

*Miguel Ángel Paz Carrasco
Alejandro Cerda García
Aldo Ledón Pereyra*

*Miguel Ángel Paz Carrasco
Alejandro Cerda García
Aldo Ledón Pereyra*

Mirar las fronteras desde el sur
Salud y migración en la frontera México-Centroamérica

Mirar las fronteras desde el sur

Salud y migración en la frontera México-Centroamérica



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO División de Ciencias Sociales y Humanidades

VOCES
MESOAMERICANAS
ACCIÓN CON PUEBLOS MIGRANTES



MIRAR LAS FRONTERAS DESDE EL SUR

Salud y migración en la frontera México-Centroamérica

Autores:

Alejandro Cerda García,
Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco
Aldo Jorge Ledón Pereyra,
Mesa de Coordinación Transfronteriza, Migraciones y Género
Miguel Ángel Paz Carrasco,
Mesa de Coordinación Transfronteriza, Migraciones y Género

Colaboración en Capítulo 1:

Nausicaa Preiss,
Voces Mesoamericanas, Acción con Pueblos Migrantes, A.C.

Colaboración en Capítulo 3:

Clara Elizabeth Sotelo Paz,
Voces Mesoamericanas, Acción con Pueblos Migrantes, A.C.

Diseño gráfico y formación.

Fernando Eduardo China Gutiérrez,
Colectivo Exotopia

Financiadores:

Asociación Alemana para la Educación de Adultos en América Latina-DVV
Consejería en Proyectos para Refugiados Latinoamericanos-PCS
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)
Programa UC-MEXUS, Universidad de California
Programa de Investigación en Migración y Salud (PIMSA),
Universidad de California - Berkeley

Guatemala-México, 2016

Mesa de Coordinación Transfronteriza, Migraciones y Género
Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco
Voces Mesoamericanas, Acción con Pueblos Migrantes, A.C.

MIRAR LAS FRONTERAS DESDE EL SUR

Salud y migración en la frontera México-Centroamérica

Miguel Ángel Paz Carrasco • Alejandro Cerda García • Aldo Ledón Pereyra





Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Rector general, Salvador Vega y León

Secretario general, Norberto Manjarrez Álvarez

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO

Rectora de Unidad, Patricia E. Alfaro Moctezuma

Secretario de Unidad, Joaquín Jiménez Mercado

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Director, Carlos Alfonso Hernández Gómez

Secretario académico, Alfonso León Pérez

Coordinadora del posgrado en Desarrollo Rural, Sonia Comboni Salinas

Jefe de la sección de publicaciones, Miguel Ángel Hinojosa Carranza

CONSEJO EDITORIAL

José Alberto Sánchez Martínez (presidente)

Aleida Azamar Alonso / Gabriela Dutrénit Bielous

Diego Lizarazo Arias / Graciela Y. Pérez-Gavilán Rojas

Asesores del Consejo Editorial: Luciano Concheiro Bórquez

Verónica Gil Montes / Miguel Ángel Hinojosa Carranza

COMITÉ EDITORIAL SERIE MUNDOS RURAL

Gisela Espinosa Damián (presidente) / Blanca Olivia Acuña Rodarte

Alejandro Cerda García / Sonia Comboni Salinas / Roberto Diego

Quintana / Rosa Aurora Espinosa García / Yolanda Massieu Trigo

Héctor Robles Berlanga

Asistencia editorial: Varinia Cortés Rodríguez

Diseño de portada: Irais Hernández Güereca

ISBN: 978-607-28-0775-4

ISBN de la Serie Mundos rurales: 978-607-477-595-2:

© Universidad Autónoma Metropolitana

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Calzada del Hueso 1100, Colonia Villa Quietud, Coyoacán,

Ciudad de México C.P. 04960

Sección de Publicaciones de la División de Ciencias Sociales y

Humanidades. Edificio A, 3er piso. Teléfono 54 83 70 60

pubcsh@correo.xoc.uam.mx

http://dcshpublicaciones.xoc.uam.mx

Índice

SALUD Y MIGRACIÓN: PRISMA PARA COMPRENDER EL CORREDOR MIGRATORIO CENTROAMÉRICA-MÉXICO-ESTADOS UNIDOS INTRODUCCIÓN	9
1. Problemática migratoria, condiciones estructurales y políticas gubernamentales	17
1.1 Características actuales del proceso migratorio en la frontera sur de México	17
1.2 La migración como problemática estructural y multifactorial	24
1.3 La violencia en los países y las ciudades de origen: ¿motivo de emigración?	27
1.4 Contexto, leyes y políticas vigentes	29
1.5 Los cruces migratorios y el Plan Frontera Sur	31
1.6 Miradas conceptuales sobre la migración	38
1.7 Replantear el diagnóstico de la política migratoria	40
Anexo: Claves de interpretación del Mapa 1.3	41
Anexo: Claves de interpretación del Mapa 1.4	44
2. Migración, servicios de salud y morbilidad	47
2.1 Los sistemas públicos de salud en el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos	47
2.2 Tendencias en los sistemas de salud en el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos	51

2.3 La capacidad instalada para la atención de la salud en la Frontera Sur de México	55	5.4 Migración y salud en el departamento de Huehuetenango	171
2.4 Morbilidad y mortalidad específicas de los migrantes	61	5.4.1 El municipio de La Democracia y el paso fronterizo La Mesilla	173
2.5 Saturación o insuficiencia de los servicios de salud	65	5.4.2 El municipio de Nentón y el paso fronterizo Gracias a Dios	179
3. La salud de los migrantes en su paso por Chiapas	71	5.5 Guatemala: paso obligado	183
3.1 Las instituciones de salud en Chiapas	76	6. Salud mental y acompañamiento psicosocial: familiares de migrantes no localizados	185
3.2 Los recursos para la atención a migrantes	84	6.1 Hacia la precisión de la problemática de los migrantes no localizados	186
3.3 Morbilidad de los migrantes	92	6.2 La búsqueda de los migrantes en el contexto mexicano	198
3.4 La condición de migrante indocumentado y la salud	96	6.3 Apoyo psicosocial a familiares de migrantes no localizados o desaparecidos	204
3.5 Discriminación, género y etnicidad	101	6.4. Diversidad étnica en la búsqueda e identificación de migrantes	218
3.6 Violencia contra las mujeres y población indígenas	102	Carencias y alternativas para la protección del derecho a la salud de los migrantes: a manera de conclusión	223
3.7 Percepción de la población local sobre los migrantes	105	Recomendaciones	243
3.8 Percepción de los migrantes sobre su derecho a la salud	109	Bibliografía	250
3.9 A manera de balance	111	Índice de cuadros	261
Anexo: Claves de interpretación del Mapa 3.2	114	Índice de mapas	263
4. Casos emblemáticos de violación del derecho a la salud de migrantes y de población transfronteriza	117	Anexo I. El derecho a la salud en los acuerdos internacionales	264
4.1 José Marcos Ordóñez Aguilera	118		
4.2 Jorge Elizandro Álvarez González	121		
4.3 Rodolfo Rojas Turcios	124		
4.4 Kenia Carolina Suasa Martínez	128		
4.5 Martina Tomás Ventura	131		
4.6 Anónimo, mujer de Honduras	132		
4.7 Las condiciones de acceso a servicios de salud	136		
5. Migración y salud en la región fronteriza meso y sur-occidental de Guatemala	143		
5.1 La región meso y sur-occidental de Guatemala	144		
5.2 Condiciones de salud en la región meso y sur-occidental de Guatemala	155		
5.3 Migración y salud en el Departamento de San Marcos	158		
5.3.1 El municipio de Ayutla y el puesto fronterizo Tecún Umán	162		
5.3.2 El municipio de Malacatán y el paso Frontera El Carmen	168		

Salud y migración: prisma para comprender el corredor migratorio Centroamérica-México-Estados Unidos

Introducción¹

La intensificación del flujo de latinoamericanos hacia Estados Unidos es hoy un referente ineludible para pensar los procesos migratorios en el mundo; un tránsito de personas que requiere ser comprendido tanto en sus múltiples causas como en sus repercusiones, entre las cuales destaca la necesidad de dar cabal cumplimiento a los derechos humanos. En tanto que la Frontera Sur de México es una puerta de entrada de migrantes provenientes no sólo de América Latina, sino también de países africanos y asiáticos, ésta es objeto de políticas gubernamentales, nuevos marcos legales y de una intensa acción de organizaciones de la sociedad civil.

¹ La elaboración de este trabajo contó con el apoyo financiero del Fondo Conacyt-UCMEXUS mediante el proyecto “Salud y migración en la Frontera Sur de México” (2013-2015) que fue otorgado a la Universidad de California en Santa Cruz y a la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; México, asimismo, con el apoyo otorgado a Voces Mesoamericanas, Acción con Pueblos Migrantes, A.C. por parte de la Asociación Alemana para la Educación de Adultos en América Latina-DVV y Consejería en Proyectos para refugiados latinoamericanos-PCS.

La salud de la población migrante en tránsito por la frontera México-Centroamérica, entendida como una problemática en la cual se manifiestan de manera emblemática las necesidades y sus consecuencias para atenderla, es también un espacio de confluencia de otras problemáticas como el empobrecimiento, la violencia de género, la discriminación étnica, la trata de personas y la corrupción, entre otras. Para comprender y afrontar esta problemática, resulta pertinente preguntarse: ¿cuáles son las características, la magnitud y las políticas públicas que influyen en el fenómeno migratorio en esta región fronteriza a tres lustros de que inició el siglo XXI? ¿Qué daños a la salud surgen a partir del proceso migratorio y cuáles son las condiciones de atención a los migrantes en el marco de la tendencia dominante hacia la mercantilización de los servicios de salud? ¿Cómo operan –y cómo se busca contrarrestar– los procesos de violencia de género y discriminación étnica que están asociados o son reforzados por la migración?

A partir de estos interrogantes, se presentan en este volumen los resultados de una indagación que tuvo como propósito construir un marco comprensivo y actualizado de la problemática migratoria en la Frontera México-Centroamérica. En ésta se coloca como eje la atención a la salud que se brinda en las instituciones gubernamentales y aquella que se ofrece por medio de instancias vinculadas a los derechos humanos y a procesos autogestivos de la sociedad civil. Al utilizar como enfoque transversal el derecho a la salud, se dio prioridad a los siguientes ejes:

- a) las condiciones estructurales de la frontera sur, la política migratoria y la atención a la salud de los migrantes
- b) los daños a la salud, servicios de salud y la perspectiva de los prestadores de servicios
- c) las percepciones de los migrantes y de los habitantes de las localidades transfronterizas

Esta investigación toma como referente tanto la información estadística-epidemiológica de los programas gubernamentales y marcos legales vigentes, como de la realización de trabajo de campo

y de entrevistas a los involucrados. A su vez, se focalizó en la frontera México-Centroamérica y de manera específica en tres corredores migratorios:

- a) Costa-Pacífico: de Tecún Umán, Guatemala a Arriaga, Chiapas,
- b) Central: de La Mesilla, Guatemala a Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y
- c) Selva-Usumacinta: de El Naranjo Guatemala a Palenque, Chiapas.

Aunque el aumento de migrantes centroamericanos que transitan por la frontera entre Guatemala y México ha sido documentado, se sabe poco sobre las características específicas que adquiere en una región caracterizada por el empobrecimiento, el alto porcentaje de población con pertenencia étnica, la precariedad de los servicios estatales de salud y el aumento de la violencia en sus diferentes modalidades en ambos lados de la frontera.

El hecho mismo de migrar pone en riesgo la salud, esto se refleja en daños diferenciados y específicos que sufren los sujetos que migran. El campo de la salud no sólo muestra la desigualdad social, también es un indicador significativo de distintas lógicas de subordinación expresadas en relaciones de género que naturalizan la violencia hacia las mujeres, las prácticas de discriminación étnica y los procesos de racialización de los sujetos migrantes. Por su parte, la pertenencia étnica, el género, la estratificación social de los sujetos migrantes, así como la población local que interactúa de distintas formas con ellos,² implican una aproximación que focalice sus experiencias, particularidades, la historia de sus colectividades y regiones de origen, sin dejar atrás sus perspectivas sobre la problemática migratoria y el trato que se les otorga en la interacción

2 Con el término “población local” nos referimos a que, de manera genérica, este proyecto se plantea indagar sobre las perspectivas de los habitantes de la región fronteriza entre México y Centroamérica la cual está en contacto permanente con los migrantes centroamericanos. Dicha “población local” puede incluir a los grupos étnicos que habitan en el estado de Chiapas, pero también a los habitantes de las ciudades de la región que se ubican precisamente en los llamados “corredores migratorios”.

local y en el ámbito de las políticas públicas. Asimismo, el abordaje de esta problemática migratoria requiere la reflexión crítica sobre las formas de definirla y conceptualizarla, ya que a partir de ello se pondrán en práctica las medidas gubernamentales vigentes.

La relación entre migración y salud funge como un doble prisma que ha sido motivo del análisis que aquí se presenta. Por un lado, que permite mostrar las contradicciones de carácter estructural, es decir, las condiciones que se originan en relaciones internacionales específicas y que se expresan en proyectos económicos y políticos nacionales que propician el empobrecimiento y la desigualdad social de una proporción significativa de las poblaciones. Esta desigualdad en la salud y la migración se expresa en el acceso diferenciado a los servicios de salud y la desigualdad presente en la morbilidad y mortalidad de los migrantes respecto de la población nacional y entre los distintos estratos de la población de cada país.

En concordancia, y como expresión concreta de este primer prisma, el segundo se refiere a que el binomio migración y salud permite, al analizar estas problemáticas de manera empírica, mostrar las situaciones no menos conflictivas, documentadas en fuentes oficiales y civiles, como son: la trata de personas, la violencia de género, la discriminación étnica y la colusión de servidores públicos, por mencionar las más sobresalientes.

Para contextualizar esta problemática migratoria se requiere hacer referencia a que ésta y sus repercusiones en la salud se han transformado durante la segunda década del siglo XXI por reformas legales en Estados Unidos. En 2010, mientras que Centroamérica y México avanzaron en la implementación de un esquema neoliberal en la prestación de los servicios de salud, el sistema de salud estadounidense fue reformado con la pretensión de aumentar el porcentaje de personas en ese país con acceso a algún tipo de seguro médico, fundamentalmente por medio del programa *Medicaid*. Esta medida aumentó la posibilidad de que los migrantes accedieran a dicha prestación, sin embargo mantuvo los requisitos de contar con un documento de ciudadanía y con empleo formal, lo cual en la práctica causa que pocos puedan utilizarla. Cuatro años más

tarde, tiene lugar una ansiada reforma migratoria estadounidense considerada como un respiro para los migrantes latinos que viven en los Estados Unidos, ya que permite aplazar legalmente el proceso de deportación, sobre todo, para aquellas familias que tienen hijos nacidos en dicho país (Irvine, Clark y Bidgood, 2013).

Durante esos años, el éxodo de migrantes centroamericanos y mexicanos, así como las problemáticas asociadas a dicho flujo, han aumentado de manera progresiva (con fluctuaciones que han sido motivo de análisis), situación que en el caso mexicano dio origen a una reforma de la Ley de Migración (CU, 2011) que, a pesar de establecer distintos derechos y beneficios, continúa presentando serias limitaciones en su aplicación. En un sentido similar, el gobierno mexicano anunció en 2014 el Programa Frontera Sur³ como una medida que se suma a la antigua pretensión de frenar el flujo migratorio. Durante ese mismo año, se emitió un decreto que, más en términos retóricos que a través de medidas institucionales específicas, ofrece el acceso al Seguro Popular por 90 días a la población migrante, una medida que ya ha sido cuestionada como alternativa que garantice el derecho a la salud de la población mexicana.

Según Isaacson y Meyer (2015), en el balance de este periodo se destaca un aumento de los obstáculos para concretar el paso migratorio por México y, con ello, el aumento del riesgo de que los migrantes sean objeto de distintos delitos. En el ámbito internacional, México ha hecho el trabajo de obstaculizar el flujo de migrantes hacia Estados Unidos, una medida que responde, fundamentalmente a los intereses económicos de dicho país.

Esta investigación tiene como antecedente la articulación binacional de organizaciones civiles, colectivos y comunidades transfronterizas de Guatemala y México dedicadas a generar acciones de promoción e incidencia para el ejercicio de los derechos humanos de personas migrantes en la región transfronteriza.⁴ La Mesa de

3 El Programa Frontera Sur fue anunciado en julio de 2014 (DOF, 2014).

4 La región transfronteriza de Guatemala y México es un territorio que tiene una larga historia de relaciones e intercambios comerciales, laborales, socioculturales y familiares entre poblaciones rurales y urbanas vecinas. Estas

Coordinación Transfronteriza-Migraciones y Género, como espacio de vinculación transnacional, tiene entre sus objetivos prioritarios monitorear y generar herramientas que permitan conocer de cerca las condiciones estructurales y el alcance de las políticas públicas vigentes respecto a la problemática de la salud de las personas migrantes que transitan o permanecen de manera temporal, pendular o definitiva, en comunidades de la región. La finalidad de estas acciones es generar espacios de incidencia que permitan una participación activa de las personas migrantes como sujetos políticos que tienen experiencias y capacidades para la consolidación de un modelo de atención integral a la salud transfronteriza entendiendo la salud como un derecho humano innegable y no sujeto a limitantes de ninguna índole; es decir, la salud más allá del estatus migratorio y como evidencia tangible de un Estado que promueve, garantiza y defiende los derechos de todo ser humano.

Para dar continuidad a este proceso, en febrero de 2014 la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, la Mesa de Coordinación Transfronteriza-Migraciones y Género, y Voces Mesoamericanas, Acción con Pueblos Migrantes, A. C. deciden conformar un equipo de investigación con el objetivo de estudiar el estado actual del derecho al acceso a la salud en la región transfronteriza a partir del análisis de la estructura de los servicios de salud, su funcionamiento, las políticas implementadas en ambos países en atención a la población migrante y la producción de material documental de migrantes usuarios de los servicios de salud, prestadores del servicio a la salud y referentes locales.

relaciones son la base de un modo de vida fronterizo, afectado por los límites entre las dos naciones y por políticas gubernamentales discriminatorias y violatorias a derechos humanos, como son las políticas migratorias y de seguridad nacional en ambos países. Se trata de una región que se caracteriza por su riqueza natural, sociocultural y económica, que contrasta con la pobreza y las desigualdades que sufren las poblaciones. En esta región, el estado de Chiapas, que forma parte de México, colinda con los departamentos guatemaltecos de San Marcos, Huehuetenango, Quiché y Petén.

El capítulo uno ofrece una revisión de información documental respecto de la magnitud y características actuales del proceso migratorio en la frontera México-Centroamérica. Esta revisión propone considerarla como una región con problemáticas particulares e intenta discutir algunas de las relaciones causales que hoy en día muestran un mayor consenso: desigualdad internacional, empobrecimiento de amplios sectores de las poblaciones nacionales y violencia política o derivada de la descomposición del tejido social.

Con una lógica similar, el capítulo dos analiza el marco legal e institucional respecto a la migración y la atención de la salud en el corredor migratorio Centroamérica-México-Estados Unidos (CA-M-EU). Se ofrece información respecto a la morbilidad, mortalidad y los principales indicadores de salud por país, también se elabora un análisis contrastado entre la población migrante y el resto de la población o sus distintos estratos.

El capítulo tres expone los principales resultados de la investigación y algunas interpretaciones preliminares que surgen de la realización de entrevistas al personal de instituciones oficiales de salud, de instituciones civiles que atienden a los migrantes y a los mismos migrantes. Se incluye también información que se generó mediante visitas y observación directa en dichas instituciones y del diálogo con líderes de opinión y con pobladores de localidades que reciben de manera permanente a una cantidad significativa de migrantes. La información que se incluye en este capítulo se generó a partir de una estrategia metodológica que fue discutida en reuniones de trabajo entre las organizaciones civiles y el equipo académico mencionado. La información se recopiló en tres corredores migratorios que las organizaciones civiles han identificado, por medio de una estrategia de intervención, en la frontera entre Centro América y México desde hace más de una década.

Para complementar esta visión panorámica de la situación de salud de los migrantes en su paso por Chiapas, en el capítulo cuatro se incluyen seis casos emblemáticos que se documentaron durante el trabajo de campo, en los cuales se muestran las carencias y violaciones al derecho humano a la salud.

El quinto capítulo tiene como propósito analizar la problemática migratoria en Guatemala, en específico, de las rutas de tránsito de los migrantes de otros países centroamericanos por este territorio. Asimismo, se ofrece información tanto estadística como de campo de dos de los departamentos en Guatemala que, a su vez, incluyen cuatro municipios en los que se registran los índices migratorios más altos.

En el capítulo seis, se expone y analiza el trabajo de acompañamiento en el campo de la salud mental y en el terreno jurídico que las organizaciones civiles realizan al conformar un espacio de encuentro de familiares de migrantes chiapanecos no localizados. Retomando los datos disponibles respecto de la problemática de la desaparición forzada en México, se reseñan los antecedentes que en esta región ha tenido este tipo de acompañamiento entre pares y los alcances y límites de una estrategia de acompañamiento integral en tanto que utiliza los recursos jurídicos y el apoyo psicosocial para la resignificación de las experiencias de la pérdida. Finalmente, se exponen algunas conclusiones y recomendaciones que buscan ser motivo de discusión y afinamiento con el fin de que las reflexiones y cuestionamientos aquí vertidos puedan presentarse en forma de planteamientos que contribuyan a la incidencia en el ámbito público.

Aldo Ledón Pereyra
Miguel Ángel Paz Carrasco
Cecilia Maribel Rivas
Alejandro Cerda García

1. Problemática migratoria, condiciones estructurales y políticas gubernamentales

Dada la complejidad que ha adquirido, durante las últimas décadas, la comprensión de la problemática migratoria en la frontera entre Centroamérica y México requiere retomar factores tanto estructurales como del ámbito de las políticas públicas. El objetivo de este capítulo es proporcionar algunas coordenadas básicas en ese sentido. Esto incluye la revisión de las distintas fuentes oficiales que cuantifican y caracterizan a los migrantes, las condiciones de desigualdad entre países y al interior de los mismos, el posible vínculo entre violencia y migración, y las tendencias en las leyes y políticas gubernamentales vigentes. Además, se incluyen algunos referentes conceptuales básicos y se concluye la necesidad de establecer una mirada diferente a la dominante para caracterizar la problemática migratoria como una condición esencial para encontrar alternativas de atención distintas a las que existen en la actualidad.

1.1 Características actuales del proceso migratorio en la frontera sur de México

Al proponer una mirada de conjunto respecto de las fronteras latinoamericanas que actualmente presentan los flujos migratorios más intensos, la desigualdad económica continúa siendo el principal

elemento común y detonador de dichos flujos migratorios (Canales *et al.*, 2010). La frontera entre Centroamérica y México tiene, a su vez, particularidades que resaltan su *complejidad*.⁵ Aunque en sus orígenes esta frontera se instaló durante el siglo XIX y vino a dividir un territorio que antes formó parte de una misma jurisdicción,⁶ desde finales del siglo XX esta región ha cobrado relevancia debido a la atracción de la dominante economía estadounidense. Es por esta razón que dicha frontera funge como filtro para la llegada de migrantes y como elemento clave para brindar mayor seguridad a dicho país.

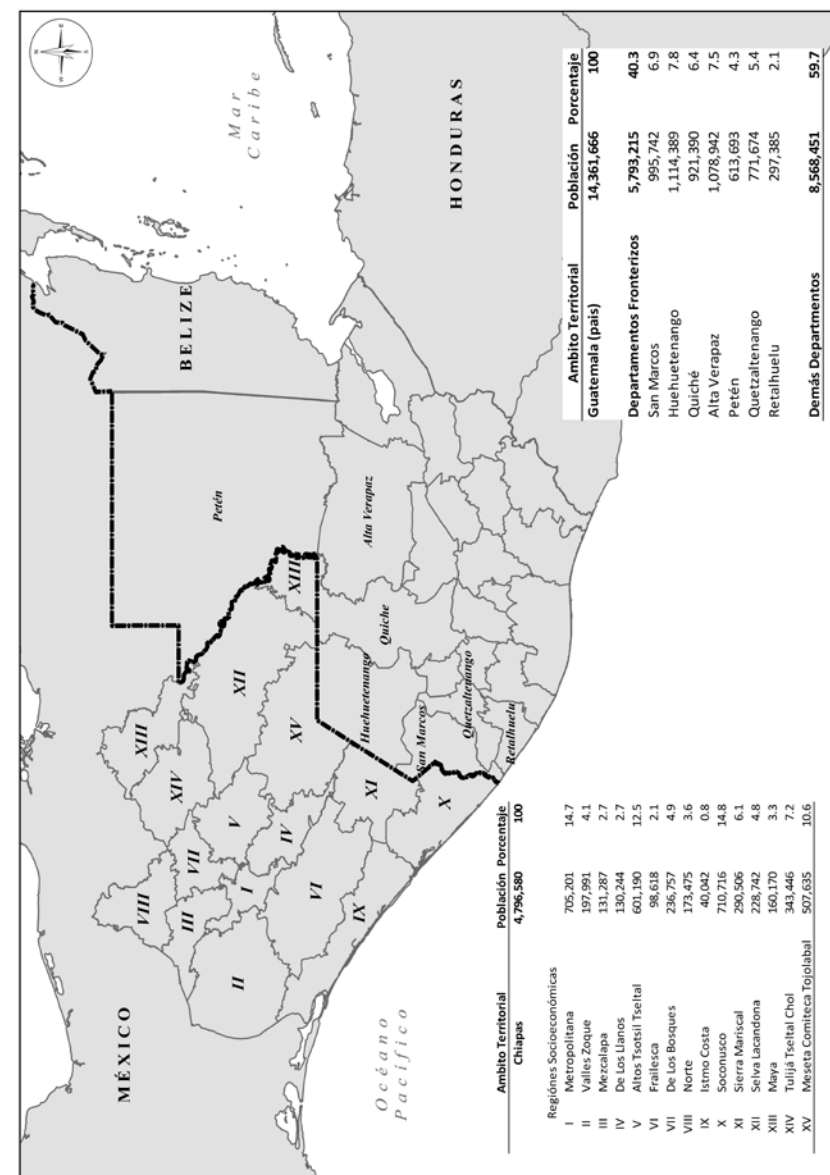
A diferencia de otras fronteras latinoamericanas que hoy en día son ampliamente transitadas, la división geopolítica entre México y Centroamérica puede caracterizarse expresamente como una *región fronteriza*, no sólo por la magnitud de la población que asciende a 10,140,651 habitantes –si se suma la población de los estados y departamentos mexicanos y guatemaltecos que colindan con la frontera (Canales *et al.*, 2010:23–, sino sobre todo porque se trata de un territorio y una población que desarrolla relaciones comerciales, procesos políticos y culturales que los vinculan y que están intersectados por una línea fronteriza que es apropiada de manera diferenciada y cuyo uso se modifica constantemente; asimismo, porque los municipios fronterizos poseen mayores similitudes en cuanto a las condiciones de vida de su población que en relación a otras regiones o a los principales centros urbanos de sus respectivos países.

Esta integración regional se expresa enfáticamente en las relaciones comerciales cotidianas y muchas veces no reguladas en las que participan los migrantes centroamericanos, ya sea cruzando diariamente la frontera o haciéndolo por temporadas de varios meses para laborar en las fincas. Una expresión más de esta permanente inte-

5 “La frontera sur de México está integrada por los estados de Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo, los cuales limitan geográficamente con Guatemala y Belice, a lo largo de 1,149 kilómetros” (EMIFS, 2011:25).

6 Esta frontera quedó establecida en 1882 a partir del Tratado Mariscal-Herrera (Conapo, 2012:26).

Mapa 1.1
Geografía y densidades poblacionales en la frontera Guatemala-México



Fuente: EMIFS (2011:27).

racción entre la población que habita ambos lados de la frontera es que 86.6% de los inmigrantes guatemaltecos radicados en México residen en alguno de los tres estados fronterizos del sur de este país (Canales *et al.*, 2010:25)

A esta complejidad regional se suman las transformaciones en la migración de los chiapanecos que, en los últimos años, ha dejado de ser estacional y con destinos nacionales –para el trabajo agrícola y la construcción–, para dirigirse hacia los Estados Unidos. Según los datos oficiales (Conapo, 2012), el número de personas que viven en este último país y que nacieron en México asciende a 11.9 millones;⁷ se detectó una disminución del flujo migratorio y un aumento de los retornados si se comparan los quinquenios 1995-2000 y 2005-2010.

Cuadro 1.1 Mexicanos emigrados a y retornados de Estados Unidos, 1995-2000 y 2005-2010

	Mexicanos emigrados a Estados Unidos	Mexicanos retornados de Estados Unidos
1995-2000	1,209,000	267,000
2005-2010	683,000	824,000

Fuente: Conapo (2012:13).

A pesar de esta disminución del número de migrantes durante el periodo 2005-2010, probablemente asociado a la crisis y a los cambios en la política migratoria estadounidense, a partir de 1990 puede observarse un aumento del flujo migratorio proveniente de Hidalgo, Veracruz y Chiapas, estados que hasta entonces estaban catalogados con migración muy baja.

⁷ Si se contabiliza la población de origen mexicano (segunda, tercera y otras generaciones) este número de personas alcanza los 33 millones (Conapo, 2012:13).

Cuadro 1.2 Grado e índice de intensidad migratoria en estados seleccionados, 2010

Estado	Grado de intensidad migratoria	Índice de intensidad migratoria reescalado de 0-100	Lugar respecto de las entidades federativas
Zacatecas	Muy alto	4.4216	1
Chiapas	Muy bajo	0.4494	25
Tabasco	Muy bajo	0.7854	32

Fuente: Conapo (2012:62-63).

Chiapas cuenta con cinco municipios cuyo índice de intensidad migratoria está en el nivel medio, es decir, por encima del que corresponde al estado en su conjunto: Amatenango de la Frontera, Las Margaritas, Trinitaria, Tzimol y Unión Juárez (Conapo, 2012:82-87). Se trata, por tanto, de una región que se ha visto ampliamente modificada durante las últimas dos décadas, ya que en ella se combina el tránsito de migrantes con las múltiples problemáticas y los beneficios económicos para sectores específicos en los que esta movilidad humana deriva, con los procesos que se generan o se ven truncados a partir de la creciente emigración internacional. Para comprender los procesos migratorios que tienen lugar en esta región, es necesario considerar la llegada de refugiados guatemaltecos durante las décadas de 1970 y 1980, sin dejar de advertir que los motivos, el destino y las formas de migrar que tienen lugar en esta región han tenido facetas distintas.

Durante la década de 1980, los estados fronterizos mexicanos recibieron un importante contingente de guatemaltecos expulsados de su patria debido a la violencia política que caracterizó esos años. A este primer éxodo masivo, le siguió, a partir de la segunda mitad de la década de 1990 y hasta la fecha, un notorio incremento del flujo de centroamericanos que buscaban transitar por territorio mexicano para ingresar a Estados Unidos.

Debido a la condición de indocumentados de la mayoría de los migrantes que acceden a México por la frontera sur, así como a la necesidad de recurrir a indicadores indirectos, la magnitud del fenómeno ha sido motivo de distintas cuantificaciones oficiales. Según la *Encuesta sobre migración en la frontera sur de México* (EMIFS), para 2004, se documentó la presencia de 462,058 migrantes guatemaltecos, mientras que para 2009 su número ascendió a 636,012. Los datos más actuales (2011) ubican un total anual de 616,926 migrantes.⁸ En correspondencia, según los datos disponibles para 2009, “casi ochenta mil centroamericanos que declararon haber cruzado el territorio mexicano para llegar a Estados Unidos fueron devueltos por las autoridades migratorias de ese país, de los cuales 39% eran originarios de Guatemala, 32% de Honduras y 30% de El Salvador” (EMIFS, 2011:159-179).⁹ Para 2011, la cantidad de centroamericanos deportados por autoridades mexicanas ascendió a 55,790 personas, de los cuales: 53.8% eran guatemaltecos, 31.3 hondureños y 14.9 salvadoreños. Con una orientación coincidente, se han mostrado las particularidades de los migrantes provenientes de Belice (Ortega, 2012), Honduras (Madueño, 2010) y El Salvador (Gaborit, Zetino, Brioso y Portillo, 2012).

Según la información más reciente proporcionada por el Ejecutivo Federal, el número de entradas de extranjeros no residentes ha sido constante desde 2005 (oscilando entre 18,000 y 21,000 personas), las cifras correspondientes a los estados de Chiapas y Tabasco—principales puntos de internamiento para los centroamericanos—muestran que el número de migrantes, en términos generales, se ha duplicado a partir de 2010 (véase cuadro 1.3). Sin embargo, este aumento no corresponde a los migrantes atendidos por los Grupos Beta, cuyos registros indican que la mayor afluencia de migrantes

tuvo lugar durante 2004-2006 (entre 600 y 770 mil por año) para luego ubicarse y permanecer constante en prácticamente la mitad de esas cifras.

En síntesis, la información proporcionada por la *Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México* aparece como la más confiable; no sólo porque surge de una indagación directa con los migrantes, sino porque involucra tanto a instituciones gubernamentales como académicas. A su vez, las tendencias que se registraron pueden verse reflejadas en el aumento del número de migrantes que también es observado por el personal de las instituciones de apoyo y de servicios médicos que fueron visitadas como parte de la presente investigación.

Cuadro 1.3 Ingreso de extranjeros no residentes y migrantes atendidos por Grupos Beta (2000-2014)

Entradas de extranjeros no residentes en México					
Año	2000	2001	2002	2003	2004
Nacional	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.
Chiapas	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.
Tabasco	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.
Migrantes atendidos por los Grupos Beta (orientados)					
	294,602	227,933	268,407	480,420	661,044
Entradas de Extranjeros no residentes en México					
Año	2005	2006	2007	2008	2009
Nacional	20,611,979	20,438,802	21,520,211	21,531,673	18,876,585
Chiapas	743,599	604,259	618,401	714,896	777,928
Tabasco	15,832	15,059	14,805	16,331	29,687
Migrantes atendidos por los Grupos Beta (orientados)					
	769,056	630,112	301,063	204,846	230,621

8 A diferencia de los datos referidos, la Secretaría de Gobernación calcula en 150,000 personas el ingreso anual de migrantes centroamericanos indocumentados (CNDH, 2011).

9 Un análisis detallado de las características que dicho proceso ha adquirido en esta región puede consultarse en Serrano y Martínez (2009).

Entradas de Extranjeros no residentes en México

Año	2010	2011	2012	2013	2014
Nacional	19,681,084	18,747,641	18,752,016	19,186,253	11,361,519
Chiapas	1,445,845	1,107,479	1,337,680	1,303,090	600,120
Tabasco	35,814	39,726	39,174	39,652	18,856
Migrantes atendidos por los Grupos Beta (orientados)					
	226,517	286,868	323,605	283,604	125,012

S.D.: sin datos.

Fuente: Presidencia de la República (2014:770 y 775-778).

1.2 La migración como problemática estructural y multifactorial

El flujo migratorio entre Centroamérica y América del Norte se ha intensificado, sobre todo a partir de la década de 1990, situación que está relacionada de manera directa con la desigualdad en la distribución de la riqueza internacional y en los distintos ámbitos nacionales.

La valoración del índice de Gini¹⁰ como indicador global de la distribución de la riqueza¹¹ se ubica en 89.2, esto significa que “el 10% de los adultos en el extremo superior de ingreso poseen el 85% de la riqueza global de los hogares; [y que] un miembro medio del decil superior tiene casi 3,000 veces la riqueza promedio del decil inferior” (Davies *et al.* 2008:7).

10 El índice de Gini es la medida de desigualdad de ingresos más usada. Se deriva del coeficiente de Gini, que está basado en la curva de Lorenz, en la que el 0 equivale a la igualdad perfecta (esto es, cada persona tiene exactamente el mismo ingreso) y 1 es la desigualdad perfecta (una persona tiene todo el ingreso).

11 El índice de Gini respecto de la riqueza se refiere a la distribución del total de bienes que son propiedad de una sociedad, mientras que este índice referido al ingreso se origina en la distribución de la renta que procede tanto del capital como del trabajo.

En este desigual panorama mundial, América Latina se coloca como la región con mayores índices en ese indicador ya que para el año 2008 se ubicó en 48.3, cifra superior en 1.4 a la registrada en 1990 (véase Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4 Valores del índice de Gini por región, 1990-2008 (o último año disponible)* (promedio no ponderado de los valores)

Región	1990	2000	2008	2008-1990 variación
Asia	36.4	40.0	40.4	4.0
Europa del Este y Asia Central	26.7	33.2	35.4	8.7
América Latina y el Caribe	46.9	49.2	48.3	1.5
Oriente Medio y Norte de África	39.2	39.2	39.2	0.0
África Sub-Sahariana	49.1	46.1	44.2	-4.8
Países de ingreso alto	27.4	30.8	30.9	3.5
Número de observaciones	137	140	141	132

*Valores del índice de Gini basados en ingresos netos.

Fuente: Ortiz y Cummins (2012:28).

El corredor migratorio de la región centroamericana (principalmente Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua) y México, considerados países predominantemente de origen y Estados Unidos como destino, se caracteriza por la disparidad en el Producto Interno Bruto per cápita. Si se compara el monto de dicho indicador en dólares internacionales se constata que el monto correspondiente a Estados Unidos es 10 veces mayor que el de Nicaragua y alrededor de 3.5 veces que el de México, tal como lo expresa el Cuadro 1.5.

Cuadro 1.5 Producto Interno Bruto per cápita
(ajustado por paridad en el poder de compra)

Lugar en el listado de países	País	Monto en dólares internacionales
6	Estados Unidos	53,101
66	México	15,563
106	El Salvador	7,515
124	Guatemala	5,282
127	Honduras	4,839
131	Nicaragua	4,554

Fuente: *World Economic Outlook Database*, abril 2014. Fondo Monetario Internacional.

Fecha de consulta: 13 de mayo de 2014.

Además de la desigualdad entre países, en este corredor migratorio (Centroamérica-México-Estados Unidos) está también la desigualdad y la pobreza que existe al interior de los mismos, las cuales se ubican prácticamente en indicadores similares o superiores a la cifra que corresponde a América Latina en su conjunto. Tal como se muestra en el Cuadro 1.7.

Cuadro 1.6 Índices de Gini por país, 1990-2008
(o último disponible)

País	1990	2007/2008
El Salvador	46.6	45.5
Guatemala	55.0	50.7
Honduras	51.5	52.5
Nicaragua	53.1	49.1
México	47.2	46.9
América Latina y El Caribe	46.9	48.3

Fuente: Ortiz y Cummins (2012:55-66).

Esto significa que el proceso migratorio está caracterizado por un flujo que se origina en países con graves condiciones de desigualdad, cuyos actores tienen como una de sus motivaciones centrales el mejoramiento de sus condiciones y calidad de vida. Por tanto, este fenómeno requiere ser analizado desde distintas perspectivas que sobrepasan las variables aquí observadas.

Aunque Estados Unidos se presenta como la oportunidad de mejora en dichos ámbitos, la población migrante llega a establecerse en ese país con grandes posibilidades de permanecer en la pobreza, tal como se infiere de los datos publicados por el Buró de Censo de los Estados Unidos (2012): más de 16% de la población del país vive en la pobreza, incluyendo al menos 20% de la niñez estadounidense y en una cantidad mayor al 14% (aproximadamente 43.6 millones) registrado en 2009; esta cifra alcanzó su más alto nivel desde 1993. Por ejemplo California, un estado con fuerte presencia de migrantes latinos, se ubica como la entidad con el nivel más alto de pobreza en ese país (23.5% de sus habitantes).

Según el censo de 2010, 15.1% de la población estadounidense vive en la pobreza; entre las personas que se ubican en dicha condición, se encuentra: 9.9% de la población blanca no hispana, 12.1% de la población asiática, 26.6% de los latinos y 28.4% de la población afrodescendiente (USCB, 2010).

1.3 La violencia en los países y ciudades de origen ¿motivo de la emigración?

A principios del siglo XXI, el planteamiento de que la violencia en los países de origen de los migrantes (que en el caso de la frontera México-Centroamérica incluye a El Salvador, Honduras y Guatemala) es uno de los disparadores de dicha movilidad, ha tomado fuerza. Si bien existen investigaciones (Hiskey, Malone y Orcés, 2014) las cuales señalan que la asociación entre violencia y migración no es mecánica y que, al aceptarla, existe el riesgo de reproducir visiones estereotipadas sobre los países y ciudades centroamericanas como extremadamente violentos, también es

cierto que América, como región, al igual que Centroamérica y las principales ciudades de los países expulsores de migrantes, hoy en día registran altas tasas de incidencia de homicidios dolosos.

En 2012, casi medio millón de personas (437,000) perdieron la vida a causa de homicidios dolosos en todo el mundo. Más de una tercera parte de éstos (36%) tuvieron lugar en el continente americano, 31% en África, 28% en Asia, mientras que Europa (5%) y Oceanía (0.3%) presentaron las tasas más bajas de homicidio a nivel regional. Si bien la tasa promedio global de homicidios es de 6.2 por cada 100,000 habitantes, África del Sur y América Central muestran promedios cuatro veces mayores (por arriba de 24 víctimas por cada 100,000 habitantes), lo que las vuelve las subregiones con las tasas de homicidio más altas que se hayan registrado, seguidas por América del Sur, África Central y el Caribe (entre 16 y 23 homicidios por cada 100,000 habitantes). (UNODC, 2013:1-2).

Cuadro 1.7 Ciudades centroamericanas ubicadas entre las 50 con más altas tasas de homicidio en América Latina, 2013

Lugar que ocupa en el listado	Ciudad	País	Homicidios	Población	Homicidios por cada 100,000 habitantes
1	San Pedro Sula	Honduras	1,411	753,990	187.14
6	Distrito Central	Honduras	946	1,191,111	79.42
8	Ciudad de Guatemala	Guatemala	2,123	3,103,685	68.40
27	San Salvador	El Salvador	780	1,743,315	44.74

Fuente: CCSPJP (2013).

Si bien la información recabada no permite establecer una asociación mecánica de la violencia como motivación clara y exclusiva de la migración internacional y la población centroamericana, resulta

sumamente preocupante que ésta esté sometida a situaciones que ponen en riesgo su existencia cotidiana y que restringen de manera significativa su calidad de vida. Las crecientes tasas de homicidio aluden a la necesidad de desarrollar mecanismos eficientes de administración de justicia para cada caso, pero también a la reflexión respecto a las transformaciones estructurales necesarias para disminuir la violencia a partir de los proyectos nacionales y las políticas públicas.

1.4 Contexto, leyes y políticas vigentes

En el corredor migratorio Centroamérica-México-Estados Unidos puede observarse una prevalencia de proyectos nacionales que, en concordancia con la hegemonía económica estadounidense en la región, desencadenan el empobrecimiento de sectores mayoritarios de su población. La intensificación del proceso migratorio que se ha vivido en este corredor durante las últimas dos décadas (1990-2010), así como las problemáticas asociadas a este fenómeno, han requerido la modificación de lineamientos legales nacionales que previamente habían sido propuestos con la finalidad de regular la llegada e instalación de extranjeros en los territorios nacionales.

La legislación vigente que rige este corredor es heredada de los mecanismos de control y de los trámites de registro y visado que fueron implementados durante la segunda mitad del siglo XX, así como lineamientos que responden, en la mayoría de los casos, a las características que han tomado los procesos de movilidad humana, también se deben considerar las problemáticas emergentes, como la necesidad de contar con estaciones migratorias, establecer mecanismos de retorno o contar con procedimientos para la protección de niños migrantes.

Los mecanismos de control del flujo y las diversas formas de distinguir y conferir derechos diferenciados a los distintos tipos de migrantes son resultado de elementos comunes en las legislaciones nacionales. Entre estos migrantes, pueden distinguirse quienes han llegado a ser residentes permanentes, temporales, o bien, por encontrarse en tránsito.

Más allá de estas coincidencias existen grandes diferencias en otros derechos y previsiones respecto de los migrantes que se relacionan con el papel que desempeña cada país al fungir como lugar de origen, de tránsito o de destino del creciente contingente de migrantes.

Si se consideran las legislaciones migratorias de Guatemala, El Salvador y Honduras, como los principales países expulsores de migrantes que cruzan la frontera sur de México, se observa que las previsiones y los derechos reconocidos a los extranjeros que llegan a establecerse en sus territorios se ubican en un estadio básico que, en términos generales, les permite hacer trámites de naturalización y les prohíbe involucrarse en la política interna del país.

La legislación salvadoreña (1986) es más benigna para los extranjeros residentes, ya que señala que éstos deben tener los mismos derechos y obligaciones que los connacionales, al tiempo que se les reconoce las posibilidades de adquirir propiedades y llevar a cabo actos civiles como el matrimonio o la certificación del nacimiento de sus hijos. Este pronunciamiento genérico sobre la igualdad de derechos y obligaciones para los extranjeros y los miembros del respectivo país es también el precepto central en las leyes migratorias de Guatemala (1998) y Honduras (2004), con la diferencia que en esta última se reconocen derechos especiales a los “extranjeros inversionistas”.

En el caso de México, las reformas a la Ley de Migración (DOF, 2011) y a la Ley de Población (DOF, 2014a), efectuadas en 2011 y en el marco de violaciones de derechos humanos contra migrantes que fueron denunciadas públicamente durante los años previos, representan probablemente el mayor avance en derechos a los migrantes en este corredor migratorio en tanto que reconoce derechos a los “migrantes no documentados” al acceso a los servicios estatales de salud y educación. Al mismo tiempo, se focaliza en la protección de los migrantes, lo que incluye la conformación de grupos de agentes estatales con el propósito de auxiliarlos y defender sus derechos; también se compromete a no efectuar revisiones en los albergues de migrantes y respetar las asociaciones humanitarias que los asisten. Sin embargo, el reconocimiento de estos derechos

contrasta con la información oficial (CNDH, 2011) y con la práctica recurrente del secuestro a migrantes, delito que aprovecha la condición de indefensión de los migrantes indocumentados; este delito es un negocio sumamente rentable y se articula con lógicas de subordinación y violencia de género y sexual.¹²

Según los datos de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), entre septiembre de 2008 y febrero de 2009 se realizaron 198 secuestros en los que se privó de su libertad a 9,758 migrantes. 55% de las víctimas fueron secuestradas en el sur del país (CNDH, 2011:12).

Entre abril y septiembre de 2010, la cndh documentó un total de 214 secuestros en los que, según el testimonio de las víctimas y los testigos de los hechos, resultaron privados de su libertad un total de 11,333 migrantes; 67.4% de los eventos sucedieron en el sureste del país; 44.3% de los secuestrados son hondureños; 16%, salvadoreños; 11.2%, guatemaltecos; 10.6%, mexicanos; 5%, cubanos; 4.4%, nicaragüenses; 1.6%, colombianos, y 0.5%, ecuatorianos. Del total de los testimonios recabados, el 15.7% corresponde a experiencias narradas por mujeres migrantes (CNDH, 2011:27).

1.5 Los cruces migratorios y el Plan Frontera Sur

La división territorial entre México y Guatemala constituye una verdadera *frontera porosa*. Los puntos de internamiento se extienden a lo largo de ella y, a excepción de aquellos que han adquirido mayor visibilidad, no siempre son detectables ni fijos. A continuación se ofrece un primer acercamiento a dichos cruces migratorios (véase cuadro 1.8), así como a su ubicación geográfica (mapa 1.2).

12 Entre 2009 y 2010 se presentaron los siguientes informes sobre el secuestro a migrantes: *Secuestros a personas migrantes centroamericanas en tránsito por México* (Comisión Interamericana de Derechos Humanos), *Víctimas invisibles: migrantes en movimiento en México* (Amnistía Internacional) y el *Sexto informe sobre la situación de los derechos humanos de las personas migrantes en tránsito por México* (Belén Posada del Migrante, Humanidad sin Fronteras y Frontera con Justicia). Asimismo, se llevó a cabo el foro “El secuestro de migrantes en México”, convocado por el Senado de la República (CNDH, 2011:25).

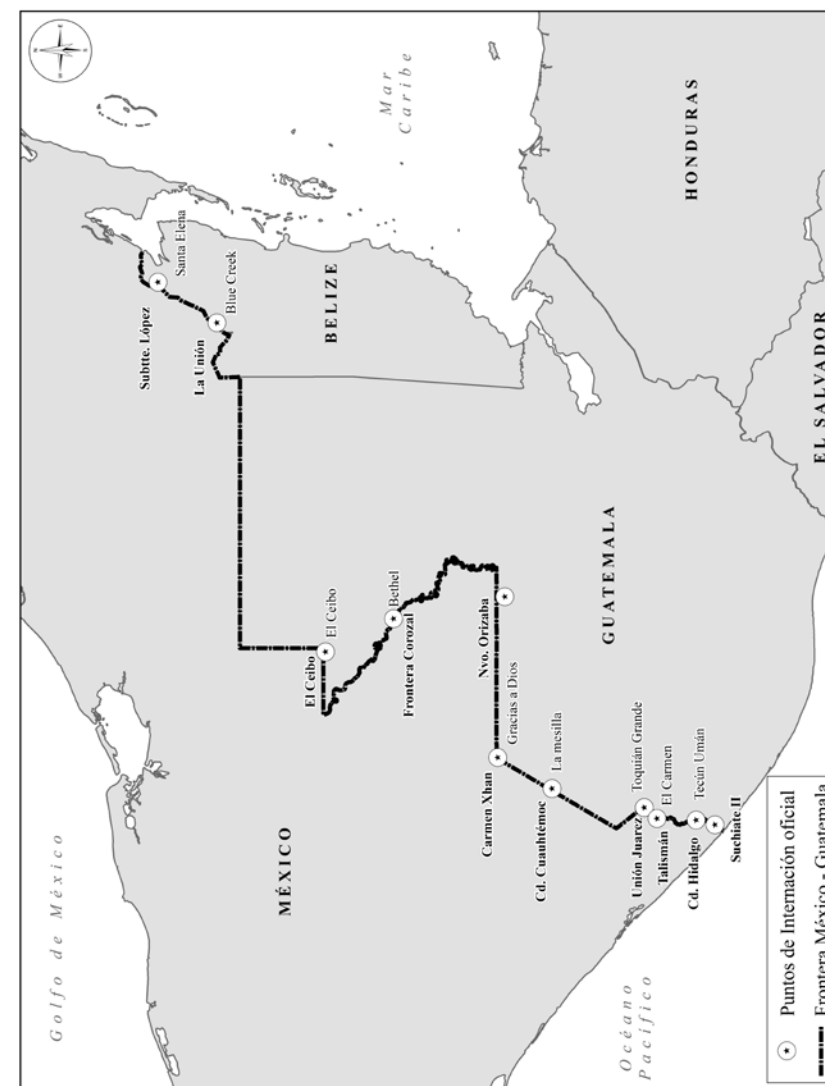
Esto pretende ser un primer referente para el análisis de mayor profundidad de los subsecuentes capítulos.

Cuadro 1.8 Puntos de internación migratoria en la Frontera Sur

Frontera	México		Guatemala	
	Estado	Localidad	Departamento	Localidad
654 km	Chiapas	Ciudad Hidalgo y Pto. Fronterizo Suchiate II	San Marcos	Ciudad Tecún Umán
	Chiapas	Talismán	San Marcos	El Carmen
	Chiapas	Unión Juárez	San Marcos	Toquián Grande
	Chiapas	Mazapa de Madero	San Marcos	Sibinal
	Chiapas	Ciudad Cuauhtémoc	Huehuetenango	La Mesilla
	Chiapas	Carmen Xhán	Huehuetenango	Gracias a Dios
	Chiapas	Frontera Corozal	Petén	Bethel
108 km	Tabasco	El Ceibo	Petén	El Ceibo
	Tabasco	El Martillo	Petén	El Naranjo
194 km	Campeche	La Candelaria	Petén	San Andrés
		Calakmul		San José Flores Melchor de Mencos
278 km	México		Belice	
	Quintana Roo	Subteniente López La Unión	Corozal	Santa Elena Blue Creek

Fuente: elaboración propia, trabajo de campo, 2015.

Mapa 1.2. Puntos de internación con presencia migratoria en la Frontera Sur de México, 2011.



Fuente: EMIF (2011:30)

A pesar de que la frontera entre Campeche y Petén no cuenta con puntos de internación oficiales, ésta es otra región en la que se ha intensificado el flujo de migrantes. A la fecha, no se cuenta con información específica sobre este corredor migratorio, lo que dificulta comprender la magnitud de las problemáticas que enfrentan. Solamente es posible identificar información de referencia sobre las condiciones de inseguridad, tráfico de personas y drogas por cárteles que prevalecen en esta región (CONAGO, 2011).

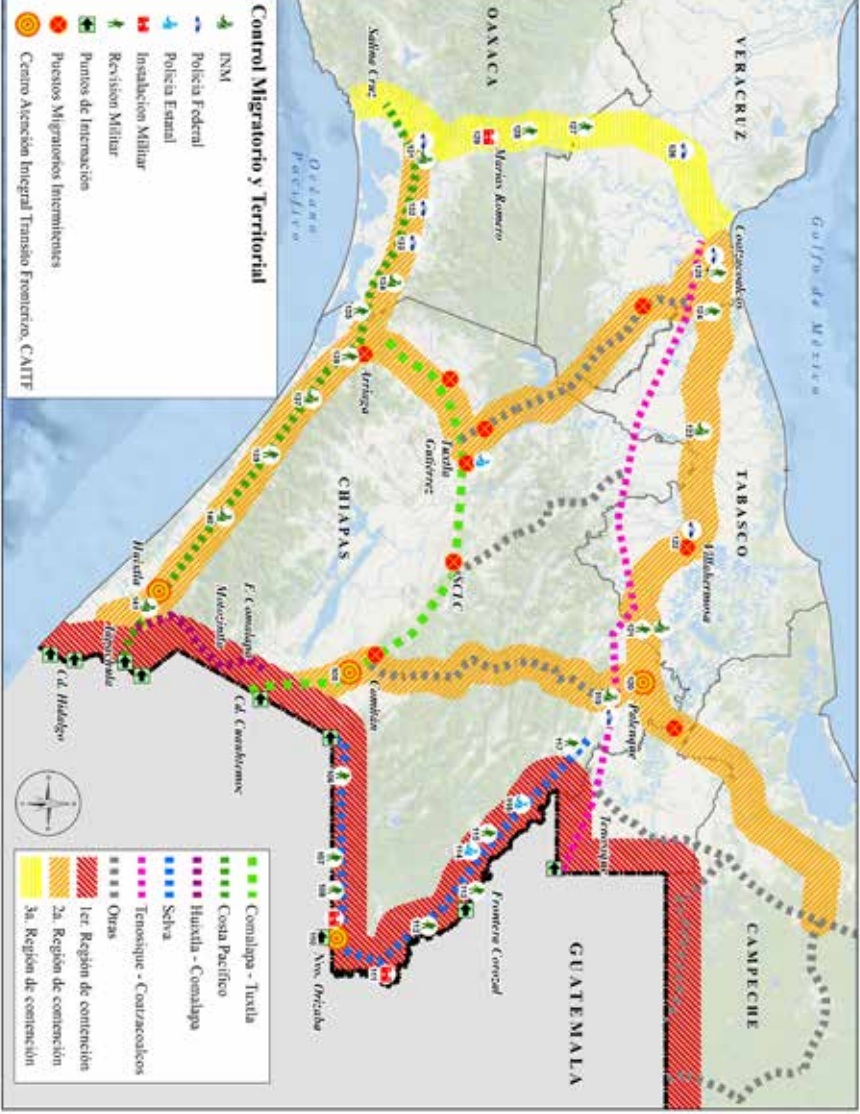
En el marco de estas condiciones territoriales, en el mes de julio de 2014 se creó la Coordinación para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur. Posteriormente, dicha instancia desaparecería y sus funciones serían asumidas por otras áreas de la Secretaría de Gobernación. Sin embargo, a un año de que se hiciera pública la desaparición de la Coordinación para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur, el 15 de agosto de 2015, aún no se cuenta con información documental sobre la estrategia que pone en práctica los objetivos de este Plan.

No obstante, diversas fuentes periodísticas han buscado explicar su funcionamiento a partir de “líneas de contención” (véanse mapas 1.3 y 1.4): la primera se establece a lo largo de los 1,149 km de la frontera con Guatemala y Belice; la segunda línea opera mediante los llamados Centros Internos de Control Integral, establecidos en puntos estratégicos de los tres corredores transmigratorios (Palenque, Huixtla y Comitán) y mediante retenes. Los Centros Internos articulan controles migratorios (Instituto Nacional de Migración [INM]), de seguridad nacional (Secretaría de la Defensa Nacional [Sedena] y Secretaría de Marina [Semar]), aduanales (Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SCHP]) y fitosanitarios (Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación [SAGARPA]). La tercera línea de contención funciona en la parte más estrecha de la Frontera Sur, el Istmo de Tehuantepec, donde confluyen los límites territoriales de los estados de Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Veracruz. Esta línea funciona mediante puntos fijos y móviles de revisión y control vehicular. Para su instrumentación, fueron dirigidos 400 agentes de la Gendarmería Nacional y dos mil militares a diversos puntos de las tres líneas.

Los efectos del Plan Frontera Sur se expresan en el aumento de riesgos e inseguridad para migrantes que se ven forzados a internarse por nuevas y peligrosas rutas a lo largo de los corredores de transmigración. En esta región, según distintas versiones periodísticas, el control de grupos del crimen organizado es creciente y se han documentado casos de colusión con autoridades de los tres órdenes de gobierno. En este mismo sentido, las personas migrantes denunciaron, al entrar en contacto con albergues y centros de derechos humanos, mayores abusos por parte de autoridades. Las Procuradurías Generales de Justicia de los cuatro estados que operan el Plan Frontera Sur informaron un aumento en la comisión de delitos desde el inicio del programa y hasta 2015. Especialmente preocupante es el aumento de robos y otros delitos con violencia hacia migrantes en Oaxaca. Otro dato importante que puede dar cuenta del aumento de los riesgos, la inseguridad y la violencia es que, mientras en 2013 se registraron 354 casos de secuestro, en el 2014 aumentó en 166% el número de casos (Knippen, Boggs y Meyer, 2015).

La realización de operativos, en zonas cercanas a albergues ha provocado la disminución de migrantes que pueden encontrar refugio en éstos. Se ha denunciado la realización de operativos en la selva para bajar del tren a los migrantes, dejándolos a merced de la delincuencia organizada. No sólo se han elevado los riesgos y la inseguridad durante el tránsito, también aumentaron significativamente los costos económicos de los traslados y con ello el endeudamiento de las familias cuyos miembros tienen que desplazarse para sobrevivir. Otro aspecto importante es la intensificación de medidas de criminalización y presión hacia defensores/as de los derechos humanos de migrantes.

