

**Escuela de Salud Pública de México**  
**Instituto Nacional de Salud Pública**

**RESPUESTA SOCIAL A NECESIDADES DE SALUD DE  
MUJERES MIGRANTES EN TIJUANA**

**Alumna:** Zafiro del Carmen Andrade Romo

Maestría en Ciencias de la Salud con área de concentración en  
Sistemas de Salud 2012-2013

Matrícula 2011140302

**Comité de Tesis:**

**Director:** César Infante Xibille

INSP – CISS

**Asesora:** Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

INSP – CISS

# ÍNDICE

1. AGRADECIMIENTOS.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. ANTECEDENTES .....	6
3.1 Políticas Migratorias Restrictivas .....	8
3.2 Migración y Mujeres .....	9
3.3 Problemas de Salud durante el proceso migratorio .....	10
3.3.1 Origen.....	10
3.3.2 Tránsito .....	11
3.3.3 Destino .....	12
3.3.4 Devolución .....	14
3.4 Atención a la salud de los migrantes.....	15
3.5 Programas de atención en Tijuana .....	17
3.6 Organizaciones de la sociedad civil.....	18
3.6.1 La respuesta de las Casas del Migrante.....	19
4. MARCO CONCEPTUAL.....	20
4.1 Necesidades de Salud .....	21
4.2 Respuesta Social Organizada .....	22
4.3 Embodiment.....	23
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
6. JUSTIFICACIÓN.....	27
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	28
7.1 Población de estudio .....	28

7.2 Selección de informantes .....	29
7.2.1 Proceso de Selección .....	30
7.3 Técnica de recolección de información .....	31
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	32
9. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	33
10. RESULTADOS .....	35
10.1 Características de las mujeres migrantes devueltas .....	35
10.2 Necesidades de salud agudas .....	38
10.2.1 Origen.....	38
10.2.2 Tránsito .....	40
10.2.3 Destino .....	42
10.2.4 Retorno voluntario a México .....	47
10.2.5 Cárcel en EEUU .....	48
10.2.6 Detención.....	48
10.2.7 Devolución.....	49
10.3 Necesidades de salud crónicas.....	50
10.3.1 Origen.....	50
10.3.2 Tránsito .....	51
10.3.3 Destino .....	52
10.3.4 Retorno voluntario .....	56
10.3.5 Cárcel en EEUU .....	59
10.3.6 Devolución.....	61
11. DISCUSIÓN.....	64
12. CONCLUSIONES .....	73
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77

## 1. AGRADECIMIENTOS

La migración femenina es un fenómeno complejo cuyo estudio requiere de una gran sensibilidad y coraje para ser estudiada. Durante estos años nunca pensé que este trabajo cambiaría tanto mi forma de pensar y sentir hacia la investigación, hacia mi país, el país vecino y sobre todo hacia las mujeres migrantes.

El ser migrante en mi propio país me ha permitido comprender un poco de lo que vivieron estas mujeres en su viaje y por otro lado el hecho de ser mujer me permitió encontrar puntos de encuentro que abrieron canales para que las mujeres me pudieran contar su historia de vida de una manera honesta y plena. Mi primer agradecimiento va hacia ellas, hacia su confianza plena en mi trabajo, hacia su tiempo dedicado y hacia sus ganas de luchar ante las adversidades de esta vida. Este trabajo nunca hubiera sido posible sin ustedes, donde quiera que estén en este momento GRACIAS, y que el universo les permita alcanzar aquellos sueños por los que se encuentran en esta difícil búsqueda.

Al Instituto Madre Asunta, las palabras no son suficientes para expresar lo que representó su apoyo para este trabajo. Gracias Madre Adelia, por su tiempo, risas y apoyo al corazón; Gracias Mary Galván por tu confianza y todo el trabajo que realizas día a día; Gracias abogado, por tu esfuerzo hacia todas las mujeres que pasan por ahí; Gracias Rosy y Madre Salomé por ser parte de este equipo; sobre todo Gracias Angie por ser esa luz tan grande para mí y para todos cuando el mundo se ponía tan negro.

