

**Circunstancias sociales y de acceso a los servicios de salud
de las personas migrantes en tránsito. El Caso de Tijuana¹**

María del Carmen Herrera Bautista²

¹ Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.

² Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede México, carmen.lazarina@gmail.com

Resumen

El acceso a los servicios de salud de las y los migrantes mexicanos que transitan por la frontera norte de México es un problema social modelado, esencialmente, por el incremento de la vulnerabilidad que generan las circunstancias del cruce fronterizo indocumentado o la condición de expulsados de Estados Unidos de América (EUA). Este estudio investiga el tema en el caso de la ciudad de Tijuana, uno de los principales lugares de cruce y puntos de repatriación de migrantes indocumentados, a partir de entrevistas a actores claves, a migrantes recién repatriados o deportados; y, de la observación etnográfica de los espacios e instituciones de tránsito migratorio. Los resultados más importantes confirman que, durante la travesía para intentar cruzar la frontera y en el retorno obligado, las personas enfrentan fuertes adversidades físicas y psicosociales, lo que provoca necesidades de atención a su salud. La investigación también comprueba la existencia de factores que facilitan —redes personales, sociedad civil organizada, políticas públicas migratorias y programas y servicios de salud— o restringen —redes de tráfico de personas, inseguridad social, migración clandestina, abuso de autoridad, burocratismo, gestión pública ineficaz y falta de presupuesto de los programas para migrantes— el acceso de estas personas a los servicios de salud.³

³ La presente ponencia se basa en la tesis “Factores condicionantes del acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito. El caso de Tijuana”, que la autora presentó para obtener el grado de maestría en FLACSO México.

Contenido

Resumen.....	2
Introducción	4
Planteamiento del tema y el problema de investigación.....	4
Perspectivas teórico conceptuales e hipótesis de investigación.....	6
Metodología	9
Caso de estudio	9
Objetivos de la investigación	10
Fuentes y técnicas de recolección de la información.....	11
Dimensiones del análisis de la información.....	12
Resultados del Trabajo de Campo	14
Servicios y programas de protección a migrantes en tránsito.....	14
El proyecto de salud para migrantes de Médicos del Mundo y su antecedente en Tijuana..	16
El programa Vete Sano, Regresa Sano y el Hospital General Tijuana.	18
Los albergues de las OSC: Casa del Migrante en Tijuana e Instituto Madre Assunta.....	21
La voz de las y los migrantes: vivencias durante el tránsito o el retorno involuntario.....	24
Perfil de las y los entrevistados.....	24
El retorno involuntario a Tijuana.....	25
El intento de cruzar la frontera.....	26
La estancia en Tijuana.	27
El albergue de las OSC.....	28
Consideraciones finales	29
Bibliografía	30

Introducción

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

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

La presente ponencia aborda las condiciones sociales y de salud de las y los migrantes mexicanos que, por sus intenciones de cruzar indocumentadamente la frontera o por su condición de personas expulsadas de EUA se encuentran de paso en la frontera norte de México, específicamente en la ciudad de Tijuana. Particularmente se estudia la problemática del acceso a los servicios de salud, ya que durante ese tránsito, las personas migrantes enfrentan fuertes adversidades físicas y psicosociales que suponen cambios drásticos en el rumbo de su vida y su bienestar. Además, el entorno complejo de ese periodo del proceso migratorio, incrementa la vulnerabilidad de estas personas en la medida en que están lejos de su casa y de sus familiares y amigos, con escasos recursos y enfrentando múltiples peligros.

La investigación presenta factores que favorecen o limitan el acceso a los servicios de salud de las y los migrantes de paso en la frontera norte de México, así como situaciones y vivencias adversas que amplían la vulnerabilidad de este grupo. La finalidad del estudio, es coadyuvar a la mejora de las condiciones sociales y de vida de estas personas y al incremento de la efectividad de las políticas públicas de salud hacia este sector de la población, con la consecuente eliminación, o disminución, de los riesgos que deterioran su bienestar.

Planteamiento del tema y el problema de investigación

Desde la perspectiva sociológica contemporánea, gozar de buena salud se relaciona con tener buena condición física y mental, así como con el bienestar individual y la capacidad de producir y de disfrutar la vida, por lo que supone la consideración de varios aspectos no estrictamente

médicos. No obstante, las percepciones, el cuidado y la atención a la salud varían según el conocimiento y la relevancia que cada individuo asigne a ésta, así como de los recursos de que disponga, de su nivel de vulnerabilidad, entre otros.

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la salud es un derecho humano enmarcado en los principios de justicia social, por lo cual es responsabilidad del Estado proveer sistemas de atención a la salud para toda la población (ONU, 1948). En México, el derecho a la protección de la salud está garantizado constitucionalmente. De este modo, cualquier persona mexicana, en territorio mexicano, tiene el derecho a acceder a los servicios de salud públicos, aunque, en la práctica, subsisten serias limitaciones al ejercicio de este derecho por parte de amplios sectores de la población.

Por otro lado, en los últimos años a nivel internacional se ha observado una mayor intensidad y complejidad en la movilidad poblacional, en la que México destaca con uno de los flujos migratorios más prominentes. A partir de 1970, el crecimiento de la población mexicana en EUA fue exponencial. En ese año, la población estimada fue de 865 mil personas, mientras que, en 2007, había ascendido a cerca de 11.9 millones (Leite, Angoa y Rodríguez, 2009, p.107). Estos datos son un indicador de la magnitud y continuidad del fenómeno, en el que destaca el alto porcentaje de migración indocumentada.

Migrar sin documentos tiene altos costos económicos, sociales y de salud.⁴ El intento de cruce supone ser proclive a ser víctima de la delincuencia, a sufrir accidentes, a confiar en las redes clandestinas que trafican con personas, a disminuir su patrimonio o endeudarse por los altos costos monetarios de los guías o polleros. Asimismo, aquellas personas que logran ingresar y establecerse en EUA tienen condiciones desfavorables para su inserción social y su estancia que, al ser no autorizada, las pone en riesgo permanente de ser repatriadas o deportadas⁵ sin menoscabo del tiempo que lleven en ese país; situación que se acentúa por el endurecimiento de diversas leyes de EUA.

⁴ Los trabajos de Cornelius (2001) sobre muertes en la frontera; de Castillo (2005) en derechos humanos y migración; de Bustamante (2006) respecto a vulnerabilidad y migración; de Leite y Ramos (2008) sobre migrantes *devueltos*; así como las publicaciones de CONAPO (2005) y del Instituto Nacional de Salud Pública (2008) en temas de salud en el contexto de la Migración México- EUA son una muestra del abordaje de estas problemáticas.

⁵ La deportación implica que la persona tuvo un juicio cuya resolución la obliga a salir de EUA. Mientras que en la repatriación, la persona indocumentada firma un documento en el que admite haber ingresado ilegalmente en el país y renuncia a su derecho de audiencia.