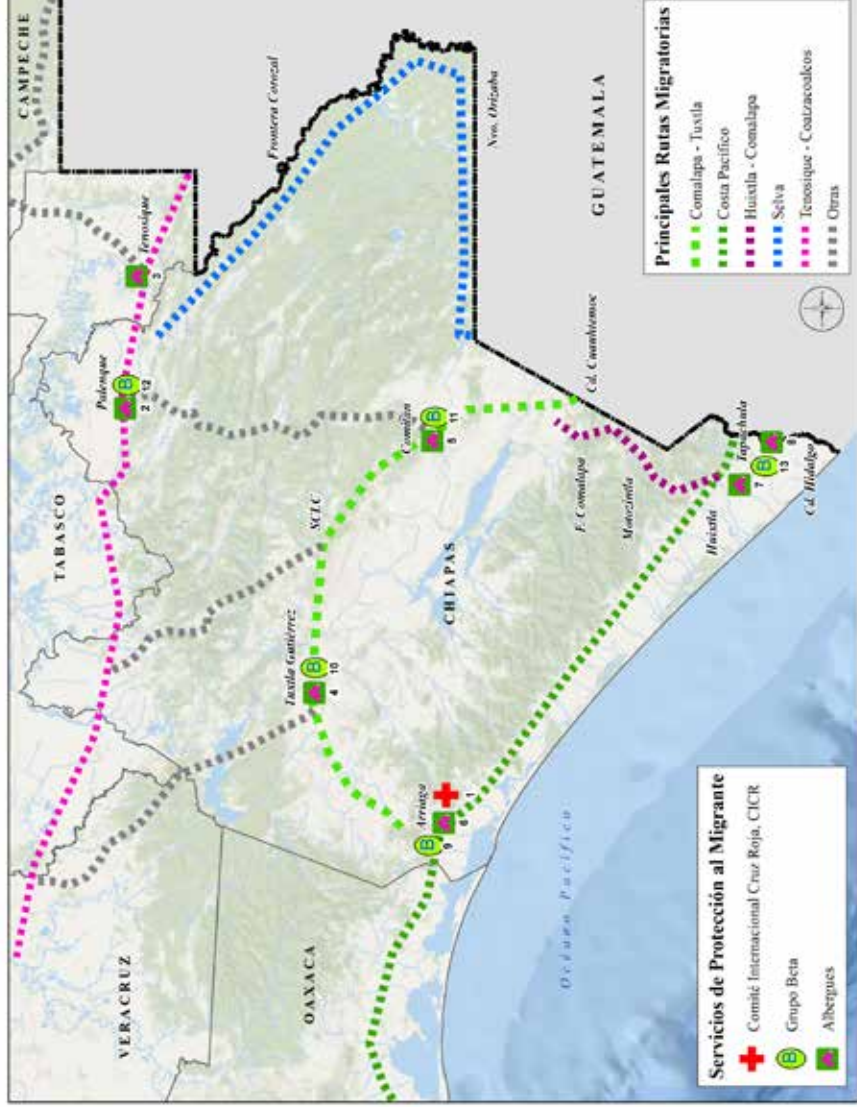
Como resultado del Plan Frontera Sur, el inm reportó que en el primer cuatrimestre del 2014 hubo un aumento de 83% en la detención de migrantes indocumentados en relación con 2013. El número de deportaciones aumentó de 28,000 en 2013 a 58,000 en el mismo periodo; es decir, creció en 59% (Knippen, Boggs y Meyer, 2015). De esta forma, el Plan Frontera Sur ha permitido generar



Nota: la información sobre cada uno de los puntos señalados en este mapa se encuentran al final de este capítulo en el Anexo 1.1: Claves de interpretación del Mapa 1.3 Control migratorio y territorial en la Frontera Sur de México.

Fuente: elaboración propia, 2015.

Mapa 1.3
Control migratorio y territorial en la Frontera Sur de México



Nota: la información sobre cada uno de los puntos señalados en este mapa se encuentran al final de este capítulo en el Anexo 1.2: Claves de interpretación del Mapa 1.4 Rutas y servicios migratorios en la Frontera Sur de México

Fuente: elaboración propia, 2015.

Mapa 1.4
Rutas y servicios migratorios en la Frontera Sur de México

condiciones de control territorial y migratorio en el sur de México, lo cual prepara las condiciones adecuadas para la gestión de flujos migratorios y la puesta en marcha de proyectos económicos de envergadura internacional.

1.6 Miradas conceptuales sobre la migración

Entre los primeros debates conceptuales que surgen al tratar de comprender la problemática migratoria se encuentra la discusión respecto de la pertinencia y suficiencia del enfoque *origen-tránsito-destino* para conceptualizarla y emprender políticas públicas en la materia. Frente a ello, se propone la necesidad de contar con una perspectiva que retome las condiciones estructurales que fungen como causalidad del proceso migratorio.

La comprensión de los procesos migratorios a través de este enfoque de la movilidad, es decir, que adopta como perspectiva analítica la situación de los migrantes en el origen, tránsito, destino o retorno, puede ayudar a comprender necesidades, problemáticas o alternativas específicas y diferenciadas para cada uno de esos grupos. Sin embargo, esta mirada requiere ser complementada y contrastada con otras perspectivas teóricas como las que consideran las fronteras como espacios construidos socialmente por distintos actores, tanto gubernamentales como civiles, y por los mismos migrantes (Rumford, 2009) o bien, que ubican la performatividad –permanentemente puesta en acto– que dichos límites internacionales requieren para ser actualizados (Salter, 2011).

Este tipo de enfoque necesita, a su vez, una perspectiva histórica que ubique los procesos migratorios en su evolución temporal y una mirada que enfatice que esta problemática está permeada por procesos de dominación entre pueblos y países. Esto nos lleva a retomar los antecedentes de los estudios diaspóricos (Gilroy, 1993; Caicedo, 2008; Gallego y Soto, 2009; Flores, 2009) como uno de los debates centrales para comprender la problemática migratoria contemporánea.

De manera confluyente, se aborda el cuestionamiento a la asociación simplista entre pobreza y migración. Al respecto, se retoma la perspectiva de Osorio (2012), en la que se enfatiza la necesi-

dad de reconocer no sólo la relación entre el modelo económico dominante y los procesos migratorios, sino también los patrones de acumulación que de manera específica se ponen en práctica en contextos regionales y momentos históricos precisos. Estas perspectivas críticas, hasta ahora planteadas, no están siendo retomadas por las políticas públicas y el marco legal vigente, situación que abre ventanas de oportunidad para la generación de nuevas orientaciones en este campo.

Una mirada crítica de las actuales políticas migratorias requiere develar el reduccionismo de un enfoque centrado en el “control del flujo migratorio”, haciendo evidente que se trata de una perspectiva que desconoce la historia, los procesos culturales propios de la región fronteriza (Álvarez, 1995) y la manera en que ésta se encuentra, ineludiblemente, inserta en relaciones geopolíticas; al mismo tiempo, esta perspectiva pasa por alto la polisemia (para qué se cruza, quién lo hace, a qué estrato social pertenece) y las funciones de diferencia social que operan en el territorio fronterizo. El sujeto migrante se concibe como un individuo que toma la decisión de migrar, mas no como parte de una colectividad, con historia y con capacidad de agencia y de desarrollar acciones de exigibilidad respecto de la garantía de su derecho a la salud (Chapela y Cerda, 2011).

Distintas reflexiones que toman en cuenta el vínculo entre condiciones de acceso a servicios de salud y los procesos migratorios enfatizan la necesidad de desarrollar un análisis sobre las implicaciones de las relaciones de género intrínsecas a esta problemática. Por un lado, se plantea la necesidad de reflexionar sobre las tensiones que se generan entre la manera como los procesos migratorios cuestionan las formas tradicionales de los roles de género y hasta qué punto se abren nuevos espacios de participación para las mujeres. Por otro lado, al enfatizar que los procesos migratorios son experimentados, significados y muchas veces “resistidos” de manera diferenciada por hombres y mujeres, siendo estas últimas quienes resultan violentadas en su corporeidad y en el ejercicio de sus derechos humanos con mayor frecuencia. Esta situación se deriva de la naturalización e institucionalización de la violencia en su contra.

1.7 Replantear el diagnóstico de la política migratoria

A partir de los datos recolectados, puede afirmarse que el proceso migratorio en el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos está fuertemente determinado por la desigualdad y pobreza que existe en esta región. Se trata de una tendencia que continuará en tanto la desigualdad y la pobreza se acentúen y continúen las inequidades entre Centroamérica y México como países fundamentalmente expulsores y Estados Unidos como primordialmente receptor.

La migración, en condiciones de desigualdad y pobreza, tiene altos costos para quienes se ven forzados a involucrarse en ella y conlleva también altos beneficios para quienes hacen uso de la mano de obra (más económica y sin prestaciones) cuya disponibilidad aumenta en estas condiciones.

Los datos aquí expuestos constituyen una forma particular de diagnosticar y enfocar el proceso migratorio que deberían ser considerados elementos clave para la definición de una política migratoria que, hasta la fecha, está muy influida por los imperativos de la seguridad nacional estadounidense y el control del flujo migratorio, lo que conduce a la estigmatización y criminalización de la movilidad humana con estas características.

Si bien resulta benéfico reconocer y comprender la heterogeneidad en el proceso migratorio que se expresa en las distinciones entre lugares y migrantes: en el “origen”, el “tránsito”, el “destino”, y en escasos análisis, el “retorno”, es necesario alertar sobre el riesgo de que, a partir de dicho reconocimiento de particularidades, se dejen de considerar factores sustanciales para comprender el proceso. Debe evitarse que a nombre de las especificidades de los sujetos en situación migratoria se soslayen las condiciones estructurales de desigualdad y exclusión que son comunes a los sujetos y de cuya responsabilidad social los Estados no pueden eximirse; más allá de su nacionalidad o del momento del proceso migratorio en el que se encuentren los sujetos implicados. Las políticas migratorias de los Estados implicados en este corredor migratorio deben incluir, por tanto, medidas estructurales, políticas y programas que atiendan las causas que originan el proceso migratorio en condiciones de desigualdad y pobreza entre otras problemáticas.

Anexo 1.1: Claves de interpretación del Mapa 1.3 Control migratorio y territorial en la Frontera Sur de México

Punto	Descripción de Punto
105	Centro de Atención Integral al Tránsito Fronterizo (CAIFT)- Control migratorio y aduanero integrado por el Instituto Nacional de Migración, Servicio de Administración Tributaria, Secretaría de Marina y Secretaría de la Defensa Nacional. Su labor es la de ser un filtro total del paso de personas y mercancías de manera irregular, se ubica en el medio de importantes carreteras dentro de los estados del sur de México. Ubicación: Carretera Panamericana Comitán de Domínguez-La Trinitaria
106	Regimiento Militar-Control Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), encargado de realizar revisiones a vehículos y personas para la detección exclusiva de drogas, armas y explosivos. No cuenta con facultades migratorias por lo tanto no puede realizar verificaciones de identidad. Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria, Ranchería Acapulco.
107	Sedena Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria, Puente Río Ixcán
108	Sedena Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria, Desvío a Chajúl
109	Sedena Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria, Nuevo Orizaba
110	CAIFT Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria, Nuevo Orizaba
111	Sedena Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria, Desvío Mollejón
112	Sedena Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria
113	Embarcadero Escudo Jaguar-Punto de cruce irregular acuático: Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria: Frontera Corozal, México-La Técnica, Guatemala
114	Módulo-Retén Procuraduría General de Justicia del Estado (PGJE): Retén de revisión armas, drogas y explosivos. No está facultado para realizar revisiones migratorias sin embargo es una práctica recurrente. Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria: Desvío Bonampak
115	Sedena Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria, Nuevo Chihuahua

116	Módulo-Retén PGJE Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria, Nuevo Chihuahua
117	Sedena Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria, Benemérito de las Américas
118	Destacamento Policía Federal (PF)-Punto de concentración que no necesariamente realiza controles de revisión sin embargo pueden implementarlos de manera inesperada. Ubicación: Carretera 307 Palenque-La Trinitaria, Palenque
119	Delegación Local y Estación Migratoria-Instituto Nacional de Migración Ubicación: Palenque
120	CAIFT Ubicación: Dos Bocas, Playas de Catazajá, Chiapas.
121	Puesto permanente-Sedena / INM /SAGARPA Ubicación: Limite estatal, Tabasco - Chiapas
122	Control INM /PF Ubicación: Caseta peaje Villahermosa, Tabasco
123	Punto de control Permanente INM Ubicación: Aquiles Cerdán, Tabasco
124	Sedena Ubicación: Teapa, Veracruz
125	Sedena/PF Ubicación: Mundo Nuevo, Veracruz
126	Punto de revisión PF Ubicación: Carretera Acayucan-Salina Cruz- Acayucán, Veracruz
127	Sedena-Permanente Ubicación: Carretera Acayucan-Salina Cruz- Colonia Nuevo Morelos, Veracruz
128	Sedena-Permanente Ubicación: Carretera Acayucan-Salina Cruz Boca del Monte, Oaxaca
129	Sedena-Permanente Ubicación: Carretera Acayucan-Salina Cruz Matías Romero, Oaxaca
130	Punto de revisión PGJE Ubicación: Desvío La Ventosa, Oaxaca

131	Punto de revisión INM Ubicación: La Ventosa, Oaxaca
132	Policía Federal Ministerial-Revisiones permanentes armas, drogas y explosivos y verificación migratoria. Ubicación: Santo Domingo Zanatepec, Oaxaca
133	Punto de control PF-Permanente Ubicación: San Pedro Tapanatepec, Oaxaca
134	INM-Punto de revisión Ubicación: Chahuites, Oaxaca
135	Sedena-Permanente Ubicación: Límite Oaxaca-Chiapas)
136	Módulo de vigilancia Policía Estatal Preventiva-Chiapas. Revisión permanente vehicular, armas, drogas y explosivos. Ubicación: Carretera Berriozábal-Tuxtla Gutiérrez-Entrada a Tuxtla
137	Sedena/INM Ubicación: Carretera Arriaga-Tapachula, Tonalá.
138	Sedena/INM Ubicación: Carretera Arriaga-Tapachula, Arriaga.
139	INM/SAT Ubicación: Carretera Arriaga-Tapachula, Mapastepec
140	INM/SAT/Sedena Control migratorio a lo largo de 10km Ubicación: Carretera Arriaga-Tapachula, Huixtla
141	INM/SAT/Sedena Control migratorio a lo largo de 10km Ubicación: Carretera Arriaga-Tapachula, Huixtla

Anexo 1.2: Claves de interpretación del Mapa 1.4 Rutas y servicios migratorios en la Frontera Sur de México

Punto	Descripción de Punto
1	Módulo de ayuda humanitaria Comité Internacional de la Cruz Roja y Cruz Roja Mexicana Ubicación: Vías del tren Arriaga Servicios: Primeros auxilios básicos, asistencia humanitaria (alimentos y agua)
2	Albergue para migrantes-Iglesia Católica: J' tatic Samuel Ruiz Ubicación: Colonia Pakalná, Palenque Servicios: Asistencia humanitaria y de salud (alimentos, agua, servicios básicos de salud y primeros auxilios, alojamiento, asesoría jurídica ante violaciones de derechos)
3	Hogar-Refugio para Migrantes La 72-Albergue Franciscanos y de la Sociedad Civil Ubicación: Tenosique, Tabasco Servicios: Asistencia humanitaria y de salud (alimentos, agua, servicios básicos de salud y primeros auxilios, alojamiento, asesoría jurídica ante violaciones de derechos, servicios de acompañamiento para la regularización migratoria, área de atención psicosocial)
4	Albergue para Migrantes-Tuxtla Gutiérrez Ubicación: Ciudad Tuxtla Gutiérrez Servicios: Asistencia humanitaria (alimentos, agua y alojamiento)
5	Albergue para Migrantes Mambré-Pastoral de Migrantes Diócesis de San Cristóbal de Las Casas Ubicación: Barrio Chichimá, Comitán de Domínguez Servicios: Asistencia humanitaria (alimentos, agua y alojamiento)
6	Casa del Migrantes-Hogar de la Misericordia Ubicación: Arriaga, Chiapas Servicios: Asistencia humanitaria y de salud (alimentos, agua, servicios básicos de salud y primeros auxilios, alojamiento, asesoría jurídica ante violaciones de derechos)
7	Albergue Jesús el Buen Pastor del Pobre y el Migrante AC Ubicación: Tapachula, Chiapas. Servicios: Albergue orientado para asistir a personas migrantes que sufren graves situaciones en su salud. (rehabilitación, cuidados hospitalarios, donación de prótesis)

8	Casa del Migrante-Posada Belén Red de albergues de la orden de los Frailes Scalabrinianos Ubicación: Tapachula, Chiapas Servicios: Asistencia humanitaria y de salud (alimentos, agua, servicios básicos de salud y primeros auxilios, alojamiento, asesoría jurídica ante violaciones de derechos, servicios de acompañamiento para la regularización migratoria, área de atención psicosocial)
9	Grupo de Protección a Migrantes BETA-Instituto Nacional de Migración Ubicación: Arriaga, Chiapas. Servicios: Protección física y patrimonial de personas migrantes sin importar su estatus migratorio (servicios de primeros auxilios, rescate, alimentación y denuncias de autoridades que han cometido violaciones contra personas migrantes)
10	Grupo de Protección a Migrantes BETA-Instituto Nacional de Migración Ubicación: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Servicios: Protección física y patrimonial de personas migrantes sin importar su estatus migratorio (servicios de primeros auxilios, rescate, alimentación y denuncias de autoridades que han cometido violaciones contra personas migrantes)
11	Grupo de Protección a Migrantes BETA-Instituto Nacional de Migración Ubicación: Palenque, Chiapas. Servicios: Protección física y patrimonial de personas migrantes sin importar su estatus migratorio (servicios de primeros auxilios, rescate, alimentación y denuncias de autoridades que han cometido violaciones contra personas migrantes)
12	Grupo de Protección a Migrantes BETA-Instituto Nacional de Migración Ubicación: Comitán de Domínguez, Chiapas. Servicios: Protección física y patrimonial de personas migrantes sin importar su estatus migratorio (servicios de primeros auxilios, rescate, alimentación y denuncias de autoridades que han cometido violaciones contra personas migrantes)
13	Grupo de Protección a Migrantes BETA-Instituto Nacional de Migración Ubicación: Tapachula, Chiapas. Servicios: Protección física y patrimonial de personas migrantes sin importar su estatus migratorio (servicios de primeros auxilios, rescate, alimentación y denuncias de autoridades que han cometido violaciones contra personas migrantes)

2. Migración, servicios de salud y morbilidad

El análisis de la atención a la salud que se brinda a los migrantes requiere comprender no sólo la forma como están organizados los sistemas públicos de salud en los países implicados, sino también las tendencias dominantes que caracterizan su trayectoria durante las últimas décadas. El propósito de este capítulo es reflexionar sobre la información disponible respecto de la atención a la salud que se brinda a los migrantes en sus países de origen, en su trayecto y en Estados Unidos como lugar prioritario de llegada. Se toman en cuenta la capacidad instalada de las instancias públicas de salud, la información oficial disponible sobre las causas de enfermedad y muerte de los migrantes, y los datos públicos respecto de la suficiencia o saturación de los servicios de salud en las instituciones a las que les correspondería atenderlos.

2.1 Los sistemas públicos de salud en el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos

El estudio del acceso a servicios de salud de los migrantes, ya sea en el país de donde provienen, en el trayecto o al llegar al lugar que preveían como destino o, incluso, en el que se ven obligados a instalarse, se vincula necesariamente con las características y condiciones actuales de los sistemas e instituciones de salud destinadas a atender a la

población en general de los respectivos países. La forma como actualmente operan estas instituciones de salud, su infraestructura, recursos humanos y materiales, entre otros, son consecuencia, a su vez, de proyectos políticos determinados, de políticas y programas gubernamentales específicos y de las relaciones internacionales que los Estados nacionales deciden establecer.

El Salvador es un país cuya población es de alrededor de 6.8 millones de habitantes que habitan un territorio que quedó reducido a poco más de 21,000 km². Tras un largo periodo de conflicto armado, su población es predominantemente urbana. Alrededor de 43% de su población vive en la pobreza, mientras que su participación en el proceso migratorio hacia Estados Unidos se calcula en más de 100,000 habitantes al año. El número de salvadoreños viviendo en Estados Unidos se calcula en 2.3 millones (CDHES, 2006). El Salvador ha vivido un proceso de privatización de bienes y servicios que brindaba el Estado, la firma de un Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y la dolarización de su economía, situaciones que han impactado tanto en las condiciones de pobreza de su población como en la prestación de servicios de salud por parte del Estado.

El Salvador cuenta, según el artículo 68 constitucional, con un sistema de salud compuesto por tres subsectores:

- a) público: integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (80% de la población);
- b) seguridad social: integrado por el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (17% de la población), Sanidad Militar y Bienestar Magisterial (3% de la población), y
- c) privado: que incluye, por un lado, un sector lucrativo compuesto por hospitales y clínicas comerciales y, por otro, uno no lucrativo que brindan algunas iglesias y organizaciones de la sociedad civil (cdhes, 2006)

Con una historia regional común, Guatemala es un país cuya población asciende a más de 15 millones de habitantes. Tras un periodo de violencia estatal que concluye, al menos en términos

legales, en 1996, Guatemala continúa teniendo un alto porcentaje de población que vive en la pobreza (56.7%). Más de 50% de su población es indígena. Según señala en el artículo 94 constitucional, el Estado guatemalteco “velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes”. El sistema de salud del país incluye un sector a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que es el principal proveedor de servicios de salud a la población. Como parte de este sector público también se incluye el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que atiende a los trabajadores del sector formal afiliados y la Sanidad Militar que atiende a los miembros del ejército y de la policía. Asimismo, existen servicios de salud como parte de un sector privado lucrativo y un sector no lucrativo conformado por organizaciones de la sociedad civil, agencias de cooperación internacional y distintas iglesias (Tumax, Lix e Icó, 2006). El acceso a servicios de salud es sumamente restringido; cerca de 59% de los hogares no tiene acceso a un centro de salud, mientras que dicho porcentaje aumenta para la población en pobreza o rural a cerca de 64%. La población indígena (más de 60% de los habitantes del país) se autoatiende por medio de la medicina indígena maya (Tumax, Lix e Icó, 2006).

Aunque no ha sido posible recabar datos más precisos, es probable que los migrantes que dejan el país con la intención de laborar en Estados Unidos provengan del porcentaje de población que vive en la pobreza (alrededor del 50% de la población de cada uno de los países) y que no cuenta con acceso a la seguridad social que se ofrece a los trabajadores formales asalariados, a los militares, la policía o al sector magisterial. Sin embargo, no puede descartarse la posibilidad de que la población migrante pudiese haber contado con alguna modalidad de seguridad social antes de su partida. Tanto en los países centroamericanos como en México, los sistemas públicos de salud tienen como principio básico la distinción entre quienes tienen derecho a tener servicios de salud y de seguridad social debido a su condición de asalariados y quienes son atendidos independientemente de su condición laboral, a quienes se suele aplicar el término “población abierta”.

El sistema de salud en México incluye el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios para miembros de las Fuerzas Armadas y los que se brindan a miembros de la empresa paraestatal Petróleos Mexicanos (Pemex). Sin embargo, también se prestan servicios de salud a cargo de organizaciones de la sociedad civil y servicios de salud tradicional que en general cuentan con trayectorias organizativas significativas. Este tipo de servicios se gestionan y ofrecen de manera autónoma y autogestiva. El hecho de no recibir recursos públicos les permite mantener independencia frente a los servicios gubernamentales y vincularse a proyectos políticos críticos a los dominantes.

La seguridad social que ofrecen los sistemas del IMSS y el ISSSTE, además de la atención médica sin mayores restricciones que las que puedan derivarse de los servicios instalados y las especialidades disponibles, se compone de fondos y préstamos para el acceso a la vivienda, seguros por invalidez temporal o permanente, seguro por maternidad y parto y pensión de por vida a partir de la jubilación. Si bien los montos de este tipo de prestaciones se han visto disminuidas debido al desfinanciamiento de las instituciones públicas de salud y al deterioro del poder adquisitivo, continúan siendo una alternativa viable y útil para alrededor del 50 % de la población que accede a estos servicios. A diferencia de este tipo de servicios, opciones como lo que en México se ha llamado “Seguro Popular” ofrecen sólo la atención médica de los servicios incluidos en un “menú” diseñado desde la lógica costo-beneficio, esto es, sin incluir los demás componentes mencionados: fondos para vivienda, seguro de invalidez, embarazo y jubilación (Laurell, 2013). En Estados Unidos, el sistema de salud al que pueden acceder los migrantes está conformado por servicios de urgencias y por servicios de atención a la salud, los cuales son prestados por particulares y que cada persona cubre mediante el pago de pólizas de seguro médico.

2.2 Tendencias en los sistemas de salud en el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos

Los servicios de salud en el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos son parte de la tendencia latinoamericana en torno a un proyecto neoliberal de salud que se sustenta en el desfinanciamiento histórico de los servicios de salud; la tendencia a privatizar los componentes del sistema de salud que representan una mayor utilidad económica, y la mercantilización mediante la instalación de mecanismos de pago o prepago por los servicios públicos de salud.

En México, la implementación de esta tendencia en el campo de la salud correspondió con una política económica centrada en el libre mercado y un creciente desentendimiento por parte del Estado de sus responsabilidades sociales. Entre las medidas que incluye esta tendencia destaca la puesta en marcha del Paquete básico de salud que consiste en trece acciones que debían de garantizarse a toda la población y que, en la práctica, se convertían en un mínimo de atención que el Estado se comprometía a brindar y con ello se eximía de dar un cabal cumplimiento a la atención de la salud. A inicios del siglo XXI se implantó el mencionado Seguro Popular, el cual por la vía de los hechos contraviene el principio de equidad en salud que se sintetiza en la noción de que ante un padecimiento similar, independiente del estrato socioeconómico y la condición laboral, toda persona tiene derecho a la misma calidad de atención.

Para comprender la atención a la salud que se brinda a los migrantes en la Frontera Sur de México es necesario explicar cuáles son las instituciones que conforman el sistema de salud en México, las cuales son referidas por los prestadores de servicios de salud y los migrantes en la información que se presenta en los siguientes capítulos. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) surge como una institución destinada a prestar servicios a los trabajadores formalmente asalariados por particulares. Su surgimiento tiene lugar en el periodo posrevolucionario y se vincula, en el caso de las áreas rurales del país, a aquellas regiones donde las empresas, que empleaban a trabajadores agrícolas, requerían de que se cuidara la

salud de sus empleados y se atendiera sus accidentes laborales. De esta forma, el imss fue extendiendo sus servicios a aquellas regiones del país donde se ubicaban dichas empresas agrícolas y rurales. Esta estrategia de extensión de los servicios de salud siguió el criterio de brindar servicios en las regiones donde las empresas los pagaban y requerían, a diferencia de una lógica de cobertura universal que fue utilizada, al menos en un inicio y con las conocidas limitantes de recursos, con los servicios que la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia comenzó a instalar a partir del mandato constitucional de 1917.

Dada la solidez institucional del IMSS en la década de 1970 y las grandes carencias de cobertura de atención de la salud en la población mexicana—situación que aún incluye 50% de la población—el IMSS inicia un programa para aprovechar los servicios que tenía instalados en regiones rurales y establece puestos de salud rural en los que se brinda atención a quienes no son derechohabientes de sus servicios, es decir, que no son trabajadores formales de una empresa particular.

La formulación del Programa IMSS-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) tuvo el acierto de utilizar de manera más efectiva la capacidad instalada para brindar servicios de salud al surgir como una forma de “ampliar la cobertura” a quienes no necesariamente contaban con la condición de “afiliados”. Sin embargo, en la práctica este programa se conformó con instalaciones que no contaban con todos los servicios que sí se brindaban (y eran exigidos) por los trabajadores formales y sus patrones.

Al inicio de la política social paliativa que ha caracterizado el proyecto de liberalización de mercados en México, tendencia que se sitúa a principios de la década de 1980, el IMSS-Coplamar resulta una opción reforzada por una lógica compensatoria y de focalización de los servicios; es decir, brindar servicios básicos a las poblaciones más vulnerables. De esta forma, el programa continúa y es renombrado como IMSS-Solidaridad, luego IMSS-Oportunidades y, hoy, imss-Prospera, retomando los lemas definidos en los respectivos sexenios

para promocionar los distintos programas sociales. Hoy en día, los servicios prestados por este programa son una pieza clave para la operación de la política social en su conjunto, ya que la entrega de transferencias monetarias a las familias en condición de pobreza se realiza sólo si asisten a la revisión de su condición de salud.

Entre las contradicciones que enfrenta hasta la actualidad este tipo de servicios sobresale la dificultad para que las personas atendidas en las clínicas de primer nivel de este programa (IMSS-Coplamar) sean referidas y atendidas en los servicios de especialidad que están cada día más saturados y que no tienen la capacidad suficiente para atender, incluso, a quienes sí cubren sus cuotas de afiliación.

Las diferencias entre requisitos, servicios, financiamiento y componentes de seguridad social que caracterizan a las distintas instituciones que conforman el sistema de salud mexicano muestran su fragmentación. Si bien se han generado propuestas para la instalación de un sistema universal de salud, éstas no han progresado debido a la amenaza de los intereses instalados que esto representa; también se debe hacer notar que estos servicios son exclusivamente para la atención de urgencias o básica. La integración o universalización de los servicios requiere un amplio consenso social para una reforma del sector orientada al cumplimiento del derecho a la salud, lo cual, más bien, está siendo sustituido por las estrategias de privatización y mercantilización que ya se han mencionado.

El sistema de salud en Estados Unidos, al igual que en los países centroamericanos y México, está dividido en público y privado. El sistema público está constituido por Medicare y Medicaid, en los que se atiende a 87% de la población de dicho país que ascendió, según la Oficina del Censo de Estados Unidos, a 316,017,000 habitantes para 2013 (CBUS, 2014). Aunque atendiendo a una población minoritaria, existen también los servicios enfocados especialmente a los veteranos y las “clínicas comunitarias”. Es obligatorio contar con algún seguro de salud y su contratación es, ordinariamente, considerada como bastante costosa (Irvine, Clark y Bidgood, 2013).

El Medicare es un servicio en parte pagado por los usuarios y en parte financiado por el Estado, el cual atiende a mayores de 65

años y que puede ser contratado con distintos niveles de cobertura; mientras que el Medicaid, también financiado parcialmente por los usuarios y por el Estado, atiende a la población de escasos recursos. Para acceder a este servicio se requiere contar con estatus de “ciudadano” y contar con un empleo reconocido oficialmente, situación que por la vía de los hechos lo hace inaccesible para los migrantes indocumentados.

Si bien la Reforma al Sistema de Salud aprobada en 2011 tuvo como uno de sus principales objetivos el aumento de las personas con cobertura de seguro de salud —medida que según sus impulsores se basa en la permisión de que los pagos de seguros de salud pueden deducirse de los impuestos—, sigue existiendo una proporción significativa de población que no cuenta con ningún servicio de salud. Coincidiendo con Davis y Rowland (1983), quienes señalan que para principios de la década de 1980 la población estadounidense no asegurada se ubicaba en 25 millones; Berk y cols. (1996), por su parte, sostienen que entre 1977 y 1992 dicho grupo se incrementó de 21.4 a 35 millones. Sin embargo, mientras que en 1977 el 73% de la población no asegurada eran blancos no hispanos, para 1992 éstos sólo conformaban 59%. En contraste, la cantidad de hispanoamericanos que no contaban con seguro aumentó de 8% en 1977 a 20% en 1992. Esta información concuerda con la ofrecida para 2013 por la Oficina de Censos que sitúa en 13.4% a la población no asegurada, lo que equivale a 42 millones de personas. Entre quienes contaron con cobertura de salud ese año, 64.2% lo hizo mediante un contrato con privados, mientras que la cobertura estatal abarcó a 34.3% de la población. En ese mismo año, 9.8% de los blancos no hispanos no contaron con seguro de salud, mientras que el porcentaje de la población afroamericana no asegurada se situó en 15.9%, esta condición ascendió a 24.3% entre los hispanos (CBUS, 2014). En síntesis, la población hispana continúa siendo el sector con menor acceso a un seguro de salud, situación que en gran medida se genera por la condición de no contar con la ciudadanía estadounidense y con un trabajo formal. Se trata de una problemática creciente y sumamente

preocupante dadas las cifras que muestran un continuo aumento de migrantes centroamericanos y mexicanos que ingresan en forma indocumentada a Estados Unidos.

2.3 Las capacidad instalada para la atención de la salud en la Frontera Sur de México

La necesidad de atención de la salud de los migrantes en tránsito por la región de la frontera entre México y Guatemala incluye tanto a quienes permanecen por alrededor de siete días, es decir, mientras consiguen alguna forma de transporte para continuar su viaje hacia el norte, como a quienes por motivos económicos, legales o de atención a la salud permanecen durante un mayor tiempo o se instalan de manera permanente en la región.

Los migrantes, en su mayoría indocumentados, tienden a evadir en la medida de lo posible los servicios oficiales de salud debido al temor a ser denunciados. Por ello, buscan resolver problemas básicos de salud por medio de la compra directa de medicamentos en farmacias o tiendas de autoservicio. Sin embargo, cuando se trata de problemas de salud que requieren una atención más especializada, con estudios o de mayor duración deciden—o se ven forzados— a recurrir a las instituciones de salud. Dada su condición de extranjeros e indocumentados y, por tanto, de no asalariados formales ni de particulares ni del Estado mexicano, los migrantes no pueden ser beneficiarios del IMSS ni del ISSSTE; mucho menos de los servicios que se brindan a los trabajadores de Pemex ni de las Fuerzas Armadas.

Entre los servicios prestados por el sistema de salud en México, el que corresponde a las características de los migrantes es el que ofrece directamente la Secretaría de Salud a todos los mexicanos que no cuentan con seguridad social; es decir a más de 50% de su población, situación que alcanza cifras mayores en zonas rurales y lejanas a los centros urbanos más importantes.

Según la capacidad instalada y la disponibilidad de recursos, la atención a la salud de los migrantes también se brinda en instala-

Los datos disponibles sobre el acceso a servicios de salud de los mexicanos muestran que durante 15 años (1995-2010) el porcentaje de personas que tienen acceso a seguridad social¹³ aumentó en alrededor de 10% para situarse en 60.7%; en correspondencia, el número de individuos que no tiene acceso a ese tipo de seguridad social disminuyó en alrededor de 10% durante el periodo. Los datos proporcionados por el INEGI para 2010 presentan de manera agregada a la población con seguridad social laboral y la población que accede al Seguro Popular, situándola en 99.5% de la población nacional. Esto significa que las cifras reportadas por el Estado mexicano señalan que en 1995 sólo la mitad de los mexicanos tenía acceso a la seguridad social laboral; para 2010, prácticamente 100% tuvo acceso a seguridad social laboral o al Seguro Popular.

Estos datos deben ser tomados con cautela ya que, como se ha indicado antes, existe una diferencia sustancial entre contar con los distintos componentes que se reconocen actualmente en México como seguridad social laboral —entre los que se incluye la atención ilimitada en el campo de la salud— y el acceso al Seguro Popular que sólo incluye la atención médica de los padecimientos incluidos en el catálogo, el cual deja fuera padecimientos relevantes.¹⁴

Si se consideran estos datos para el estado de Chiapas, se observa que el aumento de población con acceso a la seguridad social laboral es, durante el periodo 1995-2010, de alrededor de 2% para situarse en cerca de 27%. Sin embargo, la cifra que concentra a los chiapanecos que tienen acceso a seguridad social laboral y a aquellos que se han inscrito al seguro popular se sitúa en alrededor de 90%. Esto significa que en Chiapas se prevé brindar servicios de salud a 63% de la población por medio del Seguro Popular, además de que existe 10% de la población que no tiene seguridad social laboral, no se inscribió al Seguro Popular y debe recibir servicios de salud a través de las instituciones de la Secretaría de Salud.

¹³ Se trata de la población derechohabiente del IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena/Semar.

¹⁴ Véase Asa Cristina Laurell (2013).

Los datos disponibles indican que no existe un aumento significativo de médicos y camas para cada 1,000 habitantes. La brecha entre dicho indicador a nivel nacional y el estado de Chiapas permanece prácticamente sin modificaciones a lo largo de las últimas dos décadas. Estos datos muestran que la atención prestada por las instituciones de salud en Chiapas continúa siendo insuficiente y no ofrece garantías de que pueda cambiar acorde a las necesidades de la misma población mexicana; a esto se añade el incremento de la necesidad de atender a los migrantes. Pareciera que se busca aumentar la expectativa o demanda de atención sin hacer cambios significativos a las instalaciones y al personal de salud necesario para dar cumplimiento a tales objetivos y necesidades.

El aumento de la cifra de personas aseguradas se fundamenta en el crecimiento de personas inscritas en el Seguro Popular. Como se argumenta en este mismo texto, consideramos que no es pertinente equiparar los usuarios de dicho programa con los derechohabientes del IMSS o del ISSSTE debido a que estos últimos, a diferencia de quienes acuden al Seguro Popular, cuentan, al menos en términos formales, con atención médica universal y con los demás componentes de la seguridad social (seguro por incapacidad, crédito para vivienda, jubilación, entre otros).

El dato presentado en el cuadro 2.1 respecto de la población “asegurada” en México —el cual sobrepasa el 100%— es sintomático de pretender sustituir una lógica de empadronamiento creciente sin que se pongan en práctica las medidas estructurales necesarias para garantizar el derecho a la salud de la población. Al no aumentar los recursos de los que se dispone para la atención en el estado de Chiapas, se genera una mecánica de aumento de la demanda de servicios sin las condiciones básicas para otorgarlos. A una conclusión similar arriban Leyva y colaboradores, cuando señalan que si bien durante el periodo 2006-2012 aumentó la cobertura del Seguro Popular en la población indígena, “por sí solos, Oportunidades, los PAA (Programas de Apoyo Alimentario) y el Seguro Popular no parecen incidir en la reducción de la inequidad en salud ni incrementan la utilización de servicios de salud” (Leyva, Infante, Gutiérrez y Quintiño, 2013:128).

En este contexto, aparece como alternativa el otorgamiento de cierto tipo de servicios (realización de estudios médicos o abastecimiento de medicamentos) por medio de instituciones privadas que a cambio reciben el pago correspondiente por parte del Estado. Aunque este mecanismo podría responder a las expectativas inmediatas de la población derechohabiente –que requiere dichos servicios en calidad de urgencia o de manera crónica–, se trata de un esquema que funge como una privatización velada de los servicios y ha mostrado que a mediano y largo plazo representa una mayor erogación si se contrasta con la posibilidad de que el Estado provea a las instituciones de salud con los equipos y medicamentos que requieren.

A finales de diciembre de 2014, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS, 2014) emitió un comunicado en el que se autoriza a las instancias estatales de salud “brindar atención y servicios de salud” a los migrantes durante un máximo de 90 días. Si bien esta medida puede contribuir a la atención de la salud de migrantes durante su paso por la frontera entre Centroamérica y México, cuando se evalúa a partir de la información estadística disponible y las observaciones de campo, surgen serios cuestionamientos sobre su viabilidad y pertinencia. En primer término, puede cuestionarse la capacidad real de los servicios de salud, la cual, históricamente ha sido insuficiente, incluso para la población mexicana (véase apartado 2.5). Esto significa que poco sirve una afiliación “formal” o de inclusión en un padrón de beneficiarios si no está acompañada de un incremento del personal de salud (notablemente médicos y enfermeras), de las clínicas y hospitales, de medicamentos y demás recursos que se requieren para garantizar el acceso a una atención oportuna y de calidad.

En segundo término, surge el cuestionamiento respecto a la posibilidad de que el ofrecimiento de servicios de salud pudiera ser un ámbito en el que se denuncia el ingreso indocumentado de migrantes al país, de colusión entre las instituciones de salud y autoridades migratorias, o bien, de formas veladas de “pago en especie” por el equipo o los medicamentos solicitados a los pacientes

para ser atendidos en instituciones públicas. Aunque este tipo de cuestionamiento puede parecer poco fundamentado o arriesgado, su expresión tiene como punto de partida la información periodística y de campo en el que este tipo de situaciones, efectivamente, tienen lugar en las instituciones públicas de salud o afines en la actualidad (véase Capítulo 3).

Finalmente, y en concordancia con los cuestionamientos planteados no sólo respecto a la atención de la salud de los migrantes, sino al total de población sin acceso a seguridad social (véase apartado 2.5), surge el cuestionamiento respecto de qué tan necesario es o por qué se decide hacer este tipo de comunicados o adecuaciones en los programas gubernamentales. Es decir que, si bien este tipo de medidas se anuncian “como una medida de solidaridad con los pueblos hermanos de México, principalmente de América Central y de respeto a los derechos humanos de todo ciudadano del mundo” (CNPSS, 2014), sería suficiente con hacer valer el marco legal vigente de las leyes de migración, salud y población, las cuales señalan que todo extranjero que se encuentra en el territorio nacional tiene derecho a la atención de la salud en las instituciones del Estado Mexicano.

2.4 Morbilidad y mortalidad específica de los migrantes

Las tasas de mortalidad infantil y materna son indicadores de las condiciones de salud de un país en tanto que expresan la situación de los determinantes sociales de la salud y, específicamente, los servicios de salud que el Estado brinda a su población. La revisión de estos indicadores respecto del corredor migratorio Centroamérica-México-Estados Unidos puede constatar que los países centroamericanos, como entidades expulsoras significativas, registran cifras superiores al promedio latinoamericano (véase cuadro 2.2), situación que evidencia las precarias condiciones de salud de dichos países de “origen” migratorio.

Cuadro 2.2 Indicadores de salud por país*

	Tasa de mortalidad infantil × 1000 nacidos vivos (2003)	Tasa de mortalidad materna × 100,000 nacidos vivos (2000)
México	23	63
El Salvador	32	170
Nicaragua	30	97
Honduras	32	110
Guatemala	35	153
América Latina y el Caribe	27	N/D

* Tasa de mortalidad infantil × 1000 nacidos (2003).

Fuente: PNUD (2005).

Si tomamos como ejemplo a Guatemala (por tratarse de un país con alta participación reciente en procesos migratorios provenientes de Centroamérica), la desagregación de estas cifras, en cuanto a la población urbana y rural así como a su pertenencia étnica, nos muestra —como se expone en el cuadro 2.3— que existen mayores daños a la salud para la población rural e indígena. Lo anterior se corresponde con los hallazgos de trabajo de campo que documenta que un número significativo de los migrantes que transitan por los albergues instalados en Chiapas proviene de municipios fronterizos rurales de Guatemala, como Huehuetenango y San Marcos.

Cuadro 2.3 Indicadores del estado de salud para Guatemala (2002)

Indicador	Urbano	Rural	Indígena	No indígena
Pobreza de ingresos (%)	4.9	31.1	30.8	12.9
Años de escolaridad	7.9	4.4	4	7
Mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos)	35	48	49	40
Mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos)	N/D	N/D	211	70

Fuente: PNUD (2005).

Al internarse en el territorio mexicano, los migrantes centroamericanos enfrentan diversas problemáticas de salud derivadas de los esfuerzos y riesgos que asumen al transitar sin documentos que acrediten su estancia legal en el país y al involucrarse en una travesía sin condiciones idóneas de transporte, de alimentación o de abastecimiento de agua potable. Asimismo, enfrentan problemas de salud derivados de accidentes, violencia e, incluso, de agresiones sexuales. La precariedad de la atención de la salud que reciben los migrantes en su país de origen se refuerza con su llegada a regiones rurales de México, las cuales se caracterizan por la falta de cobertura, los rezagos y la carencia de personal de salud; situación que es una constante cuando se analizan las condiciones del sistema de salud nacional en estas regiones. Tal como se muestra en los cuadros 2.6 y 2.7, entidades como Chiapas y Oaxaca, que constituyen un paso casi obligado para los migrantes (existen también otras rutas por los estados de Tabasco y Veracruz), registran indicadores de mayor deterioro o carencia del sistema de salud si se comparan con la media nacional, tal como sucede con la tasa de mortalidad infantil y el número de médicos por habitante.

Cuadro 2.4 Tasa de mortalidad infantil en entidades federativas seleccionadas, 2000

	Tasa de mortalidad infantil (×1000 recién nacidos vivos)
Nacional	30.88
Chiapas	38.63
Oaxaca	34.70

Fuente: INEGI (2000).

Respecto a la morbilidad que afecta de manera específica a los migrantes, el personal de salud señala, tal como se ejemplifica en el siguiente capítulo, que ésta no tiene ninguna particularidad sino que es similar a la que afecta a la población nacional que accede a los servicios. Existe también una invisibilización de los padecimientos

derivados de los peligros propios de las condiciones de la migración, como son la mutilación por caídas del tren o los casos de violencia física asociada a situaciones de asalto o secuestro.

Cuando los migrantes enfrentan enfermedades que requieren de tratamientos permanentes como hipertensión, diabetes o VIH, se enfrentan a limitaciones en la atención y los medicamentos que van más allá de la atención básica o de urgencia que es lo que suele ofrecérselos. Asimismo, cuando enfrentan enfermedades que requieren tratamientos especializados, como cáncer o complicaciones del VIH, se enfrentan también a la carencia de servicios y medicamentos que llegan a poner en peligro su vida. La prevalencia de personas con vih en el estado de Chiapas resulta sumamente preocupante ya que, si bien el porcentaje de personas afectadas a nivel nacional se incrementó 25% durante el periodo 1995-2010, en esta entidad federativa el aumento fue de 382% (véanse capítulos 3 y 4).

Un aspecto especialmente preocupante en el campo de la salud pública es el aumento de casos de vih-sida en el estado de Chiapas, los cuales, a diferencia de las cifras que demuestran un decremento a nivel nacional (de alrededor de 25%), en dicho estado han aumentado 382% entre 1995 y 2011, tal como se observa en el siguiente cuadro.¹⁵

Cuadro 2.5 Defunciones causadas por sida en México y Chiapas (1995, 2010 y 2011)

	1995	2010	2011	Diferencia absoluta 1995-2011	% diferencia 1995-2011
México	4,029	4,860	5,043	1,014	25.1
Chiapas	50	226	241	191	382

Fuente: Anuario por Entidades Federativas 2012-2013 (cuadro 5.21).

A esta problemática se suma la carencia de información confiable, sistemática, organizada y disponible sobre las enfermedades y causas

¹⁵ Para una información más detallada sobre la incidencia y prevalencia de vih-sida puede consultarse el trabajo de Leyva, Quintiño Figueroa *et al.* (2013).

de muerte de los migrantes. Esta información podría servir para plantear de manera más adecuada el tipo de servicios necesarios, su ubicación, su grado de especialidad, los recursos necesarios y la posibilidad de articular su atención a las instituciones existentes o a la creación de nuevas. Respecto de esta carencia de información existen opiniones ambivalentes o encontradas puesto que, por un lado, se señala que sí existe un registro, pero, por otro, no ha sido posible acceder a él de manera pública o a través de la información que oficialmente brinda la Secretaría de Salud.

Una de las repercusiones indirectas del decreto sobre el derecho al acceso de los migrantes a los servicios de salud como parte del Seguro Popular es que las instituciones públicas de salud se verán obligadas a ocultar con un registro respecto de cuántos migrantes están atendiendo las instituciones públicas de salud, así como sus características. Esta situación permitirá contar con la información necesaria para comprender y atender dicha problemática; información a la que, hoy en día, no es posible acceder.

2.5 Saturación o insuficiencia de los servicios de salud

La información disponible respecto del número de médicos y enfermeras en relación con el número de habitantes en regiones rurales del país indica que hay menos médicos y enfermeras en zonas rurales e indígenas, entre las cuales se encuentra la mayoría de los municipios por donde ingresan los migrantes centroamericanos a México.

Asimismo, los datos oficiales disponibles muestran que el gasto per cápita para los beneficiarios del ISSSTE es mayor que para los beneficiarios del imss y que este último es mayor que el destinado per cápita para las personas que reciben servicios en las instituciones que dependen directamente de la Secretaría de Salud (OACNUDH, 2003). Aunque sería deseable un análisis de los recursos que el Estado dedica a los derechohabientes del IMSS/ISSSTE y los que dedica a la población no derechohabiente, no es posible realizarlo dado el desfase de datos proporcionados por diferentes

trámites oficiales.¹⁶ Los informes del número de quejas recibidas por la CNDH muestran que, entre las instituciones más señaladas, se encuentran las que pertenecen al sistema de salud mexicano.

Puede observarse un desfase entre los datos estadísticos disponibles, el discurso del personal médico y las valoraciones de los distintos actores sociales involucrados. Los datos disponibles muestran que los recursos con los que cuentan las instituciones públicas de salud, sobre todo en regiones rurales, indígenas o distantes de los mayores centros urbanos, son insuficientes para la población mexicana. Dado que en la mayoría de los casos las instituciones destinadas a la población mexicana son las mismas que dan servicio a los migrantes en tránsito, puede suponerse que los servicios estarán más saturados por la presencia de migrantes y sus recursos humanos y económicos tendrán que repartirse entre un mayor universo de población.

El discurso del personal de salud sobre esta problemática es ambivalente, tal como se muestra en el capítulo 3. Por un lado, sostiene que se atiende a la población nacional y a la población migrante sin problemas y sin ningún tipo de distinción para prestar la atención. Sin embargo, en las entrevistas, el personal de salud señala que las instituciones están brindando una atención que sobrepasa su capacidad y sus recursos. Asimismo, se reconoce que las consultas y los medicamentos son insuficientes, lo cual provoca la competencia entre la población nacional y los migrantes en tránsito. Estas limitaciones se muestran también en la posibilidad de acceso a traslados o servicios de especialidad, que sólo se brindan en las grandes ciudades y para los cuales se cuenta con una disponibilidad limitada.

A diferencia de las afirmaciones del personal de salud de que la atención a los migrantes está garantizada, diversos informantes clave y los mismos migrantes ofrecen un panorama distinto en el que se muestran múltiples dificultades para acceder a los servicios. Estas limitaciones en los servicios de salud para migrantes se

muestran de forma dramática en los casos documentados en los que los migrantes no logran recibir la atención que requieren o, incluso, llegan a morir.

Aunque a partir del incremento del flujo de migrantes se han instalado servicios destinados prioritariamente a ellos, estos servicios se prestan en lugares muy específicos sin constituir una red de referencia a lo largo de las rutas migratorias y cuentan solamente con servicios básicos.

Cuadro 2.6. Número de médicos por cada 100,000 habitantes en entidades federativas seleccionadas, 2000-2005

	2000	2005	Aumento (%)
Nacional	114.5	133.2	16.3
Chiapas	92	90	-3.2
Oaxaca	86	113	31.3

Fuente: Presidencia de la República (2005:106-110).

Cuando los migrantes logran finalmente internarse en territorio estadounidense se enfrentan a la falta de acceso a servicios de salud dada su condición de “indocumentados”. Esto se refuerza con las pocas posibilidades de acceder a servicios privados de salud o vinculados a la condición de “asalariado formal” que es un requisito indispensable para acceder a los servicios de salud.

En el ámbito nacional, se observa una disminución de camas censables por 100,000 habitantes de cerca de 6% entre 1995 y 2011. Aunque este mismo indicador presentó para el estado de Chiapas un aumento de 20%, al contrastar dicho indicador entre el nivel nacional y esta entidad federativa se observa que esta última continúa en una condición menor que oscila entre 5 y 75% de lo que corresponde a la media nacional.

16 Véase al respecto Laurell (2013).

Cuadro 2.7. Camas censales y médicos por 100,000 habitantes en la República mexicana y en Chiapas 1995, 2010, 2011

	1995	2010	2011	Diferencia absoluta 1995-2011	Diferencia (%) 1995-2011	Diferencia absoluta 1995-2011	Diferencia (%) 1995-2011
Camas censales × 100,000 hab.	83.3	78.1	78.4	-4.9	-5.8	57.1	51.9
Médicos × 100,000 hab.	110.5	157.0	167.6			57.1	51.9
Camas censales × 100,000 hab.	40.6	47.8	49.0	8.4	20.6	34.4	44.6
Médicos × 100,000 hab.	77.1	97.9	111.5			34.4	44.6
Chiapas							

Fuente: Presidencia de la República (2012).

Cuadro 2.8. Gasto per cápita en salud de población asegurada y no asegurada

	1995	2000	2005	2010
Gasto per cápita para la población con seguridad laboral (pesos)	757.78	199.1	9,048	45,434,450
Gasto neto en población con seguridad laboral (millones de pesos)	34,649	41	9,048	45,434,450
Población con seguridad laboral	45,723,840	41	9,048	45,434,450
Gasto per cápita para la población sin seguridad laboral (pesos)				
Gasto neto en población sin seguridad laboral (millones de pesos)		46,109	92,523	180,339
Población sin seguridad laboral		46,109	92,523	180,339
5995				
2000				
2005				
2010				

Fuente: Presidencia de la República (2012).

Aunque aparentemente el gasto per cápita de la población no asegurada había tenido un aumento significativo entre 1995 y 2010 –incluso situándose por encima del correspondiente a la población asegurada–, estos datos no pueden considerarse concluyentes dadas las imprecisiones que se han cometido para definir a la población “asegurada” y las cifras desfasadas que proveen las fuentes oficiales (cfr. Laurell, 2013). Asimismo, vale la pena recordar que para una correcta interpretación del gasto público en salud se requiere hacer el cálculo de deflatación (es decir, que calcule el deterioro del poder adquisitivo del peso mexicano), razón por lo cual el total absoluto de recursos destinados a un determinado rubro no puede contribuir a un análisis con un mayor grado de certeza.

Las condiciones de salud y la atención de la morbimortalidad asociada al proceso migratorio son también un campo propicio para visualizar y atender la desigualdad y pobreza de los países que conforman este corredor migratorio. En la mayoría de los casos, el proceso migratorio implica abandonar el propio país, donde no se cuenta con los servicios e instituciones de salud idóneas, para transitar por regiones rurales del territorio mexicano en las que tampoco se garantiza el derecho a una atención adecuada y finalmente, arribar a un país como Estados Unidos que de igual forma considera la salud como una responsabilidad individual y que debe regirse por las leyes del mercado.

3. La salud de los migrantes en su paso por Chiapas

La comprensión de la problemática migratoria implica vincular sus dimensiones estructural, legal y de políticas públicas, como se ha hecho en los capítulos precedentes: con la perspectiva de los actores que están involucrados y con elementos observables sobre los problemas que enfrentan los migrantes en esta región fronteriza. El propósito de este capítulo es ofrecer elementos de análisis sobre la salud de los migrantes al transitar o establecerse en Chiapas mediante los testimonios de los migrantes y de los prestadores del servicio a la salud en instituciones públicas y civiles; también de la población de las localidades de la región fronteriza y de otros actores locales cuya perspectiva es clave para comprender la problemática.

La cobertura geográfica de la investigación estuvo dirigida a los tres *Corredores-rutas nodales transmigratorias*: Pacífico, Centro y Selva, respectivamente, entre Guatemala y México. Es necesario precisar que estos corredores-rutas no son lineales, es decir, no son caminos fijos inamovibles. A lo largo de los años y en los picos de mayor intensificación de los flujos migratorios se han modificado y reconfigurado los flujos migratorios en esta región, siempre reacomodándose en función del control migratorio y territorial; generando nuevos mapas de movimiento migrante.

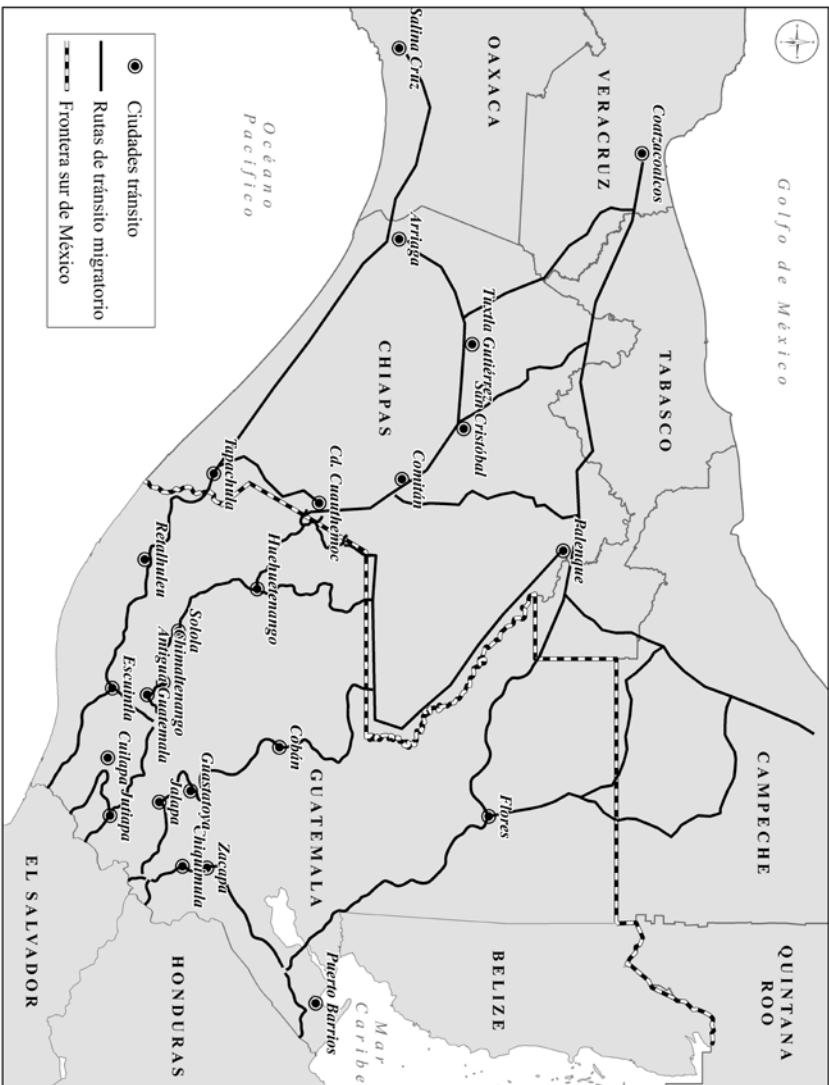
Aunque el análisis en los capítulos previos se centró, como un primer eje analítico, en las condiciones estructurales, las políticas migratorias y de atención a la salud de los migrantes, en el presente capítulo y los subsecuentes, retomando los dos ejes analíticos restantes, se hará hincapié tanto en los daños a la salud y la prestación de servicios en instituciones públicas y civiles, así como en las percepciones que tienen los prestadores de servicios de salud, el personal de los albergues, los migrantes y la población fronteriza sobre la problemática migratoria y sobre el acceso de los migrantes a servicios de salud (véase cuadro 3.2).

