bien, cooperan con todo lo relacionado con medicamentos, consultas, ellos costean ginecólogos y hasta que llegue el momento de ir a dar a luz ella las acompaña.
- Derechos Humanos coopera más que nada con asistencia legal.

Casos actuales

Mary narra algunos casos relacionados con la salud de la comunidad migrante, y que son casos reales a los cuales se han enfrentado en las instalaciones de la Casa del Migrante:

Aquí tenemos ahorita una chica que se accidentó, de Guatemala, de 26 años. Ella la traían los polleros, venía con 11 personas más de Villahermosa, en un tráiler con varillas, chocan y ella se quiebra la columna. Entonces ella ya tenía desde febrero internada en el hospital, vimos el enlace y empezamos a ir a visitar, hasta que, gracias a Dios, ahorita, ya está mejor ella y ya camina. Ayer recibimos a una persona, aquella mamá que atropellaron con su niño. Aquí está ella, su esposo; falleció su bebecito de tres años (Comunicación personal, 18 de abril de 2023).

La sociedad civil puede entonces participar de diversas formas en la atención de la salud del migrante. Una de las formas más comunes es a través de organizaciones disponibles en la comunidad que ofrecen servicios de salud gratuitos a los migrantes irregulares, esto a través de gestión o intercambio de servicios. Estas organizaciones pueden estar enfocadas en la atención médica general o en problemas de salud específicos que afectan a la población migrante, como enfermedades infecciosas o problemas de salud del infante. Además, las organizaciones de la sociedad civil también pueden ayudar a los migrantes a acceder a los servicios de salud públicos a los que tienen derecho. Esto puede incluir la orientación sobre los derechos y beneficios de los migrantes en el sistema de salud, la asistencia en la obtención de documentos y la traducción de los términos médicos.

Otra forma en que la sociedad civil puede participar en la atención de la salud del migrante es a través de campañas de concientización y sensibilización dirigidas a la comunidad local, la cual es una de las actividades que se observan pendientes en

desarrollar. Estas campañas podrían informar sobre los problemas de salud que enfrentan los migrantes y promover una mayor comprensión y empatía hacia ellos.

Finalmente, debe considerarse que muchos migrantes hacen uso del sistema de farmacias que ofrecen consultas, aunque muchas de estas son breves y no tienen un sistema de seguimiento. Sin embargo, por alrededor de cincuenta pesos mexicanos, un doctor, generalmente no muy avanzado en su carrera, y de medicina general, hace una auscultación y genera un diagnóstico y una receta que es surtida en la farmacia adjunta. Este no es el mejor servicio, pero es accesible en cuanto a precio, y funciona como consulta externa relativamente bien. Sin embargo, es un servicio deficiente con relación al seguimiento, atención a enfermedades crónicas, y no funciona para urgencias, tales como un accidente. En este sentido, aunque este sistema es complementario, no suma en su totalidad atención al migrante en servicios de salud.

Consideraciones finales del capítulo

El texto presenta los resultados de una investigación cualitativa de campo sobre las experiencias migratorias de personas en tránsito entrevistadas por el autor y el acceso a los servicios de salud de los migrantes internacionales irregulares en México. Se describen las narrativas de tres migrantes irregulares, sus motivos para migrar, y sus experiencias frente al sistema de salud en México. Se incluye una manera en que algunos de estos intentan agenciar un empleo y qué tipo de empleo y la relación que guarda el acceso a este con los servicios de salud. Evidentemente, muchos de ellos no logran un empleo que les permita acceder a los servicios de salud, trabajando en la informalidad y, por el contrario, a veces el mismo empleo los pone en riesgo de enfermarse o accidentarse. Además, se menciona que el desempleo es un factor que limita el acceso a los servicios de salud, pero que también es

un factor protector para la salud, ya que se posibilita el acceso a los servicios de salud por derecho laboral. Por otro lado, se destaca la importancia de la sociedad civil, en específico el caso de la Casa del Migrante, en el proceso de tránsito de los migrantes y la manera en que esta, como sociedad civil, proporciona y gestiona servicios de salud, aunque limitados para el migrante. Se exploran también algunas alternativas para mejorar las condiciones de salud de este grupo poblacional vulnerable.

En resumen, en este capítulo se describe la labor de una Casa del Migrante, que no es la única que opera, en Ciudad Juárez, México, y que ofrece hospedaje, alimentación, servicios legales y espirituales, pero también servicios de salud a migrantes internacionales, especialmente de El Salvador, Guatemala, y Honduras. La casa fue fundada en 2018 para ayudar a los deportados mexicanos, pero se ha extendido para apoyar a los migrantes internacionales. El presupuesto se obtiene de la sociedad civil de Ciudad Juárez y El Paso, y se han identificado redes de apoyo para establecer relaciones bilaterales y unilaterales para la atención del migrante. Además, se menciona un caso en el que se presenta una alternativa natural para tratar una enfermedad o un accidente. No existe, sin embargo, un seguimiento de enfermedades crónicas ni cuidados de largo alcance. Se hace apenas lo necesario cuando la necesidad es evidente y apremiante. Se destaca también que los mismos migrantes hacen uso de servicios privados cuando cuentan con los recursos, incluyendo sistema paralelo que existe a partir de las farmacias que proporcionan consultas por unas cuantas docenas de pesos mexicanos. Finalmente, se ubica la labor de la sociedad civil como una alternativa para la salud, aunque deficiente, y de bienestar de los migrantes irregulares. La posición de esta tesis ante las alternativas para el acceso a los servicios de salud para el migrante se basa en considerar las actividades de la sociedad civil y el uso de

remedios por el migrante como una alternativa temporal. Se estimula en futuras investigaciones al análisis para la solución del problema raíz.

CONCLUSIÓN

Introducción a la conclusión

En conclusión, este texto entrelaza los temas de la frontera y los procesos de fronterización, la condición de ser migrante o ser tratado como un extranjero, y el acceso a bienes y servicios, específicamente en el tema de la salud, precisamente por portar esta condición de migrante. En esta encrucijada se encuentra una exclusión del individuo o grupo en una comunidad precisamente por su identificación como “el otro”, donde ser migrante posiciona a la persona como alguien que lleva consigo la frontera y a quien se le impide acceder a los bienes y servicios que cualquier local pudiera esperar. Es decir, la condición de migrante es un factor que estigmatiza al individuo y que repercute en su exclusión, y por ende en una marginación de lo que necesita para su bienestar, y por tanto abona a su vulnerabilidad. La afirmación anterior, que surge de esta vinculación de conceptos, se obtiene de la revisión de la literatura sobre fronteras, de un clavado exhaustivo sobre la condición del migrante en su trayecto y su estancia y su representación como “el otro”, pero también de la narrativa de los actores de los servicios de salud que finalmente son los que determinan si una persona puede o no puede acceder a un bien o servicio, o tiene o no tiene derecho a este. Específicamente, ya en los hallazgos, lo que nos ofrece este análisis es la presencia de un rechazo asociado a factores de la condición del migrante pero que pasan también por la falta de capacitación de los actores de los servicios de salud, quienes se ostentan como guardianes del sistema, de un sistema de salud no efectivo ni para los locales, y sobrepasado en su capacidad. En efecto, al excluir al migrante, los trabajadores de salud se vuelven protectores del recurso disponible para garantizar la atención del que sí es derechohabiente. Son, efectivamente, un agente fronterizo, encargado de permitir o no el paso, el acceso al servicio.

Ahora bien, el enfoque se centra en el estatus legal de las personas migrantes, haciendo notar los distintos documentos con los que cuentan y que les otorgan acceso, y cómo este estatus determina su derecho a acceder a los servicios de salud—o les son denegados por completo. Se encuentra, sin embargo, que hay matices, dependiendo de la necesidad, del servicio, y de la decisión del trabajador del sector salud. Pero, aun así, la otredad del migrante crea una situación de exclusión, total o parcial, y por tanto de marginación del resto de la sociedad, aumentando su vulnerabilidad ante cuadros epidemiológicos precedentes, adquiridos en el trayecto, o accidentes. Este análisis concluye entonces que estos matices equivalen a una discriminación que dificulta el desarrollo humano del migrante e incluso lo pone en riesgo. En este sentido, el migrante queda “fronterizado”, y los espacios de salud son una barrera física que deben atravesar. Es en estos espacios fronterizos donde los migrantes pueden ser vistos como ajenos a la comunidad; es en ellos donde este porta consigo su frontera. Y estos problemas son aún mayores y más recurrentes si no se cuenta con ninguna documentación, lo que lleva a situaciones extremas de rechazo, en una forma de violencia estructural. Pero, el rechazo nunca fue total. También se observaron fracturas en el sistema de salud en base a presupuesto, disponibilidad de recursos, percepciones de los trabajadores del sector por niveles, y, por supuesto, por el paso por una pandemia. En resumen, esta tesis se enfocó en los espacios donde los problemas de identificación de ciertos individuos o grupos como “el otro” provocan un proceso sistemático de discriminación en el acceso a ciertas necesidades esenciales de todo ser humano, especialmente en el tema del acceso a la salud.

El concepto de frontera fue clave. Hubo cuestionamientos sobre su utilidad, pero al final la literatura sobre fronteras ha evolucionado de tal manera que nos permite reconcebir

el concepto. Es por esto por lo que el texto abordó la evolución del concepto de frontera, que ha dejado de ser solo una línea geográfica que delimita un Estado nación para convertirse en un fenómeno dinámico que trasciende la delimitación geográfica y se puede encontrar incluso dentro del territorio nacional, dentro de las dependencias del sistema de salud en Ciudad Juárez, y por supuesto sobre los hombros del propio migrante. Por eso se propuso el concepto de frontera portátil. En la actualidad, la construcción de muros o barreras artificiales como demarcación de las fronteras ha experimentado un renacimiento, por supuesto, pero este andamiaje agresivo ha demostrado su ineffectividad para detener los flujos migratorios y ha generado un discurso de separación, exclusión, xenofobia y violencia. Por tanto, las barreras físicas se convierten en algo menos relevante. La frontera se mueve, se adapta, se proyecta, y se carga. En este sentido, el texto concluye que las barreras físicas no son la solución para los problemas migratorios y que es necesario encontrar otras formas de abordar esta problemática. Aplicar este concepto al tema de la salud nos lleva incluso a visualizar, a materializar, el problema del migrante en su trayecto como ser humano.