Las personas deportadas o repatriadas —llamadas comúnmente *devueltas*— a algunas de las ciudades fronterizas se tornan aún más vulnerables, porque en muchos casos desconocen la ciudad y/o porque no tienen familiares, amigos o conocidos que les ofrezcan hospedaje y alimentación. Así, el flujo migratorio no solo se ha incrementado sino que se ha complejizado con las problemáticas agregadas por los diversos puntos del recorrido entre el origen y el destino y, especialmente por los puntos de cruce y devolución. En estos últimos, las barreras físicas y legales a la migración internacional han provocado la presencia de grandes grupos de población flotante.

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

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

Perspectivas teórico conceptuales e hipótesis de investigación

Las características más comunes encontradas en las investigaciones sobre las y los migrantes mexicanos en tránsito en la frontera norte de México destacan sus escasos recursos económicos y su bajo nivel de escolaridad, circunstancias que, con relativa frecuencia, han promovido una mirada de este fenómeno desde la perspectiva de las teorías sobre pobreza⁶. Sin embargo, como lo indican algunos autores, más que la pobreza, dada la selectividad del proceso migratorio, lo que parece caracterizar a estos migrantes es su alto nivel de vulnerabilidad, dados los elevados riesgos y la incertidumbre generados por el carácter clandestino de la migración indocumentada en la que participan estas personas.

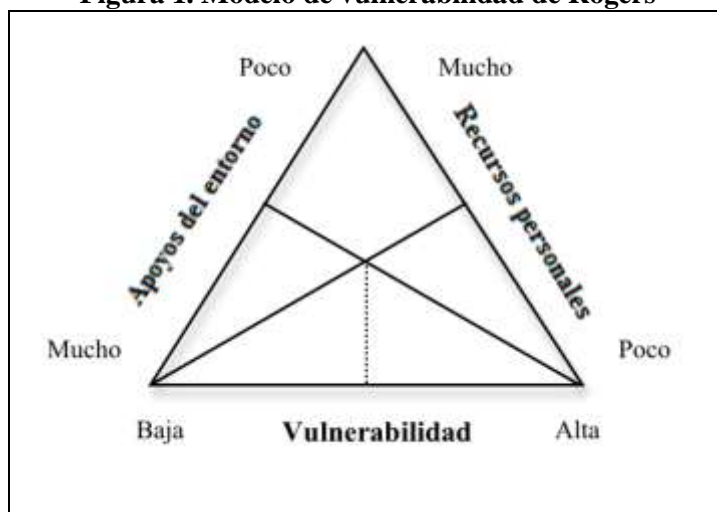
Robert Chambers (2006) sostiene que la vulnerabilidad significa indefensión, inseguridad, exposición a riesgos, impactos y tensiones; la vulnerabilidad se vincula con bajas o nulas redes de recursos. A diferencia de la pobreza, la vulnerabilidad carece de una teoría desarrollada y aceptada con indicadores y métodos para su medición. Para Chambers, la vulnerabilidad tiene dos aspectos, uno externo y otro interno. El externo refiere a los daños,

⁶ Una revisión del vínculo pobreza-migración en México se encuentra en el trabajo de Zenteno (2006).

impactos y tensiones a los que se exponen los individuos y/o los hogares; mientras, el interno se relaciona con la indefensión, entendida como la falta de medios para enfrentar los daños sin tener pérdidas. El autor señala que las pérdidas pueden adquirir múltiples formas, como debilidad física, pobreza económica y humillación o daños psicológicos (Chambers, 2006, p. 33-34).

En el ámbito de los estudios sobre salud, diversos autores han teorizado en relación con la vulnerabilidad. Destaca la propuesta desarrollada por Rogers (1997), quien apunta, primero, el aspecto situacional de la vulnerabilidad, de modo tal que una persona que no es vulnerable en un ambiente puede serlo en otro, lo que ejemplifica con el caso de los entornos de los migrantes. También acota que, aunque todos los individuos son vulnerables en algún momento de su vida, algunas personas tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud, argumento por el cual el autor señala que la vulnerabilidad depende tanto de los recursos personales como de los del entorno. Rogers propone un modelo que vincula estas variables, recurriendo a un triángulo equilátero cuya base es la vulnerabilidad y los lados son los apoyos del entorno y los recursos personales. La intersección de estas variables proporciona el grado de vulnerabilidad de las personas (véase Figura 1).

Figura 1. Modelo de vulnerabilidad de Rogers



Fuente: Rogers, 1997, p. 68.

Por otra parte, en el ámbito de los estudios sociológicos sobre la migración, destacan las interpretaciones que resaltan los conceptos de capital y red social; referidos a los recursos personales y sociales que pueden movilizar ciertos sectores poblacionales, como los migrantes, frente a las situaciones de vulnerabilidad.

El análisis contemporáneo de este concepto se debe a Pierre Bourdieu, quien lo definió como “agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimientos mutuos” (Portes, 1999, p. 245). El concepto de capital social también ha sido abordado desde lo cívico y lo comunitario. En este sentido, Robert Putnam señala que la confianza en las normas sociales facilita la acción, así como la cooperación en beneficio mutuo, propia de las redes u organizaciones sociales (Portes, 1999, p. 243-259).

Así, la noción de confianza social está vinculada, en su sentido positivo, al bienestar social e individual. Esta confianza social se amplía y abstrae hasta convertirse en confianza institucional cuando expresa la confianza o desconfianza de los ciudadanos en sus instituciones gubernamentales y en las autoridades. Algunos elementos del desempeño gubernamental, que inciden en el tema, son la infraestructura, recursos, cobertura y calidad de los servicios que dan soporte y garantizan el bienestar social, así como la burocracia, la rendición de cuentas, el comportamiento ético de las autoridades, entre otros (Levi, 1996, p. 9-14)

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

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

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

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

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

Metodología

Caso de estudio

De acuerdo con la *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México* (EMIF Norte), que desde 2002 capta el lugar por donde la persona intentará el cruce, muestran a Tijuana en lugar relevante (véase Cuadro 1).

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

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

Fuente: Elaboración propia basada en EMIF Norte (2002-2008), STPS, Conapo, INM, SRE y el Colef.

Los puntos de repatriación, comúnmente llamados garitas de deportación, son los lugares donde los agentes de la patrulla fronteriza entregan, a las autoridades mexicanas, a las personas aprehendidas en EUA por cruce indocumentado o por estancia no autorizada en ese país. De las aproximadamente veinte garitas que operan en la frontera norte, la de Tijuana, oficialmente llamada “Puerta México”, es la que registra el mayor número de eventos de devolución de mexicanos desde EUA (Véase Cuadro 2).