La recopilación de información de campo se llevó a cabo por medio de la realización de un total de 43 entrevistas a lo largo de los tres corredores-rutas nodales transmigratorias con el objetivo de obtener información sobre el sistema de salud desde la perspectiva de distintos actores, de tal manera que permitiera identificar las complejidad presente en cada una de las zonas geográficas focalizadas; se documentaron 22 entrevistas hechas al personal de instituciones públicas de salud en 11 localidades;¹⁷ 11 entrevistas a referentes comunitarios clave y 10 entrevistas a migrantes en albergues¹⁸ y en zonas de tránsito.

17 Para las entrevistas en instituciones de salud públicas se buscó contar con la participación del personal directivo de hospitales, centros de salud y clínicas. Sólo en dos centros de salud esto no fue posible debido a la ausencia del director, por lo que la entrevista fue realizada a una persona del área administrativa y a un médico de módulo. La mayoría de los directores participantes se hicieron acompañar de otra persona de la institución que contaba con más experiencia de trabajo en el lugar o mayor información sobre el tema (en lo común una enfermera o trabajadora social). En el caso de las clínicas del IMSS-Prospera, la entrevista se aplicó a las personas con el cargo de jefa de enfermería. En los módulos de atención a migrantes del IMSS, los entrevistados fueron un supervisor médico e integrantes del módulo. En los módulos de la Cruz Roja la entrevista se aplicó a dos coordinadores generales y un médico.

18 Los informantes clave consistieron en miembros de los albergues de migrantes: dos directores, un odontólogo y un médico voluntario. En instituciones religiosas: un párroco, un vicario y hermanas de la Casa del Caminante Samuel Ruiz. De otros sectores de la ciudadanía: dos locutores de radio, un

Mapa 3.1
Corredores y
rutas nodales
transmigratorias de
la frontera sur de
México



Fuente: elaboración propia, 2015.

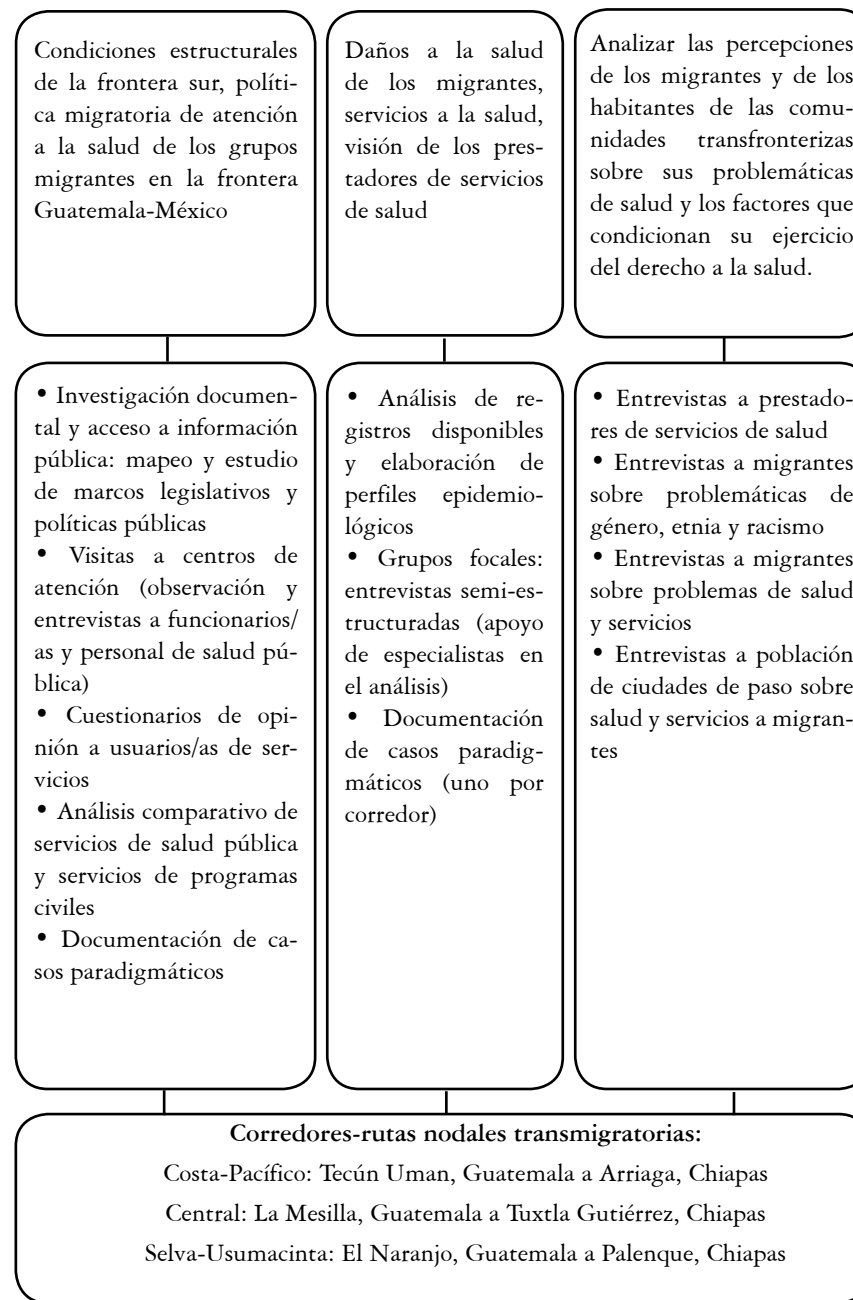
Cuadro 3.1 Instituciones donde se aplicaron entrevistas

Instituciones visitadas para la investigación
Hospital General de Palenque
Hospital General de Comitán
Hospital General de Tapachula
Hospital General de Huixtla
Hospital General de Arriaga
Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa
Hospital Básico Comunitario de Pijijiapan
Hospital Básico Comunitario de Tenosique
Centro de Salud de Ciudad Cuauhtémoc
Centro de Salud de Frontera Comalapa
Centro de Salud Urbano de Huixtla
Centro de Salud Urbano de Pijijiapan
Clínica del IMSS-Prospera de Benemérito de las Américas
Clínica del IMSS-Prospera de Motozintla
Módulo de atención a migrantes del IMSS de Palenque
Módulo de atención a migrantes del IMSS de Arriaga
Grupo Beta de Palenque
Cruz Roja Mexicana en Palenque
Módulo de la Cruz Roja Internacional de Arriaga
Módulo de la Cruz Roja Internacional de Tenosique
Albergues de Migrantes visitados
Albergue Jesús el Buen Pastor para el Pobre y el Migrante, Tapachula
Albergue Belén, Tapachula
Casa del Caminante Samuel Ruiz, Palenque
Casa del Migrante Hogar de la Misericordia, Arriaga
La 72 Hogar Refugio para personas migrantes, Tenosique (Tabasco)

Durante el trabajo de campo se enfrentó la dificultad de realizar entrevistas a migrantes en tránsito dada su constante movilidad, aunada a la desconfianza y la necesidad de pasar desapercibidos, lo cual hace sumamente difícil la obtención de información más amplia. En el caso de las instituciones públicas de salud, fue complicado obtener información crítica que no estuviera establecida y delimitada por el discurso institucional.

periodista de diarios locales, un presidente de barrios y colonias, una funcionaria municipal (Oficina de Protección a Migrantes) y un miembro de una organización local de derechos.

Cuadro 3.2 Diseño metodológico de la investigación



Fuente: elaboración propia, 2015.

En general, procuramos generar un ambiente de confianza para lograr la apertura de las y los entrevistados; la confidencialidad fue un elemento vital e indispensable.

De manera inicial, en la estrategia metodológica de esta investigación se planteó recuperar y discutir la perspectiva tanto del personal de salud de instituciones públicas, de instancias civiles, de migrantes, de líderes de opinión y de población local. El contraste de visiones de los distintos actores sobre la problemática migratoria sólo fue posible en algunos de los tópicos de interés: condición de indocumentado y salud; discriminación, género y etnicidad, y violencia contra mujeres e indígenas. La información de campo de los recursos para la atención y la morbilidad de los migrantes se refiere, primordialmente, a lo expresado por los prestadores de servicios de salud en las instituciones públicas. Finalmente, la perspectiva de los migrantes, líderes de opinión y población se expone en los incisos que se refieren a sus percepciones sobre el derecho a la salud. Las coincidencias y divergencias entre las distintas miradas de la problemática, con las limitaciones señaladas, se relevan y discuten a lo largo de este capítulo.

3.1 Las instituciones de salud en Chiapas

La frontera sur entre Guatemala y México abarca una línea divisoria de aproximadamente 965 km, en la que colindan los departamentos de San Marcos, Huehuetenango, Quiché, y Petén, del lado guatemalteco y los estados de Chiapas, Tabasco y Campeche del lado mexicano, esto integra una amplia región transfronteriza.

Podemos distinguir en su geografía tres corredores-rutas nodales principales por donde circula la población migrante que cruza el estado de Chiapas para ir al norte del país o para quedarse en algún sitio donde trabajar. El primer corredor-ruta nodal es *Costa-Pacífico*, que parte de los poblados fronterizos de Tecún Uman-Ciudad Hidalgo, correspondientes a Guatemala y México, respectivamente, y que culmina en la ciudad de Arriaga, lugar de donde sale la primera línea del ferrocarril que se dirige al norte del

país. El segundo es el corredor *Central*, que inicia en La Mesilla-Ciudad Cuauhtémoc, del municipio de Frontera Comalapa y sube hacia la ciudad de Comitán de Domínguez. Esta ruta tiene la característica de conectarse en diversos puntos con alguno de los otros dos corredores. Por último, el tercer corredor es el *Selva-Usumacinta*, que nace en la línea fronteriza de la selva chiapaneca concentra el flujo migrante en Tenosique, Tabasco, donde parte la segunda línea de ferrocarril con rumbo al norte; este corredor concluye en la ciudad de Palenque.

En el estado de Chiapas, las instituciones públicas que proveen servicios de salud a la población migrante son la Secretaría de Salud (SS) mediante su red hospitalaria de primero, segundo y tercer nivel de atención; y el Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio de sus clínicas del Programa IMSS-Prospera (antes IMSS-Oportunidades), enfocado en asistir comunidades marginadas donde no están presentes las instituciones de salud del Estado. Este último programa otorga servicios de salud de primero y segundo nivel a las familias beneficiarias del Seguro Popular, cuenta con diez hospitales rurales, 557 unidades médicas rurales y 18 equipos itinerantes con presencia en 114 municipios de la entidad.

También están los Grupos Beta del Instituto Nacional de Migración que tienen la función de proporcionar ayuda humanitaria y atender en rescate y salvamento a la población migrante. Esto implica proporcionar alimentos y agua, material de curación, sueros y prótesis, así como auxiliar con el traslado de personas a hospitales, centros de salud o albergues, entre otras cosas. Se ubican únicamente en los municipios de Tapachula, Arriaga, Comitán, Palenque y Tuxtla Gutiérrez.

Además de las instituciones públicas del Estado, se encuentra la Cruz Roja Mexicana que proporciona servicios prehospitalarios de urgencia a población abierta y cuenta con dos módulos especiales del Programa de Asistencia Humanitaria a Personas Migrantes, cuya finalidad es asistir a la población migrante que transita por Arriaga y Tenosique, localidades donde inician las vías del tren. Estos módulos operan mediante un donativo del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

Cuadro 3.3 Instituciones de Salud en Chiapas

Institución	Población destino	Nivel de atención	Origen presupuestario
Secretaría de Salud del Estado de Chiapas Hospitales Generales	Población abierta Población derechohabiente	2do y 3er nivel	Federal Secretaría de Salud del Estado de Chiapas
Secretaría de Salud del Estado de Chiapas Hospitales Básico Comunitario	Población abierta	2do nivel	Jurisdicción Sanitaria
Secretaría de Salud del Estado de Chiapas Centros de Salud	Población abierta	1er nivel	Federal
Instituto Mexicano del Seguro Social Clínicas IMSS-Prospera	Población abierta	2do nivel	Federal
Instituto Nacional de Migración Grupos Beta	Población migrante		Federal
Cruz Roja Mexicana	Población abierta Población migrante		Comité Internacional de la Cruz Roja

Fuente: elaboración propia, trabajo de campo, 2014-2015.

Por otro lado, existen las casas-albergue de migrantes dirigidas principalmente por actores religiosos, católicos en su mayoría. Los albergues son esfuerzos de personas comunes que, al ver la situación de graves violaciones a los derechos de las personas migrantes, se organizan para generar acciones de protección que los convierte en defensoras y defensores de personas migrantes. Estas iniciativas buscan proveer de refugio y alimento a los migrantes en tránsito así como asistir en las situaciones más básicas de salud. Algunas casas-albergue del migrante cuentan con una sencilla clínica con farmacia o un cuarto especial para enfermos, tales son los casos

de caso de La 72 Hogar Refugio para personas migrantes ubicado en Tenosique, el Albergue Jesús el Buen Pastor del Pobre y el Migrante Albergue Belén de Tapachula, que proporciona además los servicios de atención médica general y odontología. Finalmente, se encuentran los consultorios médicos, clínicas y hospitales de servicios privados a los que difícilmente pueden acceder las familias migrantes debido a la limitante económica.

Cuadro 3.4 Albergues para migrantes en la frontera Guatemala-México

Casa-Albergue	Ubicación
Albergue Jesús el Buen Pastor del Pobre y el Migrante	Tapachula
Albergue Belén	Tapachula
Casa del Caminante Samuel Ruiz	Palenque
Casa del Migrante Hogar de la Misericordia	Arriaga
Casa Mambre	Comitán
La 72 Hogar Refugio Para Personas Migrantes	Tenosique (Tabasco)

Fuente: elaboración propia, trabajo de campo 2014-2015.

Existen necesidades específicas de las y los migrantes que dependen de su situación de regularización y condiciones de estancia en México. Sin pretender ignorar la diversidad de orígenes y situaciones que atraviesan las personas migrantes, distinguimos tres grandes grupos de esta población que demanda los servicios de salud mexicanos en la frontera sur del país.

En primer lugar, ubicamos a las y los migrantes que buscan atravesar el estado de Chiapas para alcanzar otro punto del país o de Estados Unidos; en esta situación es común observar a personas centroamericanas provenientes de Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, y en menor medida de otras regiones del mundo como el Caribe (Haití y Cuba), el sur de América (Paraguay, Bolivia, Ecuador), África Subsahariana y Asia (India y China). Por lo general, los migrantes en tránsito buscan llegar a los lugares

donde pueden subir al tren, aunque éste no es el caso de todos, pues también se utilizan distintos caminos y medios de transporte. Lo anterior depende en buena medida de las rutas usadas por los grupos que transportan migrantes a través de redes de coyotaje o de trata, así como de los puntos de revisión establecidos por el Instituto Nacional de Migración a lo largo de las carreteras y de los operativos de control implementados a nivel estatal. Las personas en tránsito acuden a los servicios médicos en caso de emergencia, principalmente cuando han sufrido algún accidente en el camino o han resultado lesionadas a causa de una agresión o enfrentamiento; es común que sean asistidas con primeros auxilios por la Cruz Roja, los Grupos Beta y Protección Civil municipal y trasladadas a un hospital público del sector salud en caso de ser necesario.

Otro tipo de población migrante es la que de manera temporal o permanente se asienta en alguno de los municipios chiapanecos para desempeñar un trabajo. A manera de ejemplo, nos podemos referir a los jornaleros guatemaltecos que periódicamente llegan a México a emplearse en las fincas agrícolas de la región del Soconusco; a las mujeres guatemaltecas indígenas que son empleadas para el trabajo doméstico de las ciudades fronterizas, y a las mujeres hondureñas, salvadoreñas y nicaragüenses quienes, por lo común y como resultado de una fuerte estigmatización, son buscadas para trabajar en bares donde también se ejerce el comercio sexual. Las afectaciones a la salud de esta población están relacionadas con los tipos de trabajo realizados y con las enfermedades comunes de la población local. Las instituciones a las que acude esta población son las clínicas y hospitales de la zona, como las clínicas del IMSS-Prospera y los centros de salud de la Secretaría de Salud.

Por último, se encuentra la población guatemalteca ya asentada en los departamentos fronterizos de Huehuetenango, San Marcos, Quiché y Petén; misma que de tiempo atrás ha acudido a los servicios de salud mexicanos debido a que en su país no cuenta con la atención médica adecuada, con una clínica u hospital cercano a su localidad o con recursos para acceder a los servicios de salud.

Si bien las instituciones públicas no niegan el servicio a las personas migrantes, existen varios factores que limitan la posibilidad de brindar una atención eficaz, integral y acorde a las necesidades de la población. En primer lugar, los centros de salud, clínicas y hospitales del sector salud y del IMSS-Prospera están sujetos a un recurso asignado a nivel federal que no toma en cuenta las demandas reales de la población local y extranjera. En segundo, el hecho de que las clínicas ofrezcan un servicio diferenciado de atención médica de primero o segundo nivel limita el acceso a servicios médicos completos e integrales.

Los Grupos Beta del Instituto Nacional de Migración auxilian con el traslado de migrantes al hospital en caso de tratarse de personas mutiladas o con otros tipos de urgencias, pero no cuentan con las unidades y los insumos indispensables para trasladar a enfermos de gravedad. Por otro lado, no existe una definición clara sobre el papel que deberían tener al formar parte de la estructura del Instituto Nacional de Migración, ya que su política de seguridad se enfoca al control del flujo migratorio. Asimismo, no hay mecanismos de verificación accesibles a la población que permitan comprobar las capacidades de entrenamiento —en primeros auxilios, rescate y salvamento— de los integrantes de estos grupos; tampoco existen mecanismos de depuración de los elementos que aseguren la eliminación de prácticas corruptas en el Instituto Nacional de Migración.

Los albergues o casas para migrantes han demostrado tener una capacidad de respuesta rápida ante la emergencia de la movilidad humana. Gracias a la iniciativa de personas que desean aportar un servicio humanitario, se han establecido nuevos espacios de asistencia a lo largo de la ruta migratoria. Sin embargo, éstos carecen de recursos efectivos para atender la problemática, además de padecer una discriminación reiterada por el servicio que realizan. En relación con la salud, en los albergues se presta auxilio para atender enfermedades y lesiones leves que no requieren atención hospitalaria. Es muy común la asistencia en padecimientos de enfermedades respiratorias y estomacales leves como la gripa y la

diarrea, la curación de ampollas y cortes en los pies, así como el alivio de dolores musculares. Un servidor público de salud señaló, a propósito de la casa del migrante en Palenque, que su labor era muy importante como atención de primera instancia. En caso de requerir llevar a un enfermo al hospital, las personas que apoyan en estos albergues buscan otros organismos que tengan presencia en la zona como los Grupos Beta y la Cruz Roja e, incluso, utilizan sus propios medios de transporte si cuentan con ellos.

A partir del establecimiento de la Secretaría de Desarrollo de la frontera sur, por parte del gobierno del estado de Chiapas se creó, según el discurso gubernamental, una mayor oferta de programas que benefician a la población migrante y se promovió entre los servidores de salud la atención a los migrantes con respeto a sus derechos humanos. Sin embargo, dicho organismo no ha logrado articular ninguna acción de trabajo que impacte de manera positiva y permanente en la realidad de la población migrante; hasta el momento permanece como un gran elefante blanco. En el mismo sentido, en 2007 la Secretaría de Salud del estado de Chiapas creó la Cartilla de Salud del Migrante, que incluye la detección de enfermedades, atención hospitalaria, control prenatal, atención del parto y del recién nacido, consulta médica y control de enfermedades crónicas no transmisibles, así como la aplicación de vacunas. Sin embargo, este proyecto no fue puesto en marcha a plenitud ya que no se dispuso de los recursos necesarios por los cuales queda como un elemento mediático del discurso del gobierno del estado que manifiesta el apoyo a los migrantes. Estos son ejemplos de proyectos sociales vinculados al tema migratorio que son capitalizados políticamente por el gobierno chiapaneco.

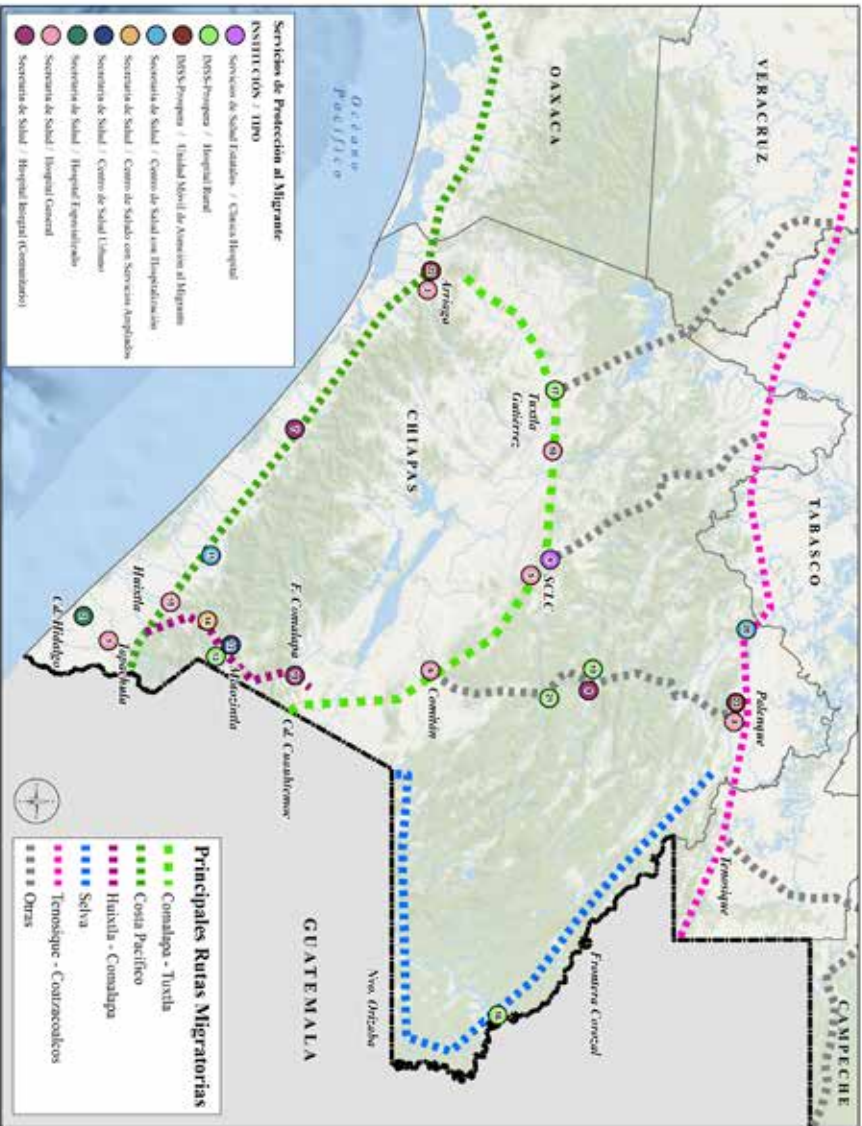
Finalmente, en 2015 el gobierno federal creó mediante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), el Seguro Popular para Migrantes como instrumento de ayuda humanitaria. Este seguro está dirigido sólo a los migrantes en tránsito, les permite afiliarse al Seguro Popular de manera provisional por un periodo máximo de noventa días y sin la necesidad de aportar documento alguno para obtenerlo. Dadas las experiencias antes mencionadas,

Mapa 3.2
Servicios
de salud en
corredores
migratorios en
Chiapas

Nota: la información sobre cada uno de los puntos señalados en este mapa se encuentran al final de este capítulo en el Anexo 3.1: Claves de interpretación del Mapa 3.2

Servicios de salud en corredores migratorios en Chiapas.

Fuente: elaboración propia con base en INEGI (2010).



este programa de reciente creación deberá ser vigilado para evaluar su funcionamiento

3.2 Los recursos para la atención a migrantes

La información recabada con el personal médico de las clínicas y los hospitales ubicados en los municipios con mayor circulación o presencia de migrantes establecidos muestra que los centros de salud carecen de los recursos suficientes para satisfacer la demanda tanto de la población local como migrante. La creación del Seguro Popular repercutió en esta situación ya que las instituciones tuvieron que atender una mayor demanda poblacional sin contar con la infraestructura, el personal o los insumos necesarios para hacerlo: “Cuando llegó el Seguro Popular la población que no paga nada se incrementó, entonces la institución tuvo que adecuarse a ese incremento” (Médico, Hospital General de Tapachula, 2015).

En general, las instituciones médicas fronterizas a las que puede acceder una persona migrante atienden a una población más numerosa de la que pueden soportar en relación a la cantidad de sus recursos disponibles. Esta población está distribuida en una región geográfica amplia donde no existen en la práctica otras alternativas para la asistencia médica; además, dicha población vive en condiciones de marginalidad y pobreza lo cual, en el contexto del sistema de salud nacional, la coloca en una posición de desventaja ya que restringe, de entrada, varios de los servicios médicos con los que sí cuentan las instituciones privadas o de seguridad social. En este apartado se abordan algunos casos que ejemplifican lo anterior.

El primero refiere a la situación del Hospital Básico Comunitario Frontera Comalapa que además de atender a la población de la sierra, recibe población proveniente de otras áreas como Amatenango y Motozintla. De acuerdo con los datos recabados, dicho hospital cuenta con sólo 20 camas censales para recibir a 24,610 pacientes al año, de los cuales se atiende en promedio a un migrante al día. Según estimaciones del personal médico del hospital, éste trabaja

a 140% de su capacidad real. Una de las mayores dificultades que enfrenta es la falta de especialistas y que no hay material necesario para atender a todos los pacientes. Lo anterior se deriva en parte porque se resuelven muchos casos que no corresponde atender al hospital, sin embargo se atienden para no saturar otros hospitales.

Otro caso que muestra la situación de los hospitales en Chiapas es el Hospital General de Palenque, el cual es el único en la región que brinda atención de segundo nivel a población abierta; éste concentra 14 municipios de Chiapas e incluye a población de Campeche y Tabasco. En total, atiende al año un aproximado de 100 mil habitantes de los cuales 70% son indígenas.

Un problema que enfrenta el Hospital General de Palenque es la falta de materiales para brindar un servicio de salud completo. En el caso de los migrantes, esto impacta porque los materiales requeridos para cirugía deben tramitarse con otras instituciones de atención a migrantes que puedan cubrir los costos, o bien los pacientes deben ser trasladados a otro hospital:

El problema es que, por ejemplo, en fractura a veces se requiere el material de osteosíntesis y eso lo cubre solamente el seguro popular de cobertura nacional, pero como no tienen el seguro popular, Grupo Beta se encarga de tramitar el material y a veces, cuando no es posible, se mandan a Tapachula que es un área de tercer nivel de atención (Personal de salud, Hospital General de Palenque, 2015).

Al no contar con el seguro popular los tiempos de espera del paciente se alargan, lo que repercute tanto en la salud del migrante como en los recursos que destina la institución hospitalaria:

Por el tipo de lesiones que tienen sí nos genera mucho gasto en cama al día. Son pacientes para los que no se puede conseguir rápido el material para meterlos a quirófano, a veces tardan quince, veinte o hasta treinta días. Entonces tener un paciente por tantos días por falta de material sí nos produce gastos (Personal de salud, Hospital General de Palenque, 2015).

Se debe mencionar que el hospital de Palenque cuenta con un total de 40 camas censales pero en realidad brinda el servicio de 60. La información ofrecida por el personal de salud se corrobora con testimonios de habitantes de Palenque que refieren la falta de recursos del hospital debido a la constante insuficiencia de médicos, camas y medicamentos.

En una situación similar se encuentran las clínicas del programa IMSS-Prospera que atienden a población abierta, es decir, que no es derechohabiente de alguna institución de salud pública. Estas clínicas tienen el objetivo de asistir a la población de las zonas más apartadas y con altos índices de marginación. La clínica de Benemérito de las Américas, ubicada en el corredor Selva-Usumacinta, es la única en ofrecer servicio de hospitalización y atención médica con especialidades de segundo nivel en 180 kilómetros a la redonda. Su zona principal de atención son los municipios de Benemérito de las Américas y de Marqués de Comillas, en cifras oficiales su universo de población es de 10,000 habitantes pero éste aumenta hasta a 20,000 porque, en opinión del personal del hospital, se brinda cobertura a pacientes que corresponde atender a la Secretaría de Salud como a población de influencia de otros municipios y a población migrante. La saturación que presenta este hospital se refleja en las cifras aportadas por el personal de salud; por ejemplo, al mes se llevan a cabo alrededor de 60 procedimientos quirúrgicos pero la capacidad es de 30 camas censales.

Además, este hospital es altamente requerido por población guatemalteca, cuya clínica más cercana en su país está al menos a cinco horas de camino. Para la población fronteriza de Guatemala resulta más accesible cruzar el río Usumacinta para atender sus problemas de salud del lado mexicano; por esta razón, llega a conformar hasta 20% del total de población atendida en la institución. Sin embargo, el personal de salud comenta: “La población migrante no está incluida en el universo de población con que cuenta el hospital, entonces los recursos no son distribuidos en función de la población real atendida” (Personal de salud, IMSS-Prospera en Benemérito de las Américas, 2015).

El personal de esta institución comenta también que una de las principales dificultades que enfrenta es la falta de especialistas: “Uno de los problemas serios es que no tenemos suficientes especialistas, entonces por ejemplo en medicina interna tenemos un solo especialista que tiene que estar en urgencias, en sala de piso, en consulta externa y por los tiempos de atención se genera bastante problema con la población” (Personal de salud, IMSS-Prospera en Benemérito de las Américas, 2015).

Al no contar con suficientes recursos humanos, la clínica redirige a sus pacientes a otras instituciones más equipadas de segundo o de tercer nivel, con mayor frecuencia al hospital de Palenque que se encuentra a 12 horas de camino. La decisión de derivar a uno u otro hospital depende de la ocupación que éstos tengan.

Otro caso es el de la clínica del IMSS-Prospera de Motozintla, ubicada en el Corredor Central, que también es un hospital de segundo nivel con cuatro especialidades: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia y cirugía. De las 500 personas que se atienden al día 30% lo constituyen migrantes, pero los recursos para dar servicio a esta población no se contemplan en su presupuesto. Ante la falta de recursos, el personal de la clínica recurre a otras instancias gubernamentales para abastecerse de insumos como, por ejemplo, los medicamentos:

Hacen falta muchísimos medicamentos, este año fue el más crítico. Lo que hacemos es pedirle a la presidencia, pedirle a salubridad. Lo que pasa es que el sector salud como tiene más recurso porque es administrado por el Estado y es federal entonces le mandan más recursos, ellos no manejan población como nosotros que tenemos un área de urgencias, que los internamos y administramos medicamentos. Ellos nada más tienen sus clínicas y se dedican a hacer detecciones, entonces sí tienen material que no lo utilizan. Lo que hacemos es hacer documento y ellos nos han estado apoyando (Personal de salud, IMSS-Prospera en Motozintla, 2015).

Como en los casos anteriores, uno de los problemas es la falta de personal especializado y con experiencia, situación que lleva a que los servicios queden a cargo de pasantes de medicina y enfermería. De igual manera, uno de los problemas que enfrenta es la falta de infraestructura y materiales necesarios para brindar una atención completa y efectiva en concordancia con las especialidades que ofrece, como en lo relacionado al servicio de cirugía:

[...] no tenemos banco de sangre que es fundamental. Si usted viene para que lo operen de vesícula le van a decir que tiene que traer dos donadores y esos donadores se envían a Tapachula, pasan por ciertos requisitos; si va todo bien ya lo citan para otro día para que vaya usted a sangrar a Tapachula. Posteriormente, de aquí se manda una ambulancia a lo que es Tapachula y ya traen los paquetes de sangre. Se tiene que mandar una camioneta, un termo (Personal de salud, IMSS-Prospera de Motozintla, 2015).

El tiempo de viaje de Motozintla a Tapachula es al menos de una hora y media en vehículo particular, pero el tiempo aumenta considerablemente si se considera que la población que acude al hospital también proviene de poblados más alejados de la serranía y su medio de traslado es el transporte público.

Los casos anteriores muestran que el servicio médico de especialidades está incompleto al no contar con los requerimientos técnicos y de infraestructura fundamentales. Tanto la población local de escasos recursos como la población migrante se puede ver afectada por esta situación, como lo expresa un médico del Hospital Básico Comunitario de Pijijiapan:

En el momento en que este hospital está en una vía de paso debería tener más insumos, más camas. Necesitaríamos crecer con infraestructura, crecer en cuanto a equipos biomédicos para que el migrante no pueda depender de un ultrasonido por ejemplo, que si no tiene recurso cómo se lo van a hacer (Personal de salud, Hospital Básico Comunitario en Pijijiapan, 2015).

La situación no es más alentadora para los centros de salud destinados a brindar el servicio de consulta externa para tratamiento de enfermedades comunes. El personal médico de los centros de salud de Ciudad Cuauhtémoc, Frontera Comalapa, Pijijiapan y Huixtla manifiestan la ausencia de material o su existencia en desuso o incompleto y la insuficiencia de medicamentos y personal. Sobre el Centro de Salud Urbano de Huixtla se comentó lo siguiente:

Tenemos mucha población y el Centro de Salud ya no se da abasto con la población. Manejamos cinco núcleos básicos, tres en la mañana y dos en la tarde. Hay núcleos que tienen una población de 18,000 habitantes para un solo médico, están muy sobrecargados. Generalmente, la gente viene a las cuatro, cinco de la mañana para apartar su ficha y ser atendida (Personal administrativo, Centro de Salud Urbano en Huixtla, 2015).

Otros casos particulares muestran la necesidad de contar con la infraestructura para atender la alta demanda de padecimientos o requerimientos específicos. Tal es el caso de los centros de salud ubicados en el corredor Costa-Pacífico, donde se demanda principalmente equipo para realizar ultrasonidos debido a la considerable cantidad de embarazos atendidos; equipo para la detección de glucosa a causa del aumento de la diabetes, y equipo para realizar la prueba de detección del VIH-sida. En lo que se refiere a retrovirales, las clínicas y hospitales de Arriaga, Tapachula, Motozintla y Frontera Comalapa, demandan tratamientos debido a los altos índices de VIH-sida que se presentan en la región, en especial en la población migrante. En algunas situaciones, el personal proporciona el medicamento al paciente migrante que no cuenta con seguro médico, quien debe justificarlo después de alguna manera, tal como lo refiere el siguiente testimonio: “Para justificar el gasto de retrovirales para los migrantes se escribe que se proporciona el tratamiento para un mexicano que en realidad ya falleció y que estaba bajo tratamiento” (Médico, Centro de Salud en Tapachula, 2015).

Con respecto a la Cruz Roja Mexicana, se registra que en Arriaga se atienden en promedio 25 migrantes al día; mientras que en Tenosique oscilan entre 30 y 100 dependiendo de la llegada del tren. En estas regiones se cuenta con el equipo básico para brindar la atención pre-hospitalaria requerida, sin embargo, ambos módulos dependen del donativo del Comité Internacional de Cruz Roja, por lo que, si concluye el programa de asistencia humanitaria, se terminaría el presupuesto con el que operan.

En cuanto a la Cruz Roja Mexicana de Palenque, la cual da cobertura a la población en general, requiere de mayor equipamiento para atender más casos sin tener que derivarlos cuando el paciente no necesita hospitalización; en opinión de su coordinador, de contar con una sala de curaciones para poder realizar suturas se podrían desahogar varios casos y así evitar la saturación del Hospital General de Palenque. De igual forma, en la zona fronteriza de la Costa Pacífico se observa la necesidad de contar con un hospital de la Cruz Roja especializado en traumatología que pueda atender los accidentes ocurridos en las vías del tren.

Por su parte, los albergues y casas del migrante no cuentan con los insumos necesarios para asistir en lo referente a la salud al número de migrantes que acude semanalmente buscando un refugio. El abastecimiento de medicamentos y materiales se hace por donaciones y, muchas veces, los medicamentos que se tienen no son los adecuados o no tienen muchas salidas; por ejemplo, se cuenta con muchos medicamentos para niños pequeños cuando la población mayoritaria son adultos. El albergue de Arriaga Casa del Migrante Hogar de la Misericordia cuenta desde 2012 con el apoyo de un módulo del IMSS-Prospera que fue ubicado al lado de albergue para prestar atención a los migrantes. Desde entonces, las personas que llegan al albergue son invitadas a pasar al módulo de salud para una revisión. Éste es el único albergue en Chiapas que cuenta con dicho módulo.

En el albergue Belén de Tapachula, se cuenta con personal médico voluntario para brindar un servicio básico pero más completo, sin embargo, se requieren insumos como guantes desechables,

analgésicos y antibióticos, también equipamiento particular como una lámpara fotocurable y un equipo de rayos X. El personal del albergue refiere que periódicamente un grupo de la Secretaría de Salud acude para realizar diagnósticos, aplicar vacunas, hacer exámenes de polio y tuberculosis, pero no proporcionan los tratamientos. Dicho albergue también brinda servicio médico dental que aprovecha no sólo la población migrante del albergue, sino también la población de la misma colonia donde se encuentra; el albergue cuenta con material para atender a ocho personas diarias, pero la demanda es mayor.

Los hospitales y centros que forman parte del Sistema Nacional de Salud ubicados en la Frontera Sur de México se encuentran, según las apreciaciones de su propio personal, saturados y son insuficientes tanto en la infraestructura disponible como en el acceso a medicamentos y estudios de gabinete o laboratorio. A esto se suman las dificultades para acceder a servicios de las distintas especialidades médicas, ya sea porque no existe el personal capacitado para ofrecerlas o porque no se cuenta con las instalaciones necesarias.

Si bien esta problemática afecta tanto a la población mexicana que habita en la región fronteriza como a los migrantes en tránsito, se exagera, según los integrantes de las instituciones públicas de salud, debido a que la atención que se brinda a los migrantes no está incluida en los presupuestos públicos correspondientes; es decir, se brinda atención al conjunto de la población integrada por migrantes y por mexicanos, aunque la asignación de recursos públicos se hace solamente considerando a estos últimos. Al tratarse de instituciones o regiones que históricamente reciben a la población migrante, debería asignarse un presupuesto especial para fortalecer su capacidad instalada y para garantizar el derecho a la salud tanto de los mexicanos como de los migrantes.

La condición de no estar inscrito en el programa estatal Seguro Popular no debería ser utilizada para negar o retrasar la atención y, de esa forma, menoscabar el derecho a la salud que se encuentra consignado en los ordenamientos legales vigentes. Este argumento administrativo, si bien puede responder a ciertas normas de

operación que se refieren a los mexicanos y a los migrantes, no deberían de aplicarse en detrimento al derecho a la salud.

Aunque las alternativas de atención como los puestos de la Cruz Roja y los albergues instalados por la sociedad civil han mostrado su eficiencia y pertinencia –incluso en los casos exitosos de asociación entre esfuerzos gubernamentales y civiles– no pueden asumir de manera cabal ni permanente la responsabilidad estatal de atender la salud de los migrantes.

3.3 Morbilidad de los migrantes

Las enfermedades y afectaciones de salud frecuentes en la población migrante en tránsito se producen en buena medida debido a las situaciones adversas a las que se exponen durante su trayecto. La mayoría viaja con escaso abrigo y sin refugio asegurado; se sujetan a las distintas condiciones climáticas de los lugares por donde pasan; en muchas ocasiones, permanecen a la intemperie bajo la lluvia o el sol intenso; realizan largas caminatas y emprenden carreras para esconderse, subir al tren o a otro transporte. Existen lugares por donde transitan que se han vuelto insalubres ante la concentración del flujo de personas migrantes; por ejemplo las usuales defecaciones al aire libre cerca de las vías del tren. Asimismo, dadas las condiciones precarias del viaje, los migrantes se enfrentan a la falta de refugio donde descansar y asearse así como a la escasez de alimentos y agua, misma que suelen tomar de charcos, lagos y ríos que pueden estar contaminados. Lo anterior provoca padecimientos generalizados en la población migrante: dolor muscular y artrítico, laceraciones en pies y piernas, torcedura de tobillos, traumatismos, micosis (en especial hongos en los pies), dermatitis, infecciones respiratorias agudas, deshidrataciones, problemas digestivos, diarrea, gastroenteritis, gastritis, cansancio intenso y estrés; también se reportan heridas por agresiones sufridas con arma de fuego, cuchillos y golpes.

Los mayores riesgos que enfrentan los migrantes en su travesía son los accidentes ocurridos al viajar en el ferrocarril como la muti-

lación de piernas y brazos y las quemaduras por descargas eléctricas de los cables ubicados en la ruta del tren; también los asaltos a mano armada pueden ser causa de muerte. En menor medida, se han presentado casos de muerte por enfermedades crónicas como cáncer, complicación de diabetes en personas mayores e infecciones seropositivas; a esto se suman ataques cardiacos, apendicitis y deshidrataciones severas. Con respecto a la población infantil se registra el caso de un niño fallecido por grave desnutrición y problemas respiratorios.

En el caso de los migrantes que ya están asentados en la región, las enfermedades que padecen son las comunes al resto de la población: caries, diarrea, gastroenteritis, dengue y paludismo en zonas de calor. En cuanto a la salud bucal, son frecuentes los problemas de caries relacionados con la falta de prácticas de higiene y de atención adecuada desde los lugares de origen.

A lo largo de la región fronteriza, las enfermedades de transmisión sexual son muy numerosas; en especial ha habido un aumento del VIH/sida tanto en la población local como extranjera, así lo refiere el personal de salud de Motozintla y Arriaga.

También se presentan enfermedades transmitidas por vector como el paludismo y el dengue. Se habla de que en los últimos años ha “pegado mucho” el dengue en Centroamérica y más recientemente la “chikungunya”. Existe un cuidado especial por parte de las autoridades sanitarias con respecto a las medidas preventivas a fin de evitar la propagación de estas enfermedades. La Secretaría de Salud de Chiapas realiza cercos sanitarios en las regiones transfronterizas, lleva a cabo estudios epidemiológicos y hace búsquedas de casos de contacto para determinar dónde inició la enfermedad. Para lo anterior, en algunos municipios se tienen convenios con la Secretaría de Salud de Guatemala, como en el caso de Motozintla. Además, el gobierno de México ha realizado actividades de salud en Guatemala como desparasitaciones, vacunas y diagnósticos para crear una barrera y evitar que estas enfermedades penetren en el país.

Los padecimientos tienen relación con la condición migratoria, el tipo de trabajo que se desempeña, la distinción de nacionalidad y la situación diferenciada de hombres y mujeres:

Los guatemaltecos vienen por heridas de arma blanca, de machetazos; y los de otras nacionalidades vienen por arma de fuego, muchos de ellos son transmigrantes, están en la frontera por tiempo muy corto. Y los macheteados, ellos están viviendo pizcando café, ellos son los que viven en las galeras y los traen aquí macheteados, muchos no llegan, muchos se mueren en la finca... y entre ellos llegan también mujeres. Con el tren antes eran más, con la salida del tren descansamos de amputados (Médico, Hospital General en Tapachula, 2015).

En el caso de las mujeres, sus padecimientos están asociados al trabajo en bares y establecimientos donde también se ejerce el comercio sexual. Se habla de casos de alcoholismo en las mujeres centroamericanas e infecciones de transmisión sexual (ITS). Son comunes la adquisición del virus del papiloma humano, las infecciones en vías urinarias, vaginosis por bacterias y candidiasis en genitales. Las migrantes son especialmente susceptibles a contraer este tipo de enfermedades dada su situación de movilidad en condiciones adversas de higiene y seguridad que dificultan el cuidado íntimo. Con excepción del virus del papiloma que se contrae 6 o 7 años antes de ser detectado, existe la dificultad de saber si una ITS se contrajo en el lugar de origen o en el camino. En los módulos de atención a migrantes de la Cruz Roja se comenta que las mujeres piden asistencia por dolores menstruales (dismenorrea) y en varios casos solicitan algún medicamento que interrumpa el flujo menstrual. Es importante mencionar que los problemas con las enfermedades de transmisión sexual en mujeres migrantes están relacionados con violencia sexual, situaciones de trata y trabajo sexual en condiciones de prostitución a los que están expuestas.

Otro de los aspectos que requiere más atención y que involucra a las mujeres es la salud reproductiva. Se menciona que es muy

frecuente la solicitud del servicio médico para los embarazos, partos y abortos. En la zona de Motozintla, por ejemplo, hay una alta demanda de atención obstétrica; aproximadamente 30% de inmigrantes atendidos son mujeres. Los servidores de salud de dicho municipio afirman incluso que se atiende a más mujeres migrantes, muchas de las cuales ya se asentaron en la región, que a mujeres de la localidad. Otros problemas que enfrentan las mujeres son las infecciones respiratorias, por ejemplo en bronquios, casos de nervios alterados, problemas de la vesícula o del apéndice y algunos casos de cáncer que ya están avanzados.

En niñas y niños migrantes las afectaciones que se presentan son los parásitos en el estómago, enfermedades diarreicas y enfermedades en vías respiratorias; éstas se asocian a las enfermedades más comunes de las estaciones a lo largo del año. El personal de la Cruz Roja refiere la necesidad de contar con un módulo especial que brinde atención psicológica para los migrantes, en especial a mujeres y niños que en los últimos años han incrementado su circulación.

Un aspecto que requiere ser atendido en toda la región fronteriza es la salud mental. Tanto los servidores públicos de salud como las personas que brindan ayuda humanitaria a los migrantes reconocen que es fundamental que las personas migrantes reciban atención psicológica, en especial mujeres y niños. Aunque por lo general en las clínicas y centros de salud el personal de trabajo social es el encargado de atender este aspecto, no todos los centros médicos cuentan con este servicio, o bien, el personal carece de la preparación suficiente para proporcionar una atención adecuada al tipo de situación que puede presentarse como los casos de abuso sexual, en los que las afectadas suelen ser las mujeres.

Me parece que es un tema importante la salud física pero se ha descuidado mucho la salud mental. El migrante que recibimos es una persona que viene de un contexto de violencia extrema que le ha afectado su vida y su salud mental, entonces por supuesto la salud física es primordial pero se ha descuidado la salud mental (Coordinador de albergue para migrantes en Tenosique, 2015).

La posibilidad de contar con información oficial, desglosada y precisa respecto a las causas de enfermedad y muerte de los migrantes que son atendidos en las instituciones públicas de salud resulta relevante para reconocer y atender esta problemática. Si bien la información recopilada mediante entrevistas a los prestadores de servicios de salud es ilustrativa e indicativa de la morbimortalidad, se detecta una ambivalencia en tanto que ellos mismos señalan que sí se cuenta con información estadística y epidemiológica, pero en la práctica no se puede acceder a ella para su análisis o para la búsqueda de alternativas. Esta carencia de información fue refrendada por la Secretaría de Salud que, a solicitud expresa por medio del sistema de acceso a la información,¹⁹ respondió que no cuenta con dicha información.

Si bien desde la perspectiva epidemiológica esta información es de relevancia en distintos ámbitos de la salud, resulta especialmente sensible en el campo de la salud sexual y reproductiva, ya que la posibilidad de contar con datos precisos y desglosados podría contribuir a brindar alternativas concretas a la población migrante afectada sin estigmatizarla ni culpabilizarla; asimismo, permitiría saber si efectivamente hay una mayor incidencia de padecimientos al contrastar los indicadores entre la población migrante y la población mexicana, sobre todo infecciones de transmisión sexual, VIH-sida o virus del papiloma humano, entre otros.

3.4 La condición de migrante indocumentado y la salud

Las personas migrantes indocumentadas que atraviesan México o están establecidas en el país se encuentran en permanente alerta para no ser detenidas en los controles migratorios o denunciadas en las instituciones a las que llega a asistir. “La policía lo persiguen

a uno como delincuente, uno tiene que andar escondido siempre en el monte, no le dan su derecho que tiene uno por ser un emigrante. Si ellos lo agarran a uno le quitan lo que uno lleva y a migración. Ya migración se encarga de deportarlo a uno” (Hombre migrante, originario de Guatemala, 34 años, 2015).

Esto implica que en muchas ocasiones las personas migrantes intenten ocultar su identidad para pasar desapercibidas: “A veces el hablado uno quiere decirlo como mexicano por tema de que no lo bajen a uno migración” (Hombre migrante, originario de Guatemala, 34 años, 2015).

En muchas ocasiones, las y los migrantes en situación irregular deciden no acudir a los servicios de salud mexicanos por temor a ser denunciados ante el Instituto Nacional de Migración: “Si vamos a los centros de salud nos van a denunciar” (Mujer migrante, originaria de Honduras, 41 años, 2015). “Si me pongo peor me va tocar tener que ir aunque me da miedo que deporten” (Mujer migrante, originaria de Honduras, 27 años, 2015).

Los recientes operativos realizados por el gobierno en las zonas de mayor flujo migrante son un factor que contribuye a esta situación. Con dificultad los migrantes llegan directamente a un hospital y en el caso de requerir atención médica prefieren acudir a los grupos de protección civil municipal, a los módulos de la Cruz Roja, a las casas religiosas o a los albergues que brindan ayuda humanitaria.

El migrante es muy poco la asistencia que podría tener en lugares de atención de salud por parte de gobierno, lo considero muy mínimo, por lo general no lo creo que asistan, siento que por el temor. Al menos a la Cruz Roja le tienen mucha confianza, ellos mismos lo manifiestan que vienen gustosos (Coordinador de la Cruz Roja en Arriaga, 2015).

Otra forma en que se observa la desconfianza generalizada entre los migrantes a asistir a los centros de salud mexicanos es la situación muy frecuente de dar un nombre o dirección falsa al

¹⁹ Solicitud número de folio 0001200298015, presentada por Voces Mesoamericanas, A.C. el 7 de julio de 2015 al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) para solicitar la información mencionada a la Secretaría de Salud.

recibir atención médica; este detalle dificulta que pueda haber un seguimiento por parte de las clínicas para atender el embarazo o enfermedades crónicas, por ejemplo.

Todos los servidores de salud afirman que en su centro de trabajo la atención médica se brinda por igual y de igual calidad a personas nacionales y extranjeras, únicamente atendiendo al criterio del triage para priorizar la atención dependiendo de la urgencia de los padecimientos. “Nosotros los atendemos a todos por iguales, no nos interesa si sean guatemaltecos o mexicanos” (Enfermera, Hospital de Motozintla, 2015). “Aquí no les preguntamos, aquí no distinguimos. Viene una hondureña a trabajo de parto se le da la misma atención, el mismo trato digno” (Médico, Hospital de Tapachula, 2015).

En general, los servidores de salud aluden que en el Chiapas hay una disminución de las situaciones de exclusión de los migrantes en los centros de salud gracias a las capacitaciones brindadas al personal, ya que se promueve el reconocimiento y respeto de los derechos humanos de los migrantes: “Antes, la trabajadora social firmaba un oficio de deportación y refería a las personas migrantes al Inami que les deportaba. Ahora ya no se hace, se dieron capacitaciones al personal de salud” (Médico, Cruz Roja en Tenosique, 2015).

Sin embargo, a partir de testimonios de los migrantes, del personal de los albergues y de algunos servidores públicos de salud, se sabe que en algunos centros públicos de salud no se les brinda la atención adecuada, se les niega la atención o se les exige un cobro: “Tuvimos una señora que vivía en Portal, donde pues no fue atendida aquí por el hospital de Comalapa, ya fue por presión de nosotros y fue violado sus derechos en ese caso” (integrante de organización de derechos humanos, Comalapa, 2015).

Desde la experiencia de los albergues y casas del migrante, los cambios resultantes provienen de su trabajo constante de sensibilización y exigibilidad de derechos para que se les brinde atención a todos:

Al principio me acuerdo que cuando empezamos con ese proyecto, algunos tres o cuatro años, incluso no recibíamos apoyo de los hospitales. Esto ha sido una lucha cotidiana por la lucha de los derechos en este rubro de la salud, con los hospitales, con los doctores. Ha sido todo un proceso para que ahora vayamos y nos reciban en urgencias por lo menos (Coordinador de albergue en Tenosique, 2015).

Otro testimonio refiere el caso de una mujer migrante a quien se le negó la atención en el hospital de la localidad, hasta que una organización presionó para que se le diera el servicio. Según otro testimonio, si el migrante ofrece dinero se le apoya pero, de no ser así, es tratado como persona de segunda categoría.

La condición de indocumentado influye de manera negativa en la atención a la salud que se le brinda a la población migrante. Una dificultad que se presenta en los hospitales es cuando un paciente indocumentado debe someterse a una operación para salvar su vida; en estos casos, de acuerdo con las normas hospitalarias, se debe solicitar la presencia de un familiar que se haga responsable de autorizar la intervención quirúrgica, un tratamiento médico o un traslado hospitalario. Sin embargo, no siempre el paciente migrante cuenta con alguna persona que se haga responsable. En estos casos, el hospital se pone en contacto con el consulado correspondiente, y en ocasiones con el DIF local, para que dichas instituciones asuman la responsabilidad del migrante. En todo caso, este trámite retrasa el tiempo de intervención en detrimento de la salud de los pacientes.

Para alguna intervención quirúrgica necesitas una autorización del tratamiento. Es importante firmar una hoja donde deslindas de alguna complicación inmediata o transoperatoria de las cirugías al personal médico. Donde ellos te informan de la situación clínica del paciente y el familiar o una persona legalmente responsable está sabido.

[...] si no traen ningún familiar acompañante se dificulta mucho porque no hay quien se responsabilice de él. Todavía no tenemos

un programa para traslado de pacientes solos. Entonces trabajo social trata de apoyarse con el DIF o la Presidencia para que ese paciente no se quede solo. Se hace cuando nos apoya en el DIF. Si es una urgencia absoluta se va (Médico, Hospital Básico Comunitario en Pijijiapan, 2015).

Un ejemplo de lo anterior se puede observar en el hospital de Arriaga donde se cuenta con el contacto de los cónsules que ayudan cuando se requiere atención especializada, cuando hay que referir al nivel del pago o cuando la persona viaja sin un familiar que pueda tomar la responsabilidad del paciente. Mediante un cónsul se hacen deportaciones por padecimientos crónicos degenerativos que requieren un manejo intradomiciliario.

Los prestadores de servicios de salud en instituciones públicas sostienen que brindan atención por igual y de similar calidad para todos los usuarios, incluyendo los migrantes. Asimismo, ellos reconocen que antes se dieron situaciones de discriminación o de notificación de la presencia de migrantes a las autoridades migratorias, pero que hoy en día han disminuido o ya no se llevan a cabo. En contraposición a lo anterior, los migrantes afirman que se les sigue considerando como delincuentes y manifiestan temor de que al acudir a las instituciones de salud sean denunciados y deportados. El personal de los albergues concuerda con la opinión de los migrantes y sostiene que muchas veces se les niega la atención de la salud, se les otorga de manera inadecuada, se condiciona a la realización de pagos innecesarios o se les atiende sólo cuando se ejerce presión sobre el personal de salud o cuando se realizan actos de denuncia pública.

La problemática respecto a los migrantes que requieren intervenciones quirúrgicas o que necesiten trasladarse acompañados por algún familiar debería atenderse por medio de mecanismos que prevean cuál es la autoridad que debe hacerse responsable y, de esa forma, se eviten demoras innecesarias en el tratamiento.

3.5 Discriminación, género y etnicidad

La discriminación hacia las personas migrantes tiene múltiples expresiones y se manifiesta en actitudes de desconfianza y xenofobia así como en la estigmatización que se refuerza hacia determinados sectores de la población como las mujeres y los indígenas. Este trato hacia los migrantes se expresa en abusos por parte de las autoridades, los polleros, la población local y, incluso, por otros migrantes. Es común escuchar de estos casos de abuso: “Hacen todo más caro para los migrantes que para los mexicanos. Si el taxista cobra un precio normal de 100, será 300 pesos para un extranjero”. “El agua cuesta más” (Mujer migrante, originaria de Honduras, 27 años, 2015). “Las autoridades de migración y la policía siempre nos piden dinero” (Mujer migrante, originaria de Honduras, 41 años, 2015).

Las actitudes discriminatorias y de abuso de poder se expresan también en el ámbito de las instituciones de salud. A pesar de que el Estado ha promovido el trato igualitario al migrante como una nueva política social en armonía con los derechos humanos: “Tenemos la indicación de jurisdicción de que al migrante se le atiende, desde que yo estoy siempre ha estado, de unos tres años para acá se ha enfocado más en los migrantes ha habido más énfasis” (Médico, Centro de Salud en Huixtla, 2015).

Los prestadores de salud pública hablan de la discriminación como una situación que ha sido superada o que se presenta en menor medida gracias a la concientización y a la presión internacional. Según ellos, el migrante es tratado igual que cualquier persona, lo cual lleva a que el servicio se otorgue en igualdad de condiciones; a diferencia de que anteriormente se justificaban con la carencia de recursos y daban preferencia a las personas de origen mexicano: “por qué te voy a dar si yo a mi gente no tengo qué darle, o sea viene un paciente mexicano y un migrante y tengo un paracetamol ¿a quién se lo doy?” (Médico, Centro de salud de Tapachula, 2015).

Algunas personas entrevistadas que llevan varios años acompañando y brindando ayuda humanitaria a los migrantes concuerdan

en que existen avances al respecto, aunque puntualizan que éstos se han dado como parte de una exigencia impulsada por organismos religiosos y de la sociedad civil; por ejemplo, el coordinador del albergue para migrantes de Tenosique señala que “Se ha trabajado mucho porque antes íbamos al hospital y no tan fácilmente te atendían. Pero ahorita se puede decir que pueden ser atendidos los migrantes” (Coordinador del albergue de Tenosique, 2015).

A pesar de que se observan algunos cambios positivos en cuanto al acceso a la atención médica para las y los migrantes, ésta sigue mostrando deficiencias en su calidad, razón por la cual no ofrece las garantías suficientes para el ejercicio pleno de su derecho a la salud. Informantes clave afirman que, incluso, en algunas clínicas y unidades médicas se cobra por los servicios del paquete básico aunque éste deba brindarse de forma gratuita a todas las personas sin importar su nacionalidad.

La información obtenida en las entrevistas muestra la naturalización de la violencia ginecoobstétrica que se ejerce de igual forma contra las mujeres migrantes y las mexicanas. Las mujeres migrantes, que ante la falta de alternativas se dedican al trabajo sexual, reciben un trato discriminatorio que se sustenta en la idea de que al dedicarse a ese tipo de trabajo se les puede estigmatizar, excluir o brindar servicios de salud de segunda clase o, incluso, se les pueden negar los servicios. De manera paralela, el desconocimiento o la falta de dominio del español por parte de los migrantes que pertenecen a algún grupo étnico opera también como una forma de naturalización de la subordinación, de ejercicio de la violencia o de la prestación de servicios de salud de manera deficiente o discriminatoria.