Quiero agradecer profundamente a mi comité de tesis, El Dr. César Infante y la Dra. Blanca Pelcastre por su gran paciencia, apoyo y enseñanzas hacia todo este trabajo. Por las largas horas dedicadas a revisar esta tesis, todas las reuniones, y sus valiosos comentarios para que este trabajo fuera mejorando mes tras mes, sin ellos esta tesis no hubiera sido posible. Por su apoyo durante toda esta maestría y confianza, gracias de todo corazón.

Agradezco a cada persona en el Instituto Nacional de Salud Pública que tuvo algo que ver en mi formación durante los dos años de maestría, esas enseñanzas me ayudaron a darle forma a este trabajo. Gracias a todos los maestros que se tomaron el tiempo de compartirme un nuevo conocimiento, a las personas de control escolar por su apoyo y paciencia en este viaje (Mode, Jose Luis y Guadalupe) y por sus sonrisas. Al Maestro Emanuel Orozco, la Dra. Lucero Cahuana y la Mtra. Belkis, gracias por ayudarnos a completar este proceso de formación y estar presionándonos para sacar esto adelante. A Silvia, por ser amiga y lectora cuyos comentarios ayudaron en estos dos años a que surgiera un mejor documento. Y en especial a la Dra. Ileana, la Dra. Hortensia, la Dra. Nelly, el Dr. Octavio y la Dra. Marta Caballero por todas sus enseñanzas, tiempo y ánimos para lograr acabo esto.

A Biani y a Sergio, por hacernos sentir tan queridas durante toda la maestría. Por estar en las buenas y en las malas y por ayudarme a completar un proceso tan importante de mi vida. Sergio, gracias por el contacto y la confianza para ir a un lugar donde las cosas se

ven de manera diferente y que en esta tesis hizo una diferencia. Biani, gracias por ser LA amiga en Cuernavaca, por tu tiempo, dedicación a esta tesis y cariño, gracias.

A Rob, Tamar, Darcy, Kate, y Trinity por sus enseñanzas en Emory. Por permitirme aprender a utilizar un instrumento que me facilitó la vida en el análisis de este mar de información. Por su amistad en tan corto tiempo y paciencia durante nuestra estancia.

A mi Madre, Oftalmóloga investigadora cuyo ejemplo y ganas de ayudar a la gente me han impulsado a llegar a donde estoy. Por creer en mí y acompañarme a Tijuana, por mostrarme que no hay imposibles. A mi Padre, Infectólogo investigador cuya paciencia y cariño han logrado que vea la vida de cierta manera y me interese por la gente y por su apoyo incondicional en las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida. Y a ambos por creer en mí y en la investigación en nuestro país y financiar completamente este proyecto. Sin su ayuda esta tesis no hubiera sido posible.

A Topacio y a Jorge, por enseñarme que también se puede ser hermana de lejos, que la distancia no es motivo de olvido y que el amor es lo más importante. Que si uno quería ir a Europa, o en este caso a EEUU no queda más que seguir nadando...

A mi Tía Carmen, mi Tío Alfonso, mi tía Martha y a Esperanza, no saben lo que significó para mí su apoyo en Tijuana, gracias por sus atenciones y todo su cariño. A mi tío Sergio, mi tía María, Ricky, Faby, Cecilio y a sus niñas, gracias por ser mi salud mental en ese largo viaje, no tengo ni cómo pagar las terapias recibidas. A Aldo, gracias por recordarme para qué está la familia, creo que ambos crecimos en pocos días y que es un viaje que se nos queda para siempre en el alma.