Es por esto por lo que se analizó la relación de la migración con las barreras fronterizas y la construcción retórica de una frontera portátil en un espacio imaginario. La puerta del hospital, del consultorio, etc., se convirtieron en fronteras. Es decir el acceso a los servicios de salud, donde los actores de los servicios de salud se configuran como un agente que determina el derecho al acceso o no, se convirtieron en espacios fronterizados para el migrante, y convirtieron a los trabajadores en agentes de la frontera—a veces renuente, y a veces con opiniones fuertes, como se puede ver en el texto. En este sentido, la frontera pasa de lo material a lo retórico y luego a lo subjetivo. Nada de esto

importa, sin embargo, a pesar de la construcción de barreras físicas y retóricas en contra de los migrantes, estos siguen llegando debido a diversas causas demográficas, económicas, ecológicas y medioambientales.

Por supuesto que la situación se exagera cuando el número de migrantes aumenta radicalmente. El aumento en el número de migrantes, año tras año, tiene un impacto no solamente en los migrantes sino también en los Estados emisores, receptores, y de tránsito, que debe presupuestar esta atención adicional cuando enfrentan condiciones en las cuales los recursos ya son limitados. Los datos muestran que la tendencia del flujo migratorio va al alza, siendo los hombres los que predominan levemente en el número de migrantes. Y esto ocasiona reacciones en el personal de salud, que se ve abrumado. En resumen, la migración transnacional ha llevado a muchos individuos de países como El Salvador, Honduras, y Guatemala, entre muchos otros, a buscar un cambio de residencia o asilo político en Estados Unidos. Y esto no pasa desapercibido en el sistema de salud.

Esto se acentúa también en las zonas fronterizas, como Ciudad Juárez, donde se llevó a cabo este estudio. La situación de los migrantes rumbo a Estados Unidos, específicamente en su proceso de tránsito, se ha vuelto cada vez más precaria en las últimas décadas debido a las leyes y regulaciones nacionales, que buscan la disuasión, así como a las políticas de austeridad del propio gobierno mexicano que han dificultado los servicios incluso para los derechohabientes. Estas contradicciones de la globalización neoliberal con políticas inefectivas limitan la agencia individual y colectiva de los migrantes, quienes tienen que apoyarse cada vez más en las actividades de la industria criminal de la migración, lo cual crea la sensación de que no merecen un trato mejor, lo cual aumenta la vulnerabilidad de grupos específicos aún más. Los migrantes son vistos como un fenómeno

positivo siempre y cuando el mercado laboral lo amerite, lo que hace que la migración sea flexible, aunque esto no necesariamente atenúa la manera en que se le ve al migrante en una comunidad en un momento dado. Y de cualquier manera, la seguridad para el migrante es casi nula y los contratos indefinidos sin formalidad los dejan al margen de ser despedidos y deportados fácilmente, por lo que, si logran acceder a servicios a través del empleo, estos se pueden perder inmediatamente.

La categorización de los migrantes por programas como *Clandestino*, refuerza la característica de ser “el otro” y aumenta los riesgos de su condición migrante, lo que justifica su exclusión, justifica la marginación, y aumenta su vulnerabilidad con relación a los servicios de salud que podrían ser accedidos por otros residentes en una comunidad, por lo menos en teoría. La acumulación de los migrantes en un espacio también es un tema controvertido, ya que se considera que puede someterlos a un efecto de racismo—lo cual conlleva naturalmente un estado de exclusión. Por supuesto que las nuevas perspectivas teóricas enfocan la integración de los migrantes en un modelo colectivo que detecta las condiciones de desigualdad y busca soluciones para promover la inclusión y la igualdad, pero en la práctica esto es raro. Hay enfoques que buscan un cambio social que considere la diversidad cultural y la dignidad humana como valores fundamentales para lograr una sociedad más justa y equitativa. Los migrantes han sido vistos como sospechosos de ser vectores de enfermedades y son considerados un riesgo para la salud pública. Esto merece una pequeña reflexión, basada en los hallazgos. La exclusión basada en el estatus migratorio se encuentra evidentemente en el acceso a los servicios de salud, aunque con matices, como se discutió. En este sentido, los trabajadores de la salud, sin ni siquiera saberlo, se convierten en agentes fronterizos que deciden quién tiene derecho a qué servicio

de salud y en qué condiciones. Es también importante hacer notar que el análisis muestra que los directivos entre los actores de los servicios de salud son más renuentes en la aceptación del migrante en las unidades médicas. Esto se entiende a partir de que son quizás los que mayor conciencia tienen de los recursos disponibles.

Para futuros proyectos sobre este tema se puede partir de esta clasificación de trabajadores del sector salud y acotar en subclasificaciones de tal manera que se permita segmentar de una forma más específica la participación de las diversas profesiones que participan con el acceso del migrante para la atención de la salud: enfermeras, atención urgencias, trabajadores sociales, etc. Después de todo, el migrante entra en contacto con un trabajador del sector salud en ciertos momentos y bajo ciertas circunstancias, dependiendo de su necesidad. El proceso migratorio tiene un impacto importante en la condición de salud del migrante, incluyendo la salud mental y la salud reproductiva, y solicita ayuda, si sabe cómo, de quienes piensa que le pueden ayudar. Se puede investigar también el papel de la sociedad civil que tiene una participación importante en garantizar el acceso a servicios de salud en la comunidad migrante como un elemento importante que merece mayor atención. Se observó en este estudio cómo estos funcionan como agentes protectores que velan por los derechos de los migrantes. Su intervención debe ser sujeta de mayor profundización.

En resumen, esta investigación se llevó a cabo como un trabajo multidisciplinario y se encuentra en la intersección de los temas de fronteras y migración, analizando el papel que ambos juegan en la producción de la exclusión, la marginación, y la vulnerabilidad del migrante en su travesía en un nuevo territorio. Se cruzó esto con el sector salud, en el cual el autor de este trabajo labora. La tesis se enfocó en la incorporación del fenómeno

fronterizo en la persona del migrante, encarnando una frontera portátil, donde se lleva con el migrante una frontera que le impide lograr sus objetivos; a veces porque no logra obtener los servicios para procurar su bienestar para seguir su camino. La propuesta de esta tesis es proponer un mecanismo teórico que permita entender como la configuración de las fronteras se ha interiorizado a tal grado que se impone este recurso (frontera portátil) al migrante y los actores de los servicios de salud la activan en relación con las características de derechohabiencia y disponibilidad de recursos en las unidades médicas.

Hallazgos destacables

Esta investigación se centró en el acceso a los servicios de salud como un ejemplo de las diversas manifestaciones de ser migrante, de cara al migrante, cuando a este se le impone una frontera que luego carga consigo al presentarse a solicitar servicios básicos. El desarrolló un nuevo concepto teórico de fronteras portátiles que explica lo que sucede en las decisiones diarias sobre el migrante por parte de la sociedad o por los sectores que administran los servicios de salud del Estado. En esta frontera se planteó una dinámica de cruce como el que se presenta en los puentes fronterizos.

Los datos nos muestran una actitud de selección de individuos a las unidades médicas y que puedan hacer uso de los servicios de la salud. Se definen dos tipos de documentos para acceder a las unidades: primero, los de identidad nacional como el INE y la CURP, seguido de los de afiliación por medio de la derechohabiencia (por ejemplo, un empleo). Se destaca la importancia de la atención médica y acceso a los servicios de salud para los migrantes, especialmente aquellos que están en tránsito o en situación de vulnerabilidad por su condición. La falta de acceso a la atención médica no solo pone en riesgo la salud del migrante, sino también la de la comunidad en la que se encuentra.

Además, se puede destacar la importancia de considerar la salud en un contexto global, debido a la movilidad humana masiva que se experimenta hoy, y, como se aprendió con la COVID-19, la propagación de enfermedades. La atención médica no solo es pues un problema epidemiológico, sino también un tema de salud pública, y finalmente un tema de desarrollo humano. En conclusión, el acceso a servicios de salud para los migrantes es crucial para proteger no solamente al individuo en su humanidad sino la salud de la comunidad en su conjunto. La literatura permitió entender cómo el capitalismo globalizado y la globalización de la salud corresponden a una nueva forma de soberanía que determina las reglas del juego y trata de gobernar el mundo y cómo los gobiernos se ajustan a los flujos migratorios en el juego entre su presencia y los servicios que el Estado debe proveer. Por lo tanto, se concluye que la globalización no es un proceso neutral, sino que está marcado por desigualdades y tensiones entre los distintos actores involucrados en el sistema-mundo. Pero se debe concluir también que el Estado, y sus servidores, no son neutrales tampoco. Son agentes del Estado y son precisamente un elemento que excluye, margina y vulnera.

Se examinó también que las perspectivas locales sobre los migrantes están cargadas de historia y que existen grupos de la sociedad civil que buscan defender los derechos humanos de los migrantes ante el Estado. Las organizaciones civiles tienen funciones que intervienen en la migración, como defender los derechos de los migrantes irregulares y participar en el acercamiento a la salud. Además, de los tres niveles de participación de las organizaciones civiles en la migración, la sección de enfrentarse con las políticas públicas es la que menos de desarrolla y se presenta como un área de oportunidad.