3.6 Violencia contra las mujeres y la población indígena

Tanto los migrantes como el personal médico y los organismos humanitarios coinciden en que las mujeres están en una posición de mayor vulnerabilidad que los hombres al migrar; ya que pueden

ser extorsionadas con facilidad al viajar con sus hijos pequeños o ser captadas por las redes de trata, intimidadas, acosadas o abusadas sexualmente en el camino. Las mujeres migrantes, incluso, son utilizadas como objeto de pago: “La mujer es más vulnerable y a veces ella es como la tarjeta de cambio para pase, ya sea de una garita de un retén militar... ¿cómo te diré?, todos buscan pues algo a cambio. Entonces... y depende cómo está la mujer” (Integrante de albergue para migrantes en Arriaga, 2015).

En el campo de la salud, la violencia contra la mujer se refleja en ciertas actitudes del personal médico y de enfermería: el trato irrespetuoso hacia las pacientes, proporcionarles información incompleta sobre su situación y realizar un trabajo descuidado. En especial se manifiesta discriminación en la atención ginecoobstétrica; por ejemplo, en casos de violencia sexual, el trato recibido, las preguntas y los comentarios hechos por el personal de salud contribuyen a revictimizar a las mujeres. La violencia en la atención ginecoobstétrica no ocurre de manera exclusiva hacia las migrantes extranjeras, también ocurre en contra de las mujeres mexicanas, en especial si son indígenas. La mujer indígena migrante padece de este trato discriminatorio al cual se añade el estigma por su calidad de migrante.

La estigmatización se acentúa especialmente con las mujeres provenientes de Honduras, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Venezuela y Colombia, quienes comúnmente encuentran empleo en restaurantes, “botaneros”, bares y cabarets de ciudades y poblados fronterizos o situados dentro de las principales rutas del flujo migrante. Muchas mujeres ejercen el trabajo sexual en estos establecimientos clandestinos o regulados en las zonas de tolerancia: “La mayoría de las mujeres trabajan en cantinas, vienen solas, sin esposo. Se dedican al trabajo sexual” (Enfermera, Hospital de Motozintla, 2015).

Las mujeres migrantes que son trabajadoras sexuales tienen más riesgo de padecer abusos por parte de sus explotadores o clientes, ya que están bajo la amenaza constante de ser denunciadas y deportadas a su país. En las instituciones de salud,

la naturalización de la violencia hacia las mujeres puede observarse en supuestas acciones de protección que terminan acrecentando su estigmatización y exclusión; a propósito de los abusos cometidos contra las mujeres, un médico comenta:

Tú sabes que el riesgo principal de las mujeres es la violación sexual; anteriormente las violaciones eran tumultuarias, estamos hablando de 30, 40 hombres, era algo terrible. Ahorita eso ha ido disminuyendo porque algo que nosotros hemos dicho de que —lamentablemente lo tenemos que hacer— si tiras un rumor diciendo que traen alguna enfermedad venérea o tienen un VIH como que ya lo piensan entonces eso ha ido mermando también (Médico, Hospital de Tenosique, 2015).

Además de ser estigmatizadas, las mujeres no tienen acceso a los estudios clínicos requeridos para monitorear su salud sexual.

Al igual que la población indígena mexicana, los indígenas guatemaltecos han sido históricamente discriminados en la región fronteriza. Generalmente, esta población desempeña el trabajo agrícola en las fincas de El Soconusco o recorren a pie las comunidades rurales de Chiapas comerciando diversos productos de su país. Las mujeres indígenas laboran en las fincas, en la limpieza y el cuidado doméstico en las grandes ciudades como Tapachula; también se emplean en el comercio sexual de bares, cabarets y casas de citas.

La población local califica a las personas indígenas migrantes de pobres, ignorantes, incluso de tercos, situación que las estigmatiza y con la cual se pretende justificar un trato discriminatorio hacia ellas. De entrada, los servidores de salud identifican ciertas características en los indígenas originarios de Guatemala, con lo cual contribuyen a reproducir la estigmatización y la falta de entendimiento cultural que impiden brindar una atención sensible y de calidad a los pacientes.

Creo yo que cierto recelo o cierta desconfianza sí hay porque son personas que vienen así como con una actitud muy retraída, poco

comunicativa y en algunos casos sí hablan lo mínimo de español, regularmente las personas que me han tocado son personas que vienen con algún tipo de lenguaje diferente al español y que manejan lo mínimo de lo que es español (Médico, Hospital de Comitán, 2015).

Esta dificultad de comunicarse con la población que habla un idioma distinto al español, como la población indígena, garífuna o la proveniente del Congo fue ampliamente señalada en las entrevistas con servidores de salud. En algunos casos también significa un reto comunicarse sobre las partes del cuerpo puesto que tienen nombres distintos en los países de origen de los pacientes.

A pesar del discurso sobre la atención igualitaria de los prestadores de servicios de salud, los migrantes sostienen que una forma común de discriminación se lleva a cabo a partir de un mayor costo de los servicios o productos que se les ofrecen en relación a los que se brindan a la población mexicana. El personal de los albergues refiere, por su parte, que algunas instituciones públicas que brindan servicios de salud, si bien aún no funcionan de manera idónea se han sensibilizado y cambiado paulatinamente para aceptar y dar un mejor trato a los migrantes.

3.7 Percepción de la población local sobre los migrantes

La percepción de la población local sobre los migrantes es variada, sin embargo existen algunos temas comunes en los que manifiestan discriminación, miedo o desconocimiento. La seguridad es uno de los asuntos de preocupación para la población que habita en los lugares donde ocurre el tránsito de migrantes. Para algunas personas, el migrante es sospechoso de ser un vago, delincuente o criminal; se preguntan si no vendrán huyendo de su país. También se sabe que la presencia de migrantes atrae a las bandas criminales que se dedican a extorsionarlos o captarlos para fines de trata, como da cuenta el siguiente testimonio sobre lo que desató el establecimiento de una casa del migrante:

Hubo mucha inconformidad y protesta por parte de la gente, que por qué la ponen adentro de la ciudad, que la pongan allá cerca de las vías donde están ellos, pero por qué meterla acá, eso ya va a crear un conflicto más. De hecho, con todos esos problemas que ha habido aquí de delincuencia entre ellos, de las extorsiones y todo eso, inclusive ellos entran ora si que los bandidos entran hasta acá a enganchar a su víctima ¿te imaginas?, porque acá hasta el parque llegan migrantes, llegan a la iglesia y si se está convirtiendo en un problema grave. (Locutor de radio, Palenque, 2015).

Otros pobladores expresan que se discrimina a la población indígena debido a sus características físicas; porque se piensa que son personas que llegan a ocasionar problemas, o bien, porque se han dado sucesos en los que los migrantes están involucrados en la comisión de delitos. Para algunos entrevistados el peligro lo representan los migrantes que se quedan en la localidad y no los que transitan: “Dos casos, lo que pudiera ser el que va con el deseo de ir a Estados Unidos, cruzar y aquí nada más sea transitorio y el otro que se quede, el que se estaciona, el que ves que está cometiendo ilícitos en nuestra región” (Locutor de radio, Arriaga, 2015).

En otros lugares la percepción es contraria; se muestra desconfianza a los migrantes en tránsito, muchas veces arraigada en su apariencia: “La población de Pijijiapan tiene una buena percepción de las personas migrantes que se quedan un rato en la región. La percepción es diferente con la gente que está de paso y que parece ser señal de inseguridad, como los tatuajes” (Médico, Centro de Salud en Pijijiapan, 2015).

Otro elemento que refuerza una actitud discriminatoria hacia las y los migrantes es el temor al contagio de enfermedades que se pudieran estar transportando con la movilidad humana:

En esos países hay ciertas enfermedades que aquí en México ya tenemos bajo control, por ejemplo las cuestiones de dengue, de paludismo y allá todavía hay; aquí nosotros no teníamos el dengue hemorrágico y ahorita ya... Y si tú vieras la cantidad de gente que

pasa por acá y no solamente de Centroamérica, pasa gente hasta de África. Está grueso, y ahorita con la cosa del Ébola (Locutor de radio, Palenque, 2015).

Al parecer, en algunos lugares este temor ha disminuido conforme se intensifica la presencia de migrantes en los lugares de paso o conforme más personas centroamericanas se establecen en las localidades. Sin embargo, el estigma de ser transmisoras de enfermedades recae especialmente en las mujeres migrantes, quienes como ya se mencionó antes, son propensas a ser explotadas en el comercio sexual. Es común que en los poblados fronterizos las migrantes, en especial las hondureñas, sean percibidas como personas que buscan relacionarse con hombres casados debido a que viajan sin esposo y porque atraen a los clientes de los establecimientos donde trabajan. “Se meten mujeres con ya hombres casados originarios de México, entonces por eso la gente lo empieza a discriminar o a decirle que pues no merecen estar aquí, que mejor se vayan para sus tierras” (Habitante hombre, Frontera Comalapa, 2015).

Además de los rumores extendidos sobre su responsabilidad en la transmisión de enfermedades, se les critica el trato que dan a sus hijos: “Esos niños están abandonados, les pegan, le digo porque yo tengo vecinas hondureñas y he visto cómo tratan a sus hijos. Imagínese no dormir toda la noche, llegar con intoxicación etílica tener que estar con un niño. Eso sí es triste” (Personal de salud, Motozintla, 2015).

La discriminación, desconfianza y las creencias de la población local en torno a los migrantes ocurren de manera simultánea a una dinamización de la economía local que rinde beneficios a algunos sectores. En Arriaga, por ejemplo, los hoteles proliferaron a partir de que el tránsito de migrantes comenzó a ser más visible; aumentaron los negocios de comida y otras formas de comercio ambulante como el cobro de \$10 por un pedazo de cartón para que los migrantes se sienten.

Estas situaciones muestran un panorama complejo que impacta en la percepción de la atención médica que se le brinda al migrante por parte de la población local. En Frontera Comalapa, el personal médico estima que más de la mitad de la población está en desacuerdo con que se les brinde atención médica; sin embargo, en otras clínicas y hospitales se comentó que si bien había cierta inconformidad, ésta era poco frecuente y cada vez menor. El personal de salud reconoce que aunque los servicios se otorgan a cualquier persona, ordinariamente se da preferencia a los chiapanecos.

En lugares donde se han destinado más programas especiales para la atención a migrantes, ha surgido un cuestionamiento sobre esta creciente ayuda. En Palenque por ejemplo, un locutor de radio comenta: “Ya son demasiadas cosas que se están haciendo en favor, que le está costando al Estado, que en determinado momento pues sí se podrían invertir en otros rubros que necesita el pueblo mexicano” (Locutor de radio, Palenque, 2015).

El caso de la colonia Pakal Ná, ubicada en la zona conurbada de la ciudad de Palenque, ejemplifica uno de los principales motivos de ese sentimiento de rechazo hacia los migrantes y de reclamo hacia el gobierno que en la vida cotidiana puede derivar en actitudes discriminatorias y de confrontación hacia la población migrante.

En 2013 se concluyó la rehabilitación de una clínica de salud localizada en la colonia Pakal Ná mediante el financiamiento del municipio de Palenque. La población que se beneficiaría de esta casa de salud sería aproximadamente de diez mil personas asentadas en dieciocho barrios pertenecientes a la colonia y de siete colonias aledañas. El problema fue que, al concluir la rehabilitación, la Secretaría de Salud no destinó recursos para equiparla y ponerla en funcionamiento: “Yo estoy luchando en Pakal Ná por una clínica; no tenemos clínica y tiene dos años que construyeron esa clínica y no está en funciones porque la hicieron en un área de derecho de vía” (Residente de Pakal Ná, Palenque, 2015).

A pesar de las solicitudes y reuniones del representante de barrios y colonias con el personal de la jurisdicción sanitaria

correspondiente, la clínica de salud no ha entrado en operación debido a que al construirse no contó con la anuencia del Instituto de Salud del Estado de Chiapas. En cambio, en julio de 2013 se colocó un módulo del IMSS-Prospera exclusivo para la atención de migrantes, el cual contó en un inicio con un camión equipado con un aparato de ultrasonido, uno de electrocardiograma y una cama. Según el personal de este módulo de salud, cuando abrieron, los habitantes de la colonia se quejaron mucho porque el servicio estaba destinado a atender sólo a la población migrante, a pesar de que existía una demanda anterior de la colonia para poder contar con servicio médico. Actualmente, la inconformidad disminuyó debido a que en el módulo también se atiende de vez en cuando a la población local; sin embargo no se tiene la capacidad material para atender un universo de población mayor que la migrante, lo que significa cerca de 500 personas al mes.

3.8 Percepción de los migrantes sobre su derecho a la salud

Las entrevistas hechas a migrantes muestran que éstos cuentan con un conocimiento sobre su derecho a la salud, el cual se expresa cuando señalan que tienen derecho a ser atendidos y a recibir medicamentos igual que los mexicanos. Los migrantes son conscientes, asimismo, de su derecho a recibir la atención que sus padecimientos requieran, incluyendo la hospitalización, y a que el personal de salud no denuncie su condición de indocumentados ante las autoridades migratorias.

En contraste con lo anterior, al preguntarle a una mujer migrante si había sido bien atendida en el centro de salud al que acudió por haberse lesionado el tobillo, su respuesta fue: “Sí, pero cuando no se puede, no se puede. Hay que agradecer con lo poquito que le ayudan a uno” (Mujer migrante, originaria de Guatemala, 32 años, 2015).

Esto muestra que el derecho a la salud puede ser reconocido por la persona migrante, pero en la práctica es difícil ejercerlo y exigirlo, en especial porque se vive en un contexto que en lo co-

tidiano manifiesta la ausencia de los derechos fundamentales. En general, los migrantes centroamericanos piensan que la atención que se brinda en México es buena y superior a la que recibían en su país: “En Honduras si usted llega a un hospital yo tengo que comprar de algodón pa arriba, ahí no hay una pastilla pa'l dolor. Ahí no le dan medicamentos, le dan recetas pa que vaya a la farmacia a comprarlas” (Mujer, originaria de Honduras, 27 años, 2015).

Un guatemalteco con tuberculosis en tercera fase relata: “hubo un hospital [en Guatemala] donde no hubo nada, no hubo ayuda, estaba acostado solamente y yo con el ronquido en el pecho, escupía sangre y eso. Entonces unos amigos dijeron vámonos para allá, allá hay tratamiento... Siempre hay esa gente con esa mentalidad de que ahí [en México] hay más apoyo” (Hombre migrante, originario de Guatemala, 33 años, 2015).

La percepción de los migrantes sobre su derecho a la salud es un asunto que requiere nuevas aproximaciones para su comprensión. Para contextualizar y profundizar en su conocimiento, se requiere tener en cuenta no solamente el tipo de padecimiento, la modalidad de atención que requiere y la experiencia que, en lo particular, tiene cada migrante al utilizar los servicios de salud; también, se debe reconocer que considerarse a sí mismo como sujeto de derecho tiene que ver con un posicionamiento político, con los antecedentes culturales y la participación política que tiene cada sujeto y con su propia reflexión respecto a la posibilidad de contar o tener que exigir al Estado sus propios derechos sociales como serían la educación, los derechos laborales o la jubilación, entre otros.

En lo que han expresado los migrantes en las entrevistas puede observarse una especie de ambivalencia respecto del derecho a la salud, ya que si bien señalan que tienen derecho a una atención en salud adecuada y de calidad, aún prevalece la idea de que dichos servicios son una concesión del Estado y que éste sólo está obligado a brindar aquello que esté dentro de las capacidades instaladas en la institución a la que se acudió. Asimismo, es necesario profundizar en la evaluación de la afirmación respecto a que los servicios de salud en México estén brindando una atención de mayor calidad.

Lo anterior puede deberse a una relativa fortaleza del sistema de salud en este país en relación con las condiciones de la atención pública en salud en los países centroamericanos. En todo caso, la afirmación o suposición de que los servicios de salud se brindan con mayor calidad en un país con respecto de otro debe ser evaluada no sólo de manera comparativa sino, sobre todo, respecto del cabal cumplimiento del derecho a la salud.

3.9 A manera de balance

A partir de las entrevistas constatamos que el servicio público de salud en Chiapas no proporciona lo necesario para que las personas, tanto nacionales como extranjeras, tengan asegurada su salud de manera íntegra. Las instituciones de salud en sus diferentes vertientes y niveles de atención están desvinculadas entre ellas y de otras instituciones encargadas de brindar atención y protección a los migrantes como los consulados. Existen dificultades para operar y cubrir todos los servicios debido a la carencia de insumos, personal médico e infraestructura en clínicas y hospitales. Las instituciones médicas fronterizas a las que puede acceder la persona migrante atienden a una población más numerosa de la que pueden soportar en relación con la cantidad de sus recursos disponibles; esta población está distribuida en una región geográfica amplia donde, en la práctica, no existen otras alternativas para la asistencia médica. También la persona migrante vive en condiciones de marginalidad y pobreza lo cual, en el contexto del sistema de salud nacional, la coloca en una posición de desventaja al restringirle de entrada varios de los servicios médicos con los que sí cuentan las instituciones privadas o de seguridad social.

La condición de indocumentado influye de manera negativa en la atención a la salud que se le brinda a la población migrante; las mujeres sufren una mayor vulneración de sus derechos pues se les ha impuesto un estigma relacionado al comercio sexual lo que “justifica” poder ser tratadas con desprecio y recelo por parte de servidores de la salud.

La población indígena migrante está constantemente expuesta a la discriminación por su pertenencia a un grupo étnico, la falta

de entendimiento derivado de las diferencias de idioma, etcétera. A partir de un número importante de entrevistas a los prestadores de los servicios de salud, se asume que esta población tiene condiciones precarias de salud dado el contexto de pobreza en el que se desarrollan sin profundizar en las causas estructurales que la provocan. La población indígena migrante tiene un panorama aún más desalentador en el acceso al derecho a la salud que es increíblemente parecido al que vive la población indígena en Chiapas y todo México.

Si bien se ha procurado capacitar a una parte del personal de salud, mediante algunos programas a nivel estatal, en el tema de no discriminación y respeto al derecho a la salud de los migrantes, los servidores públicos de salud carecen de herramientas que les permitan brindar un servicio de calidad en el contexto de intensa migración, multiculturalidad y violencia que se muestra en la frontera. De igual forma, en la mayoría de las instituciones se carece de protocolos de atención y de personal capacitado para dar un servicio responsable y sensible a las personas que atraviesan una situación traumática como es el caso de muchos migrantes y, en especial de las mujeres.

Algunas iniciativas para la atención a la salud de los migrantes, como la Cartilla de Salud del Migrante y los lineamientos que permiten a los migrantes acceder al Seguro Popular durante 90 días, quedan aisladas o como meros mecanismos de contención que no logran hacer frente a la problemática más compleja de la Frontera Sur de México. La falta de una política pública seria, bien planeada y dirigida a asegurar el derecho salud de las personas se observa en el desinterés que existe por conocer quiénes son los usuarios de los servicios de salud; por ejemplo, no se cuenta con registros institucionales del número de migrantes que son atendidos en los diferentes centros, ni de sus padecimientos y particularidades. En tanto las instituciones no consideren a la totalidad de la población que demanda los servicios de salud, incluyendo a la población migrante, no será posible avanzar en el abastecimiento de los materiales, infraestructura y personal

necesario para cubrir la amplia demanda. En este reconocimiento debe considerarse las necesidades tanto de la población local como de la población migrante ya establecida o en tránsito.

Resulta necesario documentar de manera más amplia las dificultades que enfrentan las y los migrantes para acceder a los servicios de salud en México, así como sus problemáticas particulares en tanto que se trata de una población diversa en identidades y condiciones. Los requerimientos para acceder a un servicio de salud completo y de calidad adquieren matices distintos entre hombres y mujeres, grupos de edad, condición social, origen, cultura y lengua, así como según la condición migratoria de tránsito, de destino o de origen. Es de suma importancia contar con mayor información sobre cómo se vive el acceso a la salud desde estas diferentes posiciones para poder avanzar en la construcción de un sistema de salud con instituciones preparadas para afrontar esta complejidad.

Anexo 3.1: Claves de interpretación del Mapa 3.2
Servicios de salud en corredores migratorios en Chiapas

Punto	Institución	Ubicación	Nombre del servicio
1	Secretaría Salud (SS)	Tapachula	Hospital General Tapachula
2	SS	Tapachula	Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud
3	SS	Arriaga	Hospital General Juárez Arriaga
4	Estatad	San Cristóbal de las Casas	Clínica Hospital San Cristóbal
5	SS	San Cristóbal de las Casas	Hospital de las Culturas S.C.L.C.
6	SS	Comitán	Hospital General M. Ignacia Gandulfo
7	SS	Pijijiapan	H.B.C. Dr. Rafael Alfaro
8	SS	Palenque	Hospital General Palenque
9	SS	Ocosingo	H.B.C. de Ocosingo
10	IMSS-Oportunidades	Ocosingo	Ocosingo
11	SS	Escuintla	Centro de Salud con Hospitalización
12	SS	Motozintla	Motozintla
13	IMSS-Oportunidades	Motozintla	Motozintla
14	SS	Belisario Domínguez	Belisario Domínguez

15	SS	Huixtla	Hospital General Huixtla
16	IMSS-Oportunidades	Benemérito de las Américas	Benemérito de las Américas
17	IMSS-Oportunidades	Ocozacoautla	Ocozacoautla
18	SS	Tuxtla Gutiérrez	Hospital Regional Rafael P. Gamboa
19	SS	Frontera Comalapa	H.B.C. de Frontera Comalapa
20	SS	Salto de Agua	Salto de Agua
21	IMSS-Oportunidades	Altamirano	Altamirano
22	IMSS-Oportunidades		Unidad Móvil de Atención a Migrantes
23	IMSS-Oportunidades		Unidad Móvil de Atención a Migrantes

4. Casos emblemáticos de violación del derecho a la salud de migrantes y población transfronteriza

Como un componente medular de esta investigación, se realizó la documentación de casos emblemáticos de violación del derecho a la salud de migrantes y población transfronteriza; este ejercicio permitió que permite la articulación de la sociedad civil y la población migrante para dar cuenta de la problemática que se vive en el estado de Chiapas.

Los testimonios son una fuente de información que servirá para evidenciar las carencias y los fallos del sistema de salud en aras de generar recomendaciones específicas e iniciativas articuladas que permitan, mediante la experiencia de organizaciones civiles, de defensoras/es de derechos humanos y del gobierno incrementar la calidad de los servicios de atención a la salud de poblaciones migrantes y garantizar así el acceso a éste y otros derechos sociales interdependientes.

Este ejercicio de documentación también quiere llamar la atención sobre la necesidad de realizar un trabajo sistemático de contraloría y monitoreo social de los programas de salud en la región; es decir, una participación activa de las poblaciones transfronterizas en la gestión de la salud pública. Se documentaron seis casos emblemáticos de violación al derecho al acceso a la salud de

personas migrantes: dos en Palenque del Corredor Selva-Usumacinta, tres en Tapachula del Corredor Pacífico y uno en Frontera Comalapa del Corredor Central.

Vale la pena aclarar que la documentación de casos de negligencias médicas por parte de instituciones públicas no pretende invisibilizar las múltiples acciones solidarias de la población local hacia las personas migrantes en su tránsito por los estados del sur y de todo el territorio nacional. Aunque destacan y tienen reconocimiento internacional experiencias como las de Las Patronas en la comunidad de Guadalupe, en el municipio de Amatlán de los Reyes, Veracruz, y el trabajo permanente de las iglesias y comunidades parroquiales que sostienen albergues, refugios y casas para migrantes a lo largo del recorrido de La Bestia, muchas otras prácticas de hospitalidad doméstica y comunitaria tienen un carácter anónimo.

4.1 José Marcos Ordóñez Aguilera

Edad: 22 años. Lugar de origen: Olancho, Honduras. Lugar de la entrevista: Hospital de Palenque. Documentos: Copia del expediente del Hospital General de Palenque y carnet de consulta.

El entrevistado llevaba dos meses trabajando en Palenque como soldador. Una noche fue asaltado en la calle y lo golpearon en la cabeza con una piedra. Acudió al Hospital General de Palenque donde fue atendido de manera inmediata para curar la herida. Sin embargo, unos días después perdió la vista por lo que fue ingresado nuevamente. Al reingresar al hospital le fue realizada una tomografía, pero, como requería de una valoración por parte de las especialidades de oftalmología y neurocirugía, tuvo que ser trasladado por el Grupo Beta a un hospital de tercer nivel en la ciudad de Villahermosa, Tabasco. Ahí le diagnosticaron neuritis y le asignaron tratamiento médico.

Posteriormente, fue regresado al Hospital General de Palenque para seguimiento y observación. A los siete días se le dio de alta por presentar “mejoría estable”, pero por ser extranjero optaron por

dejarlo hospitalizado. Al momento de la entrevista, José Marcos tenía diez días de estar internado y no había recuperado la vista. Una de las dificultades para el hospital fue asegurar el medicamento que requería (gotas para los ojos), tampoco contaba con el apoyo de un familiar que estuviera al pendiente. Según las enfermeras, el paciente no tenía gotas porque “¿quién lo apadrinaba?”. El hospital brindó auxilio a Marcos en su situación de emergencia, priorizando salvar su vida; sin embargo, no tuvo la voluntad ni la capacidad de proveerle una rehabilitación completa. Una organización religiosa local conoció su caso y brindó apoyo para trasladarlo e ingresarlo a un hospital de religiosas con especialidad en oftalmología en el estado de Yucatán. No se tiene información del estado actual de Marcos.

Testimonio:

La meta mía era poder llegar a trabajar un tiempo, poder llegar a hacer algo y regresarme a mi país a trabajar. Lo primero que quería construir era mi casa, o bueno, poner algún negocio por ahí... me gusta si me ponen a construir, así puerta, balcones, eso todo hago.

Pues salí de mi trabajo, salí un poco tarde como a las ocho y media, entonces estaba esperando mi quincena, que me pagaran. Entonces como a las nueve, ya faltaba poco para las diez de la noche, decidí irme ahí por el mercado que le dicen, pues por ahí seguí y en eso me salieron como cuatro o cinco personas así... como eso fue de repente me agarraron, me dieron con una piedra creo que más grande que mi mano, me dieron aquí en la cabeza. Cuando me dieron el golpe me caí al suelo y cuando caí al suelo me pusieron la mano para atrás, y me pusieron la cara contra el piso pues y me apretaron la cabeza y me golpearon y me agarraron a patadas, como se dice a patadas y entonces ya me hicieron, me quitaron una camisa que andaba y me quitaron mi cartera y andaba mi dinero ahí me lo quitaron, ya mis papeles ya me los quitaron, ahí me golpearon más. Como al ratito, como a las diez y quince minutos ya me levanté del suelo; me miré que tenía demasiada sangre, sentía algo caliente aquí y bueno ese día lo dejé. Ya el siguiente día ya vine aquí al hospital.

Me revisó una señora y me sentía normal, con pequeños golpes, hasta a la enfermera le pregunté que si era grande porque realmente yo no sentía que tenía un hoyo, pero grande pues; pero gracias a dios no, “sólo fue pequeño”, me dijo la enfermera.

Al otro día me fui donde la iglesia para esperar al padre y pedirle ayuda pues ya no tenía nada, entonces comencé a ver que todo se hacía de noche, ya nomás veía sombras y hasta pensé que era de noche, pero no, más bien ya no podía ver.

Ayer me llevaron al hospital de Villahermosa. Sólo me hicieron preguntas: qué era lo que me había pasado, qué era lo que sentía, que cuánto tiempo tenía que me habían golpeado y eso. Ya de ahí empezaron a escribir ellos y al ratito me enviaron de regreso a Palenque. La primera vez sí me los revisaron los ojos, me tomaron una radiografía; creo que en esa radiografía salí bien, quién sabe qué paso después... Esto que me pasó —digo yo— fue por mi golpe, nunca me había pasado pues y fue de la noche a la mañana.

Aquí en el hospital de Palenque me siento bien, aquí lo tratan bien a uno, no me quejo de nada, la enfermera, enfermero, lo máximo conmigo, cuando necesito el baño ellos me llevan. A veces hasta decido intentar caminar solo, me reclaman por eso pues, se portan bien.

El testimonio de Marcos revela las dificultades que enfrentan no sólo las personas migrantes, sino también la población que es víctima de robos y otros delitos con violencia. La insuficiencia de personal médico especializado, infraestructura y medicamentos para un tratamiento adecuado de pacientes, es una constante que sufre la población local, transfronteriza y migrante y es una de las causas de agravamiento de padecimientos y desenlaces dramáticos.

También es posible reconocer en los testimonios de los migrantes valoraciones que contrastan entre tratos degradantes por parte del personal médico, por un lado, y formas de atención sensibles y cordiales, por el otro. “Aquí lo tratan bien a uno, no me quejo de nada”, manifiesta que las relaciones y prácticas humanizadas pueden generalizarse en los servicios de salud pública tanto a migrantes como no migrantes.

Desde la perspectiva de las organizaciones civiles y de derechos humanos, el aumento de delitos cometidos contra migrantes es uno de los efectos del Plan Frontera Sur. Informes civiles e investigaciones periodísticas señalan que puede observarse y cuantificarse un aumento de riesgos e inseguridad para migrantes, quienes se ven forzados a internarse por nuevas y peligrosas rutas a lo largo de los corredores de transmigración. Se trata de rutas y lugares donde el control de grupos del crimen organizado es creciente, muchas veces en colusión con autoridades gubernamentales de los tres órdenes. En este mismo sentido, las personas migrantes denunciaron ante albergues y centros de derechos humanos el aumento de delitos cometidos en su contra y de abusos por parte de autoridades. Las procuradurías de justicia de los cuatro estados en los que opera el Plan Frontera Sur informaron un aumento de 4.7% en la comisión de delitos entre julio del 2014 y abril de 2015. El aumento de robos y otros delitos con violencia hacia migrantes en el estado de Oaxaca es en especial preocupante. En el caso de Chiapas, tras la presentación del Programa Frontera Sur, “los asaltos y robos en la entidad aumentaron 246% y 61%, respectivamente, ya que se pasó de 15 asaltos en el periodo que va de julio 2013 a abril 2014, a 52 en el mismo periodo un año después; mientras tanto los robos subieron de 55 a 89”.²⁰

4.2 Jorge Elizandro Álvarez González

Edad: 55 años. Lugar de origen: Capital de Guatemala. Lugar de la entrevista: Tapachula.

Jorge Elizandro tuvo una lesión en el pie cuando trabajaba limpiando el terreno de una granja de gallinas del municipio de

20 Véase el artículo de *Animal Político* (7 de julio de 2015) “Plan Frontera Sur prometía proteger a migrantes; un año después, robos se disparan 81% en estados del sur”, en: http://www.animalpolitico.com/2015/07/plan-frontera-sur-prometia-protger-a-migrantes-un-ano-despues-robos-se-disparan-81-en-estados-delsur/?utm_source=Hoy+en+Animal&utm_campaign=59254541ae-ga&utm_medium=email&utm_term=0_ae638a5d34-59254541ae-392950997.

Arriaga. Actualmente, se recupera de su lesión en Tapachula, en el albergue Jesús el Buen Pastor del Pobre y el Migrante.

Testimonio:

Tengo 39 años de vivir en México, pero así tuviera un siglo de vivir en México no soy mexicano legalmente. Y ahora con esta situación no me había pasado; nunca había visitado un hospital ni un albergue ni nada en México. Esto me pasó en Arriaga, dicen que una tarántula me orinó y me quitaron toda la parte de abajo del pie... El médico me dijo: “No se vaya a asustar, pero a usted no fue un alacrán lo que le hizo esto, a usted una tarántula lo orinó y debajo de esa piel blanca que se quitó ya tiene piel muerta, ya tiene carne muerta y eso provoca gangrena; se va para su granjita pero nosotros no nos hacemos responsables de lo que pueda pasarle al pie. Lo que vamos a hacer si sigue avanzando (es que) se lo vamos a cortar”. “O quédese aquí” –me dice–, “aquí se le va a hacer lo que se pueda por salvarle el pie”. Bueno, que dios los bendiga porque hicieron lo que pudieron. Me atendió el doctor en el hospital de Arriaga, vinieron y me pusieron una aquí, otra aquí y otra aquí abajo, la supuesta anestesia que no me agarró. Y ellos se dieron cuenta que no agarró, que el pie estaba vivo todavía y así me operaron; me metieron bisturí y yo pegando de gritos. Al otro día, sólo tenía la parte de aquí y la parte de atrás. La primera operación que me hicieron, me la hicieron al rojo vivo, no hubo anestesia ni nada. Como digo, no son culpable ellos, el mismo médico me dijo eso, “se alteró y a la hora de alterarse sus nervios no afectaron la anestesia”, bueno *pus* ya pasó.

Los médicos no hallaban qué hacer, no había una persona que estuviera a cargo y al final de cuentas me dijeron “se va a tener que ir”. En el hospital les di datos pero con mi nombre de allá, entonces me dijeron: “si para mañana no viene nadie, no lo podemos sacar así a la calle pero vamos a ver qué hacemos”. Y sí, ese día llegó el señor éste [el encargado de la granja donde estuvo trabajando], ya le dije, mire [que] él sí sabe que yo soy guatemalteco, ya le dije “oiga... ¿y no será que de parte de la iglesia, ustedes me pudieran conseguir una ayuda para que yo me regresara a mi tierra, a Guatemala?, porque la verdad aquí no encuentro yo solución para mi pie, ya me lo cortaron prácticamente todo y me dan un año

para reponerme”. “No” –me dice que es de la embajada– “nosotros no podemos hacer nada”.

Pues sí me dieron de alta, me sacaron del hospital, me llevó el padre que le digo, me subieron al carro de él y me fueron a tirar al albergue de Arriaga y ahí me dejaron, me dijeron, no, que mañana tempranito ahí estamos. No llegaron y yo muriéndome de calentura. Vino el encargado que se llama don Carlos y me dijo: “¿sabe qué don Jorge?, si quiere tramitamos su traslado para Tapachula, ahí hay un buen albergue, es para usted que está lesionado”. Pero él no había visto la herida; se la mostré, donde lo vio se echó para atrás. “Se lo volaron” –me dijo–, “el puro hueso tiene ya por debajo, urge su traslado porque aquí gangrena le va a caer”. Y sí, como a la media hora el Grupo Beta estaba ahí ya listos. Yo dije “imis cosas!”. “No, ahí deje sus cosas, orita lo que interesa es su pie”. Pos ya me trajeron para acá [al albergue para migrantes en Tapachula]. Y aquí ya me atendieron muy bien, me llevaron al hospital y ya el médico me dijo que mi pie estaba bien; sólo me hicieron curaciones, me dijeron que estaba bien, me dijeron que cualquier problema que tenga o que sienta que vaya aumentando el dolor, “nosotros aquí lo corregimos”, y gracias a Dios pues aquí estoy. Comprendí de que andar ilegal aquí en México no es correcto, pero dice uno yo voy a reclamar mis derechos así como emigrante, y cuando uno empieza a perder sus derechos es al entrar en México ilegalmente. Tenemos derechos pero ya recortados, no es como llegar y decir “mire, aquí está mi pasaporte, aquí está mi visa”.

Cuando la precariedad de la infraestructura y del equipamiento en los servicios de atención a la salud y la insuficiencia de personal se combinan con negligencias médicas y un trato deshumanizado, los pacientes enfrentan situaciones críticas como la que vivió Jorge Elizandro en el Hospital de Arriaga, y que pudo costarle la amputación de su pie.

En algunos de los casos documentados de migrantes que enfrentan situaciones críticas y requieren acceder a servicios de salud, contrasta la atención recibida por parte del personal de instituciones públicas con la brindada por asociaciones civiles y religio-

sas que los apoyan solidariamente. También puede notarse que la condición irregular de las personas migrantes juega negativa o positivamente en su acceso a servicios de salud pública. En algunos casos, como en el de Jorge Elizandro, puede ser causa de maltrato o de una atención deficiente y, simultáneamente, factor para una atención adecuada. Uno de los factores que explica esta ambivalencia en el trato y la atención puede ser la mediación de personas o asociaciones civiles o religiosas, que actúan como testigos y denunciadores potenciales de violaciones del derecho a la salud. El temor a exponerse y evidenciarse ante la mirada internacional o la opinión pública nacional puede favorecer el cumplimiento del acceso universal al derecho a la salud para personas migrantes y no migrantes. En este sentido, otras condiciones de las personas –no vinculadas a la movilidad o la nacionalidad– son factores de discriminación e inaccesibilidad a servicios y derechos. En la región transfronteriza de Guatemala y México, la condición étnica o las identidades sexuales y de género, profundizan la inaccesibilidad de las personas a este derecho fundamental. Por tanto, la población mexicana indígena o guatemalteca padece la violación del derecho a la salud, en dimensión igual o mayor a las poblaciones en tránsito por la frontera entre ambos países.

4.3 Rodolfo Rojas Turcios

Edad: no precisada, alrededor de 50 años. Lugar de origen: Tela, departamento de Atlántida, Honduras. Lugar de la entrevista: Tapachula.

Don Rodolfo sufrió un accidente en la ciudad de Tapachula. Al cruzar una avenida, lo atropelló un automóvil ocasionándole tres fracturas en el pie. Fue internado para realizarle una operación y, cuando cumplió el mes en el hospital, le dijeron que aunque no lo habían operado ya no podía estar internado, pues se ocupaba la cama para la atención de otros pacientes. Fue entonces cuando el personal del albergue Jesús el Buen Pastor del Pobre y el Migrante le brindó apoyo dándole un lugar de estancia y gestionando alter-

nativas para su atención. En una visita de la Cruz Roja Nacional al albergue, don Rodolfo preguntó por la posibilidad de contar con ayuda de la institución. Aunque el personal de la Cruz Roja le respondió que no tenían información por ser de la Cruz Roja local, le brindaron el contacto de una persona de la Cruz Roja Internacional.

Al día siguiente, miembros de la Cruz Roja Internacional lo llevaron a la clínica de salud donde le tomaron una radiografía para actualizar el diagnóstico de las fracturas. Se complicó la situación pues la nueva radiografía mostró que eran tres y no dos las fracturas según mostraba la primera placa.

Don Rodolfo volvió a ser trasladado al albergue de Jesús el Buen Pastor, donde su directora –la señora Olga Sánchez– le dijo que solicitaría el presupuesto faltante para realizar la operación de su pierna. Personal del albergue lo llevó a una clínica particular; el médico evaluó y consideró que era urgente la intervención quirúrgica para no agravar más la lesión. La señora Olga decidió llevar a don Rodolfo de nueva cuenta al hospital, donde tuvo que pasar la noche en silla de ruedas por la falta de camas. Al día siguiente un doctor, que no lo había atendido antes, ordenó una nueva evaluación y la programación de una cita en el área de traumatología. Después regresó al albergue.

Por recomendación de alguien, don Rodolfo habló en una ocasión con el director del hospital para demandar su atención y apeló a las disposiciones de la ley. Con este precedente, el doctor ordenó que don Rodolfo fuera internado. Pasó varias semanas en el hospital, mientras tanto estuvo en trámite una solicitud de visa humanitaria.

Sin embargo, por problemas de presión arterial alta, don Rodolfo no pudo ser operado. Le asignaron de inmediato un cardiólogo, quien le recetó medicamento para la presión. Debido al desabasto de medicamentos en el hospital, las medicinas fueron adquiridas por la señora Olga. Después de una semana, el tratamiento no había tenido efecto. Una doctora retomó el caso y recetó un medicamento disponible en el hospital. Este último sí surtió efecto.

Actualmente, don Rodolfo se recupera de su lesión y acude periódicamente al hospital para el seguimiento y evaluación de su operación.

Testimonio:

De ahí me llevaron al hospital y resulta de que cuando estaba en el hospital, que una radiografía y me sacaron el presupuesto a los dos días; que sí me podían operar pero que necesitaba tanto dinero. Yo no tenía dinero, entonces hablaron al trabajo social y el trabajo social me dijo: “bueno, aquí en Tapachula hay una señora que ayuda a los emigrantes, se llama Olga”, –me dicen–. “Vamos a hablar con ella a ver si te puede ayudar”. Y sí; habló con ella y la señora no dilató mucho, me dijo: “no te preocupes, yo te voy a ayudar”. Fue a hablar con el doctor y todo. “Yo te voy a venir a ver”, –me dijo–. Llegó a los siguientes días y me dijo: “ya te conseguí un apoyo de la Cruz Roja Internacional, va a tardar un poco la ayuda” –dijo–. Pasó cuatro días cuando veo llegar a la Cruz Roja con una muchacha y un señor. Me le acercó y me dice: “mira, tienes suerte; esa es la licenciada del DF. Estamos viendo lo de una prótesis pero ahorita va a hablar contigo”. Yo me esperé y cuando terminaron le salgo al encuentro y la licenciada se me queda viendo. “Yo soy Rodolfo Rojas Turcio”. “Ah”, –dice–; “¿ya lo operaron?”, Yo me quedé sorprendido. “No”, –dije–. “Yo hace 12 días giré el cheque”. Todos se quedaron sorprendidos. “Mañana vienes por él y tú te encargas”, le dijo al chofer. Y vino la Cruz Roja ese día y me llevaron al hospital. Llevaba todos los papeles que me habían dado en el hospital. Duró como una hora ahí dentro y yo con los papeles. Dice: “mira, no te vamos a operar aquí porque el hospital dice que es mucho tiempo y no sé qué problemas hay, pero te van a operar en otro hospital que se llama clínica de salud rumbo a Puerto Madero. Está mejor”, –dijo–, “porque es un hospital mejor, ése es puro de especialidades”.

O sea, que las radiografías que me hicieron en este hospital hubo un error ahí. Entonces resulta que el presupuesto no me ajustó; el cheque no me ajustaba porque este tipo de material que ellos iban a comprar ya no les servía porque las tres fracturas eran ahí mismo. Ya era otro tipo de material y entonces ya subió de precio.

De repente, un día me dicen “alístate, vámonos al hospital”. Ya era

la tercera vez que me ingresaban al hospital y al siguiente día igual ya me iban a echar pa’fuera. El que me habían asignado, [me dijo] “no, pues que no lo podemos atender, le vamos a dar de alta”. Estaba la trabajadora social [que] lo oyó. “No”, –dice–, “no lo pueden dar de alta porque él entró por el director del hospital”.

Había pasado el tiempo, yo ya había estado un mes antes en el hospital cuando el accidente. Y ya había pasado una semana, dos semanas y yo miraba que a los de mi cuarto los operaban. Platica uno con los amigos, pues que el Seguro Popular me va cubrir todos los gastos, y a mí no, y a mí no, y a mí no... Pasó el mes en el hospital y sin atenderme. No, esto ya va a pasar lo mismo, –como quien dice–; me empecé yo a desesperar y empecé a hablar a trabajo social y a doña Olga, que hizo todo lo que pudo, movió aquí y allá. Yo ya estaba desesperado.

La señora Olga me dijo: “no te creas que yo te vine a tirar aquí como a un perro, no te creas que me he olvidado de ti, y te prometo que te van a operar”. Me adivinó que yo le iba decir que no creía en ella, porque yo casi casi le digo, porque ya es mucho tiempo, le iba a decir, porque ya es un mes más cuarenta y cinco día y no me hacen nada. “Ten paciencia”, –me dijo– me abrazó y me dijo: “tranquilo”.

Finalmente, con la ayuda de la señora Olga, consiguió la visa humanitaria y tres días después el Seguro Popular pudo cubrir los costos de la operación.

Don Rodolfo sigue compartiendo su testimonio:

Entonces, llegó en la mañana un día una señora, y me dijo “¿te llamas tú así y así?”. “Sí”. Recibí una llamada y me dijo, “¿es cierto que tú... esto y esto?” Sabía todo. Se fue pa’arriba; ya se viene con el subdirector. Me lo trajo aquí; me hizo unas preguntas ahí. Me dijo: “mira, el martes te van a operar, como en cinco días más”.

Pasaron unos ocho días, yo trataba de estar tranquilo, la doctora me iba a ver y ya miraba yo que iba bajando, llega y me dice: “¿ya estás listo para que te operen?”. Yo todo lo tenía apuntado en la Biblia, la fecha y todo. Como a las cinco o seis ya llegaron las otras doctoras. “En tres días más te van a operar”, –me dicen–. Y ya me llevaron a la sala de operación y me operaron. Me operaron el

17 de junio, entré al hospital en mayo 6, estuve casi dos meses y un mes que había estado, tres meses. Febrero, marzo, abril, mayo, cuatro meses después del accidente. Pero fue difícil pues, porque si el hospital no hubiera cometido el error de la radiografía de que eran dos quebraduras y me lo hubieran tomado bien, yo no estaría aquí platicando con usted.

[...] que tengan un poquito más de control porque si eso me pasó a mí, a otras personas les puede pasar. Que tengan más control en la atención, que las autoridades de arriba se preocuparan por eso, lo que es difícil. Bien duro para mí lo que me pasó en el hospital porque yo envié los papeles y no sé el motivo porque no me operaban. Los derechos humanos tuvieron que ver mucho...

El caso de don Rodolfo es emblemático de problemas que no son privativos de la población migrante. Los diagnósticos errados, los tratos diferenciados y la burocracia que imperan en las instituciones públicas de salud y entre un porcentaje importante del personal que ahí labora, afecta también a la población mexicana pobre a lo largo y ancho del país y no sólo en la frontera sur. Como en el caso de Jorge Elizandro, la atención cambió sustancialmente para don Rodolfo cuando intervino algún representante de asociaciones humanitarias internacionales o nacionales. “Los derechos humanos tuvieron que ver mucho”, concluye don Rodolfo para explicar cómo pudo revertirse la desatención inicial que lo mantuvo durante mes y medio sin ser intervenido.

4.4 Kenia Carolina Suasa Martínez

Edad: 28 años. Lugar de origen: La Libertad, Honduras. Lugar de la entrevista: Tapachula.

Kenia Carolina es un caso paradigmático de la falta de servicios integrales a la salud y de cómo la salud mental y emocional no es una prioridad para el sistema de salud; incluso, en muchos casos es concebida como un lujo. En septiembre de 2014, Kenia junto con su esposo e hija de cuatro años realizaban la odisea migratoria hacia Estado Unidos. Deciden entrar por la frontera de El Ceibo

en el municipio de Tenosique, Tabasco, y dirigirse a la ciudad de Palenque para subir al tren con dirección a Veracruz.

En Tabasco, un pastor evangélico decide apoyarlos llevándolos en su carro hasta Palenque, diciendo que eran feligreses de su iglesia y que realizarían algunas actividades en dicha ciudad. En el tramo carretero Playas de Catazajá-Palenque sufren un fuerte accidente automovilístico en el que varias personas pierden la vida, incluidos su esposo y su hija; al ver los cuerpos de su familia, Kenia pierde la razón. Este hecho traumático y los eventos posteriores desataron un serio trastorno emocional mental en Kenia.

Extrañamente, Kenia es trasladada por el Grupo Beta-INM de la ciudad de Palenque hacia Tapachula. Al parecer, este movimiento tuvo que ver con irregularidades por parte de la Secretaría de Seguridad Pública del estado en la integración de la investigación del accidente, pues un funcionario de dicha dependencia estuvo directamente involucrado, razón por la cual aceleraron el traslado de Kenia a Tapachula y evitaron que presentara su denuncia. Durante la entrevista, Kenia no tiene una idea clara de lo ocurrido, en momentos expresa angustia y ansiedad por saber dónde se encuentran su esposo e hija. El recuerdo de cómo tomó entre sus brazos a su hija que ya no respiraba, y cómo fue cubierta después con una sábana blanca están presentes de manera permanente en la conversación.

Sin importar los costos físicos y emocionales del accidente sufrido, ni mucho menos el estrés y las tensiones propias de toda experiencia de movilidad o “duelo migratorio” (Achotegui, 2004), Kenia fue trasladada a Tapachula, lugar donde no recibió atención de especialistas en salud mental.

Testimonio:

Tuvo un accidente mi bebé, no sé absolutamente nada de mi bebé, tiene cuatro añitos. Mi esposo me dijo: “Vamos Kenia a hacer un mandado”. Él fue con mi niña, estaba yo en el orfanato con mi nena, él me dijo voy a cuidar la niña. Se llama Jorge Luis. Salieron los dos pero yo quedé sólo llorando y pensando. Yo quiero saber algo de internet para ver dónde está mi niña, no conozco aquí, no

tengo un familiar que responda y me pueda ayudar. Cuando aquí me trajeron fue un Grupo Beta. Yo tengo mi mami y mi familia en Honduras, ellos no saben que yo estoy aquí, cómo aparecí aquí. Yo paso sólo con dolor acá, por el accidente porque fue por volcamiento, yo no sé nada, yo estaba con mi niña internada, él salió y me dijo: “Mira que hubo un accidente”, pero lo extraño que yo no vi cómo. Cuando hay muertos se mira la gente que viene o va a velar, los acuestan en mesas. Yo quedé con eso, yo estoy pensando, me duele la cabeza, todas en el cuarto están durmiendo y a veces se levantan porque yo lloro toda la noche. Dicen que en el accidente fallecieron los dos, mi niña y él, pero yo lo estoy declarando que ellos no han fallecido.

El muchacho no me dijo que no habían fallecido o algo así, sólo me dijo que había un accidente y me mencionó algo de mi niña.

A saber qué le estará pasando a mi niña, saber dónde estará, cómo la estarán cuidando, cómo estará sufriendo, todo eso se me viene a mi cabeza, ¿cómo estará, ya comería?, a veces me acuesto, pienso, ¿me le pegarían a la niña? Yo no declaro que ellos estaban muertos, en nombre de Jesús en tus manos está que a ellos no les ha pasado nada, que ellos están bien, tú lo guardes y lo protejas mi bebé.

Voy a llevar la niña, cuida mi niña, y se fueron y yo lejos. Bueno y me salen de que habían tenido un accidente. La verdad no supe quién me trajo para aquí, otro país, otro internado. A mí me han dicho que es raro que yo aparecí aquí, se me pega un dolor aquí como pellizcos.

La tristeza profunda, la desorientación y la dificultad de Kenia para concentrarse son algunos de los síntomas de una crisis de salud mental no superada hasta ese momento. La situación tan dramática que vivió Kenia requería de la intervención y el apoyo inmediato no sólo de profesionales de la psicología médica, sino de quienes estuvieron implicados de diversa manera en la atención de su caso. El trastorno de estrés postraumático que pueden padecer personas migrantes, que como Kenia, han vivido situaciones tan difíciles como accidentes graves y otras desgracias en los cruces fronterizos y a lo largo de las travesías migratorias, requiere de

tratamientos psicológicos o psiquiátricos especializados que generalmente son inaccesibles.

Los sistemas de salud y de asistencia pública no consideran los duelos ni las situaciones prolongadas de estrés que se viven en el proceso migratorio; sobre todo, cuando éstas se producen en condiciones extremas como las que caracterizan la frontera entre Centroamérica y México. El desconocimiento, la insensibilidad y el racismo de una parte importante de funcionarios de instituciones vinculadas con la migración dificultan la incorporación de un enfoque psicosocial en la atención a migrantes.

La intervención, en casos como el sufrido por Kenia, no sólo debe implicar a psicólogos médicos, sino de manera general a todo el personal que se vincula con quienes han vivido situaciones críticas y presentan la sintomatología del llamado Síndrome de Ulises (Achotegui, 2004 y 2009).

4.5 Martina Tomás Ventura

Edad: 43 años. Lugar de Origen: Rosario Alaguna Sichivile, departamento de San Marcos, Guatemala. Lugar de entrevista: Frontera Comalapa.

Radicaba en Frontera Comalapa con su pareja de origen mexicano y sus hijos, todos ellos nacidos en México. Seis años atrás le diagnosticaron cáncer; sin embargo, debido a su condición de pobreza y a su estatus migratorio, no tuvo una atención médica de calidad. Al no contar con el apoyo de las instancias de salud en la detección temprana y un tratamiento acorde a su padecimiento con medicamentos suficientes, la enfermedad cortó su vida el 6 de agosto de 2014, a las 12:15 del mediodía. Los últimos días de vida, la señora Martina Tomás los pasó en condiciones inhumanas y bastante precarias: sin medicamento adecuado, sin atención médica, postrada en el piso, en un lugar carente de higiene y sin el debido apoyo consular de Guatemala.

4.6 Anónimo-mujer de Honduras

Edad: 40 años. Lugar de Origen: Honduras. Lugar de entrevista: Tapachula.

Éste es el caso de una mujer adulta que huye de la violencia en su país de origen y no tiene otra alternativa más que la de buscar resguardo en tierras mexicanas. Ella viene con un embarazo que hasta ese momento no presentaba riesgo alguno. Durante su estancia en México como solicitante de refugio, decide tratarse en el hospital regional de Tapachula, lugar donde por su condición migratoria y de nacionalidad sufre tratos discriminatorios y violencia obstétrica, productos de la confluencia de violencia institucional y de género. La asistencia médica inadecuada durante el parto en este lugar provocó la muerte del recién nacido. La mujer víctima de violencia obstétrica no recibió ningún tipo de explicación sobre las causas del deceso de su hija, ni tampoco fue consultada sobre la cremación de sus restos. Recibió los supuestos restos del recién nacido en cenizas, sin haberse asegurado de que en realidad era su criatura. A las malas decisiones médicas durante el parto se suman negligencias que estuvieron a punto de costarle la vida. Tras el parto mediante operación cesárea se desarrolló un proceso de septicemia causado por restos de material de curación que quedaron en su vientre.

El caso es llevado actualmente por un centro de derechos humanos en Tapachula que exige respuestas y justicia para esta mujer inmigrante en el sur de México.

Testimonio:

A raíz de que estuvimos en Comar,²¹ le enseñamos todas las pruebas que traíamos de Honduras, pruebas grandes por las cuales nosotros teníamos que salir de nuestro país. Comar nos empezó a dar que un mes, que vengan a firmar, la cosa es que éramos puntuales con todo, Comar se portó muy mal con nosotros.

Porque me veían embarazada fue que dijeron, le vamos a dar esto,

arroz, frijoles, pues eso nos ayudó. Iban pasando los días, mi barriga... Fuimos al hospital. Según el médico, que lo iba yo a tener, que si teníamos algún problema. Ya me quedó, pude ver que mi bebé estaba bien, un papel, algo... se quedó con el ultrasonido. "Váyase" —dice—, y cuando tenga algún problema, sangrado, voy a regresar; nos fuimos y nada, así como llegamos y nada. Ya llegamos a ese Centro, lo primero que nos dijo el director; le hicimos el comentario de que habíamos ido al hospital. "¿Y a dónde está?", —dice—, "¿dónde consta que ustedes vienen de allá, dónde está el ultrasonido? Ustedes pueden venir a decir cualquier cosa pero yo quiero saber si hay un bebé o algo". Entonces, yo no hallaba ni qué decir, el médico no me quiso dar nada. "Bueno, se tiene que hacer un ultrasonido", no me entendió. Nos tuvimos que regresar para la casa, el ultrasonido costaba 250. Fueron pasando los días, gracias al Señor, uno de mis hermanos se contactó conmigo, era bien difícil contactarnos con nuestra familia por ese problema... Con mi familia yo tragándomela, todo está bien en nuestra forma de decir las cosas. Gracias a dios me fui a hacer el ultrasonido, los pies, las manos, se me acalambraban. Las vitaminas, las pastillas, no lo tenían. La doctora ya cuando me checó me recomendó cuatro... toma la receta y empecé a sentir algo raro en mi estómago, ni picante ni nada, era un dolor horrible lo que me pegaba, me recomendó otra cuestión que costaba 200 pesos cada caja... Igual no nos atienden en la mañana, nos regresamos a la casa a que nos atiendan en la tarde, igual caminando con el sol, llegamos de nuevo. La doctora supuestamente ella era médico pero no me convenció mucho pues. Llegué con ella, lo primero que agachó su mirada hacia mis pies, las sandalias.

Estuvimos yendo, yo conseguí las pastillas. Una noche me dan ganas de ir al baño, me levanto normal, en lo que hago pipí; me regreso a la cama y siento como se revienta una bomba, un globo como le dicen y me veo así, ya había sangre. Faltaban como 20 para las 11 de la noche, llegamos, me atendieron, me pusieron en una camilla, empieza a salir otro poco de agua. Yo con mi suetercito cubierta, me decían que mi niña estaba sentada... Todos me quedaban viendo, los médicos nomás pasaban, "Ya señora". Los veía que se molestaban. "No sé qué quieres conmigo pero yo quie-

²¹ Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, dependencia de la Secretaría de Gobernación.

ro que salves a mi hija”. Recuerdo que yo agarre del cuello a uno de los médicos, que no había quirófano, que estaba ocupado. Ya cuando me senté ya mi sangre fue lo que les alarmó a ellos, porque ya mi sangre se estaba como encarnando, no sé. Yo no sé a dónde me llevaban pero en ese quirófano no. Recuerdo que me tenían que poner esa inyección que era la raquia, yo agarraba a la doctora, la abrazaba pero como que era mi mamá, era un dolor. Cuando ya pasó ese dolor, ellos ya me prepararon todo. Nace mi hija y no me la enseñan, yo les pregunto a ellos que me enseñen a mi hija, que qué pasa. “No, es que su hija nació grave con la respiración”. Y es que yo sin verla, no sé. La cosa es que yo no vi a mi hija en todo ese trayecto, me curaron todo, yo nunca me dormí, siempre con la ansiedad de que dijeran cómo estaba mi hija... Cuando ya me pasaron en la sala, mi esposo estaba esperando en el pasillo, él con su risa alegre porque ya había nacido su hija pero yo le dije que la iban a pasar a otra sala... Que le habían puesto medicamento, que el azúcar ya se le había nivelado, eran buenas noticias para nosotros. Fue bien raro porque supuestamente la doctora... y había sido un parto bien delicado... La cosa es que llega el médico como loco, que ya se pueden ir, la cosa que no nos quería ver en esa sala... Claro, cuando él la vio el sábado tenía un colorcito feo, yo venía llorando por verla tan pequeñita, ella pesó como uno y medio. Dice mi esposo que le tomaba su manita y ella también reaccionaba.. Ya yo llorando pero se salvó mi hija decía yo.

...Yo de tanto dolor no podía ni ir a ver a mi hija. El lunes todavía la vio. Ya era el martes, lo malo fue que no lo dejaron ver la niña. Empezaron a decirle que la niña había tenido un problema raro pero no sabían de dónde... No me dejaban levantarme, mi esposo cada vez que me iba a levantar se ponía a llorar porque yo era un dolor horrible, me hacía pipí parada porque no podía ni llegar al baño... Cuando yo fui a ver a mi hija cada niño tenía un cubículo, él se tenía que poner de espalda para ver a nuestra hija.