Sobre todo a Laura, por ser la primera persona que con paciencia me fue explicando de la migración de nuestro país hacia EEUU y que con cariño me hizo entender la complejidad de ésta. También por su acompañamiento a lo largo de este proceso, tanto en Cuernavaca como en Tijuana; por sus incontables revisiones y consejos para esta tesis y por su amor y caricias al alma cuando más fueron necesarias; esta tesis no podría haber salido sin ti.

Por último, a toda la gente que aportó un pedacito en este trabajo pero que por motivos de memoria no alcancé a plasmar en estas palabras, gracias.

Me encontré al otro lado del mundo  
Entre dormida y despierta  
Me encontré formando una nueva familia  
Recordando con cariño a la vieja  
Me encontré caminando entre pasos  
Algunos cansados, con su propia cuenta  
Caminante no hay camino  
Cuenta una vieja canción que cantaba mi madre  
Sin embargo, a veces el camino es más borroso al andar  
Cuando volteo tierra mía y te llevo a cuestras  
Cuando tu nombre ahora me hace vibrar  
Cuando me siento tuya y mía  
Cuando te siento con ojos detrás...  
El hoy y el ahora  
El ser y recrearse

Ser migrante en tierra propia  
Ciudadana... nada más....

(Poema propio para todos los que hemos sido migrantes)

## **2. INTRODUCCIÓN**

Actualmente las mujeres juegan un papel esencial en el fenómeno migratorio, esto se debe al número creciente de mujeres que migran día a día y al impacto que este fenómeno tiene en lo económico, cultural, social y en la salud tanto de las mujeres migrantes como en sus familias (INCIDE, 2012). Un ejemplo de estas repercusiones son los nuevos roles que han tenido que asumir las mujeres que se quedan en el lugar de origen cuando la pareja migra, convirtiéndose muchas veces en jefas de familia. Por otro lado, muchas de ellas se convierten en proveedoras para el resto de la familia cuando las remesas recibidas no son suficientes, lo cual también obliga a salir en búsqueda de mejores oportunidades laborales; muchas veces al extranjero. En estos casos, las mujeres que se quedan (madres de las que se fueron o hermanas), vuelven a tomar un rol de madre para los hijos de las que migraron, así como de administradoras en relación a las remesas que les son enviadas (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007).

Sin embargo, para las mujeres que deciden irse a otros países en búsqueda de mejores oportunidades de vida, existen riesgos desde el origen, durante el tránsito, en el destino o al momento de su devolución que pueden tener repercusiones graves tanto en sus derechos como en su salud.

Con base en lo anterior surge la propuesta de realizar este proyecto de investigación cuyo objetivo general es analizar las necesidades de salud que las mujeres migrantes mexicanas devueltas perciben, así como conocer la forma en que dan respuesta a las mismas.

## **3. ANTECEDENTES**

En términos generales la migración consta de cuatro momentos clave. El primero es cuando la persona toma la decisión de migrar que es determinada por las condiciones económicas, sociales, políticas y en ocasiones de violencia que se viven en el origen. El proceso continúa con el tránsito, que en el caso de los y las migrantes indocumentados que ingresan a México por la frontera sur con

Guatemala representa atravesar más de 3000 km para llegar a los Estados Unidos (EEUU). Le sigue el destino y finalmente se da el retorno ya sea por deportación, devolución o por decisión propia (Davies et al., 2006). Sin embargo estos momentos tradicionales se han modificado tanto por las crisis económicas recientes en los lugares de origen, tránsito y destino; como por la violencia estructural en los mismos. Esto ha provocado que los migrantes permanezcan más tiempo en los países de destino sin poder regresar o que incluso el destino final no se logre y decidan permanecer en los lugares de tránsito. Estas condiciones alteran los patrones migratorios tradicionales con consecuencias para sus derechos y su salud (Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud del Migrante)

Sin embargo, la transformación de los procesos migratorios ha logrado que los estudios en migración se diversifiquen y no solo se enfoquen a cuestiones económicas, demográficas o históricas sino también a la vulnerabilidad y sobre los riesgos que pueden suscitarse durante y después de la migración. Algunos de éstos incluyen: accidentes, secuestros, explotación, desempleo, abandono, violencia física, psicológica y sexual, todos estos con profundas y diversas repercusiones en la salud y los derechos de los y las migrantes (ONUSIDA, 2002; CEPAL, 2006; Casillas, 1996).