Para sacar estas conclusiones, esta tesis determinó pertinente la aplicación de método mixto para en análisis del caso de estudio. Los métodos mixtos han tomado relevancia y son considerados pertinentes cada vez más en las ciencias de la salud, pero también ha sido demostrada su efectividad en otras ciencias como las sociales; son una combinación de enfoques cuantitativos y cualitativos en la investigación. Esta metodología nos permitió completar esta investigación sobre un campo complejo. Y los hallazgos muestran los matices que pueden ser arrojados solamente por esta complementariedad de métodos. Al final, surgieron matices —como distintos niveles de acceso— que no se esperaban al proponer que había exclusión o no la había. Hubo inclusión y hubo exclusión, y todo dependía de una serie de variables que tenían que ver con los distintos trabajadores del sector salud y la necesidad de los migrantes, así como los documentos con los que contaban. Esto implica que no todo es exclusión, ni todo es inclusión. La salud analizada desde un enfoque holístico aborda variables complejas que no podían ser analizadas desde un único enfoque. Desde esta perspectiva estudiar la realidad de los servicios de la salud desde un solo enfoque, por ejemplo, una dicotomía inclusión-exclusión sería reduccionista. Esto salió a la luz gracias a una combinación de análisis estadísticos, pero sobre todo el apoyo en la narrativa obtenida de los grupos focales y entrevistas. Esta mancuerna y como se definen desde los métodos mixtos, permitió lograr una explicación y descripción el escenario de la salud para el migrante.

El marco teórico se considera adecuado, aunque se considera la marginación, con la consecuente exclusión y aumento en vulnerabilidades, como perspectiva teórica es la menos contundente. Este concepto teórico estimuló el uso de los ítems de índice de marginación, los cuales no tienen una relación empírica con el acceso a los servicios de

salud, pero sí una relación teórica con los factores de riesgo sanitario y hasta con variables como la discrecionalidad de los trabajadores del sector salud. Es importante reiterar el uso apropiado del concepto de frontera portátil. Por supuesto que este concepto fue útil, pero no fue tampoco un concepto dicotómico. No entenderlo como un fenómeno autoimpuesto por el migrante, sino impuesto en función de la identidad jurídica y de derechohabiencia, es importante.

Ahora bien, para esta tesis es relevante mencionar que el migrante no se comporta pasivamente ante la necesidad de servicio de salud. Este tiene capacidad de agencia. Busca y usa las herramientas disponibles en sus espacios para atender sus necesidades médicas, incluyendo el apoyo para los migrantes con otros migrantes, los apoyos de la sociedad civil, y los usos de conocimientos sobre remedios para la salud. Se encontró también que se hace uso de sistemas paralelos, como lo son las farmacias con consultorios, que atienden por apenas algunos pesos. Pero, aunque el migrante tiene alternativas, estas no pueden ser consideradas como la solución al problema. Todas tienen una cualidad de improvisación. Las alternativas son un matiz de la necesidad del respeto de los derechos humanos de la población migrante.

La metodología mixta resultó pues una herramienta valiosa para lo que se planteó obtener en esta tesis. Se logró una comprensión más completa de un fenómeno de salud desde la perspectiva del migrante y desde la perspectiva de los actores de los servicios de salud, los cuales son individuos inmersos en un entramado de políticas públicas y respuestas sociales, y deciden si hay acceso o no. Con todo esto, el acceso a los servicios de salud por parte de los migrantes irregulares en México sigue siendo un problema pendiente de resolver. A pesar de que el gobierno mexicano ha tomado medidas, aunque aún no

100 % efectivas, para garantizar el acceso a la atención médica a esta población, la falta de recursos en las diferentes entidades involucradas en la atención de la salud continúa limitando el acceso efectivo a los servicios de salud. Es en parte por eso considerar importante y destacar que los migrantes irregulares enfrentan numerosas barreras para acceder a los servicios de salud, entre ellas la exclusión de tales servicios, la falta de información sobre los servicios disponibles, la falta de documentación, y la falta de recursos económicos. Todo esto margina; y todo esto vulnera. Estas barreras son especialmente significativas para las personas que migran en condiciones precarias, como mujeres y niños, y aquellos que provienen de zonas rurales o de países donde los servicios de salud son limitados.

Por lo tanto, se requiere de un esfuerzo conjunto por parte del gobierno, las organizaciones no gubernamentales, y la sociedad en general para garantizar el acceso a los servicios de salud para los migrantes irregulares. Esto implica no solo una mayor inversión en recursos humanos y materiales para la atención de la salud, sino también un enfoque integral que aborde las causas subyacentes de la migración irregular, como la pobreza, la violencia y la falta de oportunidades económicas. El acceso a los servicios de salud para los migrantes irregulares en México es un tema complejo que requiere de una acción coordinada y una estrategia integral para garantizar que todas las personas, independientemente de su condición migratoria, puedan acceder a la atención médica que necesitan. No se considera que esto, sin embargo, sea factible dadas las condiciones políticas del país en este momento. Por lo tanto, esta tesis continúa relevante hacia un futuro en el tema de la frontera, la migración, y el sistema de salud.

Los hallazgos de esta tesis es la relevancia de la sociedad civil—a lo que ya se aludió y permite promover la participación de la sociedad civil en el acceso a los servicios de salud por los migrantes, ya que puede ser clave para mejorar la situación de estas personas. En muchos casos, las organizaciones de la sociedad civil trabajan con los migrantes para proporcionarles información sobre los servicios de salud disponibles y para ayudarles a navegar por el sistema de atención médica. Además, estas organizaciones pueden trabajar en colaboración con los proveedores de servicios de salud para garantizar que los migrantes tengan acceso a atención médica de calidad y culturalmente sensible. Estas pueden incluir la capacitación de los trabajadores de la salud para que comprendan las necesidades específicas de los migrantes y estén mejor equipados para proporcionar una atención de calidad. Las organizaciones de la sociedad civil también pueden abogar por políticas que mejoren el acceso a los servicios de salud para los migrantes, proceso que se considera uno de los temas pendientes a resolver. Esto podría incluir presionar a los gobiernos para que proporcionen servicios de salud gratuitos o asequibles para los migrantes, o para que eliminen las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud. En general, la participación de la sociedad civil es fundamental para abordar los desafíos que enfrentan los migrantes en términos de acceso a los servicios de salud. Al trabajar en colaboración con los proveedores de servicios de salud y los responsables políticos, las organizaciones de la sociedad civil pueden ayudar a garantizar que los migrantes tengan acceso a la atención médica que necesitan para mantener su salud y bienestar.

En relación con los supuestos hipotéticos, el empleo sí es un mecanismo de seguridad en el tema de la salud. Cuando el migrante irregular cuenta con empleo formal— aunque sea temporal, el mismo logra acceder a los servicios de salud por derecho laboral.

Lleva la herramienta de la derechohabiencia consigo. Aunque en un número pequeños, se observaron cambios en la dinámica migratoria, cambiando el país de destino modificándose a México marca una diferencia importante porque se abre la posibilidad de integrarse al mercado laboral y por tanto a algún tipo de acceso a servicios de salud. Contar con documentos de identidad jurídica es un mecanismo de protección para el acceso a los servicios de salud en dos aspectos. Primero, da una identidad al migrante que le permite registrarse en programas de salud y segundo habilita la posibilidad de acceder al mercado laboral que garantiza la derechohabiencia. Pero, los dos aspectos más alarmantes del índice de migración se centran en los salarios mínimos recibidos, los cuales son menores al estándar de no marginación y posterior el escenario relacionado con la precariedad de agua potable en donde algunos migrantes irregulares habitan. Finalmente se integran a los estratos más desprotegidos de la localidad. Y esto se relaciona directamente con los hábitos higiénico-dietéticos que desencadenan procesos patológicos de origen infeccioso. Peor aún, aunque esto es una anticipación hipotética, los resultados de satisfacción en la atención de la salud en la modalidad de servicio de urgencias, hospitalización, y consulta externa tienen un resultado considerablemente menor al de la población local—ciertamente a los de la clase media o la clase alta, datos que pueden afectar directamente a los indicadores médicos de salud del migrante. La sociedad civil tiene una participación con el acceso a los servicios de salud para los migrantes, los cuales tienen ya un mecanismo seguro para integrar a los migrantes en los servicios de salud.

Esta tesis permite visibilizar detalles pendientes para mejorar la integración de los migrantes y de esta forma limitar las experiencias excluyentes y de marginación: se destaca la importancia de capacitación y sensibilización a los actores de los servicios de salud,

sobre prácticas excluyentes y derechos humanos, apoyar a la sociedad civil para continuar con la destacable participación el acceso a los servicios de salud para el migrante irregular, acercar la información sobre el acceso a los servicios de salud para el migrante que se encuentren disponibles en las comunidades donde habiten. También es importante observar que el escenario actual de disponibilidad de recursos en las unidades médicas influyó, siendo este una variable que se podría retomar en futuros estudios. Se observa un interés por los actores operativos de los servicios médicos por incluir a la población migrante y no el mismo interés en los directivos, por este motivo se postula como apremiante una intervención de derechos humanos para este grupo de estudio además de gestión de protocolos de atención del migrante en los diversos niveles de la atención médica.

La pandemia resultó un reto importante en el trabajo de esta tesis. Aunque no fue objeto propio del trabajo de investigación, evidentemente se convirtió en una forma de examinar el acceso a la salud—principalmente a través de la atención en contagios y luego en vacunas. Esta fue una limitante difícil de vencer por los mecanismos de seguridad en salud, pero se logró obtener observaciones importantes. De hecho, el evento pandémico fue revelador, ya que aumentó la necesidad del migrante de acceder a la atención de la salud y proporcionó nuevas condiciones de observación en el trabajo de campo. Este proceso también evidenció la gran problemática que es el acceso y que las alternativas a la salud formal, las cuales no siempre tienen un impacto positivo por las subunidades de atención en los albergues. La salud requiere de un seguimiento y conclusión de las patologías, objetivo que no se logra en las unidades informales de atención a la salud.

Finalmente, es importante mencionar que las tres herramientas utilizadas en esta tesis, encuesta, entrevista y grupo focal resultaron ser útiles para el estudio. No se requirió

de cambio alguno en las herramientas aplicadas. Por una parte, la aplicación de la encuesta, a pesar de las dificultades epidemiológicas, permitió la recolección de un gran número de datos que permitió dar respuesta a la pregunta de investigación y respondió a algunas hipótesis. Al igual que la encuesta, la entrevista aportó grandes resultados, especialmente en el capítulo de la alternativa con la participación de la sociedad civil. Pero, sin desestimar las herramientas metodológicas previas, los grupos focales dieron una luz a esta tesis importante. Se logró describir algunos motivos de exclusión desde la perspectiva de los actores de los servicios de salud y se ratificó su papel como guardianes del sector salud, en efecto, como agentes fronterizos.