Me empezaron a quitar la venda, uf, estaba aquello que quería salir, que le agarró infección su herida. Tenían que ponerme medicamento para poder bajarme ese mal olor. Me lo pusieron, pasó todo esa noche. Una de las enfermeras cuando vino a ponerme el catéter me lo puso mal, pero uno no dice nada, uno se deja en el dolor

puyar y puyar, uno no dice nada. A las 10 fueron a enterrar a mi hija... Al día siguiente fueron a desayunar toditas y sólo dejaron a una, se acuerda de mí antes de irse en ese momento... entonces ella se fue, se tardaron tanto para desayunar que vino el médico, llegaron a las 10 de la mañana... tráigame el bisturí, tráigame el guante por favor que esta mujer se va a morir. Empezó a ponerse la bata, yo así nerviosa. Yo siento como que la herida la hizo así, empezó a salir un poco de agua pero sí lloré, grité como nunca había gritado, un hilo tan grueso y la herida tan... como estaba. Yo la agarraba bien fuerte y me decía, así tiene que estar, con la herida abierta. La doctora empezó a llegar, ya se me acerca, “ya la vinieron a limpiar” me dijo... De ahí me pasaron a otra sala, una de las enfermeras.

Las mujeres migrantes y refugiadas embarazadas que llegan a los hospitales públicos están en alto riesgo de ser maltratadas verbal o físicamente. Así lo evidencia el caso compartido por esta mujer hondureña. Su testimonio pone al descubierto un conjunto de situaciones que pueden sufrirse y agravarse por la condición étnica, etaria y de nacionalidad; el descuido y maltrato en la atención médica puede ocasionar la muerte de recién nacidas o de las madres, la indiferencia y negación ante solicitudes y reclamos de pacientes, la ironía, las burlas y la discriminación en el trato del personal, decisiones del personal médico que no son informadas ni consultadas con ellas ni sus familiares.

La violencia contra las mujeres es reconocida en el ámbito internacional, en cualquiera de sus modalidades, como una forma de discriminación que impide el goce de derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres en igualdad de condiciones que los hombres. El caso de la mujer hondureña solicitante de refugio muestra el entramado de factores que imbrican la violencia institucional con la violencia de género. Las mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo están más expuestas a que sus derechos a la salud sean violentados. Como en los casos anteriores, ninguna de las situaciones es exclusiva de las personas migrantes.

La violencia obstétrica afecta también a muchas mujeres mexicanas embarazadas en condiciones de pobreza y exclusión social.

4.7 Las condiciones de acceso a servicios de salud

La documentación y sistematización de estos casos de violaciones del derecho a la salud de personas migrantes revelan de manera dramática las condiciones reales que enfrentan estos tres grupos migrantes cuando requieren de atención médica, así como el incumplimiento del Estado mexicano para garantizar la disponibilidad, el acceso, aceptabilidad y la calidad en la atención. Los casos tienen un carácter emblemático no sólo por la gravedad de las violaciones del derecho a la salud y su impacto en la vida de las personas afectadas, sino porque evidencian la combinación de factores estructurales y sociales que limitan o cancelan el acceso efectivo a servicios de salud para la población local y, sobre todo, para las personas migrantes y refugiadas en los territorios fronterizos y a lo largo de los corredores transmigratorios en Chiapas.

Tres de los casos recopilados se refieren a inmigrantes en tránsito o asentados de manera temporal o definitiva en Chiapas que sufrieron accidentes laborales y automovilísticos. Son el rostro de muchas y muchos migrantes que viven esta situación y los obliga a demandar atención médica inmediata y especializada. Jorge Elizandro Álvarez González de 55 años y con 39 de vivir en Chiapas, originario de la ciudad de Guatemala, relató el viacrucis para ser atendido de una picadura de tarántula mientras realizaba labores de limpieza en una granja avícola en el municipio de Arriaga. Logró salvar su pie de una gangrena en Tapachula, gracias a la intervención del albergue Jesús el Buen Pastor del Pobre y el Migrante.

La insensibilidad por parte del personal de salud es otra de las constantes que podemos reconocer en los testimonios de migrantes. Dice Jorge E. Álvarez: “El médico me dijo, ‘no se vaya a asustar... se va para su granjita pero nosotros no nos hacemos responsables de lo que pueda pasarle al pie, lo que vamos a hacer si sigue avanzando, se lo vamos a cortar. O quédese aquí’, me dice, ‘aquí

se le va a hacer lo que se pueda por salvarle el pie’. Bueno, que Dios los bendiga porque hicieron lo que pudieron”.

Otro aspecto que podemos identificar en los testimonios recopilados de migrantes es el desconocimiento sobre el acceso a servicios de salud y su conciencia difusa sobre los derechos fundamentales que se tienen aun cuando no cuentan con una estancia regular. Se reconocen como “ilegales” los “sin derechos” o con “derechos recortados”. En el relato de Jorge E. Álvarez se vislumbra una conciencia y exigencias de derechos, pero que son suprimidos por la condición irregular.

Personas que son minusvaloradas, como “de segunda”, por su condición migratoria, intersectada a su vez con la pertenencia a determinada clase, etnia, género y nacionalidad, reciben un trato y una atención de segunda. En cinco de los casos no hubo una atención inmediata y adecuada, lo cual provocó complicaciones médicas; las personas fueron trasladadas de un lado a otro hasta que una intervención externa al personal de salud pública permitió agilizar la atención.

El caso de José Marcos Ordóñez Aguilera, hondureño originario de Olancho, está relacionado con los múltiples delitos cometidos contra migrantes por parte del crimen organizado local y transnacional. La mayoría de ellos son robos con violencia, con armas punzocortantes y de fuego que, en casos extremos, han provocado su muerte. La golpiza propinada durante el asalto le provocó una neuritis que fue atendida de urgencia en el Hospital General de Palenque, y posteriormente trasladado por el Grupo Beta a un hospital de tercer nivel en Villahermosa, Tabasco. El Hospital General de Palenque no le proporcionó el medicamento requerido y fue una organización religiosa local que apoyó su traslado a Yucatán para ingresar a un hospital con especialidad en padecimientos de la vista.

José M. Ordóñez comparte este tipo de situaciones comunes que enfrentan las personas migrantes: “Ayer me llevaron al hospital de Villahermosa, sólo me hicieron preguntas: qué era lo que me había pasado, qué era lo que sentía, que cuánto tiempo tenía que

me habían golpeado y eso. Ya de ahí empezaron a escribir ellos y al ratito me enviaron de regreso a Palenque”.

Rodolfo Rojas, hondureño de 50 años originario de Tela, departamento de Atlántida, es uno de los migrantes que sufren accidentes viales como atropellamientos. No sólo tuvo que esperar un mes y medio en el hospital y otros lugares para ser operado por fracturas en el pie, también el diagnóstico fue errado y eso complicó su recuperación.

Podemos observar lo que significa para las personas migrantes y refugiadas enfrentarse a un sistema de salud pública desfinanciado y sin capacidad de atención real para su población objetivo. La insuficiencia y precariedad de equipo de diagnóstico médico o el desabasto sistemático de medicamentos en los centros de atención impide contar con estudios básicos y confiables, o bien, los obliga a acceder a servicios privados que son más costosos y que, por tanto, se hacen inaccesibles para esta población. No importa si son dos o tres fracturas las que padecen, si hay anestesia o no en las intervenciones, si los medicamentos son los adecuados o están disponibles, si pasa una semana o un mes y medio para entrar a quirófano. Son migrantes, están considerados y tratados de manera práctica como personas de segunda.

Así lo expresa Rodolfo Rojas,

[...] me operaron el 17 de junio, entré al hospital en mayo 6, estuve casi dos meses y un mes que había estado antes, tres meses. Febrero, marzo, abril, mayo, cuatro meses después del accidente. Pero fue difícil pues, porque si el hospital no hubiera cometido el error de la radiografía de que eran dos quebraduras y me lo hubieran tomado bien, yo no estaría aquí platicando con usted. Bien duro para mí lo que me pasó en el hospital porque yo envié los papeles y no sé el motivo por qué no me operaban. Los derechos humanos tuvieron que ver mucho...

El caso de Kenia C. Suasa es el que probablemente expresa con mayor fuerza la tragedia migrante en la frontera México-

Centroamérica. Ella es hondureña, de La Libertad, y sólo tenía 28 años cuando en septiembre de 2014 cruzó con su esposo y su hija de cuatro años por El Ceibo, en Tabasco. Su intento de abordar La Bestia en Palenque fue truncado por un accidente automovilístico en el tramo que va de Playas de Catazajá a Palenque, en Chiapas. La muerte de sus familiares hizo que perdiera la razón y se desatara un serio trastorno psicológico. Kenia no fue atendida a tiempo y de manera adecuada por los servicios de salud en Palenque. Su grave situación emocional no importó y, al no poder realizar la denuncia correspondiente, fue trasladada por el Grupo Beta a Tapachula. Ahí tampoco contó con la atención urgente en salud mental.

Kenia es una mujer migrante indocumentada, joven, pobre y hondureña. La atención a la salud a migrantes que enfrentan delitos, violaciones a derechos humanos y traumas por otros motivos, no considera la dimensión de salud mental. Es una cuestión puntual no sólo para personas migrantes y refugiadas, también para mexicanas y mexicanos en situación de pobreza y exclusión.

Su testimonio habla por sí solo:

Tuvo un accidente mi bebé, no sé absolutamente nada de mi bebé, tiene cuatro añitos. Mi esposo me dijo, vamos Kenia a hacer un mandado. Él fue con mi niña, estaba yo en el orfanato con mi nena, él me dijo voy a cuidar la niña, se llama Jorge Luis, salieron los dos pero yo quedé sola llorando y pensando. Yo quiero saber algo de internet para ver dónde está mi niña, no conozco aquí, no tengo un familiar que responda y me pueda ayudar. Cuando aquí me trajeron fue un grupo Beta. Yo tengo mi mami y mi familia en Honduras, ellos no saben que yo estoy aquí, como aparecí aquí... Yo quedé con eso, yo estoy pensando, me duele la cabeza, todas en el cuarto están durmiendo y a veces se levantan porque yo lloro toda la noche. Dicen que en el accidente fallecieron los dos, mi niña y él, pero yo lo estoy declarando que ellos no han fallecido.

La población inmigrante en Chiapas, principalmente la de origen guatemalteco, vive en condiciones de infrasubsistencia. No

sólo están sometidos a explotación laboral, trato discriminatorio y abusos de autoridades y pobladores locales que aprovechan su condición. La historia de la hoy finada Martina Tomás de 43 años, originaria de la aldea Rosario Alaguna Sichivile en San Marcos, nos muestra que la condición de género agrava la inaccesibilidad y atención adecuada no sólo por parte de instituciones públicas y del sector salud, sino por el mismo sistema de protección consular de sus países. A pesar de tener hijos mexicanos, Martina no fue atendida en Frontera Comalapa de un cáncer diagnosticado seis años antes de su muerte en agosto de 2014.

Igualmente grave e indignante es el caso anónimo de una mujer hondureña de 40 años entrevistada en Tapachula. Su historia vuelve a colocar en el centro de la discusión la condición de refugiada de una buena parte de la población centroamericana, que huye de la violencia estructural y social generalizada en sus países, que pone en riesgo su vida y su integridad. Cuando la mujer intentó refugiarse en México se encontraba embarazada. La pésima atención médica (negligencia, violencia obstétrica y errores graves durante la intervención quirúrgica) provocó el fallecimiento de su hija recién nacida y un proceso de septicemia que casi le causa la muerte.

Como lo muestra este último caso, no sólo las instituciones de salud pública están implicadas en el maltrato y la desatención a la población migrante y refugiadas. En ocasiones son las fuerzas de seguridad pública, el ejército, los agentes del INM y de su Grupo Beta quienes ponen freno. La Comar no cumple de manera efectiva su papel de otorgar asilo a las personas refugiadas; de manera contraria, genera y dilata procesos complicados que terminan desanimando a las personas solicitantes, quienes pueden estar enfrentando condiciones críticas de salud física y emocional, principalmente, las mujeres, las niñas y los niños.

En cinco de los seis casos recuperados, fueron instituciones solidarias y religiosas (albergues y casas de migrantes), de asistencia social y protección a los derechos humanos, que se involucraron en la atención de las personas migrantes y refugiadas para facilitar

su acceso a los servicios de salud; o bien, para acompañar sus denuncias y demandas penales por violación a derechos. Un ejemplo es la intervención de un centro de derechos humanos de Tapachula en el caso anónimo de la mujer hondureña y su hija recién nacida que falleció.

La insuficiente y muchas veces inadecuada respuesta de las instituciones públicas obliga a entidades de la sociedad civil a asumir funciones de seguridad y protección social que corresponden al Estado: el financiamiento de operaciones, traslados, estudios diagnósticos, medicamentos y su subsistencia durante el proceso del tratamiento médico y recuperación. En algunos casos, su participación tiene que ver con la exigencia de atención y vigilancia del trato que reciben las personas en cuestión. A pesar de los esfuerzos de actores de la sociedad civil por responder a las situaciones de emergencia humanitaria, sus recursos resultan insuficientes para la atención de los casos de migrantes con enfermedades o que han sufrido violaciones de su derecho a la salud.

La insuficiencia de presupuesto del sector de salud pública en México y los países de la región migratoria se refleja en la carencia o precariedad de materiales, infraestructura y personal en los centros de salud, así como en la desarticulación entre los organismos de salud estatales, privados y humanitarios. Por eso, los casos analizados en el capítulo cuatro nos muestran que son las personas migrantes y refugiadas quienes asumen y gestionan los costos de su salud, aun en condiciones de gravedad, recurriendo a organismos del sector social y privado.

5. Migración y salud en la región fronteriza meso y sur-occidental de Guatemala

Este capítulo ofrece un acercamiento a las condiciones socio-económicas que impactan en el ejercicio del derecho a la salud de personas migrantes en las regiones suroccidental, departamento de San Marcos y del occidente medio del departamento de Huehuetenango en Guatemala.

Con el trabajo de campo realizado de febrero a agosto de 2015 se obtuvo información de prestadores de servicios de la salud, migrantes y referentes locales en la región focalizada de Guatemala en la que se ubican los municipios de Malacatán-El Carmen Frontera, Ayutla, Tecún Umán, La Democracia-La Mesilla Frontera, Nentón-Gracias a Dios Frontera como puntos nodales de la migración en tránsito y de origen. Los datos obtenidos fueron contrastados con los informes de instituciones públicas de salud en cuanto a la morbilidad de personas migrantes y la eficacia de los mecanismos de salud en el tema migratorio.

Con estos elementos de análisis se pretende aportar a la construcción de una lectura de conjunto de la realidad guatemalteca transfronteriza que enfrentan las personas migrantes, así como de la necesidad urgente de mejorar el sistema de salud actual con el objetivo de implementar mecanismos integrales y de calidad desde una perspectiva de los derechos humanos.

5.1 La región meso y suroccidental de Guatemala

Las dinámicas migratorias en Guatemala son históricas y complejas ya que es un país de origen, tránsito, destino y, cada día más, de retorno de migrantes deportados. Dadas las enormes diferencias económicas entre guatemaltecos, en el país conviven personas con capacidad para movilizarse y migrar libremente en busca de mejores oportunidades de vida y personas que lo hacen como la única oportunidad para sobrevivir. Para el 2010 se contabilizaron 1,637,119 emigrados, lo cual supone un 11% de la población general del país (OIM, 2013). En este mismo año, se enviaron en concepto de remesas US\$4,126,784.1 (US\$4,640,120 en 2012) en contraste con una inversión extranjera directa de US\$709,000,000 (UNICEF/OIM, 2011). Más de 30% de la población se beneficia de las remesas; entre dicha población se encuentran dos millones de niñas, niños y adolescentes. Las remesas representan una entrada de dinero importante para estos hogares; pero estos beneficios económicos también conllevan un drama humano: separación y, eventualmente, desintegración familiar.

El modelo de economía nacional basado en la explotación agrícola por medio de fincas ha tenido un gran impacto en las migraciones, ya que origina, en primer término, la migración interna de las poblaciones indígenas del occidente a la costa sur y, en segundo, la migración internacional que ha sido y es resultado del modelo económico capitalista.

Esta reorganización de la población y del territorio se expresa actualmente en un país de grandes contrastes y desigualdades: 2% de la población tiene 80% de los medios de producción —especialmente las tierras productivas— lo que organiza a 60.1% población disponible para mano de obra en el área rural; 39.9% habita en centros urbanos. Se ha estimado que 55.9% de la población vive en estado de pobreza y de ésta 15.7% vive en extrema pobreza. El 18% de la pobreza está localizada en el área urbana y el 82% en el área rural (UNICEF/OIM, 2011).

Guatemala cuenta con una extensión territorial de 108,890 km², distribuidos en 22 departamentos administrativos y 334 municipios. Hay 4 departamentos que tienen frontera con México de sur a norte: San Marcos, Huehuetenango, Quiché y Petén. La población del país es de aproximadamente 15,073,375 millones de habitantes, según la proyección del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2012. Es una nación multiétnica, pluricultural y multilingüe formada por varios pueblos con identidad y cultura propias: maya, conformado por 22 comunidades lingüísticas, garífuna, xinka y mestiza, que poblacionalmente están distribuidos de la siguiente manera: 59.4% mestizos, y 40% indígenas. La distribución por sexo es de 51% mujeres y 49% hombres; 7 de cada 10 personas son menores de 30 años y el 52% de la población es menor de 20 años. El crecimiento poblacional es de 2.5% y el crecimiento vegetativo es de 2.67%; Guatemala tiene una de las tasas de fecundidad más alta de América Latina: 3.6 hijos por mujer (INE, 2013).

En promedio, cada año emigran 120,000 guatemaltecos, de los cuales 44,000 consiguen establecerse fuera de Guatemala; una gran parte lo hace de manera irregular.²² El 97.4% de guatemaltecos y guatemaltecas en el exterior residen en Estados Unidos (OIM, 2013), ya que en este país hallan las oportunidades de progreso económico que buscan y donde, además, se encuentran ya familiares y amigos, lo que hace más fácil su integración y la búsqueda de trabajo.

Si se observa el perfil del emigrante entre 2002 y 2010, se evidencia que éste ha cambiado en varios aspectos; por ejemplo, el hecho de que, cada vez más, viajen personas con mayor grado de escolaridad. Seis de cada diez emigrantes viajan con la intermediación de un “coyote” y son, en su mayoría, de sexo masculino. Asimismo, existe una concentración cada vez mayor de guatemaltecos y guatemaltecas en Estados Unidos.

22 No existe un consenso respecto del número de migrantes guatemaltecos irregulares. Una discusión sobre las distintas cifras y fuentes puede revisarse en el capítulo 1.

El aumento de la participación de las mujeres en los procesos migratorios representa un 25% del total, ha incrementado el riesgo y la vulnerabilidad por su condición de mujer, siendo víctimas de violencia sexual, discriminación y acoso, sometimiento a toda forma de servidumbre y explotación sexual, como víctimas de trata porque son trasladados mediante engaños a los destinos (OIM, 2013).

El perfil de los niños, niñas y adolescentes (NNA) migrantes es muy diverso y complejo, lo cual refleja aspectos clave de su contexto: provienen de familias rurales, indígenas, mayoritariamente de los grupos étnicos Mam y K'iche'; proceden principalmente de los departamentos de San Marcos, Huehuetenango y Quetzaltenango, aunque también provienen de grupos ladinos o mestizos. Los estudios indican que 83% son niños y que casi 18% son niñas; la mayoría proviene de familias pobres y en menor grado de clase media; las edades predominantes están entre el rango de los 14 y 17 años, es decir, son adolescentes; en relación a la estructura familiar, provienen de familias integradas, monoparentales y extensas en una relación de 56%, 24% y 11%, respectivamente (UNICEF/OIM, 2011).

Tres de cada cuatro emigrantes son hombres. Aunque sólo 25% corresponde a las mujeres, existe una tendencia al aumento de su participación en este fenómeno. Seis de cada diez emigrantes que envían remesas tienen menos de 30 años (64.4%), esto hace que la emigración guatemalteca sea en su mayoría joven, situación que se corresponde con el perfil joven de la población del país. La emigración guatemalteca es principalmente no indígena, característica que se refleja en que sólo 15.0% de la población que se autodefine con dicha identidad vive fuera del país. Este porcentaje ha variado en más de cinco puntos en comparación con el 2009, cuando la población indígena que vivía en el exterior era el 20.4% del total. La migración indígena se vincula con la crisis del café en el 2000, la cual provocó su emigración internacional modificando así la histórica tendencia a migrar dentro del país, especialmente a las fincas cafetaleras (UNICEF/OIM 2011).

Para 2010, 20.4% de los emigrantes guatemaltecos que enviaron remesas había terminado la educación diversificada antes de irse; ocho puntos porcentuales más respecto a lo que reportaba la encuesta de la OIM de 2002 (OIM, 2013). Es importante resaltar que la población emigrante que envía remesas a Guatemala tiene, en promedio, 8.7 años de escolaridad en comparación al promedio nacional, de 4.1 años (PNUD, 2010b), es decir, la mitad de lo que tiene la población emigrante.

Lo anterior implica que las personas que están migrando no están en condiciones de extrema pobreza, incluidas las menos escolarizadas, lo cual indica que existen niveles de precariedad educativa y de pobreza que determinan la imposibilidad de la movilidad humana para buscar mejores ingresos económicos y, a su vez, hacen que las familias permanezcan en su lugar de origen para su explotación laboral.

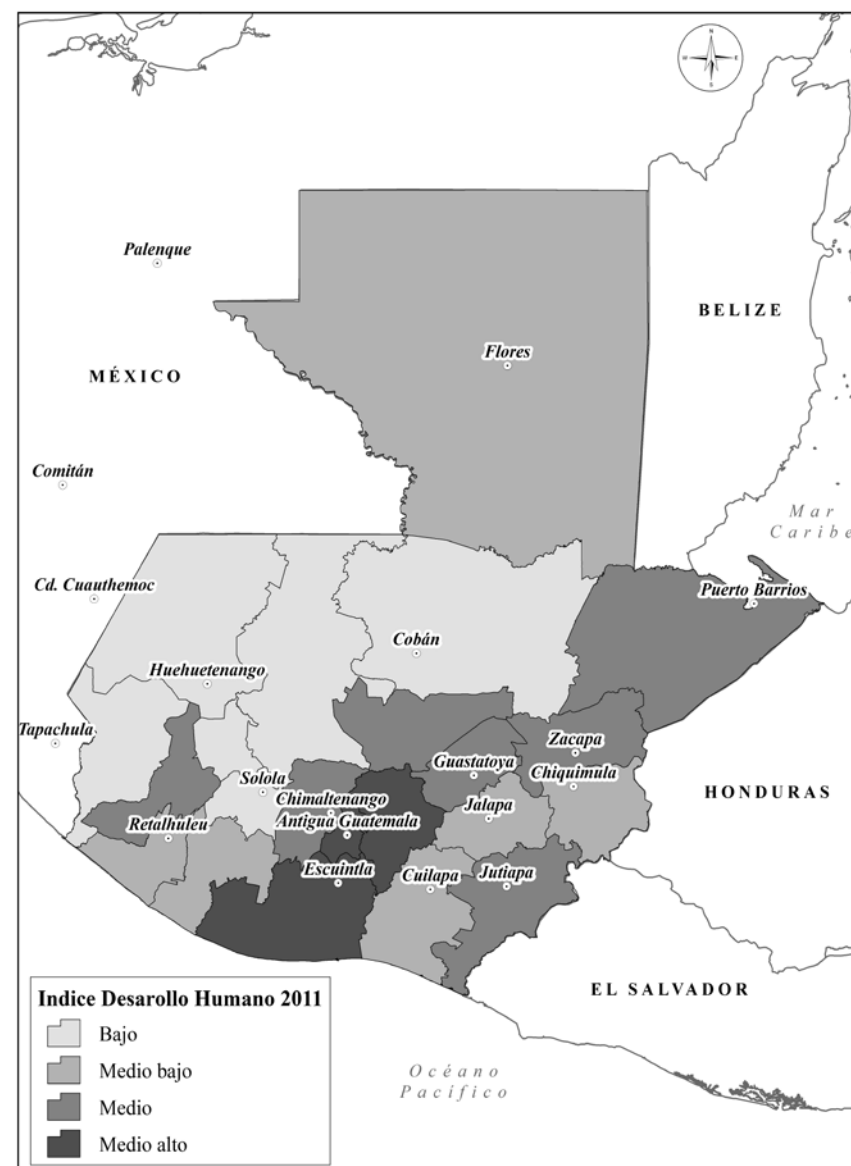
La desigualdad es uno de los principales factores que explican los bajos índices de desarrollo humano en Guatemala, la exclusión histórica de los pueblos indígenas del país y la exclusión específica de mujeres, niños, niñas, adolescentes y jóvenes perfila un mapa de desarrollo humano heterogéneo que explica la naturaleza de la gran mayoría de los movimientos migratorios actuales.

Cuadro 5.1 Perfil migratorio de Guatemala

Variable	2010	
Total migrantes	1,637,119	
Total migrantes que envían remesas	1,409,548	
Sexo migrantes	72.4% hombres 27.6% mujeres	
Edad migrantes	26.0% entre 20 y 24 años 20.8% entre 25 y 29 años 17.6% entre 0 y 19 años	
Perfil del migrante	Estado civil migrantes	31.4% casado 14.3% unido 47.5% soltero
	Parentesco con la jefatura de hogar de los beneficiarios de remesas	44.3% es hijo/a 28.0% propio jefe del hogar 13.5% esposo/a 8.6% nieto
	Nivel educativo	28.2% primaria completa 15.8% secundaria completa 20.4% diversificado completa (Bachillerato)
	Años de escolaridad promedio	8.7 años
Forma de viaje	Departamento de procedencia	19.4% Guatemala 10.5% San Marcos 8.4% Huehuetenango 6.1% Quetzaltenango 5.0% Jutiapa 4.6% Escuintla
	Etnia	15.0% indígena
	Lugar de destino	97.4% Estados Unidos 0.8% Canadá 0.7% México
	Toma de decisión	78.0% decisión propia (año base 2008)
Motivaciones	Personas que intentan migrar	120,000
	Modo de viaje	60.3% coyote 9.4% por su cuenta 16.3% visa de turista
	Costo del viaje	5,000 Dólares (2012) 7,000 Dólares (2014)
	Forma de pagarlo	24.8% con ahorros 75.2% Prestamos
Motivaciones	Deportaciones	57,185
	Causa de la emigración	51.7% mejorar condiciones salariales
		37.2% busca de empleo
		1.6% construcción de vivienda
3.2% reunificación familiar		

Fuente: UNICEF/OIM (2011), PNUD (2012).

Mapa 5.1 Clasificación de los departamentos de Guatemala según su Índice de Desarrollo Humano



Fuente: PNUD (2012).

En cuanto a la emigración, coexisten factores demográficos y de desarrollo humano, no necesariamente en una relación proporcional, pero es posible identificar algunas tendencias como: *a)* los departamentos con mayores índices de desarrollo humano tienen una tasa porcentual de migración más alta que los de bajo desarrollo humano; un ejemplo es el departamento de Guatemala. Dado que en esta ciudad conviven estratos sociales ubicados tanto en los niveles más altos como en los de menor ingreso, resulta complicado precisar el grado de relación entre la condición de pobreza y la migración; *b)* los departamentos con mayor población presentan tasas relativamente altas de expulsión de emigrantes como San Marcos y Huehuetenango; también presentan índices de desarrollo humano bajo a nivel departamental; *c)* en algunos municipios con mayor proporción de población indígena tienen una tasa de emigración más baja que los no indígenas, lo cual está relacionado con los índices de pobreza que determinan la inmovilidad humana, y *d)* la lectura de la migración y el desarrollo humano no es lineal, incluye otros factores como la existencia de relaciones fronterizas, redes sociales migratorias y dinámicas económicas locales.

Los principales departamentos expulsores en 2010 fueron Guatemala (19.4%), San Marcos (10.5%), Huehuetenango (8.4%), Quetzaltenango (6.1%), Jutiapa (5.0%), Escuintla (4.6%), Alta Verapaz (4.4%) y Chiquimula (4.4%). El resto de los departamentos tiene un porcentaje de expulsión que oscila entre 1.3 y 3.6% (UNICEF/OIM, 2011). Dos de los departamentos de mayor expulsión hacen frontera con México: San Marcos y Huehuetenango.

Según la encuesta realizada por UNICEF/OIM (2011), las causas de migración se expresan de la siguiente manera: 51.7% pretende mejorar condiciones salariales; 37.2% busca empleo; 1.6% procura la construcción de vivienda, y 3.2% lo hace con motivos de reunificación familiar. Estos datos indican la necesidad de profundizar en la comprensión y contrastación de los motivos para migrar y la información disponible sobre el uso que se da a las remesas que en-

vían los migrantes al instalarse en Estados Unidos. La utilización de dichos recursos para educación y servicios de salud puede estar relacionada con el hecho de que la carencia de este tipo de servicios sea también una de las principales causas de expulsión de migrantes.

Los motivos para tomar la decisión de migrar suelen ser múltiples e incluyen tanto factores personales como sociales y estructurales. Desde esta perspectiva, la relación entre pobreza y migración no siempre es diáfana y requiere ser comprendida, al menos, en dos sentidos. Por un lado, existen datos contundentes de que la mayoría de los migrantes en tránsito por la frontera sur provienen de países con un producto interno bruto (PIB) per cápita inferior en relación a México y Estados Unidos. Asimismo, existen datos sobre la desigual distribución de la riqueza en los países Centroamericanos y en México, situación que refuerza la identificación de la pobreza como una de las principales motivaciones para migrar (Castles y Miller, 2004; Sassen, 2013).

Sin embargo, estos datos deben también sopesarse a partir de la constatación de que las estrategias necesarias para concretar el proceso migratorio requieren contar con recursos, a los cuales la población más empobrecida accede de manera limitada. Esta interpretación se sustenta en datos que muestran que las regiones con mayores índices migratorios no son necesariamente aquellas que también tienen los más altos índices de pobreza. Ambos argumentos y los datos que los sustentan no son contradictorios por lo que requieren ser incluidos en el análisis conjunto. De esta forma permitirán mostrar la complejidad y las distintas facetas de los procesos migratorios contemporáneos.

Una gran parte de las personas de Guatemala, de Centroamérica y del resto del mundo que atraviesan Guatemala para llegar a México y seguir hasta Estados Unidos, lo hacen a través de cuatro pasos fronterizos ubicados en tres departamentos de Guatemala, según diferentes estudios de la Coordinadora Nacional de Migrantes Guatemaltecos (Conamigua) y Amnistía Internacional (AI).

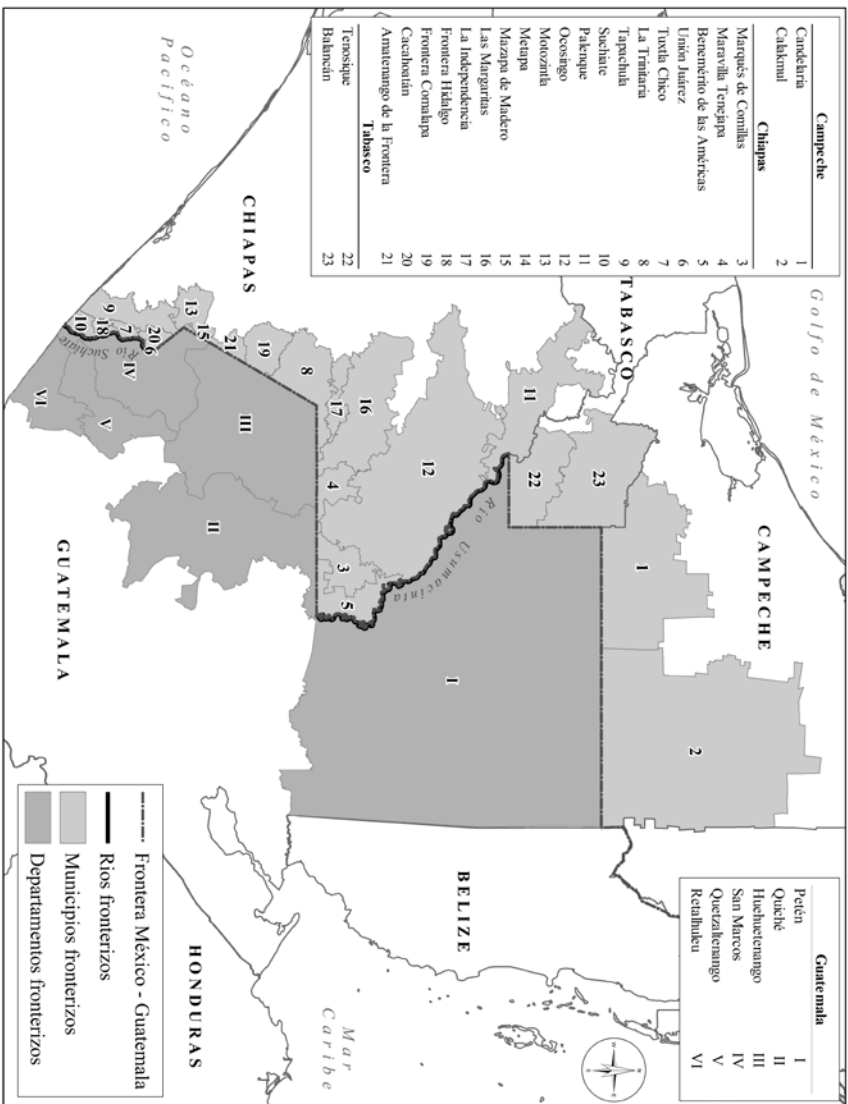
En el departamento de El Petén existen pasos fronterizos en la comunidad de El Ceibo, municipio de San Andrés y en la comunidad de El Naranjo, municipio de la Libertad, que conectan con el municipio mexicano de Tenosique, del estado de Tabasco, que es el paso del tren mexicano que va al norte. En el departamento de Huehuetenango, existen dos pasos fronterizos: la Mesilla que pertenece al municipio de La Democracia, y en la comunidad de Gracias a Dios, municipio de Nentón; ambos son utilizados por emigrantes centroamericanos y caribeños y, de manera reciente, por personas de nacionalidades asiáticas. En el departamento de San Marcos existen dos municipios que tienen pasos fronterizos con México que tradicionalmente han sido utilizados por los migrantes: Tecún Umán, comunidad que pertenece al municipio del mismo nombre, y el paso fronterizo de El Carmen, que pertenece al municipio de Malacatán.

Se trata de un viaje que dura, con coyote, en promedio dos o tres semanas; este trayecto no está exento de riesgos ni asegura una travesía exitosa. Si se viaja solo, éste puede durar meses y, quizás, nunca se llega al país de destino.

Según estimaciones de la Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala (MENAMIG, 2010) aproximadamente 300 personas emigran, a diario, de manera irregular en el país, esta cifra se constata con las tendencias y estadísticas de los retornos forzados vía aérea y terrestre.

El corredor migratorio se dinamizó en el departamento de Petén, especialmente en la comunidad El Naranjo, municipio de La Libertad, porque de ahí se trasladaban a través del río San Pedro a los poblados fronterizos de México como: Tenosique, Balacán y Emiliano Zapata, en Chiapas, donde existe un circuito de tren con destino al norte de México. Actualmente, las rutas migratorias entre Guatemala y México incluyen prácticamente a toda la región fronteriza, es decir, desde los departamentos de San Marcos, Huehuetenango y El Quiché hasta El Petén, una zona fronteriza de más de 928 kilómetros en la que existe un número indeterminado de los denominados “pasos ciegos”. La MENAMIG (2010) indica que al menos existen 72 pasos fronterizos sin control alguno.

Mapa 5.2
Geografía
de la Frontera
México-Guatemala



Fuente: elaboración propia, 2015.

Algunas de las principales rutas migratorias clandestinas se ubican entre las aldeas de La Mesilla, Camojá, Aguazarca, en el municipio de La Democracia, Huehuetenango; el circuito Chaculá, Gracias a Dios, en el municipio de Nentón, Huehuetenango; la ruta de Ixcán Flor del Café, El Quiché y la ruta petenera configuran ese mapa migratorio de transmigración irregular.

Los estudios disponibles sobre la problemática migratoria en Guatemala han documentado como una de las principales causas de la migración la desigualdad económica al señalar que, de manera general, los flujos migratorios más relevantes provienen de regiones con economías precarias y se dirigen a países con mayores niveles socioeconómicos (Canales, Martínez, Reboiras y Rivera, 2010); sin embargo, también han identificado las condiciones de violencia o las políticas estatales represivas como los principales desencadenantes de los procesos de movilidad (Dardón, 2008; Canales, Martínez, Reboiras y Rivera, 2010).

Asimismo, se ha observado la participación indígena guatemalteca tanto en procesos migratorios internos, sobre todo con destino a la capital del país, como en el ámbito internacional, principalmente dirigido hacia Estados Unidos. Tal como ha enfatizado Santiago Bastos (1999), dichos procesos migratorios pueden dar origen a comunidades transnacionales (Kearney y Nagesnast, 1989), pero también como una retícula o conjunto de trayectorias multidireccionales en las que el abandono físico del lugar de origen no implica necesaria ni mecánicamente un proceso de desidentificación.

Asumiendo críticamente esta perspectiva transnacionalista para la comprensión de la problemática migratoria guatemalteca, Andrade-Eckhoff y Silva-avalos (2003) argumentan la necesidad de romper con la dicotomía entre países expulsores y receptores para constatar la existencia de flujos multidireccionales y simultáneos que dan origen a diversos vínculos.

Dichas redes transnacionales, si bien son favorecidas u obstaculizadas por las condiciones materiales disponibles para los migrantes y sus grupos familiares (Dardón, 2008), se conforman también

a partir de otras dimensiones identitarias, comunitarias o vinculantes como son la pertenencia étnica, el culto religioso o la condición generacional, entre otros (Andrade-Eckhoff y Silva-Ávalos, 2003).

5.2 Condiciones de salud en la región meso y sur-occidental de Guatemala

Tal como se ha comentado anteriormente, seis de cada diez migrantes tienen menos de 29 años y este grupo representa 70% de la población de Guatemala. Es por esta razón que este apartado se enfoca en los factores relacionados con la salud y el perfil epidemiológico de los jóvenes guatemaltecos. Las principales condiciones de morbilidad²³ de la población son las infecciones respiratorias agudas y las neumonías. Respecto a la mortalidad general, las tres primeras causas se asocian con neumonía y bronconeumonía, infarto agudo de miocardio y homicidios. A continuación, se presentan los índices que permiten conocer la situación de bienestar y salud de este grupo poblacional.

Cuadro 5.2 Razón de mortalidad materna por grupos de edad en mujeres entre 10 y 29 años, Guatemala, 2007

Grupo de edad	Número de muertes maternas	Nacidos vivos	Razón de mortalidad
10-14	5	2,282	219.1
15-19	55	70,590	77.9
20-24	100	112,998	88.5
25-29	111	90,917	122.1
General	537	384,434	139.7

* La razón de mortalidad materna es el número de defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos. Algunas veces se usa 1,000 o 10,000 nacidos vivos.

Fuente: MSPAS (2011a:55).

23 La morbilidad y mortalidad corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10^a), elaborada por la OMS y utilizado por los sistemas de vigilancia epidemiológicos a nivel mundial a fin de tener parámetros de comparación en el país y entre otros países.

Cuadro 5.3 Principales causas de morbilidad en población entre 10 y 24 años, Guatemala

	Diagnóstico	Población edades de 10 a 24 años	%	Tasa en mujeres	Tasa en hombres	Tasa general
1	Resfriado común	178,749	9.60	48.1	25.9	37.0
2	Otras infecciones respiratorias agudas	119,573	6.42	31.0	18.5	24.8
3	Infección de vías urinarias	118,729	6.38	41.0	8.1	24.6
4	Gastritis, no especificada	115,508	6.20	37.8	10.0	23.9
5	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	109,442	5.88	26.9	18.5	22.7
6	Amigdalitis aguda, no especificada	92,632	4.97	24.2	14.1	19.2

Fuente: MSPAS (2011a).

Cuadro 5.4 Primeras causas de mortalidad general en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, Guatemala, 2010

Causa	Total	%	Tasa
Arma de Fuego/armas blancas	527	16.98	8.43
Neumonías y Bronconeumonías	207	6.67	4.39
Traumatismo Craneoencefálico no especificado ¹	134	4.32	2.84
Traumatismos múltiples no especificados (poli-traumatizado) *	85	2.74	1.80
Infarto agudo de miocardio sin otra especificación	73	2.35	1.55
Paro Cardíaco no especificado	70	2.26	1.49
Diarreas	68	2.19	1.44
Septicemia no especificada	60	1.93	1.27
Resto de causas	1,879	60.55	39.89
Total	3,103		

* MPSAS agrupa todas las causas de muerte accidental en un solo rubro, lo cual no permite conocer la causa específica de muerte.

Fuente: MPSAS (2011b).

Las distintas violencias se expresan mediante las muertes producidas por armas de fuego, armas blancas, traumatismo craneoencefálico, traumatismos múltiples no especificados, que suman el 24% de todas las causas de muerte en las estadísticas de 2010. También se evidencian otras causas que probablemente estén relacionadas con violencia y uso de drogas, como el infarto agudo de miocardio –sin otra especificación– y el paro cardíaco no especificado. Es importante observar que las causas de muerte no están directamente ni mayoritariamente relacionadas a las causas de morbilidad (sólo dos causas) que afectan a los jóvenes. De ahí la importancia de realizar el análisis desde los determinantes sociales en lo estructural y desde el ámbito individual a través del bienestar para poder encontrar elementos que expliquen esta compleja situación epidemiológica.

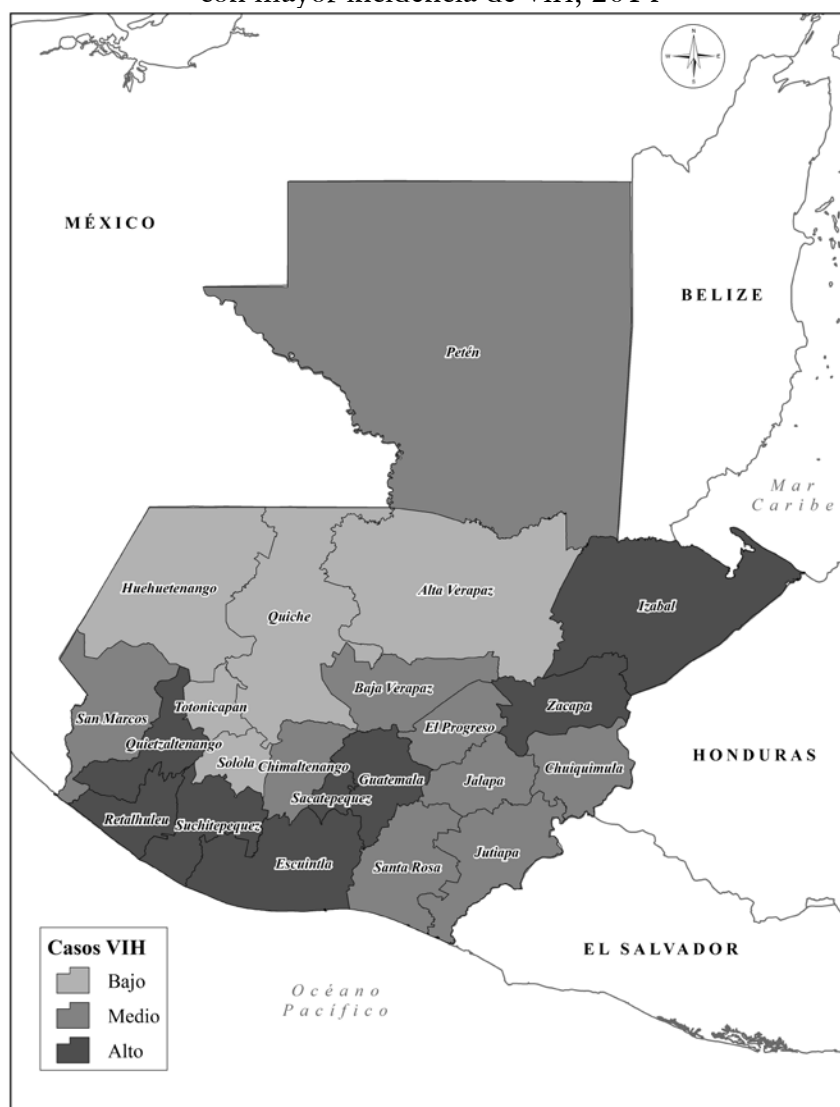
Otro de los temas relacionados con los jóvenes y la salud, es la problemática del VIH/sida avanzado. Guatemala es el tercer país de Centroamérica con mayor prevalencia, con una tasa estimada de 1.1% en jóvenes de 15 a 24 años. La epidemia de VIH es considerada como concentrada, con una prevalencia de 0.9% en la población general, pero con mayores niveles en los grupos con mayor exposición, como los hombres que tienen sexo con su mismo género (12.5%), y mujeres trabajadoras sexuales (4%). La vía de transmisión es sexual en 95% de los casos y 5% de transmisión de madre a hijo.

Durante 2011, se reportó un total de 1,374 casos y hasta junio de 2012 se identificaron 510 casos más. De manera general, el grupo más afectado son las y los jóvenes de 20 a 29 años, quienes representan 58% de los casos; 46% de estos casos corresponden a mujeres y el resto a hombres.

Los departamentos de Guatemala y San Marcos, que están ubicados entre los de mayor número de emigrantes y de migrantes en tránsito provenientes de otros países centroamericanos, se ubican por encima de la media en cuanto al número de personas a las que se les ha detectado el VIH (MSPAS, 2011b). Tal como se muestra en el mapa 5.3, los departamentos con mayor incidencia de casos de VIH se ubican en una especie de franja horizontal que

inicia, en su extremo este, en el departamento de Izabal y se dirige hacia el oeste pasando por Zacapa, Guatemala, Sacatepéquez, Escuintla, Suchitepéquez, Retalhueu y Quetzaltenango.

Mapa 5.3 Departamentos guatemaltecos con mayor incidencia de VIH, 2014



Fuente: MSPAS (2014).

Cuadro 5.5 Casos de VIH y sida avanzado por grupo de edad y sexo, Guatemala, 2011

Grupo de edad	Mujeres			Hombres			Totales %			
	Sida	VIH	Sub Total	Sida	VIH	Sub Total	Sida %	VIH %	%	
10 a 14	2	12	14	0	1	1	2	0.40	13	0.82
15 a 19	7	55	62	7	43	50	14	2.80	98	6.18
20 a 24	34	168	202	46	149	195	80	16	317	14.70
25 a 29	47	182	229	107	183	290	154	30.80	365	23.01
Total jóvenes	90	417	507	160	376	536	250	50	793	50
Total población	180	834	1,014	320	752	1,533	500	100	1,586	100

Fuente: Elaborado con base en: casos VIH/sida Avanzado Guatemala 2011, Unidad de Vigilancia Epidemiológica VIH/sida/ITS/Tuberculosis, Centro Nacional Epidemiología,.

Para las poblaciones centro y sudamericanas, aunque existen varias rutas marítimas, combinaciones de uso de avión y transporte terrestre, entre otras formas de avanzar hacia el norte del continente, una gran mayoría de los transmigrantes cuyo destino es Estados Unidos transita por el corredor de Guatemala. Una situación similar se encuentra en las migraciones transoceánicas de China, Pakistán, India e Irak, que utilizan la ruta por Centroamérica para proseguir su camino a México y finalmente dirigirse hacia Estados Unidos.

Las rutas de tránsito se modifican constantemente y su ubicación depende de factores como las características geográficas, la infraestructura disponible, los servicios existentes (incluyendo la presencia de “coyotes”), la ausencia o menor presencia de instancias gubernamentales y la existencia de grupos del crimen organizado. A partir de una combinación de estos factores y de la información disponible en medios de comunicación o transmitida por otras personas, los migrantes toman la decisión de por dónde transitar.

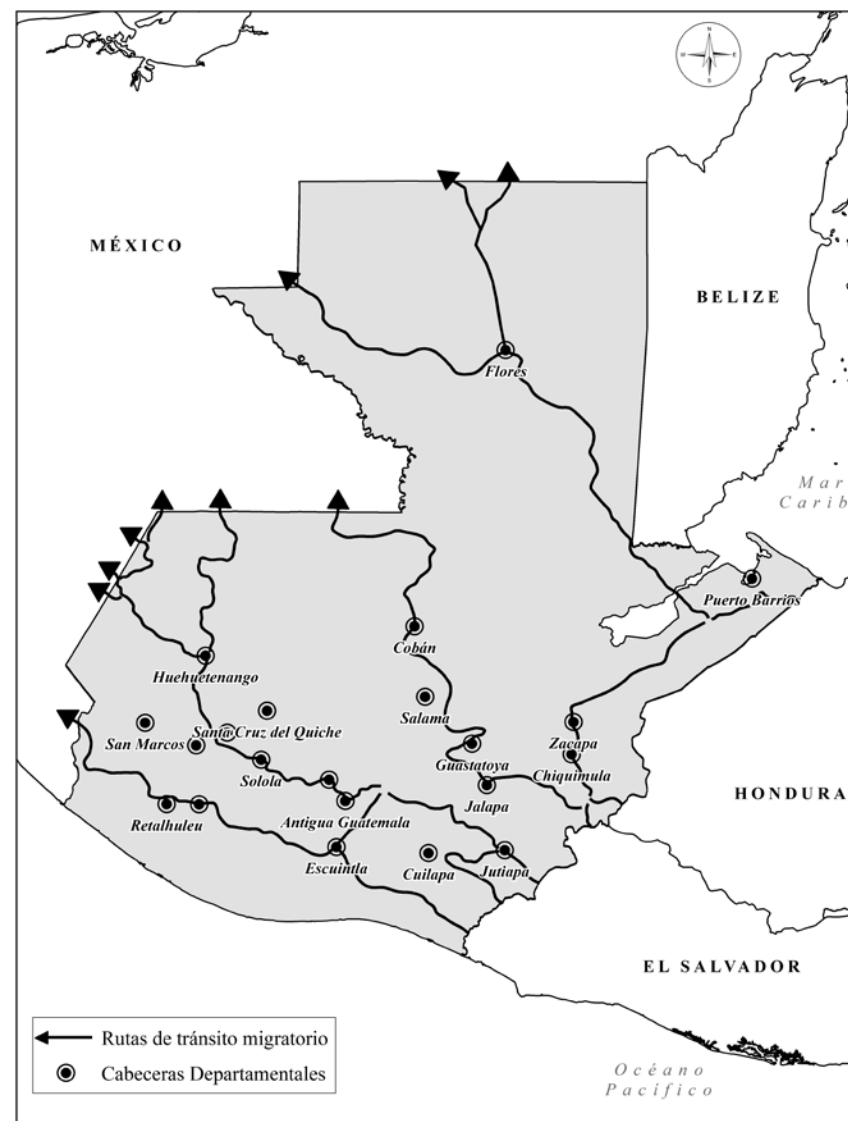
La existencia de carreteras, líneas de transporte, redes comerciales, hoteles, comedores, servicios, líneas férreas y trenes en funcionamiento, pueblos fronterizos y sistemas de comunicación, casas de migrantes, estaciones de autobuses facilitan la consolidación de los corredores migratorios.

Ante los cambios de rutas migratorias en la costa del Pacífico mexicano, de los flujos migratorios de tránsito de países centroamericanos y de otros países se crearon nuevas rutas de tránsito en Guatemala como son: Aguas Calientes, El Florido, Nueva Anguiatú, en Chiquimula, y el Cinchado, en Izabal, fueron mayormente utilizados por transmigrantes procedentes de Honduras y El Salvador (MENAMIG, 2010).

De esa forma, miles de centroamericanos emprenden su viaje hacia Estados Unidos. No existen cifras exactas que den cuenta de la cantidad de transmigrantes que pasan por Guatemala, pero según estimaciones de MENAMIG (2010), utilizando las cifras de eventos de retorno forzado vía terrestre desde México, se ha calculado en unos 300,000 transmigrantes centroamericanos en 2007, lo que la hace la migración más constante y continua. Por lo regular, el tránsito por el país no implica más de 15 horas, cuando se utiliza la ruta petenera o de 8 a 12 cuando se realiza el viaje por la ruta del Pacífico. Además, las poblaciones migrantes centroamericanas se amparan en el acuerdo de libre movilidad.

El acuerdo de libre movilidad, conocido como CA-4, firmado por El Salvador, Honduras, Guatemala y Nicaragua y que se hizo efectivo en noviembre de 1997, permite a los ciudadanos de los cuatro países moverse libremente en la región, sin necesidad de pasaporte o visado, por un periodo de 72 horas. Además, se ha trabajado en establecer los alcances de un acuerdo para la emisión de una visa única centroamericana, la cual establezca los criterios homologados para la emisión de visados a ciudadanos de otros países que la requieren para viajar a la región del CA-4.

Mapa 5.4 Rutas de tránsito de migrantes provenientes de El Salvador, Honduras y Nicaragua a través de Guatemala



Fuente: OIM (2013).

5.3 Migración y salud en el departamento de San Marcos

Según los datos del INE (2014b), el departamento de San Marcos está habitado por un total de 1,095,997 personas, lo que representa 7% de la población total del país. Este Departamento, junto con el de Huehuetenango y el de Guatemala, se ubica entre los más poblados del país.

La población es sumamente joven, situación que se expresa en el hecho de que el grupo de 0 a 9 años representa 69.3%. La población es eminentemente rural (78.20%) y no indígena (68.72%). La situación de pobreza abarca 86.70% de su población y la condición de pobreza extrema incluye al 61.10%. En el departamento, las viviendas con servicio de agua constituyen 53%, con servicio de drenaje, 12.26% y con servicio de energía eléctrica, 59.82% (INE, 2014b).

Mapa 5.5 Departamento de San Marcos



Fuente: INE (2013).

El departamento de San Marcos se encuentra al occidente-sur del país y limita al norte con Huehuetenango; al sur con el departamento de Quetzaltenango y el Océano Pacífico; al este con Retalhuleu y Quetzaltenango, y al oeste con Chiapas, México. San Marcos cuenta con 29 municipios de los cuales seis colindan con Chiapas. De norte a sur son los siguientes: Tacaná, San Sibinal, Tajumulco, Malacatán, Ayutla y Ocos.

El departamento de San Marcos está subdividido por regiones: altiplano, valle, Boca Costa y costa, a esta última región pertenecen los municipios de interés de este diagnóstico: Malacatán y Ayutla, por contar con pasos oficiales hacia Chiapas, México. Malacatán tiene paso fronterizo oficial en el Carmen y su correspondencia es Talismán y el municipio de Ayutla con paso fronterizo oficial Tecún Umán, su correspondencia es ciudad de Hidalgo (véase mapa 5.6).

La parte fronteriza del departamento ubicada en los municipios de Ayutla y Malacatán, presenta una posición estratégica de carácter comercial, principalmente, por las oportunidades que le han abierto a los diferentes tratados de libre comercio y su accesibilidad al polo económico estadounidense, generándole a estas poblaciones habilidades de carácter comercial, a lo cual se agregan los constantes flujos migratorios en estas áreas fronterizas.

La actividad económica está vinculada a la agroexportación particularmente en los municipios de Malacatán, Catarina, Ayutla y Ocos, con la producción de banano, plátano, aceite (palma africana), hule y tabaco. Este territorio concentra la propiedad de la tierra en pocos propietarios de la región. Los mercados de destino de los productos por lo general son Estados Unidos. San Marcos tiene el segundo lugar como departamento en cantidad de población que migra a Estados Unidos: 19.4%, Guatemala; 10.5%, San Marcos y 8.4%, Huehuetenango (UNICEF, 2011).

El tráfico de personas y de mercancía que caracteriza la frontera de San Marcos con Chiapas se caracteriza por el aumento de delitos de orden común, de extorsión y secuestro, principalmente, en la parte fronteriza del departamento. Entre los municipios que

presentan el mayor índice de delincuencia se encuentran: Ayutla, Ocos, Malacatán y Pajapita (UNICEF, 2011).

La mortalidad infantil tiene una tendencia decreciente gradual desde 1997 hasta 2009. En los últimos años se observa una tendencia a mantenerse en el mismo ritmo de 20 por 1,000. Esto significó para el año 2009 un total de 454 muertes y ubicó al departamento en el tercer lugar a nivel nacional, sólo quedando por debajo de Alta Verapaz y Guatemala (MSPAS, 2011).

Con la finalidad de profundizar en la problemática migratoria en la franja fronteriza, a continuación se ofrece información de dos de los municipios del departamento de San Marcos que ejemplifican la complejidad y gravedad de las repercusiones del proceso de movilidad humana: Ayutla y Malacatán. El análisis focaliza, como eje analítico, tanto las condiciones de morbilidad como las de servicios de atención a la salud.

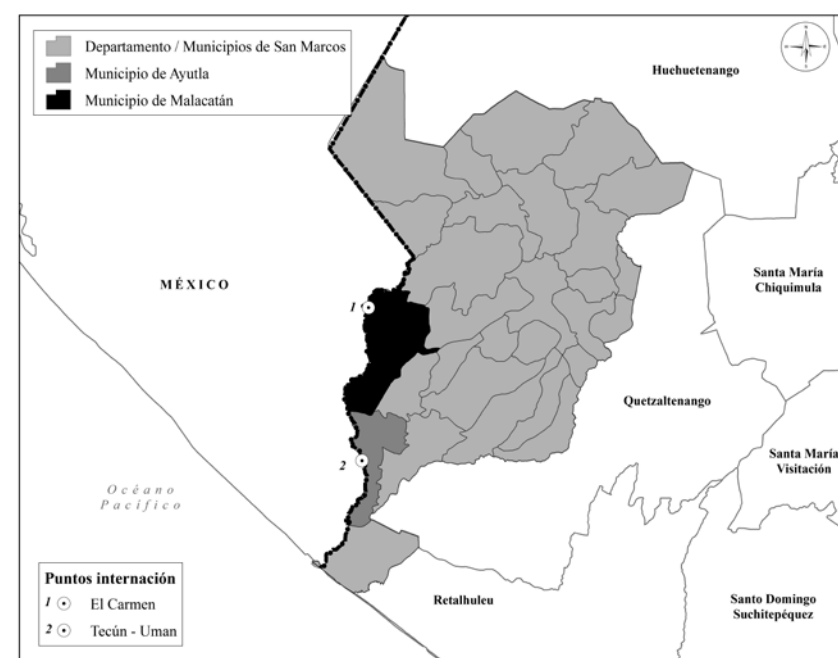
5.3.1 El municipio de Ayutla y el puesto fronterizo Tecún Umán

El municipio de Ayutla, se encuentra situado en la parte suroeste del departamento de San Marcos. Dista 85 km de la cabecera departamental de San Marcos y se encuentra a 251 km de la ciudad capital de Guatemala. Ayutla tiene una ubicación geográfica estratégica; su ciudad cabecera de Tecún Umán es un puesto fronterizo que comunica con la ciudad Hidalgo en el estado de Chiapas y tiene una aduana ubicada sobre el río Suchiate límite internacional, por donde se realiza un comercio internacional de mucha importancia económica para la región y el país. Debido a la cantidad de mercadería que circula diariamente transportada por tráileres se creó una segunda aduana exclusiva para este transporte.