Es importante mencionar que los riesgos se potencian por la vulnerabilidad que caracteriza a los migrantes indocumentados. La vulnerabilidad de los y las migrantes es determinada por aspectos estructurales y biológicos que los coloca en una posición de desventaja social con respecto a la población local y otros grupos sociales. En especial son las mujeres y niños los grupos más vulnerables por lo que esta condición los coloca frente a potenciales riesgos que tienen repercusión en su condición de salud (Salgado et al., 2007).

En relación a los migrantes mexicanos, EEUU ha sido históricamente un país de destino. Actualmente el 95% de los mexicanos que residen fuera del país se encuentran en los EEUU, sin embargo las políticas migratorias cada vez más restrictivas han causado que los riesgos actuales a los que están expuestos los y las migrantes durante su cruce sean mayores dado que actualmente cruzan por

zonas inhóspitas más peligrosas tanto por condiciones climáticas, geográficas y otras más relacionadas con la presencia y control de grupos de la delincuencia organizada sobre las rutas migratorias y de cruce a los EEUU (CESOP, 2006).

### **3.1 Políticas Migratorias Restrictivas**

Debido al aumento cada vez mayor de migrantes que buscan llegar a los EEUU, a partir de los años sesenta y sobre todo en la década de los ochenta, se iniciaron en este país una serie de esfuerzos por frenar las migraciones, en especial las provenientes de países del sur. Al principio se trató de implementar leyes como el Acta de Reforma de Inmigración en Estados Unidos, la cual limitaba las migraciones de mexicanos a EEUU (Salgado, 2002).

Después, en 1986 surge la “Immigration Reform and Control Act” (IRCA), también conocida como Simpson-Rodino, que tenía como objetivo principal, disminuir la inmigración indocumentada por medio de estrategias que buscaban legalizar inmigrantes que ya se encontraran en el país; multar a los empleadores que contrataran inmigrantes indocumentados y aumentar el presupuesto destinado a la patrulla fronteriza (Salgado, 2002). Sin embargo, esta política también contribuyó al aumento de mujeres que migraron hacia EEUU para reunirse con sus esposos debido a la legalización de muchos de ellos (Vega, 2007).

Las estrategias siguientes consistieron en implementar tácticas policíacas en las fronteras con el objetivo de disuadir a los migrantes indocumentados de cruzar hacia los Estados Unidos. Las más importantes y recientes incluyen: la operación Bloqueo en el Paso, Texas (1993); la operación Guardián en San Diego, California (1994); la operación Salvaguarda en Nogales, Arizona (1995); y la operación Río Grande en la Frontera de Texas (1997) (Salgado, 2002; CEPAL, 2006; Addiechi, 2005).

Lo peligros a los que están expuestos los migrantes que cruzan por rutas más inhóspitas para evitar ser vistos por estos operativos están vinculados con las temperaturas extremas que causan deshidratación, insolación e hipertermia; cruce

por ríos y canales lo cual termina en ahogamientos; así como picaduras de animales, accidentes y homicidios (Addiechi, 2005; Salgado et. Al., 2007; Infante et al., 2012).

En el caso de las mujeres, estos riesgos pueden exacerbarse debido a la mayor vulnerabilidad que las caracteriza; sin embargo el tránsito no es el único momento donde pueden estar expuestas a situaciones que repercutan en su salud.