ANEXOS

Anexo 1



Resolución CEI-2022-1-578

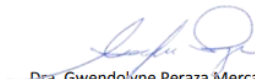
Ciudad Juárez, Chihuahua, a 8 de abril de 2022

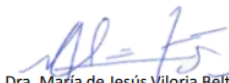
Luis Manuel Tena Muñoz
Dr. Luis Antonio Payán Alvarado
Presente.

El Comité de Ética en la Investigación (CEI), después de recibir las recomendaciones atendidas del protocolo de investigación CEI-2022-1-29, denominado "Fronteras portátiles como factor de exclusión social de los servicios de salud para el migrante", resolvió:

Dictamen favorable

Atentamente
"Por una vida científica
Por una ciencia vital"


Dra. Gwendolyne Peraza Mercado
Presidente del Comité de Ética en la
Investigación


Dra. María de Jesús Viloria Beltrán
Secretaria del Comité de Ética
en la Investigación

Anexo 2: Exclusión de los servicios de salud: el migrante

Consentimiento informado

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación *Frontera Portátiles y Exclusión Social de los Servicios de Salud para el Migrante*, regular o irregular, permanente o no, radicando en Ciudad Juárez, Chihuahua. Se le informa que esta investigación está catalogada como sin riesgos asociados con su participación. La información será utilizada únicamente con fines académicos como parte del programa de Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Al llenar esta encuesta otorga su *Consentimiento Informado* y manifiesta que se le ha explicado que su participación es voluntaria y que puede abandonar el estudio en el momento que desee. Además, se le garantiza que la información obtenida será empleada bajo anonimato.

Instrucciones: Lea la pregunta al encuestado y seleccione la opción que corresponda. Para preguntas o comentarios comunicarse con el responsable del proyecto; doctorante en Ciencias Sociales de la UACJ/ICSA, Luis Manuel Tena Muñoz, al correo electrónico al194731@alumnos.uacj.mx.

SD. 1. Edad (En años cumplidos): _____

SD. 2. Género con el cual se identifica más:

1. Masculino 2. Femenino

3. Otro. Especifique: _____

SD. 3. Escolaridad (Grado académico concluido):

1. Primaria/Homólogo

2. Secundaria/Homólogo

3. Preparatoria/Homólogo

4. Técnico/Homólogo

5. Licenciatura/Homólogo

6. Maestría/Homólogo

7. Doctorado/Homólogo

8. Otro. Especifique: _____

SD. 4. Estado Civil:

1. Soltero

2. Casado

3. Unión libre

4. Divorciado

5. Viudo

6. Otro. Especifique: _____

SD. 5. Ocupación:

1. Empleo formal

2. Empleo informal

3. Desempleado

4. Otro. Especifique: _____

SD. 6. Ingreso mensual percibido en MXN:

1. Menos de \$3,000

2. De \$3,500 a \$5,500

3. De \$5,501 a \$7,500

4. De \$7,501 a \$9,000

5. De \$9,001 a \$11,000

6. Más de \$11,000

SD. 7. Tiempo que lleva viviendo en México:

_____ Años _____ Meses _____ Días

SD. 8. País de origen: _____

SD. 9. País de destino: _____

SD. 10. ¿Tiene familia en este país? Sí No

SD. 11. ¿Tiene familia en otro país? Sí No

SD. 11.1. ¿En qué país/países?:

VID. 1. ¿Cuenta con algún documento de identidad en México? 1. Sí 2. No VID. 1.1. ¿Cuál?

1. CURP

2. Permiso temporal

3. Pasaporte mexicano

4. Acta de naturalización

5. IFE

6. Otro. Especifique: _____

VDH.1 ¿Cuenta con derechohabiencia en alguna de las siguientes instituciones? 1. Sí 2. No VDH.1.1.

¿Cuál?

1. IMSS

2. ISSSTE

3. Secretaria de bienestar

4. Otro. Especifique: _____

VIM.1. ¿Sabe usted leer y escribir?

1. Sí 2. No

VIM.2. ¿Terminó estudios de preparatoria/homólogo?

1. Sí 2. No

VIM.3. ¿Su vivienda cuenta con drenaje sanitario?

1. Sí 2. No

VIM.4. ¿Cuenta con energía eléctrica en su vivienda?

1. Sí 2. No

VIM.5. ¿Cuenta con agua entubada en su vivienda?

1. Sí 2. No

VIM.6. ¿Su vivienda cuenta con piso de tierra?

1. Sí 2. No

VIM.7. ¿Viven más de dos personas en su vivienda?

1. Sí 2. No

VIM.8. ¿En su localidad viven menos de 5,000 personas?

1. Sí 2. No

VIM.9. ¿Gana menos de \$520.68 pesos diarios?

1. Sí 2. No

USM.1. ¿Ha necesitado atención médica México?

1. Sí 2. No

USM.2. ¿Ha solicitado atención médica? 1. Sí 2. No

USM.2.1. Especifique la o las unidades:

USM.2.3. En caso no haberlo solicitado especifique el motivo:

1. Temor a que se la negaran

2. No sabe cómo solicitarlo

3. Le recomendaron que no solo solicitara

4. Otro. Especifique: _____

Responda a esta sección si el servicio solicitado fue en el área de Hospitalización. <input type="checkbox"/> No lo solicitó <input type="checkbox"/> Se lo negaron	1. SI	2. NO	99. No responde
TDH.1. ¿Durante su estancia lo atendieron con respeto?			
TDH.2. ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de hospitalización?			
CH.1. ¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto a su estado de salud?			
CH.2. ¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?			
CH.3. ¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
CH.4. ¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
AH.1. El médico, al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?			
FH.1. Le dieron todos los medicamentos que necesitó durante su hospitalización. <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
FH.1.1. ¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
FH.2. ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
OH.1. Durante su visita al servicio de hospitalización, ¿tuvo dolor?			
OH.1.1. ¿Su dolor fue atendido? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
OH.2. Mientras estuvo hospitalizado, ¿el personal de salud lo entendió al momento de solicitarlo?			
OH.3. El tiempo de espera para conseguir una interconsulta con otra especialidad fue de más de 21 días. <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
CPH.1. ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la atención médica recibida? <input type="checkbox"/> 1. Satisfecho (S) <input type="checkbox"/> 2. Regular (R) <input type="checkbox"/> 3. Nada satisfecho (N)			

Responda a esta sección si el servicio solicitado fue en el área de Consultorios. <input type="checkbox"/> No lo solicitó <input type="checkbox"/> Se lo negaron	1. SI	2. NO	99. No responde
TDC.1. ¿Durante su visita lo atendieron con respeto?			
TDC.2. ¿Considera que el médico pasó suficiente tiempo con usted durante su visita al servicio de consultorios?			
CC.1. ¿El médico le dio la oportunidad de hacer preguntas o comentar sus preocupaciones respecto al motivo por el que acudió a consulta?			
CC.2. ¿El médico le dio explicaciones fáciles de entender?			
CC.3. ¿Entendió usted cómo deberá tomar los medicamentos? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
CC.4. ¿Entendió usted los cuidados que deberá seguir en su casa? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
AC.1. El médico, al decidir su tratamiento, ¿tomó en cuenta sus necesidades y preocupaciones?			
FC.1. ¿Le dieron todos los medicamentos que necesitó? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
FC.1.1. ¿Dejó de tomar algún medicamento por no poder pagarlo? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
FC.2. ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación) por no poder pagarlo? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
FC.3. ¿Dejó de acudir a una consulta por no poder pagarla? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
OC.1. Durante su visita al consultorio, ¿tuvo dolor?			
OC.1.1. ¿Su dolor fue atendido? <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
O.C.2. El tiempo de espera para conseguir una cita con otro especialista fue de más de 21 días. <input type="checkbox"/> 3. No aplica			
CPC.1. ¿Qué tan contento (satisfecho) está con la calidad de la atención médica recibida? <input type="checkbox"/> 1. Satisfecho (S) <input type="checkbox"/> 2. Regular (R) <input type="checkbox"/> 3. Nada satisfecho (N)			
Esta encuesta corresponde una primera fase de investigación, en caso de desear participar en la siguiente fase, favor de proporcionar los siguientes datos: Nombre: _____ Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____			

Anexo 3

1. Grupo Focal

Nombre del moderador: Mtro. Luis Manuel Tena Muñoz

Nombre del observador:

3. Participantes

- Director médico
- Subdirector administrativo
- Jefa de enfermería
- Personal operativo de las diversas áreas de los servicios de salud.
 - Médicos.
 - Enfermería.
 - Trabajadoras Sociales

4. Preguntas – temáticas estímulos

1. ¿Considera que, en calidad de migrantes transnacionales, estas personas tienen el mismo derecho al acceso a la salud que las personas locales?
2. ¿En qué medida cree que el municipio de Juárez asegura el acceso a la salud al migrante transnacional?
3. ¿Considera que Juárez como municipio tiene la capacidad para garantizar el acceso a la salud del migrante colectivo transnacional?
4. ¿Usted está de acuerdo con que el migrante tenga acceso a la salud en una dependencia pública?
5. Si se recibe dos pacientes al mismo tiempo; un derechohabiente y un migrante y solo tienes una hospitalaria disponible ¿a quién se la otorgarías?
6. ¿El migrante transnacional debe tener los mismos derechos que un ciudadano mexicano?
7. ¿El protocolo de acceso de salud para el migrante transnacional está bien definido?
8. ¿Cuáles son las brechas de los procesos para el acceso a la salud del migrante que generan exclusión y vulnerabilidad en el migrante transnacional?

5. Definir el tiempo

La reunión tendrá una duración de 120 minutos

6. Cierre de la reunión

Se agradecerá la participación de los asistentes y se culminará con una conclusión por parte del moderador así mismo por comentarios finales de los asistentes.

7. Consideraciones que debe tomar el investigador/moderador del Grupo Focal

- ✓ El lugar donde se llevará a cabo el Grupo Focal deberá ser adecuado en tamaño, acústica y clima.
- ✓ El lugar de la reunión deberá ser neutral de acuerdo con los objetivos planteados en el Grupo Focal.
- ✓ Se solicitará al lugar donde se llevará a cabo el Grupo Focal que las mesas y sillas sean acomodadas en forma de U o de manera circular de tal forma que los asistentes puedan verse sin interferencia.
- ✓ El moderador deberá respetar el tiempo que les tome a cada participante desarrollar su tema.