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

	Año			
	2007	2008	2009	2010 (enero-abril)
Estado / punto de repatriación	514,609	577,826	590,091	192,597
Baja California	213,187	265,099	232,464	73,801
Mexicali I	39,335	40,063	53,289	21,809
Tecate	6	178	240	73
Tijuana, Puerta México	173,580	224,857	178,935	51,919
Garita de Otay	266	1	0	0
Chihuahua	87,194	59,095	53,759	10,109
Coahuila	6,271	13,620	16,631	7,525
Sonora	175,011	174,558	204,985	69,782
Agua Prieta	14,476	7,913	32,593	10,589
Naco	13,584	10,615	18,009	9,191
Nogales Tres	nd	nd	14,057	0
Nogales Uno	129,330	153,736	133,690	44,935
San Luis Río Colorado	17,621	2,294	6,636	5,067
Tamaulipas	32,946	46,989	71,688	31,380
Distrito Federal	nd	18,465	10,564	nd

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

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

Objetivos de la investigación

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

Fuentes y técnicas de recolección de la información

Para cumplir los objetivos antes indicados se consideró necesario recolectar información cuantitativa, además de la cualitativa. Especialmente se revisaron:

- a) La EMIF Norte 2008 en sus los módulos: “Procedentes del Sur” y “Migrantes Deportados”.
- b) Información gubernamental sobre la infraestructura hospitalaria, servicios y programas de salud pública para migrantes en Tijuana.
- c) Informes y documentos de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) que atienden a las personas migrantes en tránsito en Tijuana; en específico, los de Casa del Migrante en Tijuana, A.C.; el Instituto Madre Assunta, A.C., y el de la organización internacional “Médicos del Mundo”.⁷

Para obtener la información cualitativa sobre el tema en cuestión, se diseñaron las guías de entrevistas siguientes:

- a) *Guía de entrevista para personas migrantes en tránsito.* El objetivo de la guía fue recolectar la información sobre las vivencias, los significados y las percepciones de las personas migrantes respecto a sus condiciones en el tránsito, enfatizando en las relativas a la salud, así como en los factores que les facilitaron y/o dificultaron su acceso a los servicios de salud.
- b) *Guía de entrevista a actores institucionales claves.* Considerando que estos actores claves brindan servicios y/o interactúan con las personas migrantes en tránsito, la guía pretendió, además de recoger la información puntual de los servicios, obtener su perspectiva del fenómeno, a partir de su experiencia en la atención a esta población; especialmente, conocer respecto a las condiciones sociales y de salud, así como los factores que influyen en el acceso a los servicios de salud de las y los migrantes.

Asimismo, se realizó observación etnográfica en los lugares de concurrencia de los migrantes en tránsito; particularmente en la garita de deportación de Tijuana, así como de las organizaciones y espacios institucionales que albergan o atienden a estos migrantes, tales como la Casa del Migrante en Tijuana, A.C., el Instituto Madre Assunta, A.C., y el área de urgencias del Hospital General Tijuana.

⁷ Entre 2006 y 2007, esta OSC internacional desarrolló en Tijuana y Mexicali un proyecto sobre la situación y el acceso a la salud de los migrantes; mismo que marcó un hito en la atención a la salud de los migrantes en tránsito en Tijuana.

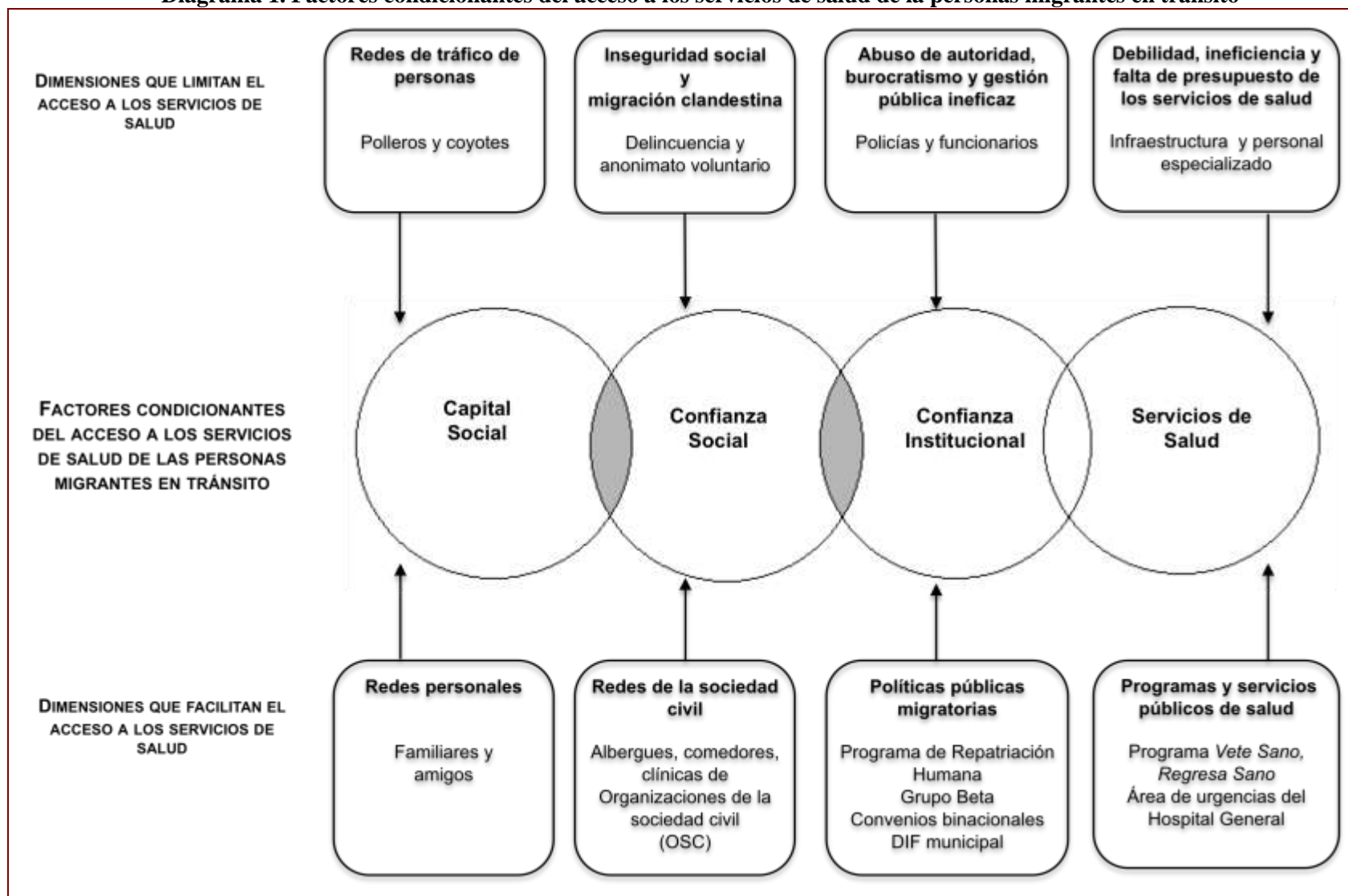
Durante el trabajo de campo, realizado entre febrero y marzo de 2010 en la ciudad de Tijuana, se entrevistaron a 16 actores claves y a 19 migrantes en tránsito. Las y los migrantes entrevistadas fueron seleccionados según los siguientes criterios: adultos que recientemente habían intentado el cruce indocumentado o habían sido “devueltos” a México por estancia no autorizada en EUA y preferentemente que hubieran experimentado una necesidad de acceder a los servicios de salud. Sin embargo, también influyó la población que se encontraba en el día y la hora que se visitó los diversos lugares de confluencia y, por supuesto, la disposición de las personas a otorgar la entrevista. Este sesgo en la selección incluye a las y los migrantes en tránsito que se encontraban en la ciudad con la intención de cruzar indocumentadamente pero que, por su propio interés de esconderse y por su relación y dependencia con los polleros o coyotes, no fue posible contactarlos por la dificultad de acceder a los espacios en que se supuso se localizan (hoteles o casas de la zona norte de Tijuana).