### **3.2 Migración y Mujeres**

“La Unidad de Migración y Remesas” del Banco Mundial refiere en su informe Datos sobre migración y remesas (2011), que en todo el mundo hay más de 215.8 millones de migrantes internacionales y de esta cifra se estima que aproximadamente la mitad son mujeres (48.4%). En relación al aumento de mujeres migrantes a nivel mundial, México no es la excepción. El porcentaje que representan las mujeres en relación al total de migrantes procedentes del sur con destino a EEUU ha sido aproximadamente de 22.87% en el periodo 2000-2001 y de 22.24% en el 2009. Lo cual habla de que a lo largo de ocho años la migración femenina se mantiene como un porcentaje importante en la migración hacia EEUU, alcanzando casi la cuarta parte del total de los migrantes. (CONAPO, 2004 y CONAPO, 2009).

A pesar de esto, los estudios en migración con un enfoque de género, específicamente en mujeres, son relativamente recientes (Kofman, 1999). Esto debido a la creencia implícita de que las mujeres no migraban, sino que se quedaban en casa a cuidar de los hijos; y no fue sino hasta finales de los años setentas y principios de los ochentas que debido a la evidencia disponible se comenzó a poner atención especial a estas “viajeras invisibles” y todo lo que conlleva su movilidad (Morokvasik, 1984; Zlotnik, 2003; Monzón, 2006). Por su parte, Hondagneu-Sotelo y Woo-Morales comienzan a plantear a las mujeres como actoras participativas y modificadoras de los procesos migratorios. Estos autores también comienzan a dar pautas para realizar investigaciones no solo centradas

en la parte económica y laboral de la migración femenina sino también abordar aspectos sociales y culturales tanto en el origen, tránsito y destino (Woo, 1997).

Actualmente, los estudios en salud de mujeres migrantes son escasos, sin embargo existe un panorama general de los riesgos y enfermedades que pueden sufrir las mujeres migrantes desde el origen, durante el tránsito, en el lugar de destino y al momento de su devolución<sup>i</sup>. De igual manera, el perfil de cada mujer de acuerdo a su edad, estatus socioeconómico, preferencia sexual, estado civil y escolaridad puede contribuir a una mayor o menor vulnerabilidad durante los distintos momentos del proceso migratorio y con ello a distintas necesidades de salud (Leyva y Quintino, 2011; Pérez et al., 2008).

### **3.3 Problemas de Salud durante el proceso migratorio**

Debido a que los riesgos y necesidades de salud son distintos en cada momento del proceso migratorio; y por ende también las demandas que podrían suscitar en los servicios locales de salud y en las organizaciones de la sociedad civil (OSC), es importante analizar los diferentes momentos por separado y las situaciones características de cada uno de ellos (Salgado et al., 2007).

#### **3.3.1 Origen**

Actualmente son muy diversas las razones por las cuales las mujeres migran a EEUU. Estas razones van desde cuestiones económicas, socioculturales, familiares y de desarrollo personal; hasta de violencia intrafamiliar e inequidad de género (ONUSIDA, 2002; Instituto Nacional de las Mujeres, 2007). Lo anterior puede repercutir en que la mujer lleve consigo enfermedades propias del entorno de pobreza en el que se encontraba, así como problemas de salud mental relacionadas con la separación familiar o en algunos casos del contexto de violencia en el que se encontraba inserta (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007).

---

<sup>i</sup> Para fines de este trabajo se entenderá como devolución el proceso de expulsión de EEUU por cualquier motivo y en cualquiera de sus modalidades (deportación, repatriación o remoción).

Para las mujeres que son madres y dejan a sus hijos a cargo de sus familiares, estos problemas pueden intensificarse, manifestándose en ansiedad y tristeza (Marroni y Meneses, 2006).

### **3.3.2 Tránsito**

Se ha documentado que los migrantes pueden experimentar problemas comunes durante el tránsito como maltrato, discriminación, violación de sus derechos humanos, violencia sexual, robo y accidentes (Salgado et al., 2007 e Infante et al., 2012); sin embargo cada región de tránsito puede suscitar problemas específicos los cuales pueden ser causados por la condición climática, la flora, la fauna, y sobre todo la situación política y social de cada país (Pérez, 2005).