- ✓ El moderador escuchará y utilizará la información que está siendo entregada.
- ✓ Se deberán cumplir los objetivos planteados para esta reunión.
- ✓ El moderador deberá explicitar desde el comienzo los objetivos y la metodología de la reunión a los participantes.
- ✓ El moderador debe permitir que todos participen.
- ✓ La reunión no deberá extenderse más de 60 minutos.
- ✓ El registro de la información se llevará a cabo en audio y se le notificará con tiempo a los asistentes.
- ✓ Se proporcionará a los asistentes distintos refrigerios para que se sientan en un ambiente agradable y con disposición a la charla

Anexo 4

GRUPO FOCAL				
TIEMPO	OBJETIVO	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	RECURSOS
	Dar a conocer a los participantes la importancia de la reunión, asimismo agradecer la respuesta a la invitación que se les ha hecho.	Luis Manuel Tena	Bienvenida	
	Crear un ambiente de confianza para poder iniciar la reunión.	Luis Manuel Tena	Momento para que se les sirva café a los invitados	
	Dar a conocer la dinámica que se llevará a cabo, el orden de participación, y en general dar una idea de lo que se va a tratar en el transcurso de la reunión.	Luis Manuel Tena	Presentación de los objetivos y motivo de la reunión.	
	Primera pregunta: 1. ¿Considera que, en calidad de migrantes transnacionales, estas personas tienen el mismo derecho al acceso a la salud que las personas locales?	Luis Manuel Tena	Derecho a la salud de los migrantes transnacionales	
	Segunda pregunta: ¿En qué medida cree que el municipio de Juárez asegura el acceso a la salud al migrante transnacional?	Luis Manuel Tena	Juárez y el acceso a la salud del migrante transnacional	
	Tercera pregunta: ¿Considera que Juárez como municipio tiene la capacidad para garantizar el acceso a la salud del migrante colectivo transnacional?	Luis Manuel Tena	Capacidad del sistema para asegurar el acceso	
	Cuarta pregunta: ¿Usted está de acuerdo con que el migrante tenga acceso a la salud en una dependencia pública?	Luis Manuel Tena	El acceso en dependencias públicas	
	Quinta pregunta: Si se recibe dos pacientes al mismo tiempo; un derechohabiente y un migrante y solo	Luis Manuel Tena	Derechos	

	tienes una hospitalaria disponible ¿a quién se la otorgaría?			
	Sexta pregunta: ¿El migrante transnacional debe tener los mismos derechos que un ciudadano mexicano?	Luis Manuel Tena	Derecho entre mexicanos y migrantes transnacionales	
	Séptima pregunta: ¿El protocolo de acceso de salud para el migrante transnacional está bien definido?	Luis Manuel Tena	Protocolo de acceso a la salud	
	Octava pregunta: ¿Cuáles son las brechas de los procesos para el acceso a la salud del migrante que generan exclusión y vulnerabilidad en el migrante transnacional?		Exclusión y vulnerabilidad	
	9. ¿Algo que deseen agregar? Comentario general o conclusión	Luis Manuel Tena	Conclusión	
	Concluir con resumen por parte del moderador, agradecer por la valiosa colaboración.	Luis Manuel Tena	Conclusión y agradecimiento	
PARTICIPANTES: <ul style="list-style-type: none"> ● Director médico. ● Subdirector administrativo ● Jefa de enfermería. ● Personal operativo de las diversas áreas de los servicios de salud. <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicos. ○ Enfermería. ○ Trabajadoras Sociales 		Hospital General de Zona no. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General tipo B del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE) y por último el Hospital General de Ciudad Juárez del Instituto Chihuahuense de la Salud (ICHISAL).		
PREGUNTAS-TEMÁTICAS ESTÍMULOS <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Considera que, en calidad de migrantes transnacionales, estas personas tienen el mismo derecho al acceso a la salud que las personas locales? 2. ¿En qué medida cree que el municipio de Juárez asegura el acceso a la salud al migrante transnacional? 				



3. ¿Considera que Juárez como municipio tiene la capacidad para garantizar el acceso a la salud del migrante colectivo transnacional?
4. ¿Usted está de acuerdo con que el migrante tenga acceso a la salud en una dependencia pública?
5. Si se recibe dos pacientes al mismo tiempo; un derechohabiente y un migrante y solo tienes una hospitalaria disponible ¿a quién se la otorgarías?
6. ¿El migrante transnacional debe de tener los mismos derechos que un ciudadano mexicano?
7. ¿El protocolo de acceso de salud para el migrante transnacional, está bien definido?
8. ¿Cuáles son las brechas de los procesos para el acceso a la salud del migrante que generan exclusión y vulnerabilidad en el migrante transnacional?
9. ¿Algo que deseen agregar?

Moderadora: Luis Manuel Tena

Observador (a). Pendiente

Anexo 4

Esta es una guía para realizar una entrevista semiestructurada. Está diseñada con el objetivo de explicar a profundidad la variable dependiente que es la exclusión de los servicios de salud. Esta fase trata encontrar la profundidad del dato por medio de la experiencia de las personas en condición de migrante en el acceso a los servicios de salud desde su narrativa. Por tal motivo se establece esta guía temática para la entrevista semiestructurada a personas de la comunidad migrante que son clave para esta investigación.

Nombre:	_____	Edad:	_____
Género:	_____	Orientación de género:	_____
Estado civil:	_____	Indicar el grado más alto de escolaridad:	_____
Ocupación:	_____		_____
Salario mensual percibido:	_____	País de origen:	_____
Tiempo que lleva viviendo en México:			
¿Cuánto tiempo permaneció en tránsito antes de llegar a esta localidad?		País de destino:	_____
¿Cuenta con alguno de los siguientes documentos?		¿Cuenta con algún servicio médico?	
CURP	_____	IMSS	_____
Pasaporte mexicano:	_____	ISSSTE	_____
Acta de naturalización:	_____	SSA	_____
INE/IFE:	_____	ICHISAL	_____
		Secretaría de bienestar:	_____
¿Tuvo algún problema de salud durante el trayecto?			
¿Cómo resolvió su problema de salud?			

Objetivo del instrumento	Preguntas.
Acceso	¿Con qué frecuencia ha tenido que solicitar acceso a los servicios de salud?
	En caso no haberlo solicitado especifique el motivo:
	¿Cómo fue su experiencia en el acceso a los servicios de salud, en relación con la institución y la atención?
	¿Cuáles servicios de salud ha usado y cuál es su opinión sobre ellos?
	¿Se le han negado la atención? ¿Cuáles son los motivos?
	¿Presento algún problema de salud durante el trayecto?
	¿Cubrió algún gasto por la atención solicitada?
Disponibilidad	¿Conoce las instituciones de salud que están disponibles para usted en relación con la ubicación y los servicios que ofertan?

Calidad	En su experiencia, ¿cómo fue la atención que recibió durante su acceso?
	¿Qué tipo de trato recibió durante el servicio?
Aceptabilidad	¿Conoce cuáles son los requisitos para acceder a un servicio de salud? ¿Cómo supo de ellos?
	¿Alguna asociación le ha apoyado para acceder a la atención de su salud?
	¿Cómo funciona la atención de la salud en las casas de migrantes?
	¿Identificas algún tipo de discriminación durante a la atención de tu estado de salud?
	¿Alguna acción durante la atención de la salud te resultó ofensiva en relación con su condición de migrante?
	¿Se interesaron por sus características culturales, gustos y preferencias?

¿Ha hecho uso de alternativas para la atención de su salud?

Anexo 5

Entrevista a miembro de la sociedad civil.

Nombre

¿Cuál es la organización a la que pertenece?

¿Cuántos años tiene colaborando con dicha organización?

¿Cuál es el objetivo de la organización?

¿Cuál es el mecanismo de trabajo de la organización con la que usted colabora?

¿Con qué sector de la población colabora?

¿Cuántas personas en condición de migrante irregular admite y cuál es el mecanismo de admisión?

¿Cuáles son las razones por las cuales decidió colaborar en pro a la comunidad migrante?

¿Cuáles son las vías de ingreso de presupuesto para esta organización?

¿Cuentan con redes de trabajo o vínculos con otras organizaciones en pro a los migrantes irregulares?

¿Cuáles son las actividades que realizan con la población migrante?

¿Cómo participan en relación con los derechos humanos de los migrantes irregular?

¿Cómo participan en pro al acceso de los servicios de salud necesarios para los migrantes?

¿Cómo ha sido su experiencia en el trabajo sobre el acceso a los servicios de salud para el migrante irregular?

¿Cómo considera la disponibilidad de servicios de salud para el migrante irregular?

¿Cuál es su perspectiva con respecto a la aceptabilidad del migrante irregular en los servicios de salud?



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE CIUDAD JUÁREZ

¿Cómo es la calidad en la atención de los migrantes en las unidades de salud de la localidad?

¿Cómo han sido sus experiencias con los actores de los servicios de salud en la medición de la atención de salud del migrante?

¿Cuáles son los principales problemas de salud de los migrantes irregulares en esta frontera?

¿Cuáles son sus intervenciones de salud en la organización a la que usted representa?

¿Participa en alguna actividad política para abordar el tema del acceso a la salud para el migrante irregular?