Los actores claves fueron seleccionados por la relevancia de su trabajo con las y los migrantes. Todas las personas identificadas aceptaron la entrevista; sin embargo, por la limitante de tiempo y por la necesidad misma de acotar este universo, es posible que algunos actores relevantes quedaran fuera de la investigación.

Dimensiones del análisis de la información

Los informes gubernamentales y documentos de las OSC, apoyaron el análisis de los servicios para los migrantes de paso por Tijuana. La revisión de la propuesta normativa del programa “Vete Sano. Regresa Sano” (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008) sirvió para contrastarla con la operación del programa en esa ciudad. Con el informe de “Médicos del Mundo”, resultado del proyecto de salud que desarrollaron de 2006 a 2008 en Tijuana y Mexicali, se obtuvo un panorama epidemiológico y de la salud de los migrantes en tránsito. Finalmente, la información recabada a través de las entrevistas se sistematizó y examinó en función de los factores condicionantes del acceso a los servicios de salud de las y los migrantes en tránsito (capital social, confianza social, confianza institucional y calidad de los servicios de salud) y sus respectivas dimensiones. Un primer acercamiento gráfico a las relaciones entre los factores condicionantes se esboza en el Diagrama 1.

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



Fuente: Elaboración propia.

Resultados del Trabajo de Campo

Servicios y programas de protección a migrantes en tránsito.

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

En este sentido, las organizaciones de la sociedad civil (OSC); el Programa de Repatriación Humana (PRH) y el Grupo Beta⁸; el Programa *Vete Sano, Regresa Sano* (VSRS); el área de urgencias del Hospital General Tijuana y el Subcomité Municipal de Apoyo al Migrante son actores claves en la atención a las personas migrantes.

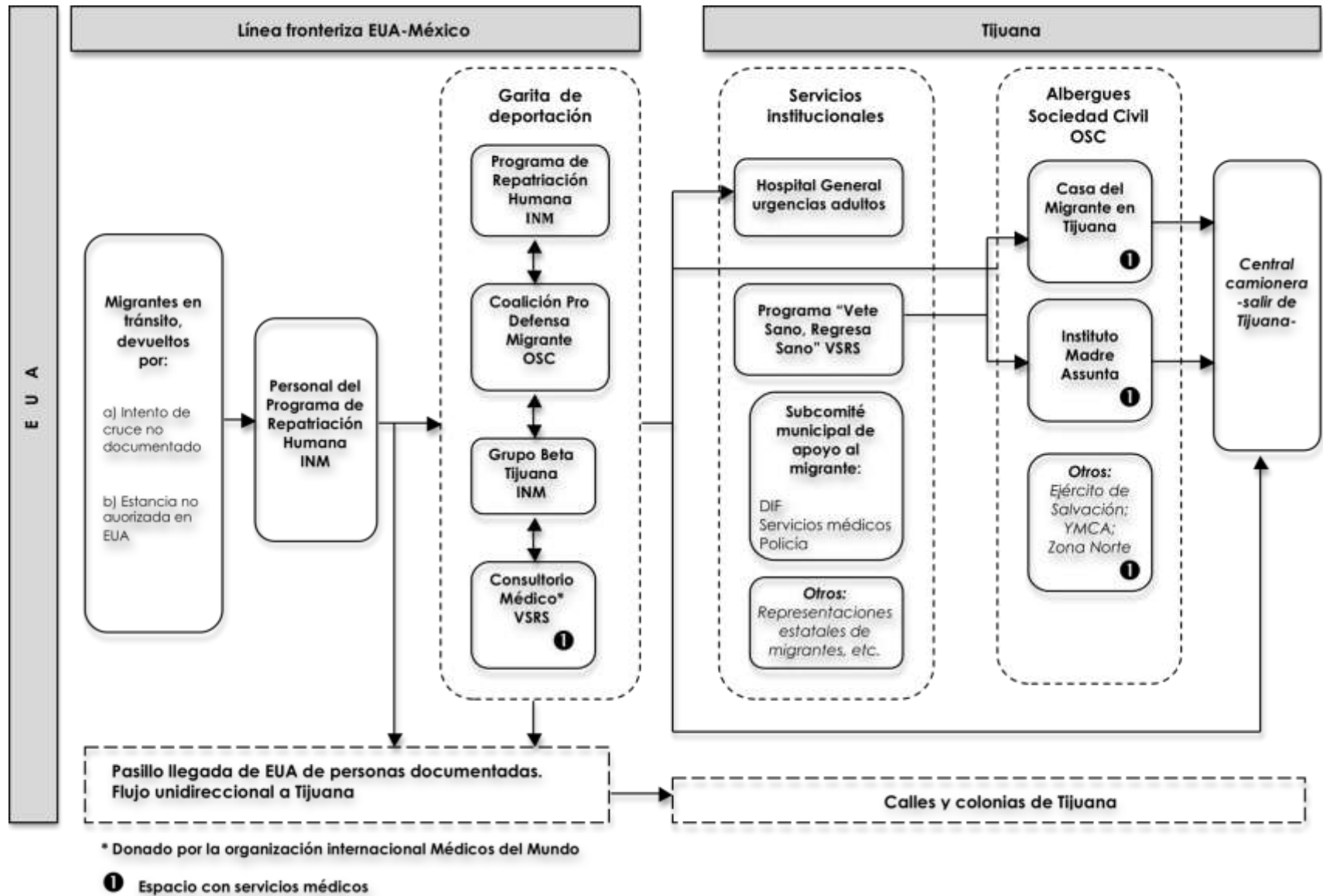
Uno de los espacios de confluencia de los actores claves y las y los migrantes es el punto de repatriación *Puerta México*, comúnmente llamado garita de deportación. Este lugar, ubicado en territorio mexicano limítrofe con EUA, es el punto donde los agentes de la patrulla fronteriza de EUA entregan a las personas aprehendidas en EUA por cruce indocumentado o por estancia no autorizada en ese país a las autoridades mexicanas. En el Diagrama 2 se esquematiza la red de actores claves, sus relaciones y las posibles direcciones del flujo de las personas migrantes en tránsito *devueltas* por EUA, a partir de su llegada a la garita de deportación.