De los problemas de salud más abordados durante el tránsito de las mujeres migrantes destacan la salud sexual y reproductiva y la violencia sexual (ONUSIDA, 2002; Cortés, 2005; Leyva y Quintino, 2011; Monzón, 2006; CELADE, 2003).

Bronfman et al (2004) plantean una “triple vulnerabilidad” de las mujeres indocumentadas; esto debido al hecho de ser mujer, migrante e indocumentada. Esto puede ejemplificarse con los hombres migrantes o los “coyotes”, los cuales pueden llegar a ver a las mujeres migrantes como “disponibles” y “dispuestas” a tener relaciones sexuales a cambio de protección para poder continuar con su tránsito (Caballero, 2006). Estas situaciones no solo aumentan la probabilidad de embarazos no deseados sino también la adquisición de infecciones de transmisión sexual y abortos forzosos en condiciones insalubres (Leyva y Quintino, 2011; Cortés, 2005).

En el 2010, Amnistía Internacional presentó el informe “Víctimas Invisibles migrantes en movimiento en México”, el cual se enfoca en la violencia física y sexual que viven los migrantes durante su tránsito por México. En este reporte se identifica a miembros del crimen organizado, bandas delictivas, traficantes de personas y funcionarios corruptos como quienes ejercen la violencia sexual hacia las mujeres migrantes y en algunos casos son responsables de secuestros y tortura. En relación a las mujeres menciona que de diez mujeres que transitan por

nuestro país, seis sufren algún tipo de violencia sexual durante su viaje. Debido a lo anterior, muchas veces las mujeres deciden voluntariamente o son obligadas por el “pollero” o “coyote” a administrarse inyecciones anticonceptivas antes del viaje.

En relación a los servicios de salud se hace énfasis en la importancia de que las y los sobrevivientes a eventos de violencia sexual tengan acceso a servicios médicos y psicológicos adecuados. Sin embargo, la evidencia señala que en la mayoría de los casos, estos servicios son muy limitados o inexistentes, aún en las estaciones migratorias del Instituto Nacional de Migración (Amnistía Internacional, 2010).

Estos eventos violentos durante el tránsito y sobre todo en las fronteras no solo conllevan riesgos físicos que pueden culminar en la muerte de las migrantes (Marroni y Meneses, 2006); sino que aún para las mujeres que llegan a su destino, años después de haber pasado por estas situaciones traumáticas pueden continuar presentando síntomas importantes de daños psicológicos y emocionales (Salgado et al., 2007).

### **3.3.3 Destino**

En el 2010, el CONAPO y la Universidad de California realizaron un estudio enfocado a las inmigrantes mexicanas de 18 a 64 años en EEUU. Las cifras muestran que el 52.3% de las mujeres adultas mexicanas residentes en este país no cuentan con ningún tipo de seguridad médica. También es más frecuente que al utilizar servicios de salud acudan más a clínicas o centros de salud (53.7%) en comparación con servicios privados (39.5%) o de otro tipo (6.8%).

En relación a prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, en general las mujeres inmigrantes mexicanas tienen menores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión o asma; en comparación con otras inmigrantes, nativas afroamericanas o nativas blancas hispanas. Esto a diferencia de enfermedades como úlcera péptica o diabetes, las cuales son más altas en las mexicanas y se relacionan con una alta prevalencia de factores de riesgo como sobrepeso (38.6%), obesidad (30.3%), obesidad extrema (6%) y falta de actividad física regular (49.5%) (CONAPO, 2010).

Entre los factores socio-culturales que podrían estar determinando este tipo de enfermedades se encuentran: la mala alimentación la cual aumenta conforme los años de residencia en EEUU (Salgado et al, 2007), así como “dobles y triples jornadas” laborales las cuales podrían asociarse con la falta de actividad física regular (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007).