Anexo 6	Elemento medible	Código
Acceso a los servicios de salud (G1)		
1	Acceso limitado	G1C4
2	Necesidad sobre la capacitación sobre el mecanismo de acceso a los servicios de salud para los migrantes dirigida a los actores de los servicios de salud	G1C11
3	Necesidad sobre la difusión sobre el mecanismo de acceso a los servicios de salud por los migrantes dirigida a la sociedad civil y líderes de grupos de migrantes	G1C14
4	Derechohabiencia como requisito para el acceso a los servicios de salud	G1C18
5	Identificación como requisito para el acceso a los servicios de salud	G1C19
6	Falta de un mecanismo de acceso a los servicios de salud para el migrante	G1C23
7	Firma de pagaré por el migrante	G1C35
8	La disposición de los actores de los servicios para el acceso por los migrantes	G1C48
9	Difusión sobre vías de acceso	G1C50
Aceptabilidad en los servicios de salud (G2)		
10	Este grupo cuenta con cuatro códigos: falta de adaptación a los usos y costumbres de los migrantes	G2C5
11	Necesidad de capacitación en la comunicación con los migrantes	G2C10
12	Recurso humano disponible que intervenga en otros idiomas	G2C20
13	Desconocimiento sobre el tipo de dieta preferente por el migrante	G2C45
Calidad en la atención (G3)		
14	Calidad ofrecida en la atención del migrante	G3C8
15	Atención no oportuna	G3C33
Disponibilidad en los servicios de salud (G4)		
16	Ausencia de camas disponibles para migrantes	G4C9
17	Falta de medicamentos disponibles para el migrante	G4C24
18	Falta de presupuesto disponible para la atención del migrante	G4C40
19	Sin subrogados disponibles	G4C44
Exclusión (G5)		
20	Los migrantes no deberían de tener derecho a la salud	G5C13
21	Prácticas de exclusión de los servicios de salud para el migrante	G5C15
22	Limitar acceso a los medicamentos para el migrante	G5C28
23	Limitar acceso a los subrogados para el migrante	G5C29
24	Negar la atención a la salud al migrante	G4C30
25	No es viable integrar al migrante en el sistema de salud	G5C31
26	Exclusión del migrante por nacionalidad	G5C32
27	Los migrantes no son prioridad para los servicios de salud	G5C34
28	Rechazo del migrante	G5C42
Nivel de atención (G6)		
29	Primer nivel	G6C1
30	Segundo nivel de atención	G6C2

31	Tercer nivel de atención	G6C3
Áreas de atención (G7)		
32	Cuidados críticos	G7C12
33	Geriatría	G7C17
34	Medicina interna	G7C25
35	Medicina preventiva	G7C26
36	Atención obstétrica	G7C36
37	Patología quirúrgica	G7C37
38	Pediatría	G7C38
39	Métodos de planificación familiar	G7C39
40	Atención de urgencias	G7C47
41	Acceso a vacunación	G7C49
No agrupados		
42	Preocupación de los actores de los servicios de salud, de afectar los indicadores epidemiológicos	C6
43	La participación de las asociaciones civiles	C7
44	Las experiencias de los actores de los servicios de la salud	C16
45	Integración del migrante a los servicios de salud	C21
46	Relación de la marginación del migrante con el acceso de los servicios de salud	C22
47	Percepción de miedo en el migrante al acceso a los servicios de salud	C27
48	Programas que integran al migrante	C41
49	Atención del migrante es un presupuesto que no se recupera	C43
50	Uso de traslado como estrategia de atención	C46

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre-Gas, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública de México*, 32(2), Article 2.
- Aizenberg, L., Rodríguez, M. L., & Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones internacionales*, 8(1), 65–94.
- Alfaro-Alfaro, N. (2014, abril). *Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social*. Salud Jalisco.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
- Alonso, A. (2019, enero 9). *Trump sobre el Muro: “Estamos ante una crisis humanitaria y de seguridad”*. El Independiente.
<https://www.elindependiente.com/politica/2019/01/09/trump-sobre-el-muro-estamos-ante-una-crisis-humanitaria-y-de-seguridad/>
- Anderson, P. (1993). Modernidad y revolución. *Casullo, N.(comp.) El debate modernidad/posmodernidad. Buenos Aires: El Cielo por Asalto*, 16, 99–114.
- Aruj, R. S. (2008). Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. *Papeles de población*, 14(55), 95–116.
- Barrera-Gómez, D. F., Garnica-Rolón, D. S., & Manrique-Hernández, E. F. (2020). COVID-19: Las dos caras de la moneda. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(3), 333–336.
- Barrios de la O, M. I. (2021, julio 15). Cambios del fenómeno migratorio en Ciudad Juárez.

Colegio de la Frontera Norte. <https://www.colef.mx/noticia/cambios-del-fenomeno-migratorio-en-ciudad-juarez/>

Basilio Morales, E. (2020). Perspectivas del Presupuesto de Egresos de la Federación 2020 para la recuperación económica ante la covid-19. *Coyuntura Económica*, 2(3), Article 3.

BBC. (2021, marzo 18). Por qué las grandes potencias de Europa suspendieron el uso de la vacuna de AstraZeneca si la OMS dice que es segura. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56409754>

BBC. (2023). Vinculan al titular del Instituto Nacional de Migración de México al proceso por el incendio en Ciudad Juárez que dejó 40 migrantes muertos. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-65450241>

Benítez Ampudia, J. C. (2010). Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica. *Gazeta de Antropología*, 26(2), 1–8. <https://doi.org/10.30827/Digibug.6783>

Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 167–175. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>

Bersin, A., & Hristoulas, A. (2019). *Fronteras, migrantes y acuerdos bilaterales*. (México, DF), (339), 36-38.

Blanco, J. M. G. (2012). La exclusión social en la teoría social de Niklas Luhmann. *Século*

XXI: Revista de Ciências Sociais, 2(1), 43–71.

<https://doi.org/10.5902/223667256384>

- Bojorquez, I. (2015). Salud mental y migración internacional. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 111–113.
- Brenna, B., & Jorge, E. (2011). La mitología fronteriza: Turner y la modernidad. *Estudios fronterizos*, 12(24), 9–34.
- Bretones, F. D., & González-González, J. M. (2011). Identidad y migración: La formación de nuevas identidades transculturales. *La identidad nacional. Sus fuentes plurales de construcción*, 137–164.
- Březinová, K. (2018). La frontera México-Estados Unidos. Prácticas de fronterización en el continente americano desde finales del siglo XX a principios del siglo XXI. *Anuario Latinoamericano–Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales*, 6.
- https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_17951_al_2018_6_53-66
- Busso, G. (2001). *Vulnerabilidad social: Nociones e implicaciones de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI, Chile*. CEPAL, mimeo.
- Bustamante, J. A. (1991). Frontera México-Estados Unidos. Reflexiones para un marco teórico. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 4(11), 11–35.
- Cabieses, B., & Oyarte, M. (2020). Acceso a salud en inmigrantes: Identificando brechas para la protección social en salud. *Revista de Saúde Pública*, 54.
- <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001501>
- Caggiano, S. (2013). Desigualdades divergentes: Organizaciones de la sociedad civil y

sindicatos ante las migraciones laborales. *desiguALdades.net x|Working Paper Series*, 47, 1–48.

Calle, J. A. L. (2020). Las enfermedades infecciosas y epidemias en el tiempo del Quijote, II. *El Catoblepas*, 192, 4.

Candiz, G., & Bélanger, D. (2018). Del tránsito a la espera: El rol de las casas del migrante en México en las trayectorias de los migrantes centroamericanos. *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies/Revue canadienne des études latino-américaines et caraïbes*, 43(2), 277–297.
<https://doi.org/10.1080/08263663.2018.1467533>

Carpio Pérez, A. (2013). “Each prayer hides a fear”: Fear and rites in the current migratory process. *Signos históricos*, 15(30), 108–140.

Carrascosa, M. I. P., & Lacomba, J. (2020). Las organizaciones de la sociedad civil en fronteras de alta migración. Entre el humanitarismo y la defensa de derechos. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 28, 13–32.
<https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005802>

Castles, S. (2010). Migración irregular: Causas, tipos y dimensiones regionales. *Migración y desarrollo*, 8(15), 49–80.

Cavero-Arguedas, D., Cruzado de la Vega, V., & Cuadra-Carrasco, G. (2017). Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: Evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 528–537.

doi: 10.17843/rpmesp.2017.343.3063

CIA. (2018). *Land boundaries—The World Factbook*. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/land-boundaries/>

Cohen, N. (2004). El rol del Estado ante las migraciones recientes desde la perspectiva de la población nativa. *VI Jornadas de Sociología*.

Cordera, R., & Lomelí, L. (2006). *De lo local a lo global: Los desafíos de la globalización y sus repercusiones locales*. UNAM.

Correa, V. (2006). El papel de la sociedad civil en los derechos humanos de los migrantes. *CELADE – División de Población de la CEPAL*.

<https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/correav.pdf>

Cortés, F. (2006). Consideraciones sobre la marginación, la marginalidad, marginalidad económica y exclusión social. *Papeles de población*, 12(47), 71–84.

Cortiglia, A. (2018). El pacto mundial para una migración segura, ordenada y regular: El rol de México como cofacilitador. *Boletín del Departamento de América Latina y El Caribe*, no. 65. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/108264>

Creswell, J. W. (2003). *Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cuervo, R. H., & López, M. V. (2020). El gasto público en salud frente a la pandemia por CoVid 19 en México. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 9(18), 48–64.

Curbelo, T. (2004). Fundamentos de salud Pública. *La Habana: Editorial Ciencias Médicas*, 15, 377–383.

- Dabat, A. (2002). Globalización, capitalismo actual y nueva configuración espacial del mundo. *Globalización y alternativas incluyentes para el siglo XXI, Porrúa*.
- DAES. (2021). *Poblaciones de migrantes internacionales*. Portal de Datos sobre Migración. <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/poblaciones-de-migrantes-internacionales>
- Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México, 53*(2), 220–232.
- De Lobera Pérez-Mínguez, M. R. (2004). Inmigración, diversidad, integración exclusión: Conceptos clave para el trabajo con la población inmigrante. *Revista de estudios de juventud, 66*, 11–21.
- De Vries, L. A. (2016). Politics of (in) visibility: Governance-resistance and the constitution of refugee subjectivities in Malaysia. *Review of International Studies, 42*(5), 876–894.
- Del Arenal, C. (2002). La nueva sociedad mundial y las nuevas realidades internacionales: Un reto para la teoría y para la política. *Cursos de Derecho Internacional y Relaciones Internacionales de Vitoria-Gasteiz 2001*, 17–85.
- Del Canto García, S. (2022). *La cooperación transfronteriza como respuesta a la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2*.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.18002/jclcreg/v0i20>
- Di Filippo, A. (1998). La visión centro periferia hoy. *Revista de Comisión económica para América latina CEPAL. Número extraordinario*, 1–14.
- Díaz, A. A. (2020). *Al cruzar la frontera*. Nuevo Milenio.