Ayutla limita al norte con los municipios de Catarina y Malacatán; al sur con el municipio de Ocos; al este con el municipio de Pajapita, y al oeste con ciudad Hidalgo, estado de Chiapas. Con base en los datos del Censo del año 2002: XI de Población y VI de Habitación, realizado por el Instituto Nacional de Estadística de

Guatemala,²⁴ el municipio de Ayutla tenía 27,435 habitantes y la población total proyectada al año 2010 es de 33,426 habitantes; de los cuales 10,570 vivían en el área urbana (38.52%) y 16,865 en el área rural (61.48%). La población masculina era de 13,422 habitantes (48.92%) y la femenina 14,013 habitantes (51.08 %). El grupo étnico mayoritario es el no indígena representado por el 98.51 por ciento.

Mapa 5.6 Municipios de Malacatán y Ayutla, Depto. San Marcos



Fuente: INE (2013).

En gran parte, la dinámica económica de la zona corresponde a los cultivos agrícolas ya sean propios o en forma asalariada. Estas

²⁴ Según la publicación más reciente del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (INE, 2013), el último Censo Nacional XI y el VI Habitacional se realizaron en 2002. A partir de esa fecha, los únicos conteos estadísticos disponibles son la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2011 y los Censos Municipales (2008-2011). Consulta en línea: 3 de enero de 2016.

actividades generan flujos migratorios de los habitantes del área rural y de la cabecera municipal hacia las ciudades de Hidalgo, Tapachula y del Soconusco en Chiapas (UNICEF/OIM, 2011).

El porcentaje de emigrantes oscila entre 50 y 70% de la población: hombres, mujeres y, últimamente, niños y niñas. La migración es constante y varía de acuerdo con las fases productivas de los cultivos en el municipio de Ayutla y la región del Soconusco. Otra parte del fenómeno migratorio que se vive en el municipio se da por personas que provienen del altiplano del departamento de San Marcos; quienes, por motivos diversos se han establecido en el municipio. Todos ellos migran en busca de mejores oportunidades de trabajo y la superación económica para sus familias; estas condiciones se reflejan en el mercado de la construcción local.

Cuadro 5.6 Morbilidad en general en el municipio de Ayutla, San Carlos, Guatemala

Número	Causas	Frecuencia	%
1	Lesiones de la piel	4,054	14.19
2	Resfriado común	4,042	14.14
3	Amigdalitis	2,729	9.55
4	Parasitismo intestinal	2,406	8.42
5	Infección urinaria	1,997	6.99
6	Enfermedad péptica	1,483	5.19
7	Anemia	1,414	4.95
8	Diarreas	1,413	4.94
9	Amebiasis	820	2.87
10	Otitis media	765	2.68
11	Resto de causas	7,456	26.09
	Total	28,579	100.00

Fuente: Estadísticas del Centro de Salud, Ayutla, 2009-2010.

La primera causa de mortalidad se debe a problemas de violencia provocada por las características de municipio fronterizo. Las otras causas de enfermedad deberían ser atendidas mediante programas de atención, prevención y promoción de la salud.

Cuadro 5.7 Principales causas de mortalidad general en Ayutla, San Marcos, Guatemala

Número	Causas	Frecuencia	%
1	Heridas por arma de fuego	30	20.41
2	Neumonía	13	8.84
3	Infarto agudo del miocardio	11	7.48
4	Paro cardíaco	10	6.80
5	Diabetes	7	4.76
6	Insuficiencia renal	7	4.76

Fuente: Estadísticas del Centro de Salud, Ayutla, 2009-2010.

Resulta relevante que la primera causa de muerte sea por arma de fuego con 30 casos. Este indicador coincide con la mortalidad de jóvenes a nivel nacional. Estos datos reflejan las condiciones de violencia que prevalecen en el ámbito nacional y en la región fronteriza, situación que a su vez se relaciona con la migración como una alternativa para buscar seguridad. Por su condición de municipio fronterizo, San Marcos tiene una movilidad comercial significativa y el flujo de población externa al municipio es muy alto; esto incluye el fenómeno de la población migrante.

Entre los servicios de salud no estatales se encuentran los que brinda la Delegación de la Cruz Roja (en coordinación con el Comité Internacional de dicha institución), así como otras organizaciones no gubernamentales que han sido contratadas por el Estado guatemalteco a través del programa denominado “Extensión de cobertura”, entre las que se encuentra Asoprode,²⁵ entre otras.

Entre las instituciones de apoyo a los migrantes se encuentra La Casa del Migrante de Tecún Umán, proyecto que inicia en 1995 y que se propone ser un refugio para todas las personas migrantes que en su trayecto hacia el norte ven truncado el sueño americano.

²⁵ Asociación de Proyectos de Desarrollo, una empresa privada dentro de Empresas de Servicios Sanitarios y Similares fundada en 1992.

Este albergue brinda también asesoría legal en el campo de derechos humanos por medio de la formación de promotores jurídicos.²⁶

5.3.2 El Municipio de Malacatán y el paso

El Carmen Frontera Malacatán es un municipio ubicado en la parte oeste del departamento de San Marcos, dentro de la Región VI o Región Sur-occidental del país. Limita al norte con los municipios de Tajumulco y San Pablo, al Sur con el municipio de Ayutla, al este con los municipios de San Pablo y Catarina, y al Oeste con el estado de Chiapas.

Con base a los datos del INE (2014), el Municipio de Malacatán contaba en 2013 con una población de 105,178 habitantes. Según el *Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala 2005* del PNUD (2005), el municipio de Malacatán tenía un nivel de pobreza general de 71.4% y de pobreza extrema, 18.7%. En términos más simples: de cada 100 habitantes 71 vivían en pobreza general; también de cada 100 habitantes, 18 vivían en pobreza extrema. A la población que está en pobreza general se le considera que vive con 2 dólares estadounidenses al día y los de pobreza extrema, con menos de 1 dólar estadounidense al día.

En lo referente a economía, en este municipio, como en la mayor parte de la región del departamento, prevalece la agricultura de subsistencia, la cual aporta buena parte de los alimentos para el consumo del hogar y también el mayor porcentaje de los ingresos de la economía familiar. La fuente principal del empleo es generada por el trabajo en las fincas del municipio. La mayoría de los pobladores del área rural son agricultores. Los principales productos agrícolas son los siguientes: café, maíz, banano, plátano y le siguen en el orden frijol y chile. También están los cultivos de frutas como mango, piña, papaya, naranja y toronja. Últimamente se han implementado cultivos como la fruta de rambután, que sustituye las plantaciones de café.

El comercio con México tiene la dificultad de los trámites aduanales para ingresar la mercadería mexicana. Por el poco volumen de compra que hace la mayoría de comerciantes prácticamente las pocas ganancias son de subsistencia. Estas condiciones inducen al contrabando.

El ingreso de mercadería guatemalteca al territorio mexicano tiene la limitante de no cumplir con algunas condiciones del Tratado de Libre Comercio. Además, la demanda de productos guatemaltecos es menor respecto de los productos mexicanos. El comercio representa la actividad económica más importante en el municipio, debido a la ubicación geográfica con los municipios cercanos y las relaciones internacionales con el estado de Chiapas a través de la aduana de El Carmen Frontera.

La cobertura de los servicios de salud en el municipio de Malacatán se logra por medio de instituciones públicas y privadas para atender a las diferentes comunidades y sectores de la población. Las demás comunidades que no tienen un Puesto de Salud son atendidas con el servicio de *Extensión de cobertura o Centro de convergencia*, los cuales consisten en atención rotativa mensual con un médico y una enfermera profesional; ambos son ambulatorios, para cubrir las comunidades designadas, dando los servicios de atención primaria a los pacientes.

En la Extensión de cobertura se asignan ONG contratadas por Ministerio. A pesar de los nuevos programas impulsados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, todavía existe escasez de recursos e insumos lo que se traduce en el impacto de los servicios que se prestan. Dicho impacto se ve reflejado en algunos indicadores; tal es el caso de la alta morbilidad por infecciones respiratorias. La falta de presupuesto para los programas de extensión de cobertura y de planes de contingencia para enfrentar las epidemias limita las posibilidades de atención integral a la población. Los indicadores de morbilidad general se describen en el cuadro siguiente.

²⁶ Información disponible en la página: <http://www.migrante.com.mx/tecuacuten-umaacuten.html>. Consulta: 21 de diciembre de 2015.

Cuadro 5.8 Morbilidad en Malacatán, San Marcos, Guatemala (2004-2009)

Tipo de enfermedad	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Infecciones y parásitos	7,310	9,158	6,891	6,135	5,269	852
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3,405	5,202	4,145	4,070	4,669	840
Enfermedades de la sangre	7,150	5,383	3,151	2,486	2,145	329
Enfermedades del sistema genitourinario	4,388	4,424	2,683	3,576	3,907	749
No clasificado	4,585	3,923	2,641	4,133	3,836	552
Enfermedades del sistema respiratorio	8,059	3,379	2,106	2,536	2,704	428
Enfermedades del sistema digestivo	3,498	3,851	3,013	3,312	3,822	903
Síntomas anormales clínicos y de laboratorio	2,803	2,562	1,587	2,703	2,111	439
Enfermedades del sistema nervioso	778	1,403	1,036	1,375	1,634	389
Enfermedades del oído	1,002	1,076	1,064	1,191	1,179	152
Enfermedades del sistema osteomuscular	531	1,134	737	766	1,604	291
Enfermedades del ojo y sus anexos	302	500	420	365	473	60
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	502	292	217	315	530	83
Enfermedades del sistema circulatorio	8	21	24	48	301	163
Trastornos mentales y del comportamiento	1	2		88	209	48
Embarazo, parto y puerperio	51	4				

Fuente: MSPAS (2011).

La mortalidad general tiene sus principales causas en neumonías y enfermedades del corazón; es decir, las que requieren estudios y tratamiento de más costo y de largo plazo. Otra causa preocupante es la violencia que existe en el municipio por los ataques con armas de fuego y arma blanca; ésta es una amenaza que

hace vulnerables a los pobladores por ser un paso fronterizo. Las principales causas están en el cuadro siguiente.

Cuadro 5.9 Causas de Mortalidad en el municipio de Malacatán, San Marcos, Guatemala (2013)

Principales causas de mortalidad	Casos
Neumonía, organismo no especificado	91
Paro cardíaco	51
Infarto agudo del miocardio	49
Disparo de otras armas de fuego y las no especificadas	29
Fibrosis y cirrosis del hígado	24
Total	244

Fuente: Personal de Salud, Centro de Salud de Malacatán, 2014.

Aunque existe un grupo importante de ONG, no todas tienen una sede permanente, sin embargo, realizan un trabajo de promoción del desarrollo de áreas específicas, lo cual es favorable para el segmento de la población apoyada. Las organizaciones que pueden mencionarse son las siguientes.

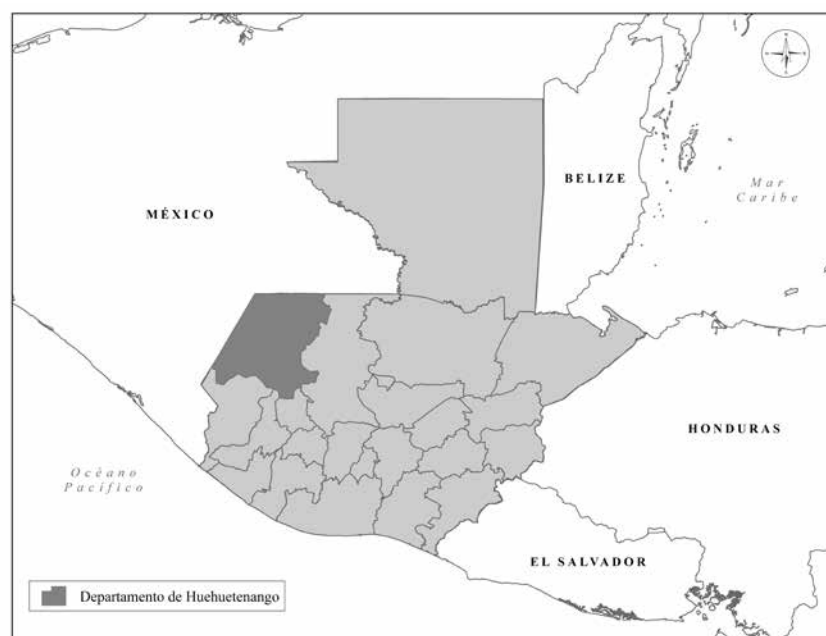
La descripción anterior corresponde a los servicios estatales. En la cabecera municipal, también está la presencia de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Aprofam, con los siguientes servicios: ginecología, psicología, medicina general, atención del parto, pruebas del VIH/sida, consejería, laboratorio clínico completo y hospitalización; todos estos servicios son cobrados en cuotas módicas con la modalidad de donación.

5.4 Migración y salud en el departamento de Huehuetenango

El Departamento de Huehuetenango se ubica en la región meso-occidental de Guatemala; limita al norte y al oeste con el estado de Chiapas en México; al sur limita con los departamentos de San Marcos, Quetzaltenango y Totonicapán, mientras que al este limita con el departamento de El Quiché. Para 2013, el INE ubica

la población de Huehuetenango en 1,204,324 habitantes, lo cual representa 7.8% de la población de Guatemala que para ese año se estimó en 15,438,383 habitantes. Del total de la población, 47.5% son hombres y 52.5% son mujeres. El 70.4% de la población habita en áreas rurales. Para ese mismo año, la mitad de la población tenía menos de 17 años.

Mapa 5.7 Ubicación del departamento de Huehuetenango



Fuente: INE (2013).

El 8.4% de la emigración guatemalteca proviene de Huehuetenango, departamento que ocupa el tercer lugar en cuanto al número de migrantes, sólo después del departamento de Guatemala (19.4%) y de San Marcos (10.5%) (UNICEF, 2011).

La razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos se ubicó para el departamento de Huehuetenango en 226.2, cifra por encima de este indicador a nivel nacional que es de 139.7 (MSPAS, 2011a:47). De acuerdo con el INE (2013) entre las principales causas de mortalidad de la población en general en este departamento

se encuentran las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, el infarto y la diabetes, tal como se señala en el siguiente cuadro.

Cuadro 5.10 Causas de mortalidad general en Huehuetenango, 2013

Neumonía	31.2
Diarrea	11.9
Infarto agudo	11.7
Diabetes mellitus	10.3
Accidente vascular encefálico	8.3
Exposición a factor no específico	6.0
Tumor maligno del estómago	6.0
Insuficiencia cardíaca	5.8
Fibrosis y cirrosis del hígado	4.6
Tumor maligno del hígado	4.2

Fuente: INE. Estadísticas de Salud (INE: 2013:18).

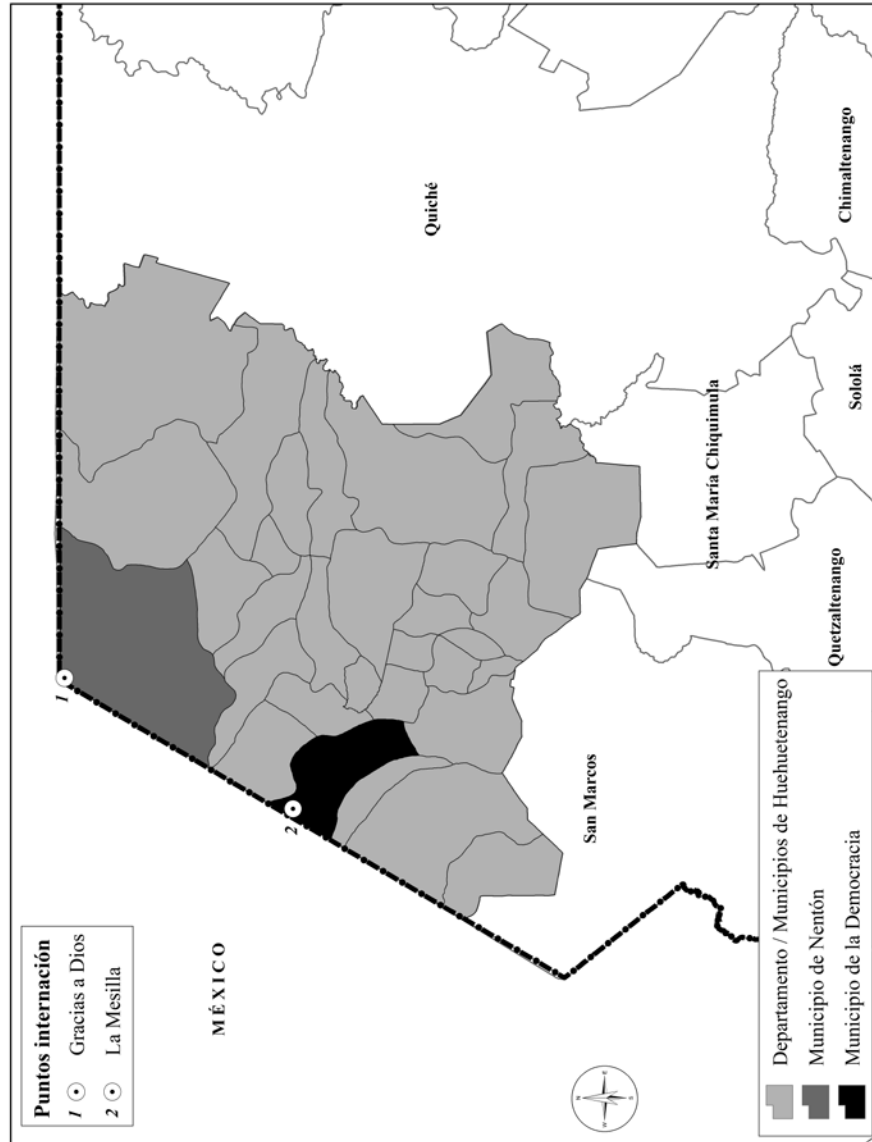
5.4.1 El municipio de La Democracia y el paso fronterizo La Mesilla

El municipio de La Democracia cuenta con una población proyectada por el INE para el año 2010 de 43,181 personas de las cuales 53% son mujeres y casi 47% son hombres; 6% más mujeres que hombres. Uno de los factores que incide en esta proporción, es que los hombres son quienes más migran de la población. 54% de la población no es indígena (ladina) y 46% sí lo es; la población menor de 25 años representa 66% de la población en general.

Los datos correspondientes a La Democracia indican que es un municipio eminentemente agrícola, pues el 72.84% del total de la población económicamente activa se dedica a estas actividades; los cultivos de café, maíz y frijol son los que más absorben mano de obra en todas las comunidades del municipio. El cultivo de café es de alta importancia en el municipio debido a que dinamiza la economía en este territorio (INE, 2014b).

Mapa 5.8
Municipios de
La Democracia
y Nentón,
departamento de
Huehuetenango

Fuente: INE (2013).



La segunda actividad en importancia la constituye el comercio con 7.95% de la población dedicada a las actividades o los servicios comunitarios, seguido de 1.06% en construcción y 0.92% en actividades comerciales, tanto formales como informales. Estas actividades de servicios y comercio se concentran en las comunidades de La Mesilla, Camojá y Camojaíto, asentamientos a los que se accede a través de la Carretera Panamericana.

Los ingresos de los habitantes de este municipio se encuentran relacionados con la venta de mano de obra como jornaleros en fincas cafetaleras o bien la poca disponibilidad de fuentes de trabajo. Esta situación ha obligado a los pobladores a buscar alternativas que les generen ingresos económicos; de tal hecho se derivan las migraciones hacia otras regiones del país, para trabajar de jornalero en Chiapas y, más reciente, hacia Estados Unidos.

Si se aplica el criterio de densidad sanitaria de la OMS,²⁷ el municipio de La Democracia se ubica en 3.25 profesionales de la salud por 10,000 habitantes, cifra que se encuentra muy por debajo de la clasificación de baja densidad (menos de 25 profesionales por 10,000 habitantes) y podría calificarse de crítica.

De acuerdo con el MSPAS (2009), los servicios proporcionados son insuficientes para los habitantes del municipio, existe insuficiencia de personal médico principalmente para intervenciones quirúrgicas y falta de medicamentos por lo que los pacientes acuden a clínicas y sanatorios privados en la cabecera municipal; en algunos casos la población busca este tipo de servicios en la cabecera departamental de Huehuetenango. Estas limitantes en el acceso a los servicios de salud acarrear fuertes repercusiones en la salud, sobre todo cuando se trata de enfermedades graves que requieren onerosos pagos a los servicios privados.

La Democracia es un municipio con actividades económicas que se efectúan en las aldeas de La Mesilla, Camojá y Camojaíto,

27 La densidad sanitaria se calcula a partir del número de médicos y enfermeras por cada 10,000 habitantes. Se considera baja cuando existen menos de 25 profesionales, media cuando hay entre 25 y 50, y alta cuando son más de 50 (Dye, 2013).

lugares donde se concentra el comercio del municipio. Según el análisis de la jerarquía de lugares poblados, se determinó que solamente en la cabecera municipal y en las aldeas La Mesilla, Camojá y Camojaíto existen actividades que se pueden clasificar como de comercio formal.

Respecto a las actividades de comercio, 93% de la economía de este lugar la representa el comercio informal, ésta ha aumentado en forma progresiva durante los últimos 5 años en las aldeas mencionadas y en la cabecera municipal. Estas ventas se realizan en las calles aledañas a las principales arterias de estos lugares y sólo en la cabecera municipal se han regularizado al albergar a los vendedores en el mercado municipal que, durante muchos años, estuvo abandonado (MSPAS, 2011a).

Como consecuencia del constante tránsito de mercadería por La Mesilla, la Superintendencia de Administración Tributaria instaló una aduana en el lugar; pero sólo se verifican los productos que pasan frente al edificio de las oficinas administrativas y no los que son llevados por la parte de atrás del inmueble; pasa por atrás, quizás, 95% de los productos comerciales.

Debido a que La Mesilla es un importante paso para el comercio, grupos del narcotráfico y del crimen organizado pelean por el dominio de la región. Las autoridades calculan que 90% de las muertes violentas que ocurren en La Mesilla se deben a que operan células del crimen organizado. Muchos de los negocios que funcionan en la región son utilizados para el lavado de dinero. Según los pobladores, el crimen organizado tiene el control del municipio y, principalmente, de las comunidades en la línea fronteriza como es La Mesilla. Por esta frontera se practica todo tipo de comercio ilegal como es el tráfico de personas, venta de armas, drogas, cambio de dinero, piratería, tráfico de productos comerciales de ambos países y la trata de personas para el trabajo sexual, entre otros.

La Mesilla cuenta con dos datos diferentes de población, lo cual refleja la realidad del lugar fronterizo: para 2013 el INE estimó 5,800 habitantes y el Comité Comunitario de Desarrollo (Cocode) estimó 9,000 habitantes con 30% de población emigrante para el

mismo año. Los funcionarios del puesto de salud estiman que 30% de la población es inmigrante.²⁸

El perfil epidemiológico de las primeras 5 causas de morbilidad y mortalidad en La Mesilla son:

Cuadro 5.11 Morbilidad y mortalidad en el Centro de Salud de La Mesilla

Morbilidad general	Mortalidad general
Enfermedades diarreicas	Por arma de fuego
Infecciones respiratorias agudas	Mortalidad materna
Bronconeumonías	Tuberculosis
Diabetes	Infartos
Amenorreas	Enfermedades crónicas

Fuente: Personal de Salud, Centro de Salud La Mesilla, 2014.

Las causas de mortalidad son muertes violentas por arma de fuego y muerte materna; para ambas causas no existe la capacidad de resolución en el Puesto de Salud de La Mesilla; además, es un indicador de la situación de inseguridad que se vive en esta región.

El Puesto de Salud presta el servicio de atención y control a las trabajadoras sexuales; en la actualidad el grupo se conforma de 25 mujeres, que se distribuye de la siguiente manera: catorce guatemaltecas de las cuales doce son indígenas y dos ladinas; ocho hondureñas y tres salvadoreñas. El grupo está en un rango de edad de entre 15 y 35 años y trabajan en 4 centros o bares identificados por el Puesto de Salud.

En el Centro de Atención Permanente (CAP) de La Democracia prestan los siguientes servicios: papanicolau, exudado vaginal (Gram) y baterías de exámenes VDRL, hepatitis B, factor RH, hematología completa, uroanálisis y VIH. Asimismo, se realizan charlas educativas de autoestima, separación familiar, derechos laborales de las migrantes, cómo manejar el rechazo de la población, salud sexual y reproductiva.

28 Entrevista con funcionaria del Puesto de Salud.

Durante nueve años de atención a las trabajadoras sexuales, se estima la atención a un grupo de 350 mujeres, de las cuales sólo una persona de origen hondureño se diagnosticó con vih positivo hace aproximadamente 3 años. Se indica que el grupo de mayor riesgo son las mujeres indígenas de Guatemala, pues no cuentan con conocimientos en salud sexual y reproductiva y por su concepción cultural-sexual en la que no demandan la utilización del preservativo a los hombres y les da vergüenza colocarlo. El Puesto de Salud cuenta con un libro de registro de las mujeres que trabajan sexualmente, el cual firman cuando se realizan sus exámenes.

Durante el año 2010, el Cocode, que es parte formal de la estructura municipal, confrontó al Puesto de Salud por no prestar servicio a las trabajadoras sexuales y expulsar a las mujeres de La Mesilla. El resultado de esta intervención del Cocode fue que las trabajadoras sexuales se mudaron a una comunidad vecina y, por las noches, regresaban a trabajar de forma clandestina en las calles y espacios públicos sin ningún control del Puesto de Salud y con mayor riesgo de ser víctimas de violencia de los clientes.

El Cocode actual ha cambiado su actitud por dos razones; uno de sus miembros fue migrante, y por las charlas que les ha impartido el Puesto de Salud sobre el derecho de los migrantes. Desde hace 5 años, según las apreciaciones del personal de salud, el flujo de migrantes ha disminuido ya que ahora buscan cruzar la frontera por el municipio de Nentón. Otro factor es que las autoridades migratorias mexicanas están más alerta para capturar a los migrantes y extorsionarlos antes de dejarlos continuar su viaje.

Durante las visitas de campo se constató que no existe un programa específico para migrantes, aunque se dijo que en el Distrito de Salud de La Mesilla ya se cuenta con una persona encargada del tema pero sin recursos para trabajar. Asimismo, se observa que hace falta capacitación social y técnica para el personal del Puesto de Salud para crear una mejor atención a migrantes brindándoles confianza. Otra limitante que se constató durante el trabajo de campo es que en el Sistema de Información Gerencial

Salud (SIGSA) no se captura la información de los migrantes, por lo que no se especifican en las estadísticas del Puesto de Salud.

En el municipio de La Democracia no se encontraron ONG que trabajen en apoyo a los migrantes. Aunque se encontraron ONG que apoyan desde otras perspectivas a los migrantes por la cercanía de sus propósitos; se mencionan las de mayor importancia y cobertura: la Asociación para el Desarrollo Sostenible de la Juventud (Adesju), brinda apoyo a grupos juveniles organizados a nivel municipal y departamental en Huehuetenango, cuenta con varios programas de trabajo, entre ellos: incidencia política, cultura, educación y tecnología, recursos naturales. Para Adesju la niñez, adolescencia y la juventud guatemalteca se consideran la población más importante en este momento.

La Asociación Kaibil Balam-3053, afiliada a Christian Children's Fund., cubre tres programas fundamentales: relación niño-padrino, educación y salud, lo que beneficia a una amplia población en el municipio. También están la Fundación para el Desarrollo de Programas Socioeconómicos (Fundap) y la Asociación Intervida Guatemala (Programa de Cooperación Española); La Asociación Intervida Guatemala es la que tiene mayor participación en el desarrollo social y productivo del municipio.

5.4.2 El municipio de Nentón y el paso fronterizo Gracias a Dios

El municipio de Nentón posee una población de 41,614 habitantes proyectada para 2010,²⁹ de ésta, 78% es indígena, mayoritariamente Chuj; las mujeres constituyen 50.7% de la población; el 92% del total de habitantes viven en el área rural y 76% tiene menos de 29 años. El índice de analfabetismo es de 35%, 83.77% de la población se encuentra en pobreza y 31.76% en extrema pobreza; el índice de necesidades básicas insatisfechas, 72.53%. Los principales productos agrícolas son: maíz, frijol, café, manía, hortalizas y rosa de jamaica.

29 INE. Población proyectada 2010.

La base económica del municipio de Nentón es la producción agrícola, la cual tiene una participación de 71.1%; la pecuaria, 0.8%; artesanal, 1.2%; comercio, 14.5%, y servicios, 12.4%. En la forma de ocupación y posesión que sostienen las personas respecto a la tierra que cultivan o explotan, es decir, la relación de propiedad sobre los medios de producción, las formas más comunes y generalmente aceptadas que existen en la estructura agraria del municipio son: propias y arrendada. Lo anterior explica la tenencia de las tierras en manos de pequeños grupos que son dueños de las fincas donde las tierras son de mayor productividad. Este tema ha revestido una especial importancia en el municipio, precisamente por haber sido uno de los más afectados durante el conflicto ideológico y armado; esto provocó que se produjeran grandes flujos migratorios hacia el estado de Chiapas.

El conflicto interno, ideológico y armado, que se vivió en Guatemala en la década de 1980, ha sido el desastre más grande registrado en Nentón, con un gran número de víctimas humanas, pérdida de viviendas, siembras, animales de crianza. Las áreas más afectadas con las masacres fueron: San Francisco y Santa Teresa; en donde el ejército implementó la práctica denominada “tierra arrasada”, es decir, la quema total de las aldeas; esto provocó que los sobrevivientes se refugiaran en Chiapas, lo cual dio origen a grandes grupos de desplazados internos, retornados y repatriaciones.

Las aldeas colindantes de Nentón con Chiapas están constituidas en su mayoría por población retornada que mantiene el vínculo familiar y social con las familias que habitan en las comunidades de los municipios fronterizos de Chiapas, por ello cruzar la frontera en estos pasos fronterizos es una dinámica social y económica cotidiana. Esta situación implica que la frontera administrativa entre ambos países es muy flexible. El regreso de las familias de Chiapas a Nentón en 1994 generó el tipo de problemas que ya existía y sigue existiendo: los conflictos por las tierras y el acceso a los medios de producción.

Debido a lo anterior, 26 de cada 100 familias tienen algún pariente que ha migrado, situación a la que actualmente se agrega el fenómeno de los migrantes de tránsito de los países vecinos y de otras nacionalidades que buscan llegar a México y a Estados Unidos. Este fenómeno también es circular, ya que los campesinos que viven cerca de la línea fronteriza, cuando es el momento del corte de café en Chiapas, van y regresan durante el día, por lo que no ven necesario hacer un movimiento de mayor temporalidad (UNICEF/OIM, 2011).

Existen otros recursos humanos que están en todas las comunidades del municipio como son las comadronas o parteras que brindan servicios de salud y forman parte de la organización social de las comunidades. Para 2010 la atención de parto en porcentajes fue de 0.2% médica y 97.9% por comadronas; este dato se convierte en un indicador de la importancia de la respuesta social por la vida y la salud.

En este municipio se cuenta con 4 médicos y una enfermera profesional para una población de 41,614 habitantes. Si se aplica el criterio de la OMS (recursos profesionales por cada 10,000 habitantes) este municipio se ubicaría en 1.25, es decir, en “categoría grave” y muy por debajo de los parámetros de densidad baja (25 profesionales por 10,000 habitantes).

Además, si vemos que los médicos y la enfermera profesional están ubicados en la cabecera municipal, la densidad de cobertura es mucho menor. En este cálculo no se incluyen los medios privados o particulares por no contar con el datos disponibles al respecto y además por no se trata de servicios que generalmente no están disponibles para la mayoría de la población.

La comunidad Gracias a Dios está ubicada a 60 km de la cabecera de Nentón por carretera asfaltada; cuenta con una población proyectada de 9,000 habitantes,³⁰ un Puesto de Salud y con la presencia de autoridades migratorias. Existe un importante

30 Este cálculo es estimado con base en que en el año 2000 se contaba con 1,725 personas y se le aplicó el crecimiento de 3% de la población.

comercio donde acuden personas del lado mexicano a comprar utensilios de labranza, ropa y medicamentos principalmente; también se observa la venta clandestina de gasolina mexicana por todos lados.

La comunidad hermana del lado mexicano es Carmen Xhán que comunica con Lázaro Cárdenas los municipios de Trinitaria y Comitán. Para llegar se toma la carretera panamericana tramo Comitán-La Trinitaria, donde entronca la carretera pavimentada hacia los Lagos de Montebello y a la carretera fronteriza del sur. En esta carretera se transitan 25 km para llegar a la población de Lázaro Cárdenas, donde entronca la carretera pavimentada que accede a la población fronteriza Carmen Xhán.

Las organizaciones que trabajan en el municipio por medio de programas de salud, educación, infraestructura son: Asociación Servicios y Apoyo al Desarrollo de Guatemala (Sadegua) que ejecuta el Programa de Desarrollo Rural (PDR) cuyos componentes se enfocan en salud y nutrición; también proporciona capacitación a los agricultores sobre la implementación de sistemas de mini-riregos para la siembra y cosecha de hortalizas e imparte talleres técnicos para la formulación, gestión, ejecución y evaluación de proyectos de beneficio comunal.

La Asociación de Desarrollo Social Integral (Asodesi) maneja desde hace tres años un programa de salud en los lugares donde no existen centros ni puestos de salud; su cobertura se estima para 37% de las comunidades del municipio. En este municipio se llevan a cabo las actividades de la Asociación CEIBA³¹ que promueve y acompaña procesos de empoderamiento local de grupos de base comunitaria y de movimiento social en aspectos técnicos, políticos y sociales, con pertinencia cultural y equidad. Este colectivo ha acompañado el retorno de las familias a la finca Chaculac con programas de salud integral.

31 La información sobre las iniciativas y programas que actualmente lleva a cabo esta asociación pueden consultarse en: www.ceibaguatemala.org. Consulta: 21 de diciembre de 2015.

La presencia gubernamental en Gracias a Dios es muy escasa, por lo que hay un vacío que ocupan las organizaciones dedicadas al tráfico de personas, comercio clandestino, entre otros. La modalidad de hospedaje de los migrantes es mediante casas de seguridad con restricciones para los migrantes como evitar contacto con personas ajenas; ya no utilizan los hoteles u hospedajes para evitar los secuestros y extorsiones.

Existen varias modalidades de viajar con “coyotes”, dependiendo del dinero que se pague.

La primera consiste en viajar siempre en transporte, sin tener que caminar, hasta llegar a Comitán y de ahí buscar la frontera de México con Estados Unidos. Esta modalidad, cuya utilización se observó en migrantes procedentes de República Dominicana durante la realización de esta investigación, implica un grado relativamente mayor de seguridad y comodidad. La segunda, que generalmente siguen salvadoreños y hondureños, implica transitar por pasos ciegos, caminando unas 5 o 6 horas hasta poder utilizar el transporte colectivo que los lleve a Comitán. La tercera, que se observó generalmente con los guatemaltecos, requiere pasar caminando desde la frontera por los pasos ciegos y continuar, en territorio chiapaneco, hasta acceder a la ciudad de Palenque.

La ciudad de Comitán funge como una estación de paso y seguridad para continuar el tránsito al norte. Entre las razones para utilizar esta frontera de Gracias a Dios se observa el hecho de que es menos montañosa, no hay río, las comunidades no están muy distantes del lado mexicano y principalmente porque se puede transitar como parte de las personas y familias que cruzan la frontera diariamente.

5.5 Guatemala: paso obligado

Guatemala tiene una compleja posición geográfica por ser un paso obligado de miles de personas migrantes es su camino hacia el norte, esta situación genera una infinidad de problemáticas que no son atendidas, pues no es prioridad de los Estados construir una política de seguridad humana que atienda de manera integral

cualquier necesidad derivada de los procesos migratorios; como modelo regional se implanta una política migratoria de seguridad de fronteras que contiene y gestiona los flujos sin garantizar un pleno ejercicio de derechos; el tema de la salud es un factor que pasa a un segundo nivel.

Si bien existen mecanismos que tratan de garantizar el derecho a la salud, es evidente que se encuentran rebasados y no son suficientes de cara al universo de población migrante en tránsito y origen que requiere de ellos. Las instituciones públicas de salud de Guatemala han implementado en algunas zonas fronterizas acciones focalizadas para personas migrantes, sin embargo éstas carecen de un presupuesto fijo para su operatividad lo que resulta en entonces esfuerzos que no intentan atender la problemática de manera estructural, sino que obedecen a presiones internacionales que les demandan generar políticas públicas desde una perspectiva integradora de los derechos humanos, de los derechos de las personas migrantes.

Es evidente que existe un vacío en la integración de la perspectiva de los derechos humanos en el modelo de salud, la cual se ve reflejada en la falta de capacitación social y técnica del personal de las instituciones; es vital generar procesos de formación que partan de reconocer el derecho a la salud como una prioridad de cualquier persona y que no puede excusarse en la limitación de recursos del Estado. Debe ser una prioridad en los programas de desarrollo contar con la infraestructura técnica, humana y presupuestaria para prever un servicio de calidad en el que los prestadores de este servicio sean personas que reconocen, promueven y ejercen los derechos de todas las personas con respecto a la salud.

Resaltamos como una buena práctica por parte del Estado guatemalteco articularse con las organizaciones de la sociedad civil para impulsar mecanismos de trabajo coordinado que brinden una mejor calidad de los servicios de salud; también reconocemos los esfuerzos que estas organizaciones han desarrollado en temas de salud y migración desde sus conocimientos para generar un modelo de salud integral a la población migrante en la región trasfronteriza.

6. Salud mental y acompañamiento psicosocial: familiares de migrantes no localizados

La intensificación del proceso migratorio en la región de la frontera México-Centroamérica ha originado una creciente problemática de migrantes que no pueden ser localizados por sus familiares o que son considerados desaparecidos. Este tipo de situaciones originan afectaciones a la salud mental³² de los familiares y han sido afrontadas mediante propuestas de acompañamiento psicosocial³³ que articulan procesos colectivos de escucha y resignificación de las experiencias dolorosas y las pérdidas con la denuncia pública, la incidencia política y el uso de los mecanismos judiciales. La desaparición de los migrantes implica un duelo que no puede cerrarse al tiempo que motiva estrategias de encuentro y exigibilidad de derechos.

Ante este panorama, vale la pena preguntarse ¿cómo experimentan y enfrentan las sociedades y los sujetos esta problemática? ¿En qué consiste el acompañamiento psicosocial a familiares de migrantes no localizados y cómo contribuye a su salud mental?

32 Si bien existe un amplio debate respecto a los términos *salud* y *salud mental* en este trabajo aludimos a la salud como “ejercicio de capacidades humanas” y de “procesos de exigibilidad” (Chapela y Cerda, 2011).

33 El debate respecto del término *acompañamiento psicosocial* se incluye en el inciso 4 de este texto .

A partir del enfoque a los migrantes no localizados provenientes de la región fronteriza entre Centroamérica y México, este capítulo tiene como propósito discutir los aportes y las problemáticas que enfrentan los procesos de acompañamiento psicosocial y de denuncia pública que pretenden propiciar la salud mental de los familiares de migrantes no localizados, desaparecidos o que han fallecido en la trayectoria migratoria. Este tipo de procesos se enmarca en un contexto en el que las autoridades mexicanas han reconocido la problemática de la violencia y la desaparición de personas que asedia al país.

En el primer apartado se elabora una caracterización de la problemática de los migrantes no localizados o desaparecidos en el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos, incluyendo su ubicación en el contexto internacional y ofreciendo elementos respecto a la magnitud y relevancia del fenómeno. En el segundo apartado se ubica la problemática de la desaparición de migrantes en el contexto que actualmente se enfrenta en México y se enfatizan las vicisitudes que implica la búsqueda de los migrantes desaparecidos o no localizados en dicho contexto.

En el tercer apartado, se detalla cómo surgen y en qué consisten los procesos de acompañamiento psicosocial a familiares de migrantes no localizados o desaparecidos, teniendo como referencia un grupo de este tipo que se ha conformado en Chiapas, México. Finalmente, en el cuarto apartado se reflexiona sobre los retos que en términos de diversidad cultural plantean este tipo de experiencias de acompañamiento psicosocial y de asesoría para el emprendimiento de procesos judiciales.

6.1 Hacia la precisión de la problemática de los migrantes no localizados

La intensificación del proceso migratorio es expresión de problemáticas estructurales históricas al tiempo que muestra las contradicciones y conflictividades que caracterizan el inicio del siglo XXI. Tal como ha documentado el periodista Federico Mastrogiovanni

(2014), en distintas regiones del mundo presenciamos la coincidencia territorial de formas de exclusión y empobrecimiento derivados del sistema capitalista dominante con intensos procesos migratorios que se caracterizan por una creciente problemática de la desaparición de personas.

Para comprender la problemática de los migrantes desaparecidos, así como las características y el alcance del apoyo psicosocial que requieren sus familiares, es necesario, en primer término, mostrar la magnitud de este fenómeno y sus principales componentes. A partir de 1993 y hasta 2011 (como puede observarse en el cuadro 6.1) el número anual de migrantes mexicanos con destino a Estados Unidos ha oscilado entre 405,854 y 855,682 personas. Los periodos de mayor afluencia han sido durante 2002 y 2003, así como entre 2005 y 2008, siendo el año 2007 el que registró la cifra récord de 855,569 personas migrantes. El número anual de deportados durante ese mismo periodo ha fluctuado entre 418,000 y 786,673. No parece haber una relación directa entre el número total de migrantes y el número de deportados, tampoco se observa una disminución claramente definida de los migrantes mexicanos con el paso de los años.

Al analizar el número de migrantes en cada estado de la República mexicana (véase cuadro 6.2) se observa que de los seis que tenían mayor número en 1993, sólo Guanajuato, Jalisco y Michoacán continúan estando entre los más altos. En contraste, Chiapas, que durante la década de 1990 se encontraba con una cantidad muy baja de migrantes internacionales, llega a colocarse en primer lugar en 2006 con 118,510 personas en dicha condición y posteriormente se mantiene por debajo de los tres estados con mayor número de sujetos que deciden trasladarse a Estados Unidos.

Por su parte, el número de migrantes guatemaltecos,³⁴ tal como se aprecia en el cuadro 3, presenta en términos generales una tendencia ascendente para situarse en más de 600,000 al año. Los

³⁴ La Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte (EMIFN) no incluyó los migrantes procedentes de otros países de Centroamérica y Sudamérica.

migrantes de dicha nacionalidad que han sido deportados por autoridades mexicanas, a pesar de la incongruencia de los datos, se ubican en una cifra constante entre 2009 y 2011 y comienza a ascender a partir de 2014, año en que se pone en marcha el Plan Frontera Sur. En total, para 2011 el número de deportados de procedencia guatemalteca tanto por México como por Estados Unidos ascendió a alrededor de 125,000. Según los datos más recientes, los deportados “en 2013 fueron 6,700; en 2014 subieron a 113,600, y terminará 2015 con un estimado de 150,000, según datos del Instituto Nacional de Migración” (Knippen, Boggs y Meyer, 2015:3).³⁵

Cuadro 6.1 Migrantes procedentes del sur de México con destino a Estados Unidos y personas devueltas por la Patrulla Fronteriza u otras autoridades migratorias

	1993-1994	1995-1996	1996-1997	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Migrantes procedentes del sur con destino a Estados Unidos	698,495	458,212	493,465	606,369	484,531	484,685
Personas devueltas por autoridades migratorias	617,444	642,248	671,465	549,562	786,673	689,369
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Migrantes procedentes del sur con destino a Estados Unidos	405,854	728,518	628,518	542,153	708,927	815,569
Personas devueltas por autoridades migratorias	590,733	536,336	426,026	429,442	512,975	462,444
	2007	2008	2009	2010	2011	
Migrantes procedentes del sur con destino a Estados Unidos	855,682	748,392	630,449	492,877	317,105	
Personas devueltas por autoridades migratorias	572,514	565,657	548,868	418,018	356,976	

Fuente: Encuesta de Migración en la Frontera Norte (EMIFN) 2000-2001, p. 83; EMIFN 2005, p. 139; EMIFN, 2011, pp. 259-260.

³⁵ La variación de datos entre el Instituto Nacional de Migración y la EMIFS puede explicarse porque el Instituto contabiliza a partir de los trámites que realiza, mientras que la Encuesta hace un levantamiento directo en las poblaciones a través de un instrumento de detección de información que no implica un trámite legal específico.

Cuadro 6.2 Migrantes con destino a Estados Unidos
(República Mexicana y entidades federativas seleccionadas)

	1993- 1994	1995- 1996	1996- 1997	1998- 1999	1999- 2000	2000- 2001
República Mexicana	698,495	458,212	493,465	606,369	484,531	484,685
Chiapas	5,992	2,434	1,986	4,672	3,492	4,405
Chihuahua	66,931	18,043	16,614	32,490	24,921	25,885
Guanajuato	90,293	74,973	87,467	80,008	52,415	45,034
Jalisco	55,894	35,178	36,949	40,382	34,036	43,511
Michoacán	75,306	79,576	65,395	57,911	65,947	52,324
Oaxaca	26,475	19,861	20,707	22,604	14,849	14,819
Zacatecas	49,114	27,953	26,869	18,686	25,196	10,637
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
República Mexicana	405,854	728,518	628,518	542,153	708,927	815,569
Chiapas	4,472	36,307	53,827	33,786	60,427	118,510
Chihuahua	21,286	19,945	14,973	9,390	9,155	7,561
Guanajuato	33,783	86,977	74,985	103,156	114,799	102,705
Jalisco	39,364	41,057	35,032	34,874	42,700	34,893
Michoacán	51,854	73,219	68,928	54,059	55,008	72,019
Oaxaca	12,009	42,890	28,316	24,387	38,306	45,175
Zacatecas	12,014	18,722	17,757	17,778	19,663	24,390
	2007	2008	2009	2010	2011	
República Mexicana	855,682	748,392	630,449	492,877	317,105	
Chiapas	105,419	83,293	47,816	32,534	23,212	
Chihuahua	8,285	8,617	7,082	5,413	2,803	
Guanajuato	107,202	66,512	83,649	52,228	30,925	
Jalisco	53,544	56,848	49,199	49,304	37,569	
Michoacán	77,785	50,335	65,481	77,499	41,695	
Oaxaca	55,327	50,927	34,432	28,263	16,783	
Zacatecas	20,135	22,239	16,958	15,856	13,013	

Fuente: Encuesta de Migración en la Frontera Norte (EMIFN) 2000-2001, p. 83; EMIFN 2005, p. 139; EMIFN, 2011, pp. 259-260.

Cuadro 6.3 Migrantes procedentes de Guatemala a México
vía terrestre y guatemaltecos deportados (2004-2011)

Año	2004	2005	2006	2007
Migrantes guatemaltecos*	477,140	375,044	314,882	389,433
Migrantes guatemaltecos deportados desde México	64,318	65,162	Nd.	Nd.
Migrantes centroamericanos deportados desde México**	Nd.	Nd.	Nd.	Nd.
Migrantes guatemaltecos deportados desde Estados Unidos	3,202	6,341	Nd.	Nd.
Migrantes centroamericanos devueltos por autoridades estadounidenses**	Nd.	Nd.	Nd.	Nd.
Año	2008	2009	2010	2011
Migrantes guatemaltecos*	494,851	636,012	576,027	616,926
Migrantes guatemaltecos deportados desde México	Nd.	Nd.	Nd.	Nd.
Migrantes centroamericanos deportados desde México**	Nd.	60,941	60,696	55,790
Migrantes guatemaltecos deportados desde Estados Unidos	Nd.	Nd.	Nd.	Nd.
Migrantes centroamericanos devueltos por autoridades estadounidenses**	Nd.	79,409	74,662	68,923

* Incluye tanto los migrantes que declararon que permanecerían menos de 1 día en México como los que declararon que permanecerían más de un día.

** Indicador incluido en la EMIFN a partir de 2009.

Fuente: EMIFN, 2005, pp. 202, 225, 236; EMIFN, 2011, pp. 229 y 281.

Desde una perspectiva global, tal como se muestra en el cuadro 6.4, la frontera México-Estados Unidos ocupa el segundo lugar en cuanto al número de migrantes que han muerto en su intento de cruzar la línea divisoria entre ambos países. Entre 1998 y 2013, se

registraron 6,029 defunciones de migrantes, una cifra que sólo es superada por el número de decesos registrados entre las personas que intentaron penetrar las fronteras externas de la Unión Europea (Brian y Laczko, 2014:24).

Cuadro 6.4 Estimaciones regionales de muertes de migrantes relacionadas con la frontera (*migrant border-related deaths*)* compiladas de varios recursos, años disponibles 1996-2014

Región	Número de muertes	Años	Fuente
Sahara	1,790	1996-2013	Fortress Europe
Frontera Estados Unidos-México***	6,029	1998-2013	United States Border Patrol
Fronteras externas a la Unión Europea	22,400	2000-2014**	OIM basado en The Migrants Files
Aguas australianas	1,495	2000-2014**	Australia Border Deaths Database
Cuerno de África	3,104	2006-2014**	UNHCR; OIM para 2014
Bahía de Bengala	1,500-2,000	2012-2014**	UNHCR; Arakan Project
Caribe	188	2012-2014**	UNHCR; OIM para 2014.

* La definición de *border related deaths* (aquí traducida como “muertes relacionadas con la frontera”) varía entre las fuentes. Algunas consideran solamente las muertes ocurridas en las fronteras exteriores, mientras que otras incluyen las muertes que ocurren en los países de destino o tránsito que pueden ser directamente atribuidas con los regímenes de control de las fronteras.

** Los cálculos de 2014 incluyen datos hasta septiembre 2014 (Bahía de Bengala hasta junio 2014).

*** Los datos para la frontera Estados Unidos-México consideran hasta el 30 de septiembre de 2013.

Fuente: Brian y Laczko (2014:24).

Como ha señalado Jiménez (2009), existen significativos problemas de no identificación y subregistro que impiden saber con exactitud cuántos migrantes mexicanos o centroamericanos han muerto al intentar ingresar de manera indocumentada a Estados Unidos. Retomando datos oficiales, la autora señala que a partir de que Estados Unidos implementó la Operación Gatekeeper (entre 1994 y hasta 2009) el número de migrantes fallecidos en tránsito puede situarse entre 3,861 y 5,607. De manera coincidente, Kovic (2013) señala que a partir de 1998 se han documentado entre 5,000 y 7,500 migrantes fallecidos al cruzar la frontera entre México y Estados Unidos,³⁶ entre los que se contabiliza un total de 271 decesos en 2012.

Según los datos proporcionados por el Centro de Ciencias Forenses del Condado de Pima, históricamente ubicado como el que registra el mayor número de muertes de migrantes, entre 2001 y 2011 se han recuperado los cuerpos de 1,911 personas. El 64% de los cuerpos ha sido identificado y entre ellos, 12% mediante muestras de ADN. Entre los migrantes identificados, los de nacionalidad mexicana han sido el grupo más numeroso (87%, 1,063 casos), seguido por los guatemaltecos (6%, 79 casos) y los salvadoreños (3%, 30 casos). Actualmente existen en dicho condado un total de 692 cuerpos sin identificar (véase cuadro 6.5).

El análisis de estos datos muestra, asimismo, que a partir de 2000 existe una asociación estadísticamente significativa de muertes ocasionadas por insolación derivada del paso por el desierto de Arizona y el aumento significativo de migrantes centroamericanos y del sur de México.

36 Kovic (2013) retoma y coincide con los datos que a este respecto proporciona Rubio-Goldsmith *et al.* (2006).

Cuadro 6.5 Cuerpos o restos de migrantes registrados por el Condado de Pima, Arizona, 2001-2011

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cuerpos o restos de migrantes	75	145	155	170	196	175
Identificados	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Identificados por ADN	1	3	13	15	13	19
	2007	2008	2009	2010	2011	2001-2011
Cuerpos o restos de migrantes	216	171	194	230	184	1,911
Identificados	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	1,219 (64%)
Identificados por ADN	14	17	21	23	11	150 (12%)

Fuente: Pima County Forensic Science Center, *Annual report 2011*. Pp. 27-31.

Al analizar la problemática desde una perspectiva cronológica, Rubio-Goldsmith *et al.* (2006) ha propuesto distinguir un periodo de “pre-efecto embudo” que va de 1990 a 1999 en el que el promedio anual es de 14 personas fallecidas y clasificadas como cuerpos recuperados de cruzadores de frontera no autorizados (CR-CFNA);³⁷ en contraste, en la otra etapa que califica como “efecto embudo” y que se sitúa entre 2000 y 2005, se registra un promedio anual de 160 personas clasificadas como CR-CFNA, tal como se muestra en el cuadro 6.6.

³⁷ Al analizar el carácter restrictivo y el subregistro que se deriva de la utilización del criterio clasificatorio de “muertes de migrantes” (*migrant deaths*), Rubio-Goldsmith *et al.* (2006) ha propuesto la utilización del término “*unauthorized border-crosser*” (UBC) que aquí traducimos como “cruzadores de frontera no autorizados” (CFNA) y de “*UBC recovered bodies*” que en este texto se utiliza como “cuerpos recuperados de cruzadores de fronteras no autorizados” (CR-CFNA).

Cuadro 6.6 Diferencias entre “pre-efecto embudo” (1990-1999) y “efecto embudo” (2000-2005) por la recuperación de cuerpos de cruzadores de frontera no autorizados por parte de la Oficina de Examinadores Médicos del Condado de Pima

	Pre-efecto embudo (1990-1999)	Efecto embudo (2000-2005)
Número total de cuerpos recuperados	125	802
Mujeres	13.6%	22.6%*
Hombres	84.0%	77.2%
No identificados	37.6%	24.9%
Edad promedio	30 años	30 años
Muertes debidas a exposición a elementos	39.2%	61.4%
Muertes por causas indeterminadas	31.2%	19.6%
Muertes debidas a accidentes por vehículos de motor	18.4%	11.1%
Muertes por homicidios	5.6%	3.2%

Fuente: Rubio-Goldsmith *et al.* (2006:45).

A pesar de que los datos de la EMIF presentados anteriormente no muestran una disminución claramente definida del número de migrantes, algunos analistas que retoman otras fuentes de información señalan que se observa una disminución de personas en esta condición durante los últimos años (Passel, Cohn y González-Barrera, 2012; Massey, 2012). A pesar de esta discrepancia, existe un cierto consenso en que se observa una disminución en el número de aprehensiones y un consistente aumento en el número

de migrantes que han muerto durante los últimos años al cruzar la frontera. Como han planteado Reineke y Martínez retomando los datos por la patrulla fronteriza de Estados Unidos:

Durante los últimos tres años fiscales, se han registrado más de 100 migrantes muertos por cada 100,000 aprensiones al cruzar la frontera, comparadas con los cerca de 40 casos de muertes de migrantes que se registraban hace una década. Los migrantes tienen un mayor riesgo de muerte hoy que en los años previos [...] esto puede ser porque ellos tienen menos opciones que los llevan a pensar en las áreas más peligrosas y remotas a lo largo de la frontera o que les requieren trayectos más largos, con la finalidad de evitar la detección por parte de las autoridades estadounidenses (2014:54).

Otros analistas que se han enfocado en esta problemática (Kovic, 2013) coinciden en apreciar que a partir del endurecimiento de las medidas migratorias estadounidenses en los últimos cinco años (2010-2015), se observa una relación inversa entre la disminución del número de migrantes respecto del número de migrantes deportados. Asimismo que, de manera paradójica, esta disminución del total de migrantes durante el periodo (aunque se trate de una tendencia debatible) está acompañada de un aumento del número de migrantes que fallecen. Una situación similar ha sido denunciada por activistas a favor de los derechos de los migrantes en México, quienes afirman que las medidas de represión para el control del flujo migratorio, como las que se han intensificado a partir del anuncio del Plan Frontera Sur, generan una mayor dificultad para transitar por esta región y provocan que los migrantes asuman mayores riesgos y sean susceptibles de ser víctimas de delitos.

Aunque la mayor cantidad de muertes de migrantes se registran en el sector de Tucson, Arizona, un significativo número de migrantes muere también en California y Texas, seguidos de cerca por los registrados en Nuevo México (Reineke y Martínez, 2014:55).

Precisar las características de los migrantes no localizados implica, de entrada, diferenciar los términos que se utilizan de manera frecuente para designar a estos sujetos, sus implicaciones y sus vínculos inevitables con problemáticas que los migrantes comparten con otros actores sociales.

El calificativo de “no localizado” ha sido retomado del discurso de los familiares³⁸ que buscan a sus migrantes. Se trata de una caracterización que alude a la condición de no saber dónde se encuentra su familiar o de no poder establecer un vínculo de comunicación directa con él o ella. De esta forma, se asume implícitamente que la persona migrante que se busca permanece con vida. Si bien los familiares reivindican esta condición, también comprenden que las posibilidades del reencuentro se van limitando con el paso de los años debido a las condiciones de inseguridad que prevalecen en el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos.

A diferencia de esta noción —que de manera implícita asume que no existe algún responsable de que el migrante *no sea localizable*— la noción de *desaparecido* alude a que existe alguien, frecuentemente no ubicado con certeza, que es responsable de llevar a cabo la desaparición. Este calificativo sobre la condición de migrante, frecuentemente utilizado en los informes de derechos humanos en este campo y por algunas asociaciones de familiares, asocia la problemática de los migrantes con la de las personas desaparecidas en cuya situación puede suponerse o corroborarse la participación de las fuerzas públicas.

En este texto se utilizan tanto el término de *migrantes no localizados* (cuando se alude a la perspectiva de los familiares de los migrantes) y *migrantes desaparecidos* (cuando se alude a la problemática en el contexto legal e institucional que se requiere para su comprensión). De manera paralela a esta problemática, respecto a la terminología más adecuada para nombrar y

38 Son los familiares que buscan a sus migrantes quienes, dependiendo de las características de su situación y de la lectura de la problemática que ellos han construido, deciden cómo calificarlos.

comprender esta problemática, se enfrenta también la dificultad de concretizar y caracterizar a los migrantes desaparecidos.

Aunque resulta complejo precisar la cantidad de migrantes centroamericanos o mexicanos que pretenden trasladarse a Estados Unidos, resulta aún más difícil contar con cifras definitivas sobre cuántos migrantes pueden ser clasificados como no localizados o desaparecidos, situación que lleva a la elaboración de cálculos indirectos –tarea a la que nos enfocamos en el siguiente inciso– de una diversidad de fuentes que, a su vez, no cuentan con precisión o absoluta certeza de los datos que ofrecen, aunque pueden ser indicadores importantes para comprender la problemática.