Salgado et al. (2007) hacen mención que en mujeres inmigrantes, el consumo de sustancias como el alcohol aumenta cuando existe una mayor aculturación en EEUU.

Otras enfermedades importantes son aquellas relacionadas con los ambientes laborales. En los migrantes que se insertan en trabajos agrícolas, debido al uso de pesticidas las principales enfermedades se relacionan a aquellas de la piel y los ojos, sin embargo también se han relacionado con enfermedades respiratorias así como problemas neurológicos (Salgado et al., 2007).

En relación a los problemas de salud mental, los cuales se asocian a cuadros depresivos, la aculturación también es referida como un factor de riesgo (Salgado, 2007). Otro factor asociado puede ser los periodos prolongados de separación de sus familias y redes sociales, así como el tipo de trabajo en el que se insertan las mujeres. No solo tienen empleos en los cuales muchas veces el salario es menor que el de los hombres, sino que debido a que muchas de ellas se insertan en el trabajo doméstico, el ensamblaje o las ventas ambulantes, las oportunidades de ascender son pocas o nulas, lo cual puede traer a su vez problemas de salud como ansiedad o depresión (Hondagneu-Sotelo, 2001). Los bajos salarios también pueden repercutir en las condiciones de vivienda; dando como resultado compartir la misma con otros u otras migrantes lo que resulta en condiciones de hacinamiento, ausencia de privacidad, y conflictos con las personas con las que conviven (Marroni M, 2006). A estas condiciones se le suma el escaso acceso a los servicios de salud que tienen los y las migrantes en los EEUU y aunado a los problemas de barreras como el idioma, en general el uso de servicios para resolver este tipo de problemas es limitado (Salgado et al, 2007).

Debido a los problemas de acceso, los cuidados preventivos también son escasos. Un ejemplo de ello es la baja práctica de Papanicolaou ya que una tercera parte de las inmigrantes mexicanas con un periodo de estancia menor a 10 años no se había realizado un Papanicolaou en los últimos 3 años. Otro ejemplo se da con la realización de mamografías, debido a que la mitad de las mujeres mayores de 40 años no se había realizado una en los últimos dos años (Salgado et al, 2007).

### **3.3.4 Devolución**

Las mujeres devueltas constituyen un subgrupo de mujeres migrantes aún más vulnerables (Herrera, 2010). En primer lugar son mujeres que ya pasaron por todo un proceso migratorio en el cual pudieron existir todos los riesgos antes mencionados. En segundo lugar, a pesar de que algunas pudieron llegar a su lugar de destino; por alguna razón de ámbito legal, económico o social, se ven forzadas a un proceso de expulsión, en el cuál puede existir violencia física, psicológica y/o emocional. Aunado a este proceso, frecuentemente existen pérdida de pertenencias y las mujeres llegan a terminar en lugares diferentes a los del cruce; lo cual conlleva a la incomunicación con sus redes de apoyo, desamparo e incertidumbre. Por último no solo vuelven a ser migrantes en tránsito, sino que cargan consigo todas las vivencias y problemas no resueltos que sus experiencias previas dejaron en el camino (Herrera, 2010; Salgado et al., 2007).

Otro problema puede constituirlo la respuesta por parte de la pareja, la cual se ha observado que es distinta en relación al género. Muchas veces si el hombre es el expulsado, la mujer suele acompañar a su compañero. Sin embargo en el caso de la mujer, por cuestiones laborales o por diferentes motivos el hombre suele quedarse en EEUU, lo cual conlleva un grado de estrés y tristeza en la mujer por el motivo de separación (Marroni y Meneses, 2006).

En el 2006, Villaseñor y Moreno llevaron a cabo un estudio con OSC que forman parte de la Coalición Pro Defensa del migrante en Baja California, enfocándose a mujeres deportadas. Los resultados del estudio mostraron que una tercera parte de las mujeres no consideraba buena su salud, ya que de estas el 21.36% respondió

que era malo y el 10.68% que era regular. Los problemas de salud reportados fueron: fracturas, luxaciones, agotamiento, ampollas en los pies, deshidratación e infecciones respiratorias y estomacales.