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HVNVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=D%C3%ADaz,+A.+A.+\(2020\).+Al+cruzar+la+frontera.+Nuevo+Milenio.&ots=ws-fDZMine&sig=LddKJrO1EXlx-d1tmUZmdAei4Gg#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HVNVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=D%C3%ADaz,+A.+A.+(2020).+Al+cruzar+la+frontera.+Nuevo+Milenio.&ots=ws-fDZMine&sig=LddKJrO1EXlx-d1tmUZmdAei4Gg#v=onepage&q&f=false)

Díaz, L. M. (2010). Migrantes transnacionales, políticas migratorias y el papel de la sociedad civil organizada. *Sociedad y Economía*, 19, 33–48.

Diesbach de Rochefort, N. M. (2002). Frontera: ¿Muro divisorio o tejido de relaciones? *Estudios fronterizos*, 3(5), 9–42.

Ebert, K., & Ovink, S. M. (2014). Anti-immigrant ordinances and discrimination in new and established destinations. *American Behavioral Scientist*, 58(13), 1784–1804.
<https://doi.org/10.1177/0002764214537267>

El País. (s/f). *El mundo de Joe Arpaio, el “sheriff” más duro del oeste y maestro de las relaciones públicas | Internacional | EL PAÍS*. Recuperado el 8 de agosto de 2023, de
https://elpais.com/internacional/2010/06/02/actualidad/1275429611_850215.html

Escobar, J., & Bonilla-Jiménez, F. I. (2007). GRUPOS FOCALES: UNA GUÍA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9(1), 51–67.

Fagundez, P. (2018). *La intervención territorializada de la pobreza: Problematizando desde la mirada de un programa focalizado- " Jóvenes en Red"*.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23837/1/TTS_FagundezPatricia.pdf

Feldman-Bianco, B. (2015). Desarrollos de la perspectiva transnacional: Migración, ciudad

y economía política. *Alteridades*, 25(50), 13–26.

Ferrajoli, L. (1996). Norberto Bobbio, teórico del derecho y de la democracia. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 60(253), 31–46.

Flamand, L., & Jaimes, C. M. (2015). *Seguro Popular y Federalismo en México: Un análisis de política pública* (Vol. 3). CIDE.

Flick, U. (2015). El diseño de la investigación cualitativa (Vol. 1). *Ediciones Morata*.

Flores, R. L. (2018). Conceptos sobre migración y salud: Entre las cuarentenas... y los determinantes de la salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(4), 33–39.

Foladori, G., Flores, M. M., & Márquez, H. (2004). Vulnerabilidad epidemiológica en la migración México, Estados Unidos. *Migración y Desarrollo*, 3, 19–44.

Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2007). La globalización y la nueva salud pública. *Salud pública de México*, 49(2), 156–164.

Godoy, P., Castilla, J., Astray, J., Godoy, S., Tuells, J., Barrabeig, I., & Domínguez, Á. (2022). Hacia el control de la COVID-19 a través de la vacunación: Obstáculos, desafíos y oportunidades. Informe SESPAS 2022. *Gaceta Sanitaria*, 36, S82–S86.

Goffman, E., & Guinsberg, L. (1970). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu Buenos Aires.

Grasso, L. (2006). *Encuestas: Elementos para su diseño y análisis*. Editorial Brujas.

Guevara Patiño, R. (2016). O estado de arte na investigação: Análise dos conhecimentos acumulados ou indagação por novos sentidos? *Folios*, 44, 165–179.

Guillén, B. (2023, marzo 28). *Al menos 38 muertos en un incendio en un centro del Instituto Nacional de Migración en Ciudad Juárez*. El País México.

<https://elpais.com/mexico/2023-03-28/decenas-de-personas-mueren-en-un-incendio-en-un-centro-del-instituto-nacional-de-migracion-en-ciudad-juarez.html>

- Guizardi, M. L., Contreras, E. L., Moreno, E. N., & Valdebenito, F. (2017). Fronteras, género y patriarcado: Discusiones teóricas para replantear el transnacionalismo migrante. *Límite: revista de filosofía y psicología*, 12(38), 22–38.
- Gutiérrez, G. (1991). Los sistemas locales de salud: Una transición de la respuesta social organizada. *Salud pública de México*, 33(6), 617–622.
- Gutiérrez-Pulido, H., & Gama-Hernández, V. (2010). Limitantes de los índices de marginación de CONAPO y propuesta para evaluar la marginación municipal en México. *Papeles de población*, 16(66), 227–257.
- Headrington, A. E. (2019). Los muros fronterizos. Una aproximación jurídica a la luz de los derechos humanos. *Agenda Internacional*, 26(37), 119–135.
- Hernández Rodríguez, R. (2020). La persistencia de una idea: El nacionalismo revolucionario. Del PRI a López Obrador. *Foro internacional*, 60(2), 501–536.
- Herrera, L. A. (2022). Ciudad Juárez en el contexto actual: Recuperar la inteligencia de la ciudad para proyectar su futuro posible. *El futuro de las ciudades*, 365-393.
- Hollifield, J. (2006). *El emergente Estado migratorio (67-96)*.
http://rimd.reduaz.mx/coleccion_desarrollo_migracion/repensando/Repensando_3el_emergente.pdf
- Holmes, S. M. (2011). Structural vulnerability and hierarchies of ethnicity and citizenship on the farm. *Medical anthropology*, 30(4), 425–449.
- Hortale, V. A., Conill, E. M., & Pedroza, M. (1999). Desafios na construção de um modelo

para análise comparada da organização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 79–88.

Infante, C., Silván, R., Caballero, M., & Campero, L. (2013). Sexualidad del migrante: Experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. *Salud pública de México*, 55, S58–S64.

Interparlamentaria, U. (2015). *Migración, derechos humanos y gobernanza. Manual para Parlamentarios*. Courand et Associés. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/Documents>

Izcara Palacios, S. P. (2009). Militarización de la frontera e inmigración ilegal: Los jornaleros tamaulipecos. *Estudios fronterizos*, 10(20), 9–45.

Izquierdo, A. (2009). *El modelo de inmigración y los riesgos de exclusión* (Vol. 25). Cáritas Española.

Jiménez, D., Borja, J., & Castilla, M. (2000). Laberintos urbanos en América latina. *ABYA-YALA*, 35–56.

Jiménez, M. L. V., Fuertes, F. C., & Abad, M. J. S. (2009). Satisfacción en el voluntariado: Estructura interna y relación con la permanencia en las organizaciones. *Psicothema*, 112–117.

Johnstone, P. L. (2004). Mixed methods, mixed methodology health services research in practice. *Qualitative health research*, 14(2), 259–271.

Justicia, J. M. (2005). Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS. ti 5. *Espanha: Universidade Autônoma de Barcelona*.

http://juan.psicologiasocial.eu/mistextos/munoz-justicia_atlas5_2005.pdf

- Koff, H. (2008). El poder político y la política fronteriza en Europa: La utilidad de comparar las fronteras internas y externas de la Unión Europea. *Estudios Políticos*, 32, 195–226.
- Konrad, V. (2015). Toward a theory of borders in motion. *Journal of Borderlands Studies*, 30(1), 1–17.
- Kottow, M. (2013). Pierre Bourdieu: Sociología reflexiva para salud pública y su bioética. *Nuevos Folios de Bioética y Pensamiento Biomédico*, 12, 5–21.
- Krueger, R. A. (1991). *El grupo de discusión: Guía práctica para la investigación aplicada*. Pirámide.
- Landero, E. C. (2019). Derecho del migrante a un trabajo decente en México. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 25, 103–116.
<https://doi.org/10.20932/barataria.v0i25.495>
- Lavelle, E., Vuk, J., & Barber, C. (2013). Twelve tips for getting started using mixed methods in medical education research. *Medical Teacher*, 35(4), 272–276.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.759645>
- Lazo-Gonzales, O., & Santivañez-Pimentel, A. (2018). *Atención de salud con calidad* (Consejo Regional III Lima). <https://cmplima.org.pe/wp-content/uploads/2018/06/Libro-Atencion-salud-calidad.pdf>
- Liberona Concha, N. (2020). Fronteras y movilidad humana en América Latina. *Nueva sociedad*, 289, 49–58.
- Liberona Concha, N., Piñones-Rivera, C., & Álvarez Torres, C. (2023). Consecuencias del orden estructurante de las relaciones interétnicas: Barreras en el acceso a la atención

de salud de mujeres migrantes y sus familias en tarapacá. *Chungará (Arica), ahead*, 1–14.

Llanes-Díaz, N., Bojórquez-Chapela, I., & Odgers-Ortiz, O. (2023). Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a personas migrantes centroamericanas en Tijuana.

Revista Panamericana de Salud Pública, 47, e56.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.56>

Lomelí, F. A. (2012). La frontera entre México y Estados Unidos: Transgresiones y convergencias en textos transfronterizos. *Iberoamericana Editorial Vervuert*, 129–144.

López, M. Á. N. (2011). *Breve historia de Julio César*. Nowtilus.

Lopezosa, C. (2020). *Entrevistas semiestructuradas con NVivo: Pasos para un análisis cualitativo eficaz*. <https://repositori.upf.edu/handle/10230/44605>

Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J. C., Franco-Marina, F., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Naghavi, M., & Wang, H. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud pública de México*, 55, 580–594.

Luhmann, N., & Ramos Torre, R. (1993). *Teoría política en el Estado de Bienestar*. Madrid, Alianza 1993.

Magis-Rodríguez, C., Gayet, C., Negroni, M., Leyva, R., Bravo-García, E., Uribe, P., & Bronfman, M. (2004). Migration and AIDS in Mexico: An overview based on recent evidence. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37, S215–S226.