6.2 La búsqueda de los migrantes en el contexto mexicano

A pesar de los más de 2,000 km que separan la frontera entre Estados Unidos y México de los límites geográficos entre este último y Centroamérica, la noción de la *desterritorialización de las fronteras*³⁹ parece operar significativamente en tanto que en la región fronteriza, a la que se enfoca el presente trabajo, se desarrollan procesos y dinámicas que no podrían comprenderse sin considerar el polo de atracción estadounidense y las condiciones que éste impone a los migrantes a pesar de encontrarse en un territorio lejano y culturalmente diferenciado. Si bien se sabe que, en términos generales, los migrantes centroamericanos ingresan a México por tres corredores principales (el histórico de Tapachula, el

de La Mesilla-Comitán y el más reciente de la Selva de Tenosique),⁴⁰ sus rutas se conectan para después desplegarse en un abanico que recorre distintos puntos de la frontera México-Estados Unidos en los que se unen a esta marcha los migrantes mexicanos.

Una aproximación más detallada y con información de campo revela que se trata más bien de una especie de *telaraña dinámica* que, si bien tiene un polo de destino más o menos claro, se redefine de manera permanente tanto por las políticas estatales (mexicanas y estadounidenses) para controlar el flujo migratorio como de las estrategias de quienes en la informalidad o influyéndolo abiertamente se benefician del “negocio de los migrantes”; también por la disponibilidad de albergues y otras redes de apoyo que se han generado; literalmente, se hace camino al migrar.

Pero si los caminos para migrar son impredecibles, el ascenso de la problemática de los migrantes desaparecidos, los beneficios económicos de quienes hacen uso del “negocio de los migrantes” y el desdén para afrontarlo por parte de los Estados y otros actores públicos, hace que la búsqueda sea tal vez más compleja. Al no contar con datos oficiales y la poca respuesta por parte de las autoridades respecto de los migrantes desaparecidos en México durante las últimas dos décadas, la magnitud del fenómeno y la caracterización de quiénes lo conforman sólo puede hacerse de manera indirecta; esto es, tratando de delimitar cuántas personas migrantes y cuántas personas han sido reconocidas como desaparecidas y luego tratar de encontrar la confluencia de ambas colectividades.

Dado que no existen datos oficiales respecto a cuántos migrantes (centroamericanos o mexicanos) han desaparecido en México, se hace necesario aludir al total de desaparecidos que existen en el país.⁴¹ La Secretaría de Gobernación ha reconocido

39 Al ser enfocadas en su dimensión territorial, las fronteras muestran, paradójicamente, tanto procesos de desterritorialización como de territorialización (Mummert, 1999). La revisión crítica de la territorialidad de las fronteras, conceptualizada a partir de reconocer y cuestionar las ideas recibidas sobre “espacio” y “lugar” (Gupta y Ferguson, 2008), ha llevado a reconocer cómo las fronteras tradicionalmente asignadas a los Estados nacionales se expanden para influir definitivamente las fronteras de otras naciones y, en sentido inverso, cómo ciertos países se ven obligados a gestionar sus propios límites territoriales a partir de procesos o influencias que se originan en procesos propios de otras naciones o regiones económicas (Fábregas, 2014; Castillo, 2003).

40 Las rutas de internamiento no son previsibles ni inamovibles, situación que se traduce en un intenso debate para la definición de los “corredores migratorios”. Al respecto y sobre la situación actual de la frontera sur de México, puede consultarse el trabajo de Knippen, Boggs y Meyer (2015).

41 En 2010 la Fundación para la Justicia y el Estado Democrático de

20,810 personas desaparecidas entre 2006 y 2014, ya descontando aquellas que han sido encontradas con vida o cuya defunción ha sido certificada. En este contexto, el ataque a los estudiantes de la Escuela Normal Rural de Ayotzinapa, en septiembre de 2014, que dejó un saldo de 6 personas asesinadas y 43 estudiantes desaparecidos —el cual continúa sin esclarecerse (GIEI, 2015)—, muestra de manera emblemática la problemática respecto a la desaparición de personas, constante en México desde 2006. Un riesgo al que están sometidos tanto la población mexicana como la de los migrantes en tránsito, estos últimos en una condición de mayor vulnerabilidad debido a su condición de indocumentados (quienes no son mexicanos), el traslado a través de regiones de alto riesgo en el país o la dificultad para utilizar sus redes de apoyo fuera de sus lugares de origen.

Debido a que los datos ofrecidos hasta ahora muestran un total de personas migrantes que estarían en riesgo de ser clasificadas como “no localizadas” o “desaparecidos” y, por otro lado, a un total de sujetos en dicha condición, pero que no necesariamente son migrantes, se requiere agregar desde otras rutas para aproximarse a la comprensión de cuántos y quiénes son los migrantes desaparecidos. La cuantificación de migrantes que han sido secuestrados o ultimados en territorio mexicano, si bien no es exhaustiva y también resulta indirecta, puede complementar la imagen global de la problemática. Una lógica que nuevamente nos lleva a asociar la migración con la problemática general del país; en este caso, con los homicidios relacionados con algún delito.

Según los reportes emitidos por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2013), de diciembre 2006 a septiembre de 2011, se registraron 45,515 homicidios en México, situación que resulta inédita en el país y que expresa altos índices de violencia que parecen haberse naturalizado. Los datos proporcionados por

esta misma institución muestran que, entre septiembre de 2008 y febrero 2009, se registraron 9,758 secuestros de migrantes; abril a septiembre de 2010, 11,333, lo que suma un total de 21,091 secuestros en estos dos semestres.

Cuando se analiza con detalle la problemática, se observa una secuencia que se inicia con la negación de un estatus migratorio oficial (tanto por el Estado mexicano como por los Estados Unidos), situación que obliga a los migrantes a ingresar a otro país de manera clandestina. Esta forma de acceder al país de tránsito o destino los hace más susceptibles a ser violentados por bandas delincuenciales, agentes corruptos o empleadores que no respetan los derechos laborales (CNDH, 2011). La posición de los Estados nacionales de negarse a avalar oficialmente el ingreso de los migrantes suele estar asociada a intereses de grupos económicos nacionales, o bien, a presiones internacionales que se sustentan en la aprobación o negación de financiamientos estatales.

Por otro lado, entre los cuestionamientos y las preocupaciones que genera la información oficial, resalta un patrón observable que consiste en la realización de revisiones migratorias por parte de las autoridades correspondientes a la cual sigue la agresión de grupos armados que llevan a cabo secuestros colectivos de migrantes.

Asimismo, no parece existir información de que la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) haya continuado con este tipo de registro ni haya informado sobre el avance en los procesos judiciales iniciados a partir de estas violaciones a los derechos humanos de los migrantes; sobre todo, debido a que en los mismos informes de esta institución se documentó un promedio de 1,600 migrantes secuestrados al mes (CNDH, 2009; CNDH, 2011).

A pesar de que existe muy poca información pública sobre el avance y la conclusión de los procesos judiciales iniciados por el secuestro de migrantes, algunos datos disponibles indican que éstos tienen un limitado seguimiento. Según la información recabada por diversas organizaciones que participaron en la elaboración del Informe Secuestros a Personas Migrantes en Tránsito por México (BPM *et al.*, 2011:14) entre enero de 2008 y abril de

Derecho (FJEDD) hizo una solicitud al Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI) y la respuesta fue que el Estado desconocía cuántos, de entre los desaparecidos, eran migrantes.

2010 sólo existían 44 averiguaciones previas y dos sentencias. Coincidentemente, la Comisión Nacional de Derechos Humanos documentó que entre junio de 2009 y junio de 2010 existían 64 averiguaciones previas por secuestro a migrantes.⁴²

Otra forma de aproximarse a la búsqueda de migrantes desaparecidos, tan dolorosa para los familiares como compleja por los procedimientos que requiere, ha sido la identificación de cuerpos o restos humanos en las rutas migratorias. En México no se cuenta con un registro de las personas migrantes reportadas como no localizadas o desaparecidas (o al menos no se ha hecho público); tampoco se han elaborado una base de datos oficiales adecuada —incluyendo la información genética— de los cuerpos o restos identificados dentro del territorio en los que existen elementos para presuponer que se trata de migrantes mexicanos o centroamericanos.

En México, el trabajo de identificación de migrantes a partir de toma de muestras de ADN de familiares, la organización de una base de datos y la contrastación con la información genética de cuerpos o restos humanos presumiblemente de migrantes se lleva a cabo, fundamentalmente, por medio de organizaciones de la sociedad civil. Entre estas iniciativas, destaca el Proyecto Frontera⁴³ que reportó contar con 449 pruebas realizadas a familiares de

42 Esta carencia de datos, ya sea desde una perspectiva temporal, de registros confiables, o de información pública divulgada abiertamente, se expresa de manera emblemática en casos que han sido motivo de denuncia periodística nacional e internacional, entre éstos se encuentran: la masacre de 72 migrantes en San Fernando en agosto de 2010, el descubrimiento de 47 fosas con migrantes inhumados ilegalmente entre abril y agosto de 2011, el hallazgo de 49 torsos en Cadereyta, Nuevo León en 2012 y otros casos de secuestro y asesinato de migrantes incluidos en la comparecencia de la Procuraduría General de la República (PGR) ante la CIDH durante 2013 (EJEDD, 2014:5-11).

43 El Proyecto Frontera fue desarrollado por la Fundación para la Justicia y el Estado Democrático de Derecho, Voces Mesoamericanas Acción con Pueblos Migrantes, el Equipo Argentino de Antropología Forense, el Comité de Familiares de Migrantes Fallecidos y Desaparecidos de El Salvador (COFAMIDE), la Casa del Migrante de Saltillo-Frontera con Jusitica, A.C., y

migrantes no localizados o desaparecidos y que, mediante estrategias de contrastación de bases de datos de ADN —con el apoyo de iniciativas homólogas en el sur de Estados Unidos—⁴⁴ ha logrado identificar a trece migrantes a través de diez restos encontrados en Arizona, dos en Texas y uno en México. Entre estas trece personas se encontraban diez salvadoreños, un mexicano, un hondureño y un costarricense (OEA, 2013:92).

Las dificultades para la identificación de los migrantes fallecidos se exacerban debido a que no se ha logrado garantizar la toma de muestras a los cuerpos o restos encontrados y por el subregistro de los casos. El análisis de esta información es una expresión más de la discriminación racial y étnica en tanto que los datos indican un número creciente de población latina y de personas proveniente de los estados de la República mexicana que cuentan con mayores porcentajes de población indígena (Kovic, 2013).

Cuando se trata de indagar sobre el perfil o las características específicas de los migrantes no localizados o desaparecidos, nuevamente se enfrenta la necesidad de recurrir a estimaciones indirectas. Las respuestas adquieren distintos matices si se recurre a la información forense o se toma como base las denuncias hechas por familiares.

Retomando esta última perspectiva, los datos de una investigación de campo realizada durante 2013 por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR, 2014:8-10), la cual incluyó 218 entrevistas realizadas a familiares de personas migrantes desaparecidas mientras se dirigían a los Estados Unidos,⁴⁵ reporta que en promedio los migrantes desaparecidos tenían entre 18 y 29 años, la mayoría son hombres (82.1%), con al menos un hijo (65.1%), jefes de familia al migrar (41.2%), y 17% de los familiares entre-

Humanidad sin Fronteras, A.C. (OEA, 2013:92).

44 Desde la sociedad civil como Centro Colibrí, No more Deaths, Desert Angels, Houston Unido. Desde instancias estatales: Forensic Sciences Center of Pima County.

45 De éstas, 44 se llevaron a cabo en El Salvador, 62 en Guatemala, 68 en Honduras y 44 en México, entre febrero y julio de 2013.

vistados se consideraron indígenas. Asimismo, reporta que 77% fueron contactados por última vez en territorio mexicano y que 21% perdieron contacto en Tamaulipas.

Finalmente, puede señalarse que para caracterizar la problemática de los migrantes no localizados o desaparecidos también se ha recurrido a tratar de ubicar las repercusiones de las medidas gubernamentales frente a la migración; específicamente, la correlación en términos temporales entre el financiamiento de origen estadounidense recibido por el gobierno mexicano a través de iniciativas como el Plan Mérida (en el que se incluye el Plan Frontera Sur) y el número total de migrantes junto con el de deportados y el de migrantes fallecidos (WOLA, 2015).

6.3 Apoyo psicosocial a familiares de migrantes no localizados o desaparecidos

La búsqueda de personas desaparecidas cuenta, en América Latina, con el ineludible antecedente de los procesos dictatoriales o de violencia política que caracterizaron la región durante las décadas de 1960 y 1970. Durante esos años se intensificaron los movimientos por los derechos humanos que generaron un acumulado de aprendizajes reflejados en diversas estrategias que hoy en día se utilizan para la búsqueda de migrantes no localizados o desaparecidos.

Como parte de estas décadas de lucha por los derechos humanos, se desarrollaron también estrategias de atención y acompañamiento psicosocial que buscaron brindar algún tipo de sostén, ya fuera a través de la atención individual, pero sobre todo a partir de la conformación de espacios grupales y colectivos de duelo de los familiares de los desaparecidos (Castillo, Díaz y Gómez, 2014).

En la misma región centroamericana, de donde actualmente proviene un amplio contingente de migrantes que transita por la frontera sur de México para dirigirse a Estados Unidos, diversas asociaciones civiles, grupos de profesionales o académicos, realizaron una pionera y necesaria labor de acompañamiento psicosocial

en situaciones de violencia estatal, entre los que destacan en Guatemala el Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial (ECAP), en el Salvador el Comité de Familiares de Migrantes Fallecidos y Desaparecidos de El Salvador (COFAMIDE) y el Fondo Nacional para las Migraciones en Honduras (FONAMIH).

Si bien no existe un consenso sobre qué es lo que implica un “enfoque” o “acompañamiento psicosocial”, el aporte diferenciado de esta perspectiva tiene como antecedente tanto el indisoluble y complejo vínculo entre individuo y sociedad como la necesidad de una perspectiva que no “victimice”, sino que reconozca la condición de agencia y las posibilidades de resignificación de aquellos sujetos que en su propia persona o en sus familias experimentan los efectos indeseables de problemáticas compartidas por las sociedades latinoamericanas (Martín Baró, 1984; Beristain y Riera, 1999).⁴⁶

El proceso mediante el cual los familiares se asumen como actores sociales no es, por supuesto, ni mecánico ni inmediato. Por el contrario, está marcado por la necesidad de un proceso de elaboración de la propia situación, pero también de vencer los miedos y de buscar alternativas para articular estas acciones con las necesidades inmediatas de manutención o los compromisos laborales. Como señala Buitrago (2007), se trata de un proceso que implica:

[...] trascender lo individual para generar propuestas y respuestas colectivas [...] Los efectos positivos de unirse en la búsqueda de esclarecimiento y de justicia, propician la organización y contribuyen al tránsito de los familiares hacia actores sociales [...] Esta toma de conciencia, que surge del dolor y la vivencia personal, es una motivación que los impulsa a seguir trabajando por los casos de otros, independientemente de que se consiga o no justicia para el propio. Las acciones colectivas se vislumbran como la forma más efectiva de lograr justicia. La acción conjunta y organizada, a partir

⁴⁶ Sobre la distinción entre lo psicosocial y lo psicológico, así como entre el acompañamiento y la psicoterapia pueden consultarse los planteamientos de Raffo (2007) y de Gómez, Barrios y Ledón (2014).

de la identificación de daños y necesidades comunes, el paso de una experiencia aislada a una experiencia colectiva, refuerza a las personas frente al impacto destructivo (Buitrago, 2007:382-383).

Este acompañamiento psicosocial enfocado a la problemática migratoria es entendido como un área de confluencia –históricamente situada– entre el fortalecimiento psicológico de las personas y los procesos de transformación social:

El conjunto de acciones con base en los principios de la psicología social que van a permitir que personas y grupos hagan procesos de transformación personal, familiar y social en sus espacios cotidianos y, a través de estos cambios lograr la transformación de otras realidades sociales [...] Tiene como fin prevenir o reducir los daños e impactos psicosociales provocados por las violaciones a derechos humanos. Que quienes han visto violentados sus derechos puedan vivir un cambio o transformarse en actores y actores sociales. Lograr que sean sujeto de derechos con autonomía y poder de transformación (Gómez, Barrios y Ledón, 2014:38).

El aprendizaje acumulado de metodologías de trabajo, que incluyeron la realización de grupos de autoayuda para comprender las experiencias de desaparición de familiares que en todo momento se articulaban con la utilización de instrumentos legales para la búsqueda, funge hoy en día como uno de los referentes más significativos para el acompañamiento de familiares de migrantes no localizados o desaparecidos.

Este acompañamiento a familias de desaparecidos incorpora el reconocimiento del proceso de duelo que las familias se ven obligadas a llevar a cabo, incluyendo, como ha propuesto María Soledad Yáñez (2014) desde el contexto salvadoreño, un proceso de elaboración de las pérdidas que se cristaliza o queda inconcluso en aquellas situaciones en las que la falta de certeza del paradero del ser querido se prolonga a lo largo de años o décadas.⁴⁷

⁴⁷ Desde la perspectiva de la autora resulta conveniente referir la situación de las víctimas de violaciones a los derechos humanos a la sintomatología

Entre los factores que la autora ubica por medio del trabajo de acompañamiento a víctimas de la violencia estatal en ese país, se encuentra la permanente impunidad que se combina con la falta de reconocimiento del dolor de las víctimas. Personas cuya memoria de sus seres perdidos no es validada ni es escuchada, sino por el contrario, es silenciada a través de las versiones estatales que imponen sobre su experiencia particular y como verdades en el ámbito público.

Los síntomas que afectan a los familiares de los migrantes no localizados o desaparecidos se consideran una “reacción normal” ante una “situación anormal”, que muy probablemente desarrollaría cualquier persona envuelta en este tipo de circunstancias (Beristain y Riera, 1999).

Los familiares buscan a sus migrantes no localizados o desaparecidos entre los vivos pero enfrentan la ambivalencia de preguntarse si el familiar estará vivo o muerto; se sienten responsables de lo sucedido, por lo que pueden presentar tristeza, cólera, desesperación, culpa, vergüenza y sufrir el etiquetamiento o estigmatización en el contexto comunitario (Gómez, Barrios y Ledón, 2014:115-116). Al igual que en situaciones similares en las que se ponen en juego los derechos humanos, los familiares viven respuestas de reexperimentación del acontecimiento, anestesia afectiva y tendencia a evitar estímulos asociados (pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas); o respuestas de aumento de activación como irritabilidad, ira y trastornos del sueño (Gómez, 2007). Otros momentos clave en los que se hace uso del enfoque psicosocial incluyen los que se requiere apoyar a las personas en los procesos de identificación de cuerpos de migrantes encontrados en las rutas migratorias o al recibir la noticia de que su familiar ha fallecido.

del Síndrome de Estrés Postraumático (DSM-IV), perspectiva que permitió clarificar los síntomas psicosociales que se presentan en estos casos y argumentar, a través de peritajes profesionales, ante instancias judiciales (Yáñez, 2014).

Con gran frecuencia, el acompañamiento a familiares de desaparecidos se lleva a cabo a través de dispositivos grupales que retoman los grupos de aprendizaje entre pares. Ahí se elaboran las experiencias de pérdida por medio de la escucha de otras personas que han enfrentado situaciones similares y se ponen en marcha acciones colectivas que incluyen la denuncia y la puesta en práctica de estrategias legales.

Para Beristain y Riera, quienes han desarrollado un importante aporte en el acompañamiento de personas que han sido objeto de violaciones de derechos humanos, los grupos de acompañamiento psicosocial funcionan como “espacios de confianza y aceptación, que permiten la expresión abierta respecto de los sentimientos y formas de afrontamiento; pero también, contribuyen a generar una lectura propia de lo sucedido y de lo que se desea que suceda, un mecanismo que construye solidaridad y que lanza a sus integrantes a la acción política reivindicativa” (1999:87-88). Al concebirse y operar de esta forma, la puesta en marcha de procesos grupales puede servir para acrecentar la capacidad de sostenerse mutuamente, controlar reacciones impulsivas, de reconocer sentimientos, que los participantes se reconozcan a sí mismos a través de las experiencias de otros y que los grupos adquieran mejores posibilidades de accionar en conjunto para la puesta en práctica de sus propuestas o alternativas (Beristain y Riera, 1999:90-91).

En concordancia con la necesidad de reconocer y atender las repercusiones psicosociales de los procesos migratorios, el psiquiatra barcelonés Achotegui ha propuesto, a diferencia de quienes aluden a la noción de Síndrome de Estrés Posttraumático, caracterizar la problemática de la salud mental de los migrantes como el “Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple”. A través de este Síndrome, también llamado “de Ulises” (haciendo alusión al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos), Achotegui propone ubicar estos malestares en el campo de la salud mental y no como parte de las psicopatologías. Para ello, identifica siete tipos de duelo que

son enfrentados por los migrantes y cuyo afrontamiento depende de la capacidad de elaboración de cada persona; estos tipos de duelo se pueden ubicar como simples, complicados o extremos. Los duelos identificados tras varias décadas de acompañamiento a migrantes son: *a)* la familia y los seres queridos, *b)* la lengua, *c)* la cultura, *d)* la tierra, *e)* el estatus social, *f)* el contacto con el grupo de pertenencia y *g)* los riesgos para la integridad física.

A partir de la intensificación del proceso migratorio centroamericano, que lamentablemente se ha visto acompañado por la pérdida de contacto con los migrantes y por el aumento de casos documentados en los que los migrantes son secuestrados, obligados a participar en actos delictivos, son objeto de violencia sexual o asesinados, se han conformado o redefinido estrategias colectivas de búsqueda como COFAMIDE y el Movimiento Migrante Mesoamericano (MMM), entre otros, en los que son los mismos familiares, sobre todo las madres, que ante el letargo, complicidad u omisión de las autoridades gubernamentales y judiciales, deciden implementar por ellos mismos las acciones de búsqueda.

De manera paralela y ante la pasividad o desconfianza que genera en la ciudadanía la construcción de mecanismos de registro de migrantes desaparecidos y de la identificación de cuerpos o restos encontrados en los puntos más críticos de las rutas migratorias, se han implementado instancias que desde la sociedad civil cumplen dicha función, como es el caso del Equipo Argentino de Antropología Forense (EAAF) y de ejercicios similares en Perú o México, entre otros.

Bajo la mencionada influencia centroamericana y a partir del aumento de migrantes no localizados originarios del estado de Chiapas, principal entidad federativa que colinda con Centroamérica, se ha conformado un grupo de familias llamado Junax Ko' tantik.⁴⁸ Se trata de una búsqueda que dialoga con iniciativas

48 Otros grupos de familiares de migrantes desaparecidos se han conformado en El Salvador, Guatemala y Honduras. En México existen experiencias similares en los estados de Querétaro, Coahuila y Guanajuato, entre otros (CICR, 2014).

en otros países y continentes en las que los familiares se colocan como los principales actores y asumen por ellos mismos labores de denuncia, documentación e investigación.⁴⁹

Entre la implementación de distintas iniciativas en el estado de Chiapas como la conformación del Comité de Asociaciones de Migrantes (Paz Carrasco, 2015), sobresale la instalación de un banco de datos que incluye la información genética de los familiares que buscan a sus migrantes y que llevan a cabo el cruce de información con otras organizaciones independientes en el norte de México y en Estados Unidos, que cuentan con información genética de los cuerpos de migrantes encontrados en las rutas migratorias.

El primer encuentro de familiares no localizados en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas se llevó a cabo durante 2011. Distintas organizaciones civiles de derechos humanos y de apoyo a migrantes, ante el creciente número de chiapanecos que dejaban sus comunidades para dirigirse hacia Estados Unidos y con los cuales se perdía contacto, decidieron convocar a una reunión abierta para que los familiares contaran su experiencia y decidieran sobre la posibilidad de involucrarse en un proceso de búsqueda colectiva.⁵⁰

49 Un ejemplo de ello es la búsqueda que ha documentado Moorehead a partir de la conformación de una organización de familiares de migrantes desaparecidos en Túnez. Seis mujeres miembros de la organización, con ayuda del gobierno de dicho país, viajaron a Italia para buscar a sus hijos migrantes desaparecidos a partir de la recolección de huellas dactilares de sus ciudadanos que serían contratadas con las recabadas en las tarjetas de identidad en Italia. Las madres buscaban presionar al gobierno italiano para realizar el intercambio de información. Cinco mujeres regresaron sin haber obtenido grandes avances, pero una de ellas, Mecherzia Errawafi ha permanecido en Italia para insistir hasta recibir noticias de su hijo desaparecido Mohamed de 19 años. Su persistencia ha atraído una gran atención de los medios de comunicación italianos y, en un contexto de nulos esfuerzos para buscar a los migrantes desaparecidos e identificar los restos encontrados, este grupo de mujeres funge como un modelo organizativo a ser secundado e intensificado (Moorehead, 2014).

50 Una de las principales animadoras de este proceso ha sido la Asociación Civil Voces Mesoamericanas Acción con los Pueblos Migrantes, que fue

El inicio de este proceso tuvo como antecedente la colaboración en una iniciativa del EAAF para la búsqueda de restos de mujeres a partir de la relevancia que han tomado los feminicidios en la frontera norte de México, especialmente, en Ciudad Juárez. Como parte de esta iniciativa, los trabajos implicaron entrar en contacto con la morgue del Condado de Pima, en el estado de Arizona, una de las regiones que históricamente ha registrado la mayor cantidad de migrantes que mueren al intentar cruzar la frontera. Entre otros datos relevantes, el análisis forense de los cuerpos registrados en dicha institución indicaba –tanto por la información colateral como por las características físicas descritas en las autopsias– un número creciente de personas provenientes del sureste mexicano y de Centroamérica.

Fue así que comenzó a gestarse la posibilidad de conformar un grupo de familiares en el estado de Chiapas que compartiera la experiencia y retomara el camino andado tanto por organizaciones de familiares de migrantes⁵¹ como de otras instituciones civiles que habían brindado apoyo psicosocial a las víctimas de los conflictos armados, la violencia y la represión en países centroamericanos.⁵²

La convocatoria para formar un grupo de familiares de migrantes no localizados en Chiapas implicó una campaña pública y el involucramiento de líderes religiosos, organizaciones civiles y de derechos humanos en distintas regiones del estado. A partir de ello, se comenzó a recibir y registrar los casos de familiares que habían perdido el contacto con sus migrantes y fue así como se convocaron las primeras reuniones cuyo principal tema de discusión fue el contar la situación de cada familia y reconocerse a través de las experiencias comunes.

fundada en 2007 y cuyos integrantes cuentan con una trayectoria de participación en organizaciones civiles que desde finales de la década de 1990 han colaborado con procesos autogestivos y autónomos en el estado de Chiapas. Véase López y Paz (2002).

51 Entre éstas sobresalen COFAMIDE, Menamig y COFAMIPROH.

52 Específicamente se retomó y se estableció el vínculo con ECAP y con personal con experiencia de apoyo psicosocial en la Universidad Centroamericana en El Salvador, entre otros.

Para acompañar el proceso del grupo se conformó una red llamada Grupo Motor de Trabajo Psicosocial en Migraciones,⁵³ que aglutinó a profesionales formados en psicología, derecho y ciencias sociales, entre otros. A partir de reuniones periódicas (mensuales o bimestrales) los familiares de los migrantes no localizados han adoptado un enfoque que reivindica el derecho a la verdad y la justicia y se autodescribe de la siguiente forma:

El Comité de Familias Unidas de Chiapas Buscando a Nuestros Migrantes Junax ko'tantik⁵⁴, somos un esfuerzo de organización de familiares de migrantes desaparecidos del estado de Chiapas. Tenemos como propósito articular acciones sociales y políticas que permitan dar con el paradero de nuestros migrantes desaparecidos, ejerciendo el derecho a la verdad, a la justicia, a la reparación integral y a la no repetición. Somos mujeres y hombres, madres, padres, esposas/os, hermanas/os, hijas/os, que hemos decidido exigir mecanismos funcionales y adecuados de acceso y procuración de justicia para nuestros desaparecidos.⁵⁵

El proceso organizativo de Junax ko'tantik ha implicado asumir las diferencias culturales y lingüísticas (el grupo tiene integrantes tzeltales, tzotziles, choles, tojolabales y mestizos) y asumir una estrategia que incluya espacios de acompañamiento psicosocial, de desarrollo de estrategias de incidencia pública y utilización de la denuncia jurídica. Como parte de su proceso, los integrantes del grupo mantienen una relación de solidaridad y aprendizaje con experiencias similares en Centroamérica, otros estados de la República y de instancias de solidaridad internacional.

⁵³ Una descripción más detallada de las organizaciones que conforman este grupo y cómo ha sido su proceso organizativo puede encontrarse en GM-TPM (2014). La forma como han conceptualizado su aporte y sus principios metodológicos fueron publicados en Gómez, Barrios y Ledón (2014).

⁵⁴ Términos que podrían traducirse como “corazón compartido” en tzeltal y en tzotzil.

⁵⁵ Declaración con motivo de la presentación de denuncias judiciales ante el Ministerio Público en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, el 24 de julio de 2015.

Para mediados de 2015, el Junax ko'tantik había realizado más de diez encuentros de familiares y contaba con la participación de alrededor de 30 familias. Como es de esperarse en un proceso de este tipo, no siempre los familiares tienen posibilidad de participar en cada reunión y se requiere un intenso trabajo de discusión y formación para tomar la decisión —no exenta de temor y escepticismo— de denunciar públicamente o levantar una denuncia ante el poder judicial.

Como es de esperarse, los familiares de los migrantes no localizados o desaparecidos los buscan con vida, por lo que hablan insistentemente de mantener las esperanzas durante la búsqueda:

Ella empezó a soñar que estaba aquí su hijo y le empezó a hablar. Que según se había ido en la milpa, y no llegó en la milpa, regresó nada más porque según iba a llover mucho. Aquí estaba su hijo presente y le había comentado que uno de sus hermanos se iba al plantón... Ahí terminó su sueño. Se despertó ella porque sintió que estaba presente ahí su hijo (traducción del chol de la nieta de Josefa Jiménez Pérez, miembro del Grupo Junax ko'tantik, 2015).

Cuando los familiares “sueñan” con sus migrantes, evocan situaciones cotidianas y también momentos de alegría como son las festividades religiosas. Como parte de la cultura chol (en el caso del fragmento de entrevista anterior y el siguiente) y probablemente en otras culturas mayas, soñar a los migrantes actuando y hablando en situaciones cotidianas es motivo de alegría y provoca que se sienta su presencia. El sueño alimenta la posibilidad de que los migrantes sigan con vida y de que están llevando a cabo sus proyectos laborales.

Soñó que estaba en una fiesta en Tila, Chiapas. Ahí siempre celebran al Señor de Tila. Y entre esas fiestas se encontró a mi tío ahí presente. Lo fue a saludar y le dio un gran abrazo y un beso porque ya tiene que no lo ve. Y le empezó a platicar que qué hace. Le dijo que estaba trabajando. Que estaba sentado con dos señores ya

grandes. Que según él los está cuidando a ellos. Les está ayudando a vender cosas. Entonces se despertó y se levantó feliz porque siente que él está vivo, que está trabajando, pero no sabemos dónde. Ese es el sueño de mi abuelito (traducción del chol de la nieta de Josefa Jiménez Pérez, miembro del Grupo Junax ko'tantik, 2015).

Cuando existen indicios de que el migrante se encuentra con vida, se le piensa desde un lugar en el que se le pide que se ponga en contacto con quienes tienen mayor necesidad de mantener el vínculo con él:

A mi hermano le diría que no se olvide de sus hijos. Si de nosotros como hermanos no quiere saber, no importa. Que no nos hable. Que no se comuniqué con nadie. ¿Pero de su madre? Suponiendo que tuvo un problema con la esposa y por eso decidió no comunicarse. ¿Pero sus hijos? (entrevista a Eleazar Velazco Alfaro, miembro del Grupo Junax ko'tantik, 2015).

Si bien la condición de no localización o desaparición provoca una incertidumbre que, a su vez, genera un continuo duelo cuyo ciclo no puede cerrarse, en aquellos casos en los que se confirma el hallazgo del cuerpo de los migrantes es, como cabe suponer, un proceso también doloroso. Así lo describe Teresa, quien ha experimentado esta situación:

Desde ese entonces [al recibir la noticia de la muerte de su esposo por deshidratación en el desierto de Arizona] empezamos a sufrir. A vivir como un tormento, porque no sabíamos si era él, dónde estaba, dónde lo tenían o dónde se lo llevaron. Nos pasaban montón de cosas en la mente. Me quedé un poco tranquila cuando me dijeron que sí es el que estaba en Tacuba [su comunidad de origen]. (Entrevista a Teresa de Jesús Jiménez Hernández, miembro del Grupo Junax Ko'tanti, 2015).

Teresa describe de esta forma las repercusiones psicosociales y corporales de la pérdida de su pareja en estas circunstancias:

Yo me dolió bastante, porque me sentí muy solita. Porque yo lo vi solita todo eso. Seis años sufrimos mucho, sin ganas de vivir. Yo me enfermé al año que él se fue. Me enfermé. Yo no quería vivir tampoco, cuando él ya no estaba. No pensé en mis hijas, sino que ya no quería vivir. Dije yo: ¿para qué? Si él ya no está. Me sentí muy mal, como que no podía dormir en las noches... Escuchaba pasos en la noche, miraba yo hacia la carretera, como que se me imaginaba que veía venir la camioneta, y que se llegaba a parar enfrente de mi casa y que era él. Y así sufrí. Pero la vida sigue, tengo por quien vivir. Mis hijas necesitan de mí. No me puedo dejar morir, porque también uno se muere de tristeza (Entrevista a Teresa de Jesús Jiménez Hernández, miembro del Grupo Junax ko'tanti, 2015).

El espacio grupal funge como un ámbito de encuentro para recrear el ánimo de encontrar con vida a los familiares y para no dejar de esforzarse en la búsqueda:

Lo que les podría decir [a otras personas en una situación similar] que no pierdan las esperanzas, la esperanza es la que muere al último. Y esa nunca hay que perderla hasta saber si vive o no. Yo no he quitado el dedo del renglón. Ojalá llegue a saber que está vivo, aunque esté olvidado de nosotros. Pero que esté vivo sería ganancia (entrevista a Eleazar Velazco Alfaro, miembro del Grupo Junax ko'tantik, 2015).

Compartir experiencias les brinda ánimo y fortaleza, les permite comprender que hay otras personas en condiciones similares o, incluso, más complicadas, por ello también dejan de participar en las reuniones y en las acciones de búsqueda:

Nos han servido, por lo menos a mí, las reuniones que hemos tenido. Da fortaleza. Se siente uno animado, saber que no estoy solo con este problema. Que hay más personas que están, no en el problema que yo, sino un poco más difícil, porque hay quien están las esposas o los hijos, están ahí. Queriendo localizar a su papá o a su marido (Entrevista a Eleazar Velazco Alfaro, miembro del Grupo Junax ko'tantik, 2015).

El grupo brinda una contención para retomar la vida cotidiana. Ésta no puede ser enfrentada de manera normal puesto que hay una ausencia que ha dejado una huella ineludible, pero puede ser retomada al darle otro sentido y al enfocarse a los demás miembros de la familia y a los retos que esto conlleva:

Cuando tenemos las actividades de cada mes, a mí me ha ayudado mucho eso porque si falta una familia, pues nosotros tenemos que luchar. Tenemos que seguir porque la vida sigue. Tengo por quién luchar, tengo mi hija que está estudiando. Quiero ver por ella todavía (Entrevista a Teresa de Jesús Jiménez Hernández, miembro del Grupo Junax ko'tanti, 2015).

La solidaridad se despierta y se muestra a través del encuentro con otras personas que también tienen “ese mismo dolor”. Un ambiente en el que se puede compartir lo que le pasa a cada quién y qué es lo que siente, de tal forma que se comparte la fuerza para “seguir caminando”:

Me invitaron a las reuniones y me ayudó mucho. Cuando vi la gente, no sólo a mí, que me estaba pasando lo mismo. Mucha gente con ese mismo dolor. Mucha gente lo que le está pasando también sólo por irse para allá [Estados Unidos]. La tristeza pasa, el dolor pasa poco a poco. Y llega la tranquilidad, después de todo eso. Cuando vamos allá a las reuniones yo me siento bien porque platicamos todos, decimos lo que uno siente, que no sólo a mí me pasa, les pasa a los demás y que necesitamos seguir caminando (entrevista a Teresa de Jesús Jiménez Hernández, miembro del Grupo Junax ko'tantik, 2015).

Según lo observado en el proceso organizativo de Junax ko'tanti, los migrantes no localizados o desaparecidos son mayoritariamente varones, en edad productiva y que cuentan con pareja e hijos. Quienes los buscan son, mayoritariamente, mujeres que ante la nueva situación reciben no sólo la carga emocional sino

que también se hacen cargo de la educación y la manutención de los hijos:

Tengo que luchar por mí misma para ver por mi hija. Porque a ella no le puedo decir que trabaje. Porque si trabaja descuida su estudio. Tengo que ver dónde encontrar lo que ella me pide. De esa manera, yo lo veo difícil. Porque estoy sola, sólo con ella (entrevista a Teresa de Jesús Jiménez Hernández, miembro del Grupo Junax ko'tantik, 2015).

Sin embargo, a partir de lo que estas personas comparten, la desaparición de sus familiares migrantes les implica duplicar su carga de trabajo y convertirse, muchas veces, en el único sostén psicosocial de su familia; éstas muestran su disposición y capacidad para asumir las nuevas condiciones de vida en las que se han visto envueltas:

Sí puede uno salir adelante. Así, siendo yo mujer, he sacado adelante a mis hijas. Crecieron mis dos hijas. Ya están grandes. Una está estudiando y pienso ayudar a mi hija a que estudie una carrera. Sería una alegría para mí el día que ella termine su carrera (entrevista a Teresa de Jesús Jiménez Hernández, miembro del Grupo Junax ko'tantik, 2015).

Los testimonios de familiares de migrantes no localizados o desaparecidos que aquí se muestran son tan sólo una pequeña muestra de las repercusiones y procesos subjetivos que ellos experimentan. Muestran la heterogeneidad de vivencias que esta situación puede significar para ellos. Si bien la incomunicación con sus familiares migrantes desencadena una serie de efectos no deseados, de sufrimientos y de nuevas dificultades que hay que sortear, también es cierto que los familiares que deciden participar en grupos de este tipo muestran su disposición a luchar de manera colectiva y su capacidad de solidaridad con otras personas en condiciones similares; pero también su capacidad de pasar de lo

privado a lo público, de plantearse –muchas veces sin experiencia o habilidades previamente adquiridas– la posibilidad de convertir el dolor de la ausencia en un motivo para incidir en la opinión pública y, sobre todo, para involucrarse en procesos de exigibilidad del cumplimiento de los derechos humanos para sus familias y para ellos mismos. De esta forma, brindan un mensaje de valentía, de lucha por los derechos y de solidaridad. Con sus acciones recuerdan y enfatizan que la contribución a la transformación social es posible, e incluso más vigorosa, cuando se está en las condiciones de mayor dolor o afectación.

Sin ser el propósito central de este trabajo, cabe señalar que trabajos recientes han enfatizado la necesidad de reconocer y visibilizar la creciente participación de la población lésbico-gay en los procesos migratorios (Parrini, 2015), además documentan las formas de exclusión y estigmatización de esta población que se exacerbaban durante las trayectorias migratorias, estas aproximaciones han mostrado también la capacidad de agencia y acción colectiva y de exigibilidad de derechos que esta población ha alcanzado (Ojeda, 2015; Cerda, 2011).

6.4 Diversidad étnica en la búsqueda e identificación de migrantes

Si bien la migración en diferentes estados lleva ya varias décadas de trayectoria, la desaparición de los migrantes aparece como una problemática asociada con la violencia y la desaparición de personas que se ha intensificado en México a partir del sexenio que inició en el año 2006 y que continúa hasta la fecha. Chiapas, como una entidad que se ha sumado más recientemente a la migración internacional, se asocia con la desaparición de migrantes casi de manera inmediata.

El exacerbamiento de esta problemática, ha dado auge a la confluencia de grupos de familiares que buscan a sus migrantes. Si bien las asociaciones centroamericanas como el Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial (ECAP), el Comité de

Familiares de Migrantes Fallecidos y Desaparecidos de El Salvador (COFAMIDE) y el Comité de Familiares de Migrantes Desaparecidos del Progreso (COFAMIPRO) cuentan ya con una trayectoria temporal más larga, en México la conformación de grupos o estrategias colectivas de búsqueda ha sido más reciente y se ubica en estados como Coahuila, Querétaro y Chiapas. Entre las particularidades de este último estado encontramos que la población indígena tiene una participación significativa en la migración internacional sin documentos, enfrentándose además a un trayecto migratorio de más de 2,000 km para llegar a la frontera norte de México. Además, sus antecedentes y redes internacionales para migrar son más limitadas respecto de otros estados que han tenido una migración internacional durante más décadas.

Tal como enfatiza María Sol Yáñez (2014), las experiencias de acompañamiento psicosocial necesitan retomar la cultura de la población que las necesita e impulsa; incluso, las formas propias y tradicionales en que se describen y afrontan las afectaciones. En este caso, la pertenencia étnica de los migrantes y familiares se convierte en un factor central cuando se trata de llevar a cabo acciones de búsqueda o denuncia de desaparición.

La asesoría a los familiares de migrantes, al igual que la conformación de familias con el fin de localizar o buscar a los migrantes no localizados requieren, al contar con una participación importante de tzeltales, tzotziles o choles, un trabajo de traducción o de discusión e las lenguas originarias, sobre todo cuando se trata de compartir experiencias, resignificar el dolor y la incertidumbre del paradero de su familiar o discutir respecto a la definición de una estrategia colectiva de búsqueda.

Pero más allá del reto inmediato, la necesidad de entender las instancias que por ley están obligadas a buscar a los desaparecidos, la posibilidad de interponer una denuncia jurídica conlleva problemáticas de fondo que requieren ser discutidas. Desde la perspectiva del pluralismo jurídico se enfrenta a la problemática de que si bien quienes participan de una identidad étnica cuentan con un sistema jurídico propio que enmarca delitos como el

secuestro, la desaparición o el asesinato, la búsqueda de un familiar migrante desaparecido implica denunciar a través del sistema jurídico mexicano o estadounidense. Esto significa que se requiere conducirse en un campo que tiene otra lógica jurídica, otros procedimientos y sanciones distintas a aquellas que son propias de sus culturas y que ellos aprenden cotidianamente a lo largo de su vida. A esta diversidad jurídica en la que el derecho indígena es sistemáticamente excluido y subordinado, se suman las particularidades del lenguaje legal dominante que sólo reconoce derechos y obligaciones a los individuos y no a las colectividades y que sólo considera válidas las evidencias o los hechos verificables. Este sistema jurídico termina por hegemonizar el discurso en tanto que presentar una denuncia implica utilizar una estructura, una lógica y un lenguaje previamente definidos por dicho aparato jurídico oficial, y, en caso contrario, se corre el riesgo de que la denuncia no sea considerada válida.

En el derecho mexicano se han realizado reformas las cuales dictan que los miembros indígenas tienen derecho a un traductor o intérprete durante los procesos jurídicos; no obstante, se trata de un derecho que pocas veces se cumple, o bien, que con dificultad se reserva para quienes son acusados penalmente (Hernández Castillo, 2013). En contraste, la posibilidad de llevar a cabo un juicio en el que los familiares de migrantes desaparecidos puedan expresarse y argumentar en su propia lengua tal como ellos lo planean en los grupos de familiares, se vislumbra como algo imprescindible y que les ofrece mejores posibilidades de encontrar a sus familiares.

En la búsqueda de migrantes indígenas por sus familiares, los abogados coterráneos de los migrantes juegan un papel central dado su conocimiento de las problemáticas y de los idiomas originarios.

El proceso de búsqueda y de formulación de la denuncia judicial funge como una praxis intercultural en la que participan miembros de los pueblos indígenas que se han formado en derecho, educación, antropología, entre otros. Asimismo, en esta

estrategia contribuyen profesionistas que sin ser originarios ni tener como lengua materna algún idioma maya, se han acercado a la problemática de manera duradera y han aprendido alguna de las lenguas indígenas de la región.

En este contexto, el discurso oficial, al no reconocer la diversidad en el campo jurídico, puede contribuir a la “revictimización” en el sentido de que aquellos que están sufriendo la desaparición de sus familiares, cuando tratan de buscarlos, se enfrentan a un sistema judicial que excluye o minusvalora su propio sistema jurídico.

Carencias y alternativas para la protección del derecho a la salud de los migrantes: a manera de conclusión

La migración, como fenómeno social histórico y que tiene causas múltiples, se torna hoy en día en “turbulento” debido a la influencia de la implantación de políticas neoliberales en la región latinoamericana.⁵⁶ Esta metáfora hace referencia tanto las interconexiones entre fuerzas diversas que provocan una mayor intensidad, multidireccionalidad y complejidad de los flujos migratorios, como a su efecto perturbador en todo el mundo, rompiendo con la idea de patrones estructurados con causas y efectos directos como lo plantearon algunas teorías migratorias (Papastergiadis, 2000). La desigualdad económica sigue ocupando la principal causa para tomar la decisión de migrar. Esta desigualdad ha sido documentada al comparar el PIB per cápita en países centroamericanos en

⁵⁶ Aunque existen distintos procedimientos y cifras respecto al número de migrantes centroamericanos que ingresan anualmente a México, la magnitud de este fenómeno se situó en más de 600,000 personas según los últimos datos disponibles (EMIFS, 2011). Entre las distintas fuentes que ofrecen información respecto al número actual de migrantes, la EMIFS aparece como la más confiable ya que no se elabora a partir de registros oficiales (que los migrantes se ven forzados a evadir) sino a través de la obtención de información en las ciudades o pueblos con mayor afluencia de migrantes.

contraste con el de Estados Unidos, país en el que este indicador llega a ser hasta diez veces mayor. Al interior de los países de la región latinoamericana, la desigualdad es muy alta y está ubicada como la mayor de todo el mundo.

La violencia, si bien afecta particularmente a Centroamérica, no puede considerarse la causa única de la migración ni debe ser motivo de estigmatización a partir del cual se etiqueta como violentos a ciertos países o ciudades. Un número importante de migrantes la refieren como su motivo principal para migrar. Sin embargo, también es posible constatar que sus regiones, estados o departamentos de origen no necesariamente ocupan los mayores índices de violencia, pero que sí participan ampliamente como expulsores de migrantes. Lo anterior permite observar la interdependencia entre las causas de las migraciones, tal como lo plantea Nikos Papastergiadis (2000).

El análisis de las leyes migratorias vigentes muestra que los derechos que reconocen a las personas migrantes en los países centroamericanos son sumamente restringidos y adoptan el criterio de “control de flujo”. La ley mexicana reconoce con mayor amplitud los derechos de los migrantes, sin embargo, no significa que en la práctica estén garantizados. Existen aspectos de la Ley de Migración aprobada en 2012 y su Reglamento que requieren de cambios urgentes para avanzar en la protección de los derechos humanos de la población migrante. Algunos de ellos son el acceso a la justicia y las alternativas a la detención; el fortalecimiento institucional en términos de reformas estructurales al Instituto Nacional de Migración y de implementación de mecanismos de monitoreo civil; así como cambios en procedimientos administrativos migratorios, entre otros (GTPM, 2014).

El Programa Frontera Sur, presentado en julio de 2014, como política del Estado mexicano para “proteger y salvaguardar los Derechos Humanos de los migrantes que ingresan y transita por México”, consistió en el aumento de medidas para controlar el flujo migratorio, lo que significó mayor infraestructura y presencia policiaca y militar en cuatro estados del sur del México (Oaxaca,

Veracruz, Tabasco y Chiapas). A partir de su puesta en práctica se ha documentado el aumento de delitos y violaciones a derechos humanos contra migrantes y el aumento del número de detenidos y deportados por autoridades mexicanas hacia Centroamérica, que en 2015 es mayor que el número de migrantes que Estados Unidos deporta.⁵⁷ Ejemplo de ello es que entre enero y septiembre de 2015 las repatriaciones de guatemaltecos desde México sumaron 54 mil 944, más del doble que desde los EU, contabilizadas en 23 mil 755 para el mismo período (DGME, 2015). Lejos de cualquier propósito de protección, el Plan Frontera Sur confirmó su eficacia en el control de flujos migratorios provenientes de Centroamérica y otras regiones del mundo.

Para comprender la problemática migratoria consideramos adecuado un enfoque regional que relacione los distintos elementos que se desarrollan en un determinado corredor o en el territorio que le corresponde. El enfoque “origen-tránsito-destino-retorno” es útil para evitar las homogeneizaciones y para hacer evidente que los migrantes, según el momento migratorio en que se encuentren, tienen problemáticas o necesidades diferentes. Sin embargo, esta manera de ver el fenómeno también puede contribuir a ocultar problemáticas que son comunes a todos los migrantes como el empobrecimiento, la falta de compromiso de los Estados o las violaciones a su derecho a la salud, independientemente de la nacionalidad o el lugar en el que se encuentran los migrantes. El enfoque de “gobernanza de la migración” (*migration governance*) centrado en la gestión de flujos, tiende a generar políticas focalizadas que conllevan el riesgo de exclusión simbólica y estigmatización de los usuarios de los servicios públicos (Ochman, 2014);

57 Al término de 2015, el INM informó que cerca de 200 mil migrantes fueron detenidos y en su mayoría, también deportados a sus países de origen en Centroamérica. En números precisos, entre enero y noviembre del mismo año fueron presentados ante el INM 178 mil 254 personas, de las cuales 144 mil 965, es decir, 81.3 por ciento, fueron devueltos a su país. El 92 por ciento de los migrantes detenidos y deportados proceden de los países centroamericanos, y de ellos, el 45 por ciento son guatemaltecos (Martínez, 2015).

o bien, programas excesivamente restrictivos y selectivos a partir de tipologías y características de migrantes en sus etapas o momentos migratorios, que suelen ser difíciles de demostrar, al tiempo que el cubrir los requisitos implica costos para los migrantes (trámites, tiempo, desplazamiento, etcétera). Es por ello que se requiere avanzar hacia un enfoque que reconozca las múltiples causas, manifestaciones y efectos del fenómeno migratorio en todos los ámbitos de la vida nacional e internacional. El enfoque integral y regional en la gestión de las políticas migratorias, permite viabilizar los principios de *responsabilidad compartida* entre los gobiernos de los diversos países y entre las instituciones nacionales y extranjeras involucradas en el fenómeno migratorio. Asimismo, un enfoque de este tipo puede contribuir al *respeto irrestricto a los derechos humanos*, mediante políticas de Estado que garanticen los derechos sociales básicos (como educación, alimentación y salud) a través de un sistema único, público y de vocación universal, sin perjuicio de la condición migratoria.

De la insuficiencia de servicios estatales a la salud privada

La situación de las instituciones de salud en países centroamericanos muestra signos de desfinanciamiento e insuficiencia; además de que se estructuran a partir de dividir a la población y ofrecer servicios distintos a las personas si es que tienen un empleo formal registrado ante el Estado. El sistema de salud mexicano comparte las características mencionadas, aunque con una infraestructura mayor que responde al tamaño de su población.

Al llegar a Estados Unidos, los migrantes enfrentan la necesidad de pagar de manera particular la atención de la salud por medio de un sistema de aseguramiento diferenciado según la capacidad económica de los migrantes; esta situación deja a un gran porcentaje de migrantes sin servicios de salud. En todos los sistemas de salud de este corredor o región migratoria se expresa la tendencia a dejar los servicios de salud al libre mercado,

privatizarlos o mercantilizarlos. El programa Seguro Popular en México, que recientemente se ha ofrecido a los migrantes, no representa una solución que garantice su derecho a la salud, sino una medida administrativa que debe ser ubicada en esa tendencia neoliberal en salud.

Los índices de mortalidad materna e infantil son mayores en los países centroamericanos y se corresponden con la situación de pobreza de más de la mitad de su población. En México, que también cuenta con más de la mitad de su población en pobreza, también se registran mayores tasas de mortalidad materna e infantil en las regiones rurales e indígenas que están, hoy en día, ubicadas como regiones expulsoras de migrantes.

Carencias en la atención y violaciones al derecho a la salud

Como parte de la región transfronteriza del sur de México, los estados de Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo comparten una extensa frontera con Guatemala delimitada por ríos, montañas y selva, ambientes hostiles que hacen necesario contar con recursos de salud adecuados y suficientemente amplios para cubrir las necesidades de poblaciones locales, transfronterizas, de tránsito y destino. Además, ante el aumento de controles migratorios, uno de los efectos inmediatos del Programa Frontera Sur es el uso de rutas alternas, muchas de ellas recorridas a pie, por parte de migrantes para evitar retenes permanentes y móviles; y con ello, no sólo mayores costos económicos, sino el incremento de la inseguridad y vulnerabilidad, exponiéndoles a un sinnúmero de situaciones adversas por parte de las autoridades locales, agentes del INM, policías y militares, y de ataques por parte de grupos del crimen organizado (CODEMIRE, 2015).

Chiapas es aparentemente uno de los estados con mayor nivel de infraestructura en salud del sur sureste de México; cuenta con dos hospitales de alta especialidad y diversos de segundo y primer nivel así como con la cobertura de las principales instituciones públicas

de salud y organismos internacionales. Pero contradictoriamente, es uno de los estados con mayor rezago en el derecho al acceso a la salud en México.

En la atención a población migrante se han creado políticas y programas de fines mediáticos que discursivamente favorecen los servicios de salud prioritarios para esta población, pero que en realidad son acciones limitadas que han generado situaciones de rivalidad y desprecio por parte de la población local que es carente de una atención de calidad por falta de recursos humanos, técnicos, etcétera, a la que se suman miles de migrantes es su paso por Chiapas. En este sentido, las políticas y programas en curso han contribuido a la estigmatización y discriminación social de las poblaciones migrantes.

No hay capacidad por parte de las instituciones de salud para brindar atención eficaz a la población en general. Se carecen de recursos técnicos y humanos en medio de un contexto de corrupción institucionalizada que administra las finanzas en beneficio de grupos de poder en el aparato de salud del estado de Chiapas. Los centros de salud carecen de los recursos suficientes para satisfacer la demanda tanto de la población local como de la población migrante.

Las personas migrantes en Chiapas enfrentan un panorama desalentador, al igual que cualquier persona de escasos recursos que lucha por su derecho a la salud pues está limitado por los requerimientos financieros para acceder a servicios de calidad.

Las enfermedades que enfrentan las poblaciones migrantes están relacionadas con los entornos, condiciones de inseguridad y clandestinidad durante el proceso migratorio. Si bien durante el tránsito pueden encontrarse enfermedades del tipo infeccioso, otras problemáticas de salud dependerán de si por ejemplo la persona migrante decide viajar en el tren y está más expuesta a sufrir lesiones graves, mutilaciones y la muerte. Una persona en el destino enfrentará las mismas enfermedades que la población local, como son las enfermedades estacionarias o las vinculadas directamente al tipo de actividad laboral que desarrolle; por ejemplo, quien se

desempeña en el trabajo sexual es más propenso a las Infecciones de Transmisión Sexual. Sin embargo, las condiciones que produce la irregularidad y la consecuente inaccesibilidad a sistemas de protección social, hacen más propensas a las personas migrantes a padecer trastornos físicos y mentales que las poblaciones nativas.

La diversificación de orígenes (Honduras, El Salvador, Nicaragua, Guatemala, Haití, Cuba, Paraguay, Bolivia, Ecuador, India, China, Camerún, Etiopía, Somalia, Nigeria y Senegal, entre los más importantes) genera en los flujos migratorios de los últimos años necesidades específicas de atención en el tema de la salud. Chiapas como puerta de entrada de miles de personas, está obligado a responder de manera adecuada a la emergencia global de las personas migrantes desplazadas y refugiadas.

Es evidente que la condición de irregularidad en la entidad es una limitante para acceder a los servicios de salud. A veces debe al desconocimiento y temor de estas instituciones a tener problemas legales por brindar servicios a esta población estigmatizada de "ilegal". En otras, la prestación de servicios quedará a reserva de la sensibilidad y los conocimientos legales que el personal de salud tenga respecto de la población migrante.

La discriminación a población migrante es un hecho evidente en los servicios de salud; ésta se incrementa en mujeres y población indígena, ambas víctimas de una seria estigmatización y exclusión social por su condición de género o pertenencia cultural. Dentro de las principales situaciones violatorias se encuentra el de ubicar a mujeres centroamericanas como responsables de cualquier afectación a su salud por su tipo de trabajo, que siempre es ubicado como el campo sexual; y aunque en la mayoría de los casos no lo sea, la estigmatización produce que sean tratadas con violencia o que simplemente se les nieguen los servicios de salud. Para la población indígena el manejo de su idioma materno genera una descalificación y trato como "personas de segunda". Si bien existen hospitales que fomentan un servicio intercultural, en la práctica éste queda reducido en el mejor de los casos a la traducción de información y propaganda a idiomas indígenas, sin lograr superar

las dificultades idiomáticas y socioculturales, ni adecuar la atención de equipos médicos convencionales a los conceptos y sistemas terapéuticos de los pueblos indígenas.

Algunas personas migrantes se conciben como portadoras de derechos y que por lo tanto, pueden acceder a servicios de instituciones públicas. También saben que el personal de servicios de salud no puede denunciarlos ante la autoridad migratoria por su condición. Sin embargo, esta conciencia no necesariamente se traslada al campo de las prácticas sociales de las personas migrantes. En la práctica, el acceso de migrantes a servicios de salud no responde al marco jurídico de garantía de derechos existente en el país, sino a la discrecionalidad de personal de salud pública que generalmente ignora sus responsabilidades hacia poblaciones móviles, o a las estrategias que siguen los migrantes para invisibilizarse y ocultar su identidad. Es común que migrantes que acceden a estos servicios no proporcionen sus datos verdaderos en las áreas de trabajo social de hospitales y clínicas por temor a ser denunciados ante las autoridades migratorias.

Organizaciones civiles y de derechos humanos, albergues y casas de migrantes, juegan un papel vital en la protección de derechos y en la atención humanitaria a migrantes en tránsito por el territorio nacional. A pesar de que el Plan Frontera Sur ha cumplido su función real de “cierre” o “tapón” de los flujos migratorios, el número diario de migrantes atendidos en albergues y casas de migrantes se mantuvo a lo largo del 2015. Por ejemplo, La 72, Hogar-Refugio para Personas Migrantes en Tenosique, Tabasco, reportó un promedio de 150 migrantes atendidos diariamente, y casi 12 mil en el 2015 (CIDH, 2015). Mientras se incrementan las acciones de control migratorio -retenes y redadas- en todo México y especialmente en los estados sureños, simultáneamente se abren nuevos albergues y centros de apoyo a migrantes que entre sus servicios brindan atención a la salud. Muchas de estas iniciativas son animadas por la Pastoral de Movilidad de las diócesis en la frontera sur. Apenas en noviembre de 2015 se inauguró en San Cristóbal de Las Casas el Servicio Pastoral a Migrantes San Martín

de Porres que cuenta con una casa de ayuda solidaria, y se empezó la construcción de la nueva Casa de Migrantes Bethania-Santa Martha en Salto de Agua.