Como se observa en este diagrama, el flujo de las y los migrantes proviene de EUA. Los agentes de ese país los *devuelven*⁹ a México y son los servidores públicos del PRH los encargados de recibirlos. Así, el primer contacto lo tienen con el PRH, quien verifica sus datos en una lista y les permite la entrada a territorio mexicano. La persona *devuelta* puede entonces dirigirse a la garita, y recibir los servicios que esta brinda, o tomar el pasillo general mezclándose con las personas documentadas que llegan de EUA, y entrar directamente a las colonias de Tijuana.

⁸ Ambos dependientes del Instituto Nacional de Migración.

⁹ En ese punto de la línea fronteriza México- EUA, la división de territorios se marca con una valla de barrotes metálicos entre los que se ubica una puerta, misma que los funcionarios estadounidenses abren para entregar, desde su país, a las personas migrantes indocumentadas.

Diagrama 2. Actores claves en la atención a personas migrantes en tránsito.



Fuente: Elaboración propia.

En la garita, el PRH ofrece a las y los migrantes devueltos un pasaje gratuito a su lugar de origen¹⁰ y asistencia jurídica; también se encarga de gestionar traslados de personas con estado de salud crítico al área de urgencias del Hospital General Tijuana. En las oficinas del Grupo Beta, las personas tienen la opción de hacer una llamada telefónica gratuita y se les entrega una sopa instantánea. Por otro lado, el consultorio médico de VSRS brinda, en un horario acotado, atención básica en salud.

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

En el Diagrama 2 también se visualizan las intersecciones de los actores claves y las personas migrantes cuando están en Tijuana. El programa VSRS se vincula con los albergues de las OSC ya que, una vez por semana, médicos pasantes contactados por el programa asisten a estos a brindar el servicio de consulta. El Subcomité Municipal de Apoyo al Migrante, a través del DIF municipal, emite identificaciones temporales para las y los migrantes; y, los servicios médicos municipales coadyuvan con el PRH en la atención de las personas *devueltas* notificadas como enfermos mentales.

El proyecto de salud para migrantes de Médicos del Mundo y su antecedente en Tijuana

Con el interés de promover el acceso a los servicios de salud de las poblaciones en desplazamiento, en 2005, la organización humanitaria internacional Médicos del Mundo llegó a Baja California. A partir de ese año y hasta 2008 desarrolló, en Tijuana y en Mexicali, un proyecto de atención médica para las y los migrantes en tránsito.¹¹ Médicos del Mundo reconoce el acceso a la sanidad como un derecho humano, en ese sentido su trabajo abordó también factores de vulnerabilidad y de justicia social. Para esta organización, la migración por sí misma quebranta la salud; los riesgos y obstáculos en el proceso migratorio debilitan y dañan a las personas. Por ello afirman:

La migración limita también el acceso a la salud; tránsito en ciudades y lugares desconocidos, ausencia de información sanitaria, ausencia de medios financieros y dificultades administrativas

¹⁰ El servicio es por única ocasión. El beneficio está condicionado a no haberlo obtenido previamente y a que la persona se comprometa a no volver a intentar el cruce indocumentado; sin embargo, esta intención difícilmente puede ser condición verificable.

¹¹ Aunque el eje del proyecto fue el tema de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ITS), la OSC realizó un diagnóstico médico global de esta población y revisó factores que influyen en las condiciones de salud.

por los desplazamientos constantes de personas se convierten en los mayores obstáculos (Médicos del Mundo, 2008, p. 3).

La organización instaló un consultorio médico en la garita de deportación de Tijuana, así mismo fortaleció y brindó el servicio médico en los albergues de la OSC. Con los datos obtenidos en las consultas médicas, Médicos del Mundo elaboró un panorama del estado de salud de los migrantes.¹² La OSC determinó que no existía un perfil epidemiológico específico de la población migrante ya que por ser población mayoritariamente joven mostraba un estado de salud relativamente bueno. Asimismo, señaló que la mayoría de estas personas presentaban patologías benignas: respiratorias, cutáneas, infecciosas y digestivas. Sin embargo, la organización también identificó un 3% de problemas psicológicos —ansiedad, estrés y depresión— apuntando que podría haber un subregistro de estos problemas por falta o incompleta información. Por otra parte, encontró que un 5.6% de los migrantes atendidos tenían patologías con potencial de gravedad, como VIH/SIDA, enfermedades cardiovasculares, diabetes y traumatismos, entre otras¹³ (Médicos del Mundo, 2008, pp. 15-18).

Las mujeres migrantes fueron identificadas por Médicos del Mundo, como un grupo que requiere especial atención. La organización señaló que un 10% de las personas atendidas fueron mujeres, quienes tuvieron más dificultades físicas durante el intento de cruce, situación que se reflejaba en más traumatismos que en los varones. Las patologías genitales y urinarias fueron parte del panorama médico de ellas. Un elemento de alta vulnerabilidad fue la situación de embarazo, siendo reportado por esta organización un 7.7% de mujeres atendidas en estado de gestación.¹⁴

Algunas venían con hijos y descuidaban su salud por proteger la de su hijo. No tuvimos en el módulo algún problema de violación, pero sí muchas que se deshidrataron en grado importante por darle agua a sus hijos. En la vida cotidiana algunas resultaban con infecciones vaginales, porque se les presentaba el periodo menstrual [...] algunas venían embarazadas (Entrevista a integrante de Médicos del Mundo, 4 de marzo de 2010).

En la búsqueda de elementos para apoyar a los migrantes, Médicos del Mundo se vinculó con el programa VSRS, en cuya propuesta normativa se indicaba que el

¹² Otorgaron 6 204 consultas médicas, de las que retomaron 5 577 para el análisis estadístico.

¹³ En su informe, la organización enfatizó que los traumas del aparato locomotor eran resultado de las condiciones del cruce y la violencia sufrida por el migrante.

¹⁴ Al parecer, algunas mujeres buscan que sus hijos nazcan en EUA para que sean ciudadanos estadounidenses.

“Pasaporte de la Salud” era la cartilla que permitía al migrante el acceso a servicios de salud. Sin embargo, comprobaron que la operación del VSRS era limitada, ya que el programa no tenía presupuesto asignado y pocas personas de los servicios de salud lo conocían, además el “Pasaporte de la Salud” era desconocido por los migrantes.

Médicos del Mundo halló que, entre las personas migrantes que habían enfermado, 17% no tuvieron acceso a estos servicios. Las razones fueron: 27% por falta de recursos económicos, 21% no sabían a dónde acudir, 13% porque se requerían muchos papeles para la atención médica, 11% por temor a ser rechazado o mal atendido y 28% no consideraron necesario atenderse (Médicos del Mundo, 2008, p. 24). En su informe, la organización reconoce la voluntad política y los esfuerzos locales para operar el programa *Vete Sano, Regresa Sano* pero subraya su falta de eficacia, dado que las intervenciones propuestas son prácticamente teóricas.