<https://doi.org/10.1097/01.qai.0000141252.16099.af>

- Manaut, R. B. (2015). Centroamérica: Geopolítica, militarización y crisis humanitaria. *Comentario Internacional. Revista del Centro Andino de Estudios Internacionales*, 15, 211–239.
- Marichal, F., & Quiles, M. N. (2000). La organización del estigma en categorías: Actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3), 458–465.
- Marini, A. M. (2019). Alien/Alienígena: Barrier y la representación de la otredad fronteriza. *Mitologías hoy*, 20, 165–179.
- Martínez, C., Carruth, L., Janeway, H., Smith, L., Donato, K. M., Piñones-Rivera, C., Quesada, J., & Holmes, S. M. (2022). ¿Cómo deberían expresar solidaridad los médicos con los solicitantes de asilo en la frontera entre México y EE. UU.? *AMA Journal of Ethics*, 275–282.
- Martínez, G., Cobo, S. D., & Narváez, J. C. (2015). Trazando rutas de la migración de tránsito irregular o no documentada por México. *Perfiles latinoamericanos*, 23(45), 127–155.
- Martínez, P. C. C. (2012). Semblanza de los Directores de la Organización Panamericana de la Salud. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 13(4).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2012/spn124a.pdf>
- Martínez Pincay, I. E., & Guarnaccia, P. J. (2007). “It’s like going through an earthquake”: Anthropological perspectives on depression among Latino immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9, 17–28.
- Medina-Gómez, O., & López-Arellano, O. (2019). Informalidad laboral y derecho a la

salud en México, un análisis crítico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2583–2592.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.14342017>

Meneses, G. (2010). De migras, coyotes y polleros. El argot de la migración clandestina en la región de Tijuana-San Diego. *Leviatán: Revista de hechos e ideas*, 16, 99–114.

Mezzadra, S. (2005). Ciudadanos de la frontera y confines de la ciudadanía. *Derecho de fuga. Migraciones, ciudadanía y globalización*, 93–118.

Moraña, M., & Sánchez Prado, I. M. (2012). El lenguaje de las emociones: Afecto y cultura en América Latina. *El lenguaje de las emociones*, 346.

Moreno, P. (2001). Concepto de marginación social. *Psicología de la marginación social; concepto, ámbitos y actuaciones*, 67–101.

Murillo-Pedrozo, A. M., & Agudelo-Suárez, A. A. (2020). La migración sur/sur como un determinante social de impacto en las desigualdades e inequidades en salud bucal en Latinoamérica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 692–699.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4908>

Naciones Unidas. (s/f). 2019 | *Department of Economic and Social Affairs*. Recuperado el 8 de agosto de 2023, de <https://www.un.org/development/desa/dpad/tag/2019/>

Naciones Unidas. (2021lan). *La COVID-19 disminuyó un 27% la migración internacional durante el año pasado* | *Noticias ONU*.

<https://news.un.org/es/story/2021/01/1486602>

Newman, C. (2006). The impact of globalisation and trade on the productivity performance of the Irish food manufacturing sector. *Institute for International Integration*

Studies, 3–19.

Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A., Bejarano-Arias, R. M., Alcalde-Rabanal, J. E., & Bonilla-Fernández, P. (2009). Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud pública de México*, 51(5), 407–416.

OHCHR. (2023). *Migración y derechos humanos*. OHCHR.

<https://www.ohchr.org/es/migration>

OMS. (1948). Conferencia Sanitaria Internacional. *Conferencia Sanitaria Internacional*.
Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

OMS. (2019). *Determinantes sociales de la salud—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Özden, C., & Mundial, B. (2007). Fuga de cerebros en América Latina. *Migración internacional y desarrollo en América Latina y el Caribe*, 469–482.

Parsons, T. (1974). *El sistema de las sociedades modernas*. Trillas.

Payan, T., & Coronado, I. (2021). Fronteras y fronterología: reflexiones sobre los desafíos de su proceso de enseñanza-aprendizaje. *Ensinando fronteiras*, 106–134.

<https://doi.org/doi10.21826/9786599023460>

Pérez Bravo, M. (2020). La salud física y psicológica de las personas migrantes en México: El caso de la detención migratoria. *Derecho global. Estudios sobre derecho y justicia*, 6(16), 15–48.

- Pérez-Soria, J. (2017). Migrantes mexicanos en los Estados Unidos: Una revisión de la literatura sobre integración, segregación y discriminación. *Estudios fronterizos*, 18(37), 1–17.
<https://doi.org/10.21670/ref.2017.37.a01>
- Piñones-Rivera, C., Concha, N. L., & Gómez, S. L. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: Determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*, 30, 1–18.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200310>
- Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative research: Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research. *bmj*, 311(6996), 42–45.
<https://doi.org/10.1136/bmj.311.6996.42>
- Portal de datos mundiales de la migración. (2020). *Migración | Naciones Unidas*.
<https://www.un.org/es/global-issues/migration>
- Porthé, V., Benavides, F. G., Vázquez, M. L., Ruiz-Frutos, C., García, A. M., Ahonen, E., Agudelo-Suárez, A. A., & Benach, J. (2009). La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gaceta Sanitaria*, 23, 107–114.
- Ramos, E. (2003). La exclusión social reflejada en la atención de la salud. *Entorno*, 28, 19–25.
<https://doi.org/10.5377/entorno.v0i28.7484>
- Ravenstein, E. (s/f). G. 1885. “The Laws of Migration”. *Journal of the Royal Statistical*

Society, 52(2).

Reyes García, L. (2013). La ciudadanía en México. Un breve recuento histórico. *Polis*, 9(2), 113–149.

Reyes Romo, F. (2006). *HACIA UNA TEORÍA POLÍTICA DEL TRANSNACIONALISMO MIGRANTE*.

http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/rimd/documentos_miembros/12477Towards%20a%20political%20theory%20of%20migrant%20transnationalism.pdf

Robertson, R. (1992). Globalization: Social theory and global culture. *Globalization*, 1–224.

Rodríguez Álvarez, O. L. (2002). La ciudad que hace la maquila: El caso de Ciudad Juárez (México). *Scripta Nova*, 119(53). <https://www.ub.edu/geocrit/sn/sn119-53.htm>

Sáenz Vela, H. M., & Guzmán Giraldo, Á. M. (2021). Gasto catastrófico y utilización de servicios de salud, México 2018. *Revista de economía*, 38(97), 65–87.

<https://doi.org/10.33937/reveco.2021.218>

Salazar, A. M. (2018). *Los retos de la migración en el siglo XXI*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Salcedo, A. L., & Prado, C. A. (1992). El proceso migratorio como factor de riesgo en la desnutrición crónica del preescolar migrante cañero de Jalisco. *Salud Pública de México*, 34(5), 518–527.

Schmelkes, S. (2005). Interculturalidad, democracia y ciudadanía en México. *Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, La discriminación racial*, 91–100.

Sedas, A. C., Aguerrebere, M., Martínez, L. A., Zavala-de Alba, L. E., Eguiluz, I., &

- Bhabha, J. (2020). Reporte situacional: Migración de tránsito en México durante la pandemia de COVID-19. *Lancet Migration*. <https://www.migrationandhealth.org/migration-covid19-briefs>
- Serrano, C. (2005). Claves de la política social para la pobreza. *Manuscrito no publicado*. https://www.academia.edu/download/35097503/claves_de_la_politica_social.pdf
- Sevast'janov, S. V., Lajne, J., & Kireev, A. A. (2015). *Introduction to border studies*. Dalnauka.
- Sojo, C. (2000). Dinámica sociopolítica y cultural de la exclusión social. *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe*, 48–87.
- Sorensen, N. (2005). Migración, género y desarrollo: El caso dominicano. *La migración: un camino entre el desarrollo y la cooperación*, 163–182.
- Stanojoska, A., & Petrevski, B. (2012). *Theory of push and pull factors: A new way of explaining the old*. Криминалистичко–полициска академија, Белград, Република Србија Фондација <https://eprints.uklo.edu.mk/id/eprint/1742>
- Steger, M. B. (2007). *Globalization and ideology*. Wiley Online Library. 10.1002/9780470691939
- Suárez Navaz, L. (2005). Ciudadanía y migración: ¿un oxímoron? *Puntos de vista*, 4, 29–47.
- Supo, J. (2013). *Cómo validar un instrumento*. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16000>
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2021). *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research*. SAGE publications.

- Temores-Alcántara, G., Infante, C., Caballero, M., Flores-Palacios, F., & Santillanes-Allande, N. (2015). Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *salud pública de México*, 57(3), 227–233.
- Torre-Cantalapiedra, E. (2021). Políticas migratorias de control y protección en tiempos del COVID-19. *Huellas de la Migración*, 6(11), 11–43.
- Vázquez, M. L., Vargas, I., & Aller, M.-B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 142–146.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.012>
- Vega, J. (2022). Xenofobia, nacionalismo y COVID-19: La construcción del migrante venezolano en el discurso sobre la vacunación en redes sociales. *Lengua y Sociedad*, 21(1), 129–147.
- Velázquez, G. (2005). Paradojas entre la Identidad y la Identificación: Aproximaciones para un Debate Posterior. *Razón y Palabra*, 10(47), 1–7.
- Wallerstein, I. M. (2004). *Capitalismo histórico y movimientos antisistémicos: Un análisis de sistemas-mundo* (Vol. 24). Ediciones Akal.
- WHO. (2008de). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Williams, R. (2000). *Palabras clave. Un vocabulario de la cultura y la sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Yúdice, G. (2006). El recurso de la cultura. *Usos de la cultura en la era global*, 34.

<http://www.columbia.edu/cu/spanish/courses/spanish3330/9cultural/yudicecultura.pdf>

Zamora, J. A. (2005). Políticas de inmigración, ciudadanía y estado de excepción. *Arbor*, 181(713), 53–66.

<https://doi.org/10.3989/arbor.2005.i713.442>

Zamora, S. (1984). Peso-Dollar Economics and the Imposition of Foreign Exchange Controls in Mexico. *The American Journal of Comparative Law*, 32(1), 99–154.

<https://doi.org/10.2307/840269>

Zapata Barrero, R. (2012). Teoría política de la frontera y la movilidad humana. *Revista Española de Ciencia Política*, 29, 39–66.