A la par de los esfuerzos civiles y pastorales de ayuda humanitaria a migrantes, diversos informes revelan el incremento de los controles migratorios en los estados de la frontera sur, denominados oficialmente por el INM como “operativos o revisiones migratorias”. El informe de investigación “Un camino incierto. Justicia para delitos y violaciones a los derechos humanos contra personas migrantes y refugiadas en México” (Knippen, Boggs y Meyer, 2015), reveló que el número de operativos en todo el país pasó de 16 mil 181 en 2013 a 27 mil 992 en 2014, concentrándose en los estados de Tabasco, Oaxaca, Guerrero y Chiapas. En éste último, el INM reportó un incremento de 1 mil 297 a 8 mil 192 en el mismo período. Las violaciones a los derechos humanos y delitos contra migrantes también aumentaron con la implantación del Programa Frontera Sur. Sólo en materia de secuestros, la PGR informó que el número de migrantes víctimas de este grave delito, pasó de 133 en 2013 a 354 casos en 2014, confirmando la gravedad de la situación mostrada previamente por los informes de la CIDH de 2009 y 2011 (CIDE/AP, 2015).

Los esfuerzos de protección y defensoría de derechos de migrantes por parte de la sociedad civil, también se dirigen a la generación de cambios estructurales y duraderos en las políticas migratorias, apostando al reconocimiento de las personas migrantes como sujetos políticos que exigen y defienden sus derechos.

**Casos de violaciones al derecho a la salud
hacen evidentes las problemáticas estructurales para acceder
de manera oportuna, adecuada y efectiva a la atención médica
de primer, segundo y tercer nivel**

La documentación de estos casos emblemáticos refleja una de las caras más duras del sistema de salud en México; de la forma en que operan las instituciones públicas de salud en Chiapas, donde

no se generan condiciones reales del acceso a la salud y en las que la vida de las personas migrantes pareciera no tener valor alguno; personas desechables no gratas para los sistemas políticos regionales que contradictoriamente son necesarios como motor de las cadenas de producción. Pero no sólo las personas migrantes enfrentan dificultades y discriminación en el acceso a los servicios de salud pública, también otras poblaciones locales como los pueblos indígenas y campesinos, y todos los mexicanos pobres a lo largo y ancho del país comparten esta situación.

Algunos testimonios también dan cuenta del buen ejercicio profesional de algunos servidores públicos en los servicios de salud. Sin embargo, las acciones o esfuerzos dependen más de la voluntad de algunas y algunos funcionarios y no de una política de atención a la salud a la salud y de las instancias gubernamentales como tal.

Ante la insuficiencia de recursos para asegurar materiales, infraestructura y personal en los centros de salud, y la débil articulación entre los organismos de salud estatales, privados y humanitarios, son las personas migrantes quienes asumen la tarea de resolver sus problemas de salud, haciendo uso de sus limitados recursos o dirigiéndose a personas y organizaciones de apoyo solidario. En todos los casos documentados puede observarse la ausencia de un servicio de salud integral, que no sólo responda a la situación de emergencia de las personas usuarias, sino que les brinde elementos encaminados a la prevención y al restablecimiento completo de su salud.

Tanto en el testimonio de las personas migrantes entrevistadas como en los casos documentados, pudo constatarse que la insuficiencia de infraestructura y materiales para garantizar el acceso al derecho a la salud, junto con un trato insensible, discriminatorio y negligente por parte de algunos servidores públicos (médicos y/o administrativos). Dichas problemáticas son indicadores de factores limitantes del acceso al derecho a la salud de las poblaciones migrantes y transfronterizas.

Aunque no fue expresado directamente en los testimonios, también pudo constatarse que los servicios de salud no incorpo-

ran la atención a la salud mental que requieren los migrantes en situaciones críticas; tampoco reconocen la diversidad de códigos con que las diferentes poblaciones se refieren a los conceptos de salud y enfermedad. La diversidad cultural es una característica fundamental de la región transfronteriza de Guatemala y México, y por tanto, es de suma importancia reconocer los contextos socio-culturales específicos.

La problemática esbozada respecto de los factores que dan cuenta de las condiciones de inaccesibilidad a los servicios de atención a la salud de personas migrantes se conjuga con la necesidad de considerar la debilidad institucional de la red de consulados centroamericanos en la frontera sur de México. Esta falencia merma significativamente la posibilidad de hacer efectiva la protección de éste y otros derechos, supuestamente garantizados para nacionales y extranjeros por la Constitución.

El papel de las organizaciones pastorales y de la sociedad civil es clave en la promoción y protección del derecho a la salud de poblaciones migrantes

Ante este escenario desalentador en materia de acceso a los servicios de salud, diversas organizaciones de la sociedad civil —muchas de ellas inspiradas en la fe— generan y multiplican acciones en el campo de la salud. Éstas incluyen la atención humanitaria directa que brindan albergues y casas de migrantes; o la promoción del derecho a la salud mediante la capacitación de personal de instituciones públicas y comunitarias; la implementación de campañas informativas y de sensibilización; o la investigación que genera conocimientos sobre las problemáticas específicas, pero sobre todo, que orientan el diseño y desarrollo de políticas y acciones. En este último aspecto, es necesario procurar una mayor colaboración entre organizaciones de la sociedad civil, universidades y centros de investigación, no sólo para dar cuenta de las situaciones estructurales, políticas y sociales que limitan el acceso a la salud en la región transfronteriza, sino para hacer más efectiva

la incidencia en políticas públicas que garanticen el ejercicio de éste y otros derechos fundamentales para poblaciones migrantes y transfronterizas.

Los esfuerzos de organizaciones de la sociedad civil para la incidencia en políticas públicas han aumentado. Estos incluyen iniciativas de monitoreo y vigilancia de políticas y programas gubernamentales, como son los observatorios de política social y derechos humanos. Asimismo, la realización de foros ciudadanos y mesas interinstitucionales en materia de salud, donde se plantean mecanismos sociales, políticos y legales para que las personas reclamen al Estado el cumplimiento de los derechos de que son titulares. Algunos de estos mecanismos se dan en el plano internacional –por ejemplo, en el sistema Naciones Unidas y sistema interamericano– y en el ámbito nacional en el que se desarrollan acciones colectivas o amparos. La Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos de 2011 ha significado una plataforma de gran utilidad en términos de exigibilidad del derecho a la salud y otros derechos sociales.

Es importante reconocer y visibilizar las acciones que cada organización e institución están realizando en el campo de la promoción y atención a la salud en la frontera entre México y Centroamérica, como condición para fortalecer vínculos y colaboraciones estratégicas que contribuyan a hacer realizable el derecho a la salud y con ello, facilitar el acceso a otros, bajo el principio de la indivisibilidad de los derechos humanos. Sólo así dejarán de ser conceptos retóricos, o declaraciones de buenas intenciones o de compromiso políticos en los países de la región migratoria.

Los testimonios de los migrantes recabados durante la realización de esta investigación, muestran también la naturalización de un trato como personas de categoría inferior que éstos reciben por parte de los prestadores de servicios en instituciones públicas; en cierta medida, esta percepción es también compartida por la población de la región fronteriza. Esta creencia que considera a los migrantes como personas con una condición menor por estar en un país distinto al de su origen funge como principal argumento

o justificación para brindarles una atención a la salud discrecional, insuficiente o sumamente limitada.

En este contexto, la posibilidad de que algunos de los migrantes reciban atención a su salud adecuada en las instituciones públicas, según los casos documentados en este estudio, queda supeditada a que exista una presión por parte de defensores de derechos humanos o de miembros de organizaciones civiles que lo solicitan o exigen. En otros casos, ante la ausencia de atención por parte de las instituciones públicas, la atención queda bajo la responsabilidad de los mismos actores civiles. Lo anterior representa, por la vía de los hechos, una tendencia de las instituciones públicas a reconocer su responsabilidad social o una falta al compromiso ético del personal de salud que en muchos casos tiene como origen el desfinanciamiento histórico y la insuficiencia de servicios e instituciones para la atención de la salud tanto migrante como mexicana.

Existen problemáticas de salud que se derivan directamente de los riesgos migratorios (como la amputación de piernas y brazos por caída del tren) y enfermedades crónicas o que ponen en peligro la vida (como diabetes, VIH-sida o cáncer). Estas problemáticas colocan a los migrantes ante las carencias del sistema de salud mexicano, en condiciones extremas que los llevan no sólo a poner en riesgo su salud sino la vida misma.

Precarización de las condiciones de vida, discriminación y violencia ponen en riesgo la salud de migrantes en la frontera México-Guatemala

La región transfronteriza de México y Guatemala presenta similitudes sociales, étnicas y demográficas que históricamente han favorecido los procesos de integración regional. Se trata de una región fronteriza que se caracteriza por su riqueza natural, sociocultural y económica, contrastante con la vulnerabilidad de las poblaciones en términos de empobrecimiento y desigualdades. Sus habitantes comparten problemáticas cotidianas como inseguridad, tráfico de

armas y contrabando de bienes, violencia y presencia creciente del crimen organizado, que suponen un riesgo permanente para las poblaciones locales y la diversidad de grupos migrantes (migrantes transfronterizos, trabajadoras y trabajadores temporales, migrantes en tránsito hacia los Estados Unidos, migrantes de retorno, inmigrantes y solicitantes de refugio, principalmente. Otros signos que marcan a la frontera Guatemala-México son la violación a los derechos humanos por parte de actores estatales y particulares, agravada por la persistencia de la impunidad y la colusión entre autoridades y delincuentes.

Los Estados mexicano y guatemalteco no sólo han carecido de voluntad y capacidad para responder a las situaciones emergentes en los contextos migratorios, sino que alineados a las directrices estadounidenses han privilegiado enfoques de seguridad hemisférica, nacional, fronteriza y pública en la gestión de las políticas migratorias. Al vincular actividades de seguridad y combate al crimen organizado con la migración, contribuyen a la criminalización de las personas migrantes. Los medios de comunicación que asocian a migrantes con grupos criminales también afectan negativamente la percepción de habitantes locales sobre los primeros.

El reforzamiento de dichos enfoques en la frontera Guatemala-México se produce a partir de los hechos del 11 de septiembre de 2001. Desde entonces, EU ha incrementado los recursos económicos y tecnológicos para la seguridad de las fronteras en la región migratoria; principalmente de la frontera sur de México a la que se asignó la función del primer filtro o “tapón” de los flujos migratorios provenientes de Centro, Sudamérica y otros continentes. El incremento de medidas de control migratorio y territorial en la frontera afecta principalmente a migrantes indocumentados en tránsito, transfronterizos y temporales, que son forzados a utilizar los cruces y caminos más difíciles en los territorios fronterizos para evitar ser detectados por los agentes del INM y de la seguridad pública municipal y estatal, que de manera indebida intervienen en los operativos de control y vigilancia migratoria.

El limitado alcance de los servicios de salud pública y del sector privado, provocado por la disminución del gasto en salud y las deficiencias de la administración en la prestación de los servicios de salud en ambos países. La severa crisis tiende a agravarse especialmente en Guatemala, que según datos oficiales del Ministerio de Finanzas, tiene el porcentaje más bajo del gasto público en salud en el conjunto de los países centroamericanos, equivalente al 1.1% del PIB en el 2001. Guatemala y México avanzan hacia el modelo de privatización de los servicios de salud que los aleja cada vez más de la posibilidad de un sistema de salud pública de amplio espectro, más oportuno, pertinente, efectivo y suficiente.

Las poblaciones transfronterizas no sólo comparten una identidad regional favorecida por los flujos migratorios, sino la dinámica de precarización de las condiciones de vida que se manifiesta en el acceso limitado a servicios de salud, especialmente para los grupos migrantes en condición irregular y solicitantes de refugio. Las personas migrantes viven situaciones graves de discriminación, violencia institucional y delictiva que ponen en riesgo su salud y les hace más propensos al contagio de infecciones de transmisión sexual y VIH-sida.

Guatemala: carencias de salud y violencia en los pasos migratorios

El proceso migratorio de la población guatemalteca, que actualmente supera los 15 millones de habitantes, se muestra a través del hecho de que más del 11% de su población vive fuera del país. Los altos índices de pobreza que afectan al país (más de 55% de la población vive en esa condición) son más acentuados en aquellos departamentos que también cuentan con los mayores índices migratorios: Guatemala, San Marcos y Huehuetenango.

La gran mayoría de sus migrantes (casi 90%) declara que entre sus principales motivaciones para migrar se encuentran tanto la búsqueda de empleo como de un mejor salario. Compartiendo la ruta con migrantes de otros países centroamericanos, de América del Sur, de Asia y de África, los guatemaltecos se internan en

México por alrededor de 72 pasos migratorios no formales conocidos como “puntos ciegos” que se agregan a los puntos oficiales de internamiento.

En el país, las tasas de mortalidad infantil y materna son superiores al promedio latinoamericano, siendo las heridas por arma de fuego la principal causa de muerte de la población general. Respecto al VIH-sida, se observa que los departamentos con mayor índice de emigración y de migrantes en tránsito son aquellos que también registran los índices más altos del citado padecimiento. Por lo anterior, se hace necesario profundizar en la comprensión de esta asociación de datos, de tal manera que se evite la estigmatización o culpabilización de los migrantes, al igual que la asociación simple entre el VIH y migración. Es necesario desarrollar un trinomio que articule, violencia institucional y delincuencia, VIH y migración.

Las ciudades de Tecún Umán (municipio de Ayutla, departamento de San Marcos) y La Mesilla (municipio La Democracia, departamento Huehuetenango), si bien cuentan con características muy distintas, comparten la condición de que la mayoría de su población es mestiza, ambas cuentan con un alto porcentaje de población migrante (entre 50 y 70%). En estas ciudades la principal causa de muerte son las heridas por armas de fuego y una práctica extendida de comercio sexual que frecuentemente se asocia —sin que exista información oficial disponible— con Trata de personas y tráfico de drogas. El incremento de la violencia y la inseguridad, productos del narcotráfico, el tráfico y la Trata de personas para fines de explotación laboral, sexual, mendicidad y tráfico de órganos, recrudescen los riesgos a la salud en la frontera, especialmente en el territorio mexicano.

Aunque otros municipios fronterizos como Malacatán (Departamento de San Marcos) y Nentón (Departamento de Huehuetenango) comparten la característica de tener altos índices migratorios, sus particularidades más notorias residen en el alto porcentaje de población en condición de pobreza y la intensificación de actividades comerciales que aprovechan la diferencia de

costos de los productos en ambos lados de la frontera.

Las problemáticas más acuciantes en materia de salud pública están directamente vinculadas a las condiciones estructurales de exclusión, desigualdad y discriminación que padecen la gran mayoría de las poblaciones indígenas y marginales en las áreas rurales y urbanas de los departamentos en las regiones norte y occidental del Guatemala. Las políticas gubernamentales han profundizado la distribución inequitativa de la atención médica, afectando principalmente a los sectores rurales y poblaciones migrantes. Prevalcen políticas de salud que han segmentado la población por sus ingresos económicos y participación en el proceso productivo: los sectores empobrecidos son atendidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), los trabajadores asalariados afiliados y sus dependientes por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), y la población con altos ingresos por el Sector Privado. Además de las Fuerzas Armadas y la Policía que son atendidos por la Sanidad Militar, y los sistemas de salud tradicional y comunitaria que son clave para comprender la atención del alto porcentaje excluido de los programas de salud pública. No se cuenta con cifras actualizadas, pero muy probablemente las instituciones públicas del Sector Salud apenas alcancen una cobertura de poco menos del 60% de la población total guatemalteca.

Al igual que en México, la salud pública guatemalteca precisa de un diagnóstico actualizado de las condiciones de salud de las poblaciones fronterizas y móviles, y de sus problemas emergentes en el contexto de militarización y control de flujos migratorios en la frontera con México. El diseño vertical y fragmentado de los programas de salud, provoca la duplicación de funciones y la dispersión de recursos, limitando seriamente su efectividad y la articulación entre aquellos que podrían compartir actividades, recursos e información.

Las migraciones son parte de las estrategias de sobrevivencia de un porcentaje creciente de familias guatemaltecas, pero también son un componente estructural y efecto del modelo desarrollo

capitalista. A pesar de los riesgos a la seguridad humana y de las amenazas a la salud, el agravamiento de las condiciones de pobreza, desigualdad y violencia en las regiones de origen seguirá forzando a familias y comunidades a migrar.

Migrantes desaparecidos: reclamos al Estado y alternativas ciudadanas

La determinación, a partir de cifras oficiales, de cuántos migrantes se encuentran en calidad de “no localizados” o “desaparecidos” es una tarea compleja y que, dada la carencia de información, sólo puede hacerse a través de cifras indirectas. Según la EMIFN, para 2011 –dato más reciente disponible– 317,105 mexicanos migraron con destino a Estados Unidos y 356,976 fueron deportados por autoridades estadounidenses.

En ese mismo año, se cuantificaron 616,926 migrantes guatemaltecos con destino a Estados Unidos y 68,923 migrantes centroamericanos devueltos por autoridades estadounidenses.

En cuanto a la muerte de migrantes a nivel mundial, la frontera Estados Unidos-México ocupa el segundo lugar (6,029 personas fallecidas entre 1998-2013), sólo después de las defunciones de migrantes que buscaron penetrar las fronteras externas de la Unión Europea (22,400 entre 2000 y 2014).

Al comparar el número de migrantes que fallecen con el número de deportaciones se puede concluir que, actualmente, los migrantes tienen más riesgo de morir ya que hoy en día se registran más del doble de muertes de migrantes por 100,000 deportaciones que hace 10 años. La búsqueda de migrantes no localizados o desaparecidos en México se relaciona inevitablemente con el número total de personas desaparecidas reconocidas por el Estado mexicano (20,810 personas entre 2006 y 2014). Según los informes de la CNDH, durante 2009 y 2011 se documentó un promedio de 1,600 migrantes secuestrados al mes.

La identificación de migrantes no localizados o desaparecidos ha recaído, por la vía de los hechos, en organizaciones de familiares y civiles. Se han conformado grupos de familiares que brindan

apoyo psicosocial y asesoría legal desde los derechos humanos. Sus metodologías y experiencias provienen de la búsqueda de desaparecidos políticos en Centro y Sur América desde las décadas de 1970, 1980 y 1990. Cuando los migrantes no localizados o desaparecidos pertenecen a algún pueblo indígena, además de las vicisitudes de búsqueda de cualquier persona desaparecida que incluye, por supuesto, la recurrencia a los procedimientos jurídicos, se añaden las dificultades lingüísticas y de reconocimiento de distintas formas culturales de ejercicio de la justicia, es decir, de la necesidad de enfocar estas problemáticas desde el pluralismo jurídico.

En síntesis, desde el mandato de universalidad en el derecho a la salud los países involucrados en la problemática migratoria han ratificado convenciones y tratados internacionales en los que se comprometen a promover, respetar y garantizar el pleno ejercicio de este derecho sin que esto ocurra en la realidad, es decir, se cumple con una parte de este derecho pero está limitado por la falta de recursos y las políticas nacionales que son tendientes a la privatización de la salud quitando la responsabilidad de los Estados en prever y garantizar este derecho.

Los daños a la salud de las personas migrantes están relacionados con el índice de violencia que se vive en los contextos migratorios, por lo que los Estados deben generar políticas en las que al centro se encuentren las personas como sujetos/as de derechos; priorizando la seguridad humana como un modelo integral que previene, atiende y acompaña a las personas en el acceso a la salud. Los sistemas de salud están rebasados para brindar atención de calidad e integral a población migrante y local; es de vital importancia que las políticas públicas en materia de salud partan de reconocer las necesidades de la población desde el contexto migratorio y de frontera.

Es urgente trabajar en la desnaturalización de la violencia a personas migrantes e indígenas con especial atención a niñas/os, jóvenes y mujeres por parte de los prestadores de los servicios de salud y sociedad en su conjunto; haciendo referencia a la atención integral priorizada por gravedad de cualquier persona, no generando la percepción de competitividad en la población.

Asimismo, generar una plataforma que permita constituir espacios de vinculación y diálogo binacionales en los que se pueda disponer de recursos materiales, económicos y humanos para garantizar de manera integral la salud de la población de la región transfronteriza entre México y Guatemala.

Recomendaciones

El siguiente apartado es el trabajo colectivo de organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas de Guatemala y México que, mediante un espacio de intercambio lograron generar recomendaciones que recogieran los distintos análisis y necesidades para ejercer el pleno derecho a la salud por parte de personas migrantes.⁵⁸

Estas experiencias y aportes contribuyeron a la consolidación de esta investigación como un proceso de construcción colectiva, incluyendo las diferentes miradas y opiniones, que se materializan en una lista de recomendaciones y buenas prácticas que deben existir en los gobiernos, instituciones públicas de salud y las organizaciones de la sociedad civil para ir reconfigurando el modelo actual de salud hacia uno incluyente, integral y con enfoque de derechos humanos.

58 El 12 de junio de 2015 se desarrolló en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el espacio: Diálogos sobre Acceso al Derecho a la Salud de Población Migrante en Guatemala y México que tuvo por objetivos: 1) generar un espacio de intercambio de experiencias y aportes que contribuya a la consolidación de la investigación mediante un proceso colectivo de análisis y retroalimentación, y 2) generar desde una perspectiva política, social y cultural un apartado de recomendaciones que puedan proponer acciones para atender las problemáticas en el campo de la salud y la migración.

Estado mexicano

Legislativo

- Solicitar al Estado Mexicano que se legisle y se pongan en práctica los mecanismos necesarios para que los migrantes centroamericanos cuenten con una “estancia documentada” al transitar por el territorio mexicano. La posibilidad de contar con documentos que acrediten la estancia legal en México continúa siendo crucial para acceder al Seguro Popular o a otros programas o servicios gubernamentales que pueden contribuir al pleno ejercicio de sus derechos.
- Que la Ley de Migración y la Ley de Salud de Guatemala se homologuen, en términos de reconocimiento de derechos a los migrantes en tránsito, con la legislación mexicana que, al menos hasta esta fecha y en términos formales, reconoce de manera más amplia su derecho a la salud y otros derechos humanos.
- Garantizar la inclusión de la figura de “migrante desaparecido” en las leyes estatales existentes y en las que se aprueben en lo sucesivo. En el caso de la Ley del estado de Chiapas, que sí contempla esta figura, exigir la reglamentación y cumplimiento.
- En el nivel federal, que en las iniciativas de Ley de protección de personas contra la desaparición forzada se incluya la figura de “migrante desaparecido” para que de esa forma exista un sustento legal para su búsqueda.
- Exigir al Estado mexicano que el impulso del Seguro Popular en las zonas de mayor afluencia de migrantes sea acompañado de mejoras en la infraestructura, la cantidad de personal, los recursos necesarios para la prestación de servicios y los medicamentos que se requieran para garantizar el derecho a la salud de los migrantes. Este tipo de medidas también deberían de considerarse para la población mexicana en general y evitar

así que se genere una competencia innecesaria para acceder a la atención pública de salud.

Normativa y desarrollo de programas gubernamentales

- Hacer valer el reconocimiento del derecho a la atención de la salud de los migrantes en tránsito por México que está reconocido en la Ley General de Salud y evitar que éste se restrinja a través de programas como el Seguro Popular que lo supedita a la entrega de documentos y lo restringe a ciertos padecimientos y medicamentos.
- Retirar la restricción temporal de acceso a los beneficios del Seguro Popular para los migrantes que actualmente se limita a 90 días con la finalidad de que sea permanente.
- Exigir la participación de familiares de migrantes desaparecidos de las víctimas en la elaboración de leyes y reglamentos contra la desaparición forzada.
- Retomar las demandas de los familiares de los migrantes desaparecidos para garantizar la instalación de un banco de datos forenses que sea confiable, eficiente y de la más alta calidad de modo tal que se cuente con las condiciones básicas para la conservación e identificación de restos humanos, así como de la gestión de la información de familiares y la realización de autopsias confiables a través de un centro independiente y autónomo de peritos.
- Fortalecer los espacios de acompañamiento psicosocial a familiares de migrantes desaparecidos, incluyendo su participación en redes e iniciativas nacionales e internacionales.

Estado Guatemalteco:

Legislativo

- Solicitar al Estado guatemalteco que se legisle y se pongan en práctica los mecanismos necesarios para que las personas migrantes en las regiones transfronterizas puedan obtener un adecuado servicio de salud.
- Pugnar por reformar la ley de migración con la finalidad de incluir y garantizar los derechos de los migrantes en tránsito.
- Que el Estado guatemalteco reconozca y genere alternativas frente a la magnitud y urgencia de la violencia en la región fronteriza, especialmente, en los lugares de cruce oficiales y en los “pasos ciegos”.
- Solicitar al Estado guatemalteco el desarrollo de programas específicos de apoyo a la salud de los migrantes.

Normativa y desarrollo de programas gubernamentales

- Garantizar la atención de la salud de las trabajadoras sexuales, poniendo énfasis en las condiciones y lugares previstos para su atención. Las alternativas propuestas deberán evitar todo tipo de estereotipo hacia estas personas, al tiempo que se deben articular con estrategias de combate a la trata de personas y al trabajo sexual forzado.
- Atención a trabajadoras sexuales: dignificarla, desestereotipar, prevenir y sancionar la trata de personas y el trabajo sexual forzado.
- Propiciar mecanismos de sanción y de establecimiento de responsabilidades legales para quienes efectivamente disfrutan de las ganancias del trabajo sexual, evitando así la culpabilización de las trabajadoras sexuales.

Ambos Estados: Guatemala y México

- Propiciar que los Estados implicados reconozcan que en la Frontera Centroamérica-México se vive un clima de inseguridad que también tiene lugar en otras regiones del país donde no existe presencia de migrantes centroamericanos; por ello no se les debe estigmatizar ni criminalizar. Al mismo tiempo, que se reconozca que en una región fronteriza con estas características existe un deterioro del tejido social y una pérdida de la seguridad a partir de la presencia de redes de trata, polleros y otros tipos de actividades ilícitas.

Administración

- Aumentar el presupuesto para salud pública en el ámbito nacional, privilegiando las regiones rurales e indígenas. Esto puede contribuir a reducir la “competencia” por recibir atención o acceder a medicamentos entre la población local y los migrantes.

Servicios de salud

- Priorizar la generación de mecanismos articulados para la atención integral a la salud de las personas migrantes en las regiones transfronterizas, formalizando su accionar mediante la disposición de recursos humanos y financieros.
- Propiciar la realización de campañas para combatir estereotipos contra migrantes.

Incidencia social

- Resulta urgente cuestionar y abatir la naturalización y permisividad frente a una alarmante violencia contra las mujeres con un alto componente sexual.
- Construir espacios de discusión con los migrantes respecto al conocimiento y exigibilidad del derecho a la salud y de los derechos humanos.

- Reforzar las estrategias encaminadas a que los migrantes se perciban a sí mismos como sujetos de derecho.

Instituciones Públicas de Salud Guatemala-México

- Promover la formación del personal de salud en instituciones públicas respecto a los derechos humanos y el derecho a la salud de los migrantes
- Promover programas de prevención, detección oportuna y tratamiento del VIH en aquellos casos en que se ve afectada la población migrante.
- Que las instituciones públicas de salud garanticen el registro oportuno, adecuado, preciso y público de la morbilidad y mortalidad de los migrantes en tránsito que son atendidos en dichas instituciones. Frente a esta responsabilidad estatal no se puede argumentar en descargo el precepto de que se brinda “atención a todos sin hacer diferencias”. A partir del decreto de atención a los migrantes por parte del Seguro Popular, la elaboración del mencionado registro se convierte en una obligación legal. Esta información resulta de suma importancia para realizar labores de prevención y atención y establecer las responsabilidades correspondientes.
- Denunciar y evitar la tendencia a la fragmentación, mercantilización y privatización de los servicios de salud, incluyendo modalidades de servicios restringidos o paquetes mínimos. Esta problemática, además de afectar a la población mexicana, provoca serias violaciones al derecho a la salud de los migrantes.
- Proponer el principio de “equidad en salud” como orientación general de los servicios públicos de salud, lo cual se concreta en: *a)* similar atención ante similares padecimientos, independientemente de la condición migratoria, laboral, capacidad económico, nacionalidad, género o etnia; *b)* recono-

cimiento de las necesidades diferentes dando a cada grupo o persona según se necesite, y *c)* que el pago de los servicios de salud no sea un obstáculo para acceder a ellos con calidad.

- Denunciar aquellos casos en los que la atención humanitaria se convierte en el medio utilizado para denunciar la situación irregular de los migrantes y originar su deportación.
- Pugnar para que se establezca con claridad y precisión el tipo de atención a la que tienen derecho los migrantes y quién tiene la responsabilidad de brindárselas. Poner especial atención en situaciones que requieren “traslados” los cuales suelen resultar costosos, pueden requerir ambulancias equipadas y personal calificado al tiempo que tienen implicaciones legales ya que se requiere ir acompañado de un familiar, situación que pone en problemas a los migrantes que requieren atención especializada pero están viajando solos.
- Garantizar la atención de la salud sexual, reproductiva y de atención del parto a las mujeres migrantes.
- Enfatizar la importancia de la salud mental de los migrantes como un aspecto en el que las instituciones públicas no brindan ningún tipo de servicio y en el que las alternativas están siendo impulsadas por organizaciones de la sociedad civil.
- Fortalecer la capacitación y las condiciones de exigibilidad de los migrantes respecto del VIH, incluyendo a las trabajadoras sexuales.
- Evitar la práctica común de que las instituciones de salud soliciten los insumos o los medicamentos más costosos a los familiares de los enfermos. Si bien esta práctica pone en serias dificultades a los familiares de pacientes mexicanos, se vuelve aún más difícil para los migrantes que muchas veces viajan solos.

Bibliografía

- Achotegui, J. (2004). "Estrés límite y salud mental: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)". *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*. Vol. V, núm. 21. Pp. 39-53.
- Achotegui, J. (2009). "Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiples (síndrome de Ulises)". *Revista Zerbitzuan*. Núm. 46, diciembre. Pp. 163-171.
- Alba, F., Castillo, M.A. y Verduzco, G. (2010). *Los grandes problemas de México: migraciones internacionales*, tomo III. México: El Colegio de México.
- Álvarez, R. (1995). "The Mexican-US Border: The Making of an Anthropology of Borderlands". *Annual Review of Anthropology*. Vol. 24. Pp. 447-470.
- Andrade-Eckhoff, K. y Silva-Avalos, C.M. (2003). *Globalización de la periferia: Los desafíos de la migración transnacional para el desarrollo local en América Central*. El Salvador: FLACSO.
- Asamblea Legislativa de la República del Salvador (1986). *Ley de extranjería*. El Salvador: Asamblea Legislativa.
- Baró, M. I. (1984). "Guerra y salud mental". *Revista Estudios Centroamericanos*. Núm. 429-430. El Salvador: Universidad Centroamericana. Pp. 503-514.
- Bartra, A. (2002). "Dislocados. Los derechos del que migra y el derecho a no migrar". En: *La Jornada*, 3 de noviembre. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2003/01/02/frontera/refer/centro/bartra.html>. Fecha de consulta: 9 marzo 2016.
- Bastos, S. (1999). "Migración y diferenciación étnica en Guatemala. Ser indígena en un contexto de globalización". *Papeles de Población*. Vol. 5, núm. 22, octubre-diciembre. México: UAEM. Pp. 199-243.
- Belén Posada Migrante (BPM). (2011). *Secuestros a Personas Migrantes en Tránsito por México*. México: BPM y otros.
- Beristain, C.M. y Riera, F. (1999). *Afirmación y resistencia. La comunidad como apoyo*. Barcelona: Virus.
- Berk, M., Albers, L.A. y Schur, C. (1996). "The Growth in the US Uninsured Population: Trends in Hispanic Subgroups, 1977 to 1992". *Public Health Briefs*. Vol. 86, núm. 4, abril. Pp. 572-576.
- Brian, T. y Laczko, F. (eds.) (2014). *Fatal Journeys. Tracking Lives Lost during Migration*. Suiza: International Organization for Migration.
- Buitrago, J. (2007). "De víctimas a actores sociales. El rol de los familiares en la superación de la impunidad". En: Pacheco, G. (coord.) *Atención integral a víctimas de tortura en procesos de litigio*. Costa Rica: IIDH/ASDI/USaid. Pp. 357-394.
- Caicedo Ortiz, J. A. (2008). "Diáspora africana. Claves para comprender las trayectorias afrodescendientes". En: Rojas, A. (coord.), *Cátedra de estudios afrocolombianos. aportes para maestros*. Popayán: Universidad del Cauca, pp. 82-97.
- Canales, A., Martínez, J., Reboiras, L. y Rivera, F. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas*. Chile: CEPAL/UNFPA.
- Castillo, M.A. (2003). "The Mexico-Guatemala Border: New Controls on Transborder Migrations in View of Recent Integration Schemes?". *Frontera Norte*. Vol. 15, núm. 29. Pp. 35-63.
- Castillo, M.I., Díaz, M. y Gómez, E. (2014). "Reconocimiento social y elaboración del trauma de origen sociopolítico. Una experiencia grupal", *Tramas. Subjetividad y procesos sociales*. Núm. 40, diciembre. México: UAM-Xochimilco. Pp. 19-42.
- Castles, S. y Miller, M.J. (2004). *La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. México: M.A. Porrúa/SG/INM.
- Centro de Investigación y Docencia Económica/Animal Político (CIDE/AP) (2015). *Programa Frontera Sur: una cacería de migrantes*. México: CIDE/AP. Disponible en línea: <http://www.animalpolitico.com/caceriademigrantes/textoi.html>. Fecha de consulta: 10 marzo 2016.
- Cerda, A. (2006). "México: El derecho a la salud". En: Torres, M. (coord.). *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*. Colombia: ALAMES/PID. Pp. 149-168.
- Chapela, C. y Cerda, A. (2011). *Promoción de la Salud y Poder. Reformulaciones desde el cuerpo territorio y la exigibilidad de derechos*. México: UAM-Xochimilco.
- Colectivo de Defensores de Migrantes y Refugiados (CODEMIRE) (2015). *Boletín de prensa en formato electrónico*, 8 de abril. Disponible en línea: <http://www.la72.org/?p=573>. Fecha de consulta: 10 marzo 2016.
- Comisión de Derechos Humanos de El Salvador (CDHES) (2006). "Informe sobre las condiciones de salud en El Salvador". En: Torres,

- M. (coord.), *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*. Colombia: ALAMES/PIDH. Pp. 119-136.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2013). *Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México*. México: OEA.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2015). *Situación de los derechos humanos en México*. Washington: CIDH/OEA.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (2009). *Informe especial sobre secuestro de migrantes en México*. México: CNDH.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (2011). *Segundo informe especial sobre secuestro de migrantes en México*. México: CNDH.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (2014). "Otorgan Seguro Popular a Migrantes". Disponible en línea: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/component/content/article?layout=edit&id=341>. Fecha de consulta: 22 de abril de 2015.
- Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2014). *Evaluación sobre la situación de las familias de personas migrantes desaparecidas: El Salvador, Guatemala, Honduras y México*. México: CICR.
- Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO) (2011). *Diagnóstico Frontera Sur*. México: CONAGO/Comisión Sureste. Disponible en línea: http://www.conago.org.mx/reuniones/documentos/2011-12-06/20111201_DIRSS_DIAGNOSTICO_FRONTERA_SUR_TAB.pdf. Fecha de consulta: 9 marzo 2016.
- Congreso Nacional (CN) (2004). *Ley de Migración y Extranjería*. Honduras: Congreso Nacional.
- Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal (CCSPJP) (2013). *Las 50 ciudades más violentas en el mundo*. México: CCSPJP, A.C.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (2012). *Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos, 2010*. México: Conapo.
- Dardón, J. (2008). "Minorías indígenas en Guatemala y migración en resistencia hacia las comunidades transnacionales". *IUS. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*. Núm. 22. Pp. 209-226.
- Davis, K. y Rowland, D. (1983). "Uninsured and Underserved: Inequities in Health Care in the United States". *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*. Vol. 61, núm. 2, primavera. Pp. 149-176.
- Diario Oficial (DO) (1988). *Ley de Migración*, Decreto 86-88. Guatemala: DO.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2004). *Ley General de Salud*. México: DOF.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2011). *Ley de Migración*. México: DOF.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2014a). *Ley General de Población*. México: DOF.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2014b). *Programa Frontera Sur*. México: DOF.
- Dirección General de Migración y Extranjería (DGME) (2015). *Estadísticas*. Disponible en línea: <http://www.migracion.gob.gt/index.php/root1/descargas/category/24-estadisticas-2014.html>. Fecha de consulta: 10 marzo 2016.
- Dye, C. (2013). *Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Luxemburgo: OMS.
- Fábregas, A. (2014). "The Mexico-Guatemala, Guatemala-Mexico Border: 1983-2013". *Frontera Norte*. Vol. 26, núm. esp. 3. Pp. 7-35.
- Flores, J. (2009). *The Diaspora Strikes Back: Caribeño Tales of Learning and Turning*. Nueva York: Routledge.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2011). *El salto al norte*. Guatemala: UNICEF.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2011). *Encuesta sobre remesas 2010, protección de la niñez y adolescencia*. Guatemala: UNICEF/OIM.
- Fundación para la Justicia y el Estado Democrático de Derecho (FJEDD) (2013). *Migrantes desaparecidos: la tortura permanente*. México: FJEDD.
- Fundación para la Justicia y el Estado Democrático de Derecho (FJEDD) (2014). *Informe alternativo presentado al Comité contra la Desaparición Forzada*. México: FJEDD.
- Gaborit, M., Zetino, M., Brioso, L. y Portillo, N. (2012). *La esperanza viaja sin visa: Jóvenes y migración indocumentada de El Salvador*. San Salvador: Universidad Centroamericana.
- Gallego, M. y Soto, I. (2009). *The Dialectics of Diasporas: Memory, Location and Gender*. Valencia: PUV.
- Gilroy, P. (1993). *The Black Atlantic. Modernity and Double Consciousness*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gobierno de la República de Guatemala (GRG) (2011). *Informe de Guatemala*. Costa Rica: OIM/OIT/CECC/SICA/ROMLCRD.
- Gómez Dupuis, N. (2007). "Víctimas sobrevivientes de masacres: daño psicosocial y estrategias de reparación". En: Pacheco, G, *Atención*

- integral a víctimas de tortura en procesos de litigio*. Costa Rica: IIDH/ASDI/USaid. Pp. 321-356.
- Gómez, N., Barrios, A.E., Ledón, A. (2014). *Abriendo fronteras con el corazón. Guías para la aplicación del enfoque psicosocial en contextos migratorios*. México-Guatemala: Serviprensa.
- Grupo de trabajo sobre Migraciones-México, Espacio DESC, Capítulo Mexicano de la Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (2011). *Informe sobre migración y derecho a la salud en México*. México: PIDHDD.
- Grupo de Trabajo sobre Política Migratoria (GTPM) (2014). *Programa Frontera Sur, reflejo de una política migratoria desarticulada*. Comunicado de prensa. 11 de julio. Disponible en línea: <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/PlanFronteraSurmigracionGTPM.pdf?ID=13>. Fecha de consulta: 10 marzo 2016.
- Grupo Interdisciplinario de Expertos Independientes (GIEI) (2015). *Informe Ayotzinapa. Investigación y primeras conclusiones de las desapariciones y homicidios de los normalistas de Ayotzinapa*. México: CIDH.
- Grupo Motor de Trabajo Psicosocial en Migraciones (GMTPM) (2014). "Acompañamiento psicosocial a familiares de migrantes desaparecidos: una experiencia de intervención". *Revista Tramas*. No. 41, junio. Pp. 359-362.
- Grupo Promotor del Informe Alternativo (GP-IADESCA) (2000). *Informe alternativo DESCA- México*. México: Grupo Promotor del Informe Alternativo DESCA.
- Gupta, A. y Ferguson, J. (2008). "Más allá de la cultura": espacio, identidad y las políticas de la diferencia". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*. Núm. 7, julio-diciembre. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Hernández Castillo, A. (2013). "¿Del Estado multicultural al Estado penal? Mujeres indígenas presas y criminalización de la pobreza en México". En: Sierra, M. T., Hernández, R.A. y Sieder, R. (eds.), *Justicias indígenas y Estado. Violencias contemporáneas*. México: CIESAS/FLACSO. Pp. 299-340.
- Hiskey, J., Malone, M. y Orcés, D. (2014). "Violencia y migración en Centroamérica". *Perspectivas desde el Barómetro de las Américas*. Núm. 101. Nashville: USaid/LAPOP/Vanderbilt University. Pp. 1-10.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2013). *Caracterización Estadística República de Guatemala, 2012*. Guatemala: INE.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014a). *Caracterización Departamental San Marcos, 2013*. Guatemala: INE.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014b). *Caracterización Departamental Huehuetenango, 2013*. Guatemala: INE.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2000a). *Anuario de información estadística en salud*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2000b). *La mortalidad infantil en México, 2000*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012a). *Anuario de estadística por entidad federativa, 2012*. México: INEGI.
- Instituto para las Mujeres en la Migración, A.C. (2012b). *Informe Misión Civil "Ruta de las mujeres en la migración"*. México: IMUMI.
- International Monetary Fund (IMF) (2014). *World Economic Outlook Database*. Washington: IMF. Fecha de consulta: 13 de mayo de 2014. Disponible en línea: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2014/01/>.
- Irvine, B., Clark, E. y Bidgood, E. (2013). *Healthcare Systems: The USA*. Reino Unido: Civitas.
- Isaacson, A. y Meyer, M. (2015). *On the Front Lines: Border Security, Migration and humanitarian concerns in South Texas*. Washington: WOLA.
- Isaacson, A., Meyer, M. y Morales, G. (2014). *La otra frontera de México: seguridad, migración y crisis humanitaria en la línea con Centroamérica*. Washington: WOLA.
- Jiménez, M. (2009). *Humanitarian Crisis: Migrant Deaths at the U.S.-Mexico Border*. San Diego: ACLU.
- Kearney, M. y Nagengast, C. (1989). "Anthropological Perspectives on Transnational Communities in Rural California". *Working Group on Farm Labor and Rural Poverty, Working Paper Series*. Núm. 3. California: Institute for Rural Studies.
- Knippen, J., Boggs, C. y Meyer, M. (2015). *Un camino incierto. Justicia para delitos y violaciones de derechos humanos contra personas migrantes y refugiadas en México*. Washington: WOLA/Fundar/Casa del Migrante Saltillo y otros.
- Kovic, C. (2013). *Preliminary Report on Migrant Deaths in South Texas*. Houston: Houston United.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*. Buenos Aires: CLACSO/CROP.

- Leyva, R., Infante, C., Gutiérrez, J.P. y Quintiño, F. (2013). "Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012". *Salud Pública de México*. Vol. 53, sup. 2. Pp. 123-128.
- Leyva, R., Quintiño, F., Figueroa. (2013). "Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud". *Salud Pública de México*. Vol. 53, sup. 1. Pp. 241-250.
- López, C. y Paz, M.A. (2002). *Entre pizcas y barbechos. Alternativas del desarrollo local en la experiencia de Enlace*. México: Enlace, Comunicación y Capacitación.
- Madueño, N. (2010) "El impacto de la variable de género en la migración Honduras-México: el caso de las hondureñas en Frontera Comalapa". En: *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. VIII, no. 2, diciembre. México: CESMECA. Pp. 165-181.
- Martínez, F. (2015) "Cifra récord de migrantes detenidos en México; casi 200 mil al cierre de 2015: SG". En: *Diario La Jornada*, 26 de diciembre. Disponible en línea: <http://www.jornada.unam.mx/2015/12/27/politica/004n1pol>. Fecha de consulta: 10 marzo 2016.
- Massey, D., Durand, J. y Malone, N.J. (2012). *Detrás de la trama. Políticas migratorias entre México y Estados Unidos*. México: Cámara de Diputados, Universidad Autónoma de Zacatcas, Miguel Angel Porrúa.
- Mastrogiovanni, F. (2014). *Ni vivos ni muertos. La desaparición forzada en México como estrategia de terror*. México: Grijalbo.
- Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala (MENAMIG) (2010). *Informe alternativo de Guatemala*. Guatemala: OACNUDH.
- Mezadra, S. (2005). *Derecho de fuga*. España: Traficantes de Sueños.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (2011a). *Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007*. Guatemala: Segeplan, MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (2011b). *Estadísticas VIH y VIH avanzado 1984-2010*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (2014). *Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Lucha contra el VIH y Sida*. Guatemala: MSPAS.
- Moorehead, C. (2014). "Missing in the Mediterranean". *Intelligent Life Magazine*, mayo-junio. Disponible en: <http://moreintelligentlife.com/content/features/caroline-moorehead/lost-mediterranean?page=full>. Fecha de consulta: 26 de agosto de 2015.
- Mummert, G. (ed.) (1999). *Fronteras fragmentadas*. México: COLMICH/CIDEM.
- Ochman, M. (2014). "Políticas sociales focalizadas y el dilema de la justicia". *Andamios. Revista de Investigación Social*, vol. 11, núm. 25, mayo-agosto. México: UACM. Pp. 147-169.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2013). *Informe mundial sobre las drogas 2013*. Nueva York: ONU.
- Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) (2003). *Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México*. México: OACNUDH.
- Ojeda, A. (2015). *De la abyección al orgullo. Experiencia y micropolíticas en madres/padres de hijos no heterosexuales*. Tesis para obtener el grado de doctor en Ciencias Sociales. México: UAM-Xochimilco.
- Organismo Legislativo (1998). *Ley de Migración*. Decreto núm. 95-98. Guatemala: Organismo Legislativo.
- Organización de Estados Americanos (OEA) (2013). *Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México*. México: CIDH.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2013). *Perfil Migratorio de Guatemala 2012*. Guatemala: OIM.
- Ortega, A. (2012) *Una frontera en movimiento: migración, fecundidad e identidad del sur de Quintana Roo y Norte de Honduras Británica (Belize), 1900-1935*. México: INAH, COLMEX.
- Ortiz, I. y Cummins, M. (2012). *Desigualdad global: la distribución del ingreso en 141 países*. Nueva York: UNICEF.
- Osorio, J. (2012). *Patrón de reproducción del capital*. México: UAM. Mimeo.
- Papastergiadis, N. (2000) *The turbulence of migration: globalization, deterritorialization and hybridity*. Oxford: Polity Press.
- Parrini, R. (2015). "Biopolíticas del abandono: migración y dispositivos médicos en la Frontera Sur de México". *Nómadas*. Núm. 42, abril. Colombia: Universidad Central. Pp. 111-127.
- Passel, J., Cohn, D. y Gonzalez-Barrera, A. (2012) *Net Migration from Mexico Falls to Zero – and Perhaps Less*. Washington, D.C.: Hispanic Center.
- Paz Carrasco, M. Á. (2015). *Caminar con raíces. Procesos de organización transnacional de comunidades tsotiles de Los Altos de Chiapas en la con-*

- strucción de Nuestra Vida Buena*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Desarrollo Rural. México: UAM-Xochimilco.
- Pichot, P. (coord.) (1995). *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Pima County Forensic Science Center (PCFSC) (2011). *Annual Report 2011*. Pima: PCFSC.
- Piper, I. (coord.) (2005). *Memoria y Derechos Humanos: ¿Prácticas de dominación o de resistencia?* Santiago de Chile: ARCIS/CLACSO.
- Presidencia de la República (2005). *Quinto informe de gobierno*. México: Presidencia de la República.
- Presidencia de la República (2012). *Sexto Informe de Gobierno*. México: Presidencia de la República.
- Presidencia de la República (2014) *II Informe de Gobierno*. México: Presidencia de la República.
- Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala (2010). *Informe al relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El derecho a la salud*. Guatemala: Procurador de los Derechos Humanos.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2005a). *Informe del Desarrollo Humano en Guatemala*. Guatemala: Edisur.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2005b). *Diversidad étnico-cultural. La ciudadanía en un Estado plural*. Guatemala: PNUD.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2012). *Guatemala: ¿un país de oportunidades para la juventud? Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011-2012*. Guatemala: Ediciones Don Quijote.
- Raffo, P. (2007). "Acompañamiento psicológico y terapia psicológica" En: Pacheco, Gilda (coord.). *Atención integral a víctimas de tortura en procesos de litigio*. Costa Rica: IIDH/ASDI/USaid. Pp. 45-90.
- Reineke, R. y Martínez, D.E. (2014). "Migrant Deaths in the Americas (Unites States and México)". En: Brian, Tara y Frank Laczko (eds.), *Fatal Journeys. Tracking Lives Lost during Migration*. Suiza: OIM. Pp. 45-84.
- Rubio-Goldsmith, R. McCormick, M., Martínez, D. y Duarte, I.M. (2006). *The "funnel effect" and recovered bodies of unauthorized migrants processed by the Pima County Office of the Medical Examiner, 1990-2005*. Arizona: BMI.
- Rumford, C. (ed.) (2009). *Citizens and Borderwork in Contemporary Europe*. Nueva York: Routledge.
- Salter, M. B. (2011). "Places everyone. Studying the Performativity of the border". *Political Geography*. Vol. 30, núm. 2. Pp. 6-67.
- Sassen, S. (2013). *Inmigrantes y ciudadanos. De las migraciones masivas a la Europa fortaleza*. Madrid: Siglo XXI.
- SEGOB/SRE/SS (EMIF) (2000-2011). *Encuesta sobre migración en la frontera norte de México*. México: SEGOB/SER/SS.
- Serrano, J. y Martínez, G. (2009). *Una aproximación a las migraciones internacionales en la Frontera Sur de México*. San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur, Red de Estudios Migratorios en la Frontera Sur de México.
- Tumax, S., Lix, C. y Icó, H. (2006). "Guatemala: por el derecho a la salud. En: Torres, M. (coord.). *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*. Colombia: ALAMES/PIDH. Pp. 137-148.
- United States Census Bureau (USCB) (2010). *Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2010*. Washington: U.S. Census Bureau.
- United States Census Bureau (USCB) (2014) *Health Insurance Coverage in the United States: 2013*. Washington: USCB.
- Yáñez, M.S. (2014). "Conferencia pronunciada en el Festival de la Verdad 2014". El Salvador: UCA. Disponible en: <http://www.uca.edu.sv/festivalverdad2014/catedra.html>. Fecha de consulta: 7 de marzo de 2016.

Fuentes consultadas

Instituciones donde se aplicaron entrevistas
 Instituciones de salud visitadas para la investigación:

- Hospital General de Palenque
- Hospital General de Comitán
- Hospital General de Tapachula
- Hospital General de Huixtla
- Hospital General de Arriaga
- Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa
- Hospital Básico Comunitario de Pijijiapan
- Hospital Básico Comunitario de Tenosique
- Centro de Salud de Ciudad Cuauhtémoc
- Centro de Salud de Frontera Comalapa
- Centro de Salud Urbano de Huixtla
- Centro de Salud Urbano de Pijijiapan
- Clínica del IMSS-Prospera de Benemérito de las Américas
- Clínica del IMSS -Prospera de Motozintla
- Módulo de atención a migrantes del IMSS de Palenque
- Módulo de atención a migrantes del IMSS de Arriaga
- Grupo Beta de Palenque
- Cruz Roja Mexicana en Palenque
- Módulo de la Cruz Roja Internacional de Arriaga
- Módulo de la Cruz Roja Internacional de Tenosique

Albergues de Migrantes visitados:

- Albergue Jesús el Buen Pastor para el Pobre y el Migrante, Tapachula
- Albergue Belén, Tapachula
- Casa del Caminante Samuel Ruiz, Palenque
- Casa del Migrante Hogar de la Misericordia, Arriaga
- La 72 Hogar Refugio para personas migrantes, Tenosique (Tabasco)

Índice de cuadros

Cuadro 1.1 Mexicanos emigrados a y retornados de Estados Unidos 1995-2010	20
Cuadro 1.2 Grado e índice de intensidad migratoria en estados seleccionados 2010	21
Cuadro 1.3 Ingreso de extranjeros no residentes y migrantes atendidos por Grupos Beta 2000-2014	23
Cuadro 1.4 Valores del índice de Gini por región, 1990-2008	25
Cuadro 1.5 Producto Interno Bruto Per Cápita	26
Cuadro 1.6 Índice de Gini por país 1990-2008	26
Cuadro 1.7 Ciudades centroamericanas ubicadas entre las 50 con más altas tasas de homicidio en América Latina	28
Cuadro 1.8 Puntos de internación migratoria Frontera Sur	32
Cuadro 2.1 Población asegurada en México 1995, 2010 y 2011	57
Cuadro 2.2 Indicadores de salud por país	62
Cuadro 2.3 Indicadores del estado de salud para Guatemala	62
Cuadro 2.4 Tasa de mortalidad infantil en entidades federativas seleccionadas, 2000	63
Cuadro 2.5 Defunciones causadas por sida en México y Chiapas, 1995-2011	64
Cuadro 2.6 Número de médicos por cada 100,000 habitantes en entidades federativas seleccionadas, 2000-2005	67
Cuadro 2.7 Camas censales y médicos por 100,000 habitantes en la República Mexicana y en Chiapas, 1995-2011	68
Cuadro 2.8 Gasto per cápita en salud de población asegurada y no asegurada	69
Cuadro 3.1 Instituciones donde se realizaron las entrevistas	74
Cuadro 3.2 Diseño metodológico de la investigación	75
Cuadro 3.3 Instituciones de salud en Chiapas	78
Cuadro 3.4 Albergues para migrantes en la frontera México-Guatemala	79
Cuadro 5.1 Perfil migratorio de Guatemala	148
Cuadro 5.2 Razón de mortalidad materna por grupo de edad en mujeres entre 10 y 29 años, Guatemala, 2011	155

Cuadro 5.3 Principales causas de morbilidad en población entre 10 y 24 años, Guatemala	156
Cuadro 5.4 Primeras causas de mortalidad en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes, entre 10 y 24 años, Guatemala, 2010	156
Cuadro 5.5 Casos de VIH y sida avanzado por grupo de edad y sexo, Guatemala, 2011	159
Cuadro 5.6 Morbilidad general en el municipio de Ayutla, San Marcos, Guatemala, 2009-2010	166
Cuadro 5.7 Principales causas de mortalidad, Ayutla, San Marcos, Guatemala, 2009-2010	167
Cuadro 5.8 Morbilidad en Malacatán, San Marcos, Guatemala, 2004-2009	170
Cuadro 5.9 Causas de mortalidad en el municipio de Malacatán, San Marcos, Guatemala, 2013	171
Cuadro 5.10 Causas de mortalidad general en Huehuetenango, 2013	173
Cuadro 5.11 Morbilidad y mortalidad en el Centro de Salud de La Mesilla	177
Cuadro 6.1 Migrantes procedentes del sur de México con destino a Estados Unidos y personas devueltas por la Patrulla Fronteriza u otras autoridades migratorias, 1993-2011	189
Cuadro 6.2 Migrantes con destino a Estados Unidos, 1993-2011	190
Cuadro 6.3 Migrantes procedentes de Guatemala a México vía terrestre y guatemaltecos deportados, 2004-2011	191
Cuadro 6.4 Estimaciones regionales de muertes de migrantes relacionadas con la frontera (migrant border-related deaths) compiladas de varios recursos, años disponibles 1996-2014	192
Cuadro 6.5 Cuerpos o restos de migrantes registrados por el condado de Pima, Arizona, 2001-2011	194
Cuadro 6.6 Diferencias entre “pre-efecto embudo” (1990-1999) y “efecto embudo” (2000-2005) por la recuperación de cuerpos de cruzadores de frontera no autorizados por parte de la Oficina de Examinadores Médicos del condado de Pima	195

Índice de mapas

Mapa 1.1 Geografía y densidades poblacionales en la frontera Guatemala-México	19
Mapa 1.2 Puntos de internación con presencia migratoria en la Frontera Sur de México, 2011	33
Mapa 1.3 Control migratorio y territorial en la Frontera Sur de México	36
Mapa 1.4 Rutas y servicios migratorios en la Frontera Sur de México	37
Mapa 3.1 Corredores y rutas nodales transmigratorias en la Frontera Sur de México	72
Mapa 3.2 Servicios de salud en corredores migratorios en Chiapas	82
Mapa 5.1 Clasificación de los departamentos de Guatemala según su IDH	149
Mapa 5.2 Geografía de la Frontera Guatemala-México	152
Mapa 5.3 Departamentos guatemaltecos con mayor incidencia de VIH, 2014	158
Mapa 5.4 Rutas de tránsito de migrantes provenientes de El Salvador, Honduras y Nicaragua a través de Guatemala	161
Mapa 5.5 Departamento de San Marcos	162
Mapa 5.6 Municipios de Malacatán y Ayutla, departamento de San Marcos	165
Mapa 5.7 Ubicación del departamento de Huehuetenango	172
Mapa 5.8 Municipios de La Democracia y Nentón, departamento de Huehuetenango	174

Anexo I. El Derecho a la Salud en los Acuerdos Internacionales⁵⁹

El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud incluye pero no se limita a la condición de estar sano. El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

Ejemplos de tratados de las Naciones Unidas sobre derechos humanos:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989

Ejemplos de tratados regionales de derechos humanos:

- Carta Social Europea, 1961
- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 1981
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), 1988

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) establece que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- la reducción de la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los niños
- el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas
- la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud

Observación general sobre el derecho a la salud

Para aclarar y hacer efectivas estas medidas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el cual supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

El derecho a la salud no sólo abarca la atención oportuna de salud, también los factores determinantes de la salud como el acceso a agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

1. **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
2. **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - no discriminación
 - accesibilidad física

⁵⁹ Derecho a la salud, nota descriptiva, núm. 323, noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>. Fecha de consulta 9 marzo 2016.

- accesibilidad económica (asequibilidad)
- acceso a la información

3. **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

4. **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados partes tres tipos de obligaciones:

- **Respetar.** Significa simplemente no interferir en el disfrute del derecho a la salud (“no perjudicar”).
- **Proteger.** Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo regulando la actividad de los actores no estatales).
- **Cumplir.** Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas).

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende “obligaciones básicas” referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea que corresponde a los países, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales:

- servicios esenciales de atención primaria de la salud
- alimentación esencial mínima que sea nutritiva
- saneamiento
- agua potable
- medicamentos esenciales



Otra obligación básica es adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Los Estados partes deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos que se dispongan. Esos recursos incluyen los proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales. En ese contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

Mirar las fronteras desde el sur, número 17 de la Serie mundos rurales se terminó de imprimir el 19 de julio de 2016 en los talleres...