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

El programa Vete Sano, Regresa Sano y el Hospital General Tijuana.

La Jurisdicción Sanitaria Tijuana es la encargada de operar los servicios de salud en los municipios de Tijuana y le corresponde la operación del programa VSRS:

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

En estas circunstancias, la Jurisdicción intenta operarlo de acuerdo a sus recursos. Para ello se apoya con médicos pasantes asignados a otros programas con presupuesto. Estos jóvenes, de manera complementaria y con un tiempo de trabajo voluntario, hacen roles para cubrir la consulta médica en los espacios en que confluyen los migrantes en tránsito, especialmente en los albergues de las OSC y la garita de

deportación. En todos los casos, el servicio es sólo por las tardes, después de cubrir el turno del programa al que están asignados y por los que reciben un ingreso.

En el estacionamiento de la garita se ubica el consultorio médico.¹⁵ La coordinadora del VSRS señala que, en el período en que Médicos del Mundo estuvo operándolo, la OSC aportaba los medicamentos y disponía de médicos todo el día; sin embargo, ahora, el médico pasante tiene escaso medicamento y material, y sólo se cubre el turno vespertino hasta las ocho de la noche, aunque después de esa hora llegan muchos migrantes. La coordinadora precisa la necesidad de acercarse a las personas al momento de su arribo y ofrecer el servicio médico, ya que reconoce la poca visibilidad física del consultorio y una cierta desconfianza institucional de las y los migrantes *devueltos* por EUA. Aún con estas dificultades, los servidores públicos del VSRS consideran que dar atención médica en la garita es un logro, pues permite hacer un primer contacto con las y los migrantes que generalmente desconocen la ciudad, razón que inhibe la búsqueda de servicios médicos, aún en caso de requerirlos. La coordinadora resalta que estar en la garita permite atender a personas que llegan de cárceles o psiquiátricos y que traen algún diagnóstico clínico.

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

Ya en la zona urbana de Tijuana, el VSRS brinda servicio de consulta médica en los albergues: Casa del Migrante de Tijuana, Ejército de Salvación, Casa YMCA e Instituto Madre Assunta¹⁶. La consulta médica en estos espacios es más estable porque la población a atender se encuentra en mejores condiciones, más relajada, más orientada por las OSC y, de algún modo, cautiva. Asimismo, las gestiones de las OSC permiten tener medicamento y material suficiente en sus albergues. Una de las médicas pasante del VSRS, que atiende en los albergues relata cómo se organiza una jornada diaria:

¹⁵ Es una pequeña caseta de fibra de vidrio que fue donada por Médicos del Mundo. La caseta solo tiene el logo de esa OSC, no presenta ningún emblema de la Secretaría de Salud ni letreros que anuncien los servicios médicos que se ofrecen en el mismo.

¹⁶ Con estos albergues no existen convenios formalizados.

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

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

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

Por otro lado, una institución central para la salud de las personas migrantes en tránsito es el Hospital General de Tijuana. A esta institución llegan, en principio, los casos críticos de salud referidos por diversos actores que brindan servicios o interactúan con los migrantes. Comúnmente, las y los migrantes son canalizados al área de urgencias médicas de adultos. En esta área son valorados y atendidos como cualquier paciente, sin que se registre su condición de migrantes de paso; sea porque no se tiene una clasificación como tal en el registro de entrada o porque no existe vinculación ni conocimiento del programa *Vete Sano, Regresa Sano*.¹⁷ Para el personal de urgencias médicas lo relevante es brindar atención oportuna, especialmente a aquellas personas que tuvieron alguna eventualidad aguda. Una dinámica distinta se presenta si el paciente requiere atención en otra área del Hospital; ya que se deberán hacer algunos trámites

¹⁷ Se entrevistó a tres personas claves con niveles y tareas diferentes en el área: el jefe de urgencias médicas, con nueve años laborando en esta área; un médico residente, con casi tres años en el área y una trabajadora social con 35 años de servicio en el hospital general; ninguno conocía el programa *Vete Sano, Regresa Sano* ni el documento de pasaporte de la salud.

que implican la identificación oficial de la persona y la entrega de medicamentos está sujeta a políticas como ser beneficiario del seguro popular o al pago de los mismos.

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

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

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

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

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

Casa del Migrante de Tijuana e Instituto Madre Assunta son dos de las más importantes organizaciones que albergan a migrantes. Ambas OSC pertenecen a la orden religiosa de los Scalabrinianos¹⁸. También forman parte de la red “Coalición Pro Defensa del Migrante”, cuyo objetivo es brindar atención y defender los derechos humanos de los migrantes en Baja California. Casa del Migrante fue fundada en 1987,

¹⁸ La orden de “Los Misioneros de San Carlos Borromeo” más conocida como *Scalabrinianos*, fue fundada en 1887 por el beato italiano Juan Bautista Scalabrini (1839-1905) con la intención de ayudar a los migrantes. Actualmente los *Scalabrinianos* tienen presencia en más de 30 países. En México están desde 1985, cuando organizaron la primera casa del migrante, precisamente en Tijuana. Posteriormente, en 1999, forman la Red de Casas del Migrante Scalabrini que incluye las sedes de Tijuana, B.C.; Agua Prieta, Son.; Ciudad Juárez, Chih., Nuevo Laredo, Tamps.; Tapachula, Chis., entre otras ubicadas en México (<http://www.scalabrini.org>).

con el fin de asistir y brindar albergue temporal a migrantes hombres adultos que estuvieran de paso por la ciudad de Tijuana. Ante los cambios del perfil migratorio, en 1994 se estableció el Instituto Madre Assunta para atender a mujeres solas y/o acompañadas de niños.

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

La dinámica de la casa ha ido modificándose de acuerdo con los cambios del fenómeno migratorio. Hasta antes del año 2002 recibían, en promedio, 5 000 migrantes al año, casi todos provenientes del sur con intenciones de cruzar la frontera.

Recibíamos en promedio 5 000 migrantes al año, pero en 2002 bajó el número y decidimos buscar dónde estaban los migrantes. Nos dimos cuenta que la gran mayoría era gente deportada y quisimos dar esa atención; junto con la Coalición Pro defensa del Migrante fuimos visitando las garitas de deportación e institucionalizamos ese trabajo [...] Asimismo, el gobierno se dio cuenta que era importante recibir bien a los deportados [...] De ahí que el número de personas atendidas en la casa fue subiendo, el año pasado llegó a 11 000 (Entrevista al director de la Casa del Migrante, 1 de marzo de 2010).

Asimismo, la organización impulsó acuerdos para ofrecer servicios médicos públicos en el albergue. Otra iniciativa fue la emisión de una credencial de la Casa del Migrante, como respuesta a la falta de identidad de las personas y con el objetivo principal de atajar los abusos de la policía local.

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

La organización tiene capacidad para atender a 45 personas con una estancia de hasta 15 días. Desde su fundación han atendido a más de 15 mil personas. En promedio, atienden a 850 mujeres y 150 menores al año. Según el informe 2009 de la OSC, las beneficiarias de Madre Assunta fueron, en un 76%, mujeres deportadas que tenían 15 o 20 años viviendo en EUA; y, el porcentaje restante correspondió a mujeres con intenciones de cruce o que buscaban un empleo en la ciudad de Tijuana. A través del tiempo, la organización ha efectuado cambios institucionales que mejoran la atención de las mujeres y menores migrantes. Las perspectivas social, de salud y de derechos humanos permean estas mejoras.

Primero nada más se recibían a las migrantes y se les daba de comer; luego empezamos a hacer programas de atención para ellas. Lo primero fue abrir una bolsa de trabajo. Después abrimos el espacio de salud, nos relacionamos con médicos que pudieran brindar el servicio de manera altruista, luego hicimos convenios de colaboración con la Secretaría de Salud del Estado para que las migrantes que estuvieran embarazadas pudieran ir al Hospital General y estuvieran exentas de pago de estudios y medicamentos [...] Después abrimos un programa para los niños migrantes, quienes cargan con todo el peso de las migraciones, ellos no se enteran de por qué dejaron su casa [...] Aprendían a comprender por qué estaba aquí, a conocer sus derechos, se leían cuentos, había dinámicas con las mamás para fortalecer la relación familiar; duramos como 7 años con ese programa pero se acabó el recurso y lo suspendimos (Entrevista a trabajadora social de Madre Assunta, 1 de marzo de 2010).

Esta organización ha sido precursora en impulsar la atención a la salud de los migrantes y en demandar su derecho al acceso a los servicios públicos. La trabajadora social de Madre Assunta, con cerca de 15 años en la institución, narra:

Hace unos años, el tema de salud no figuraba en el tema migración, porque si bien en la frontera de Baja California se empezó a atender a los migrantes, en aquellos años, cuando llegaron los Scalabrinianos, la idea era más de tener un lugar donde acogerlos [...] Conforme fuimos creciendo, vimos la necesidad que había de atender el área de salud de los migrantes. Pero, si nos fue difícil poner el tema de la migración dentro de una agenda, ahora imagínate que entendieran que una de las situaciones por la que pasaban los migrantes era el tema de la salud [...] Imagínate a un migrante que llega a Tijuana y que agarró una bronquitis en un Estado; llegas a una ciudad que no conoces, ¿a dónde vas a ir? Le dices, ve a la Secretaría de Salud, puedes ir al centro de salud. Pero ¿cuántas fichas dan? 15 o 20 por consultorio; casi es imposible porque van a ser para los residentes de la ciudad, ¿y los migrantes?, ¿dónde van a quedar? Para nosotros fue difícil (Entrevista a trabajadora social de Madre Assunta, 1 de marzo de 2010).

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

Los constantes abusos de la policía local hacia los migrantes en tránsito y la carencia de identificación de las personas son aspectos que la organización identifica como riesgos a la integridad de las migrantes. Por ello han participado en diversas propuestas para disminuir la vulnerabilidad de las personas y para detener las arbitrariedades policíacas. Estas iniciativas se han presentado en el Subcomité Municipal de Apoyo al Migrante.

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

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

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

Perfil de las y los entrevistados.

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

De las mujeres entrevistadas destacan las siguientes situaciones: una estaba embarazada y había intentado cruzar por el puente fronterizo con documentos falsos; otra se había fracturado el tobillo al intentar cruzar y fue operada en San Diego, California; una fue agredida por la policía migratoria norteamericana¹⁹; otra fue detenida y extorsionada por la policía de Tijuana; cuatro de ellas ya vivían en EUA, tres dejaron hijos en ese país, dos mostraban un permanente estado de ansiedad.

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

El retorno involuntario a Tijuana.

Quienes llegaron o regresaron a Tijuana de forma involuntaria —deportados o repatriados— denotaban quebranto en su salud emocional; varias de estas personas pasaron unos días en las cárceles de EUA antes de devueltas a México. En este caso se hallaron dos mujeres que, además, eran madres con hijos que se quedaron en EUA:

De salud física no tuve problemas, pero me quería matar por mis hijas, porque no las he visto; estuve encerrada en una celda. El sábado me agarró migración caminando y nomás me llevaron; me encerraron y me dijeron que iba a ser deportada, no me dieron ni papel ni nada y cuando yo estaba encerrada me sentía mal y gritaba [...] Me fui desde 1980 a EUA, yo estaba pequeña, me cruzó un hermano mío [...] Mi hija chiquita tiene tres, la otra 11 y la más grande 15; ellas son ciudadanas americanas, nacieron allá (Juana, 2 de marzo de 2010).

Estuve cinco días en la cárcel. A mí sí me daban pastillas para dormir y como estoy dando pecho [la joven acababa de tener una niña] me dieron también la bombita para sacarme la leche. Tengo dos años viviendo en 2, allá nació mi *baby* (Adela, 2 de marzo de 2010).

A su llegada a la garita, las dos mujeres se mostraban ansiosas. Adela requería de un *tiraleche* porque tenía un poco inflamados los senos; sin embargo, no hubo tal accesorio en el consultorio médico del vsrs. Tampoco recibieron consulta o algún

¹⁹ A ella y a su esposo les rociaron gas pimienta en la cara, además a ella le golpearon el vientre provocándole sangrado, ella sospechaba estar embarazada, esta señora no fue atendida ginecológicamente ni en EUA ni en México.

medicamento para relajarse. Las mujeres no querían separarse, se habían conocido en la prisión, y optaron por buscar un hotel que el marido de Adela pagaría desde EUA.

Un ejemplo de necesidad de servicios de salud, fue el caso de una pareja que sufrió una agresión física por la patrulla fronteriza cuando los detuvo por intento de cruce indocumentado. Ellos fueron canalizados al Hospital General de Tijuana.

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

El intento de cruzar la frontera

Las condiciones de salud de la mayoría de las personas *devueltas* fueron relativamente buenas, especialmente para los hombres entrevistados; pero también hubo casos de personas lastimadas. Destacan los riegos y daños sufridos durante el cruce, por agotamiento, accidentes o violencia. Algunos de los testimonios dan cuenta de ello:

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

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

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

La estancia en Tijuana.

En consonancia con la idea de tránsito, la mayoría de las personas entrevistadas llevaban menos de dos semanas en Tijuana. En lo referente a la estancia en la ciudad, la mayoría de las personas relataron que los primeros días se quedaba en hoteles, porque ahí estaba el pollero o coyote que las cruzaría.

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

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

Cuando me sacaron [de EUA] por primera vez [llevaba varios intentos de cruce] anduve en la calle; me sacaron una vez hace un mes, entonces anduve en la calle y la policía me levantó. Sí, la policía mexicana, ya estando aquí en estado mexicano, trayendo yo identificación la ignoró y me acusó con el juez de que yo molestaba a la gente pidiéndoles dinero. Yo traía dinero que mi familia me mandó para sobrevivir [...] Pero ellos me llevaron y el juez me mandó para la veinte²⁰ y allá me quitaron el dinero que traía [...] Tengo muy mal concepto de la policía, yo hasta le dije que ellos están para cuidar a la gente no para dañarla. Ahorita yo ya le tengo más miedo a la policía que la gente que anda en la calle (Perla, 23 de febrero de 2010).

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

²⁰ Se refiere a la cárcel municipal, cuyo nombre formal es Estancia Municipal para Infractores.

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

El albergue de las OSC

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

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

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

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

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

Me han tratado muy bien, me atendió la doctora, nos dan de comer, nos permiten asearnos; aquí estoy tranquila. Podemos salir, pero tenemos un reglamento que cumplir (Perla, 23 de febrero).

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

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

La estancia en el albergue significa mucho para las personas y, en algunos casos, previene contra la indigencia. Además de la protección y los servicios, los albergues son hogares temporales que les infunden confianza.

Consideraciones finales

Los resultados del trabajo de campo mostraron que, entre las y los migrantes *devueltos*, hay necesidades de atención a la salud; destacando los casos de las personas enfermas crónicas, las que dañaron su salud por la violencia u otro factor del entorno. También resalta la vulnerabilidad de las mujeres, aproximadamente un 10% embarazadas, y según testimonio de terceros, varias de ellas víctimas de violencia sexual; en este tema hay imprecisión pues no hay un área especializada para la atención de los casos.

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

Los testimonios de las y los migrantes evidenciaron sus condiciones de vulnerabilidad; sobresalen sus débiles o nulas redes familiares en Tijuana. Las condiciones diferenciales de las mujeres se expresaron en una menor resistencia a las adversidades del cruce en algunas, o por su condición de embarazo, entre otros. Igualmente se notó la fragilidad de los enfermos crónicos con tratamiento médico interrumpido y de las víctimas de violencia. Las consecuencias negativas de confiar en redes de tráfico de personas se evidenciaron con los relatos de casos de robo por los propios coyotes, de engaño para guiarlos, así como del abandono, aún en condiciones críticas de salud, en lugares inhóspitos. Las personas entrevistadas también dieron cuenta de elementos vinculados a la migración clandestina, como el anonimato voluntario, exponiéndose así a la invisibilidad legal y a ser víctimas de la policía. En los relatos se encuentran casos de abuso de autoridad y violencia por discriminación, los cuales no tuvieron una atención médica completa relacionada a su condición de

migrantes pero también por la debilidad del programa VSRS. En contraparte, las y los entrevistados destacaron los apoyos de los actores claves; quines estaban en albergues subrayaron el otorgamiento de servicios médicos y la protección respecto al entorno en Tijuana; se sentían seguros y tranquilos de no ser acechados por la policía municipal.

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

Bibliografía

- Bustamante, Jorge (2006). *La migración indocumentada de México a Estados Unidos; la dialéctica de la vulnerabilidad y los Derechos Humanos*. Recuperado el 3 de junio de 2010, de <<http://www.comitenorte.org.mx/simposio/ponencias/jorgeb.pdf>>.
- Castillo, Manuel A. (2005). *Migración, derechos humanos y ciudadanía* (pp. 1-30). México: Universidad de Princeton y el Colegio de México (Working Paper Series).
- Chambers, Robert (2006). “Vulnerability, Coping and Policy”. *Institute of Development Studies (IDS) Bulletin*, 37 (4), 33-40.
- Consejo Nacional de Población (2010). “Migrantes procedentes del sur con destino a Estados Unidos por expectativas de cruce y lugar de destino, según año de levantamiento de la EMIF NORTE, 1995, 1999-2007”. En *Flujos migratorios EMIF NORTE*. México: Consejo Nacional de Población. Recuperado el 15 de junio de 2010, de <<http://www.conapo.gob.mx>>.
- Cornelius, Wayne (1979). “La migración ilegal mexicana a los Estados Unidos: conclusiones de investigaciones recientes, implicaciones políticas y prioridades de investigación”. En *Indocumentados: mitos y realidades* (pp. 69-109). México: El Colegio de México.

- Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *Migración México Estados Unidos: consecuencias para la salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Migración (2010). "Boletín mensual de estadísticas migratorias 2010. Eventos de repatriación de mexicanos desde Estados Unidos, por entidad federativa y punto de internación, 2010". Recuperado el 4 de junio de 2010, de <http://www.inm.gob.mx/index.php?page/Repatriacin_de_mexicanos_de_EUA_01>.
- Leite, Paula, María A. Angoa y Mauricio Rodríguez (2009). "Emigración mexicana a Estados Unidos: balance de las últimas décadas". En *La situación demográfica de México 2009* (pp. 103-122). México: Consejo Nacional de Población.
- Leite, Paula y Luis F. Ramos (2008). "Migrantes devueltos por las autoridades migratorias de Estados Unidos". En M.E. Anguiano, y Rodolfo Corona (Coords.), *Flujos migratorios en la frontera Guatemala-México* (pp. 305-331). México: Segob/INM/El Colef /DGE.
- Levi, Margaret (1996). "A State of Trust". En Valerie Braithwaite y Margaret Levi, *Trust and Governance*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Médicos del Mundo (2008). "Frontera de México con Estados Unidos. Ciudades de Tijuana y Mexicali: Encuesta sobre la situación de salud de los migrantes y su acceso a la salud. Encuesta 2006-2007" (pp. 1-29). Recuperado de <http://tornofici.icavor.com/estrangeria/documents/salut_immigrant.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de noviembre de 2009, de <<http://www.who.int/es/>>.
- Portes, Alejandro (2001). "La sociología en el hemisferio: hacia una nueva agenda conceptual". En *Nueva Sociedad* (178), 126-144.
- Rogers, Ada C. (1997). "Vulnerability, health and health care", *Journal of Advanced Nursing*, (26), 65-72.
- Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México, 2007* (2009). México: Segob/Conapo/INM/SRE/STyPS/el Colef.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2008). *Programa de acción específico 2007-2012: Vete Sano, Regresa Sano*. México: Secretaría de Salud.
- Wayne, Cornelius (2001). "Muerte en la frontera, la eficacia y las consecuencias 'Involuntarias' de la política estadounidense de control de la inmigración, 1993-2000". Recuperado el 10 de junio de 2010, de <<http://estepais.com/site/?p=24592>>.
- Zenteno, René (2006). "Pobreza, marginación y migración mexicana a Estados Unidos". En Alejandro Canales (Ed.), *Panorama actual de las migraciones en América Latina* (pp. 161-195). México: Universidad de Guadalajara.