Una parte sumamente importante son los datos del estado de ánimo de las mujeres. El 40% refirió que su estado de ánimo no era bueno; de éstas 14.15% reportaron angustia, 13.15% tristeza, 6% sentirse desanimadas, 2.28% desesperación y 4.42% refirieron otros problemas como miedo, impotencia, estrés o decepción (Villaseñor y Moreno, 2006).

A pesar de todos los problemas de salud que pueden llegar a tener las migrantes en los diferentes momentos del proceso migratorio, los programas de atención en México dirigidos a su salud aún son escasos.

### **3.4 Atención a la salud de los migrantes**

Existen tres programas en nuestro país que apoyan la atención a la salud de los migrantes mexicanos: El programa “Vete Sano, Regresa Sano”, el Programa para la Salud del Migrante, y el programa de “Repatriación Humana”.

El programa nacional “Vete Sano, Regresa Sano” (VSRS) tiene como objetivo principal realizar acciones de promoción de la salud y prevención hacia los migrantes en sus lugares de origen, tránsito y destino (SSA, 2007). Esto mediante líneas de acción las cuales se enfocan principalmente en: a) otorgar un paquete de intervenciones garantizadas de prevención y promoción para una mejor salud en los migrantes (por medio de consultas de atención integral); b) capacitar a los migrantes y a sus familias en la utilización de servicios tanto en sus lugares de origen como de destino; c) realizar talleres de capacitación a líderes de migrantes; d) acreditar albergues de jornaleros agrícolas por medio de la colaboración entre SSA, SEDESOL, COFEPRIS; e) contribuir a generar evidencia científica de los migrantes y su salud; y f) desarrollar estructura intra e inter sectorial para la atención de migrantes en su origen, tránsito y destino estableciendo acuerdos de

colaboración entre el INM, SRE, IME, SEDESOL, SIDIF, STPS, CONAPRED, INMUJERES<sup>ii</sup>.

El Programa para la Salud del Migrante existe desde el 2003 y hasta el 2012 formó parte del Programa Nacional de Salud 2006-2012. Las acciones más importantes en relación a la atención de la salud de los migrantes mexicanos en Estados Unidos son: a) realizar jornadas informativas para profesionales de la salud que atienden migrantes en los EEUU b) la semana Binacional de Salud enfocada a actividades de prevención e información de los servicios de salud a la población migrante que vive en Estados Unidos; c) el Foro Binacional de Políticas Públicas sobre Migración y Salud el cuál va enfocado a promover la colaboración y comunicación entre el gobierno, organizaciones comunitarias e instituciones académicas; d) brindar apoyo para la repatriación de mexicanos con enfermedades de alta especialidad; e) coordinar las Ventanillas de Salud en los Consulados Mexicanos en EEUU con el objetivo de orientar a los migrantes de los servicios de salud o los programas a los que pueden inscribirse en Estados Unidos; y finalmente f) promover la afiliación al Seguro Popular de Salud tanto para los migrantes mexicanos que viven en los EEUU como para sus familias en México.

Por otro lado, el objetivo del Programa de Repatriación Humana es orientar y brindar seguridad a los aproximadamente 400 migrantes mexicanos que son deportados diariamente a Tijuana. Este programa reparte alimentos, ofrece telefonía gratuita, así como la canalización de los migrantes a servicios de salud o albergues (Herrera, 2010).

---

<sup>ii</sup> INM: Instituto Nacional de Migración, SRE: Secretaría de Relaciones Exteriores, IME: Instituto de Mexicanos en el Exterior, SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social, SIDIF: Sistema Nacional para Desarrollo Integral de la Familia, STPS: Secretaría del Trabajo y Previsión Social, CONAPRED: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, INMUJERES: Instituto Nacional de las Mujeres

### **3.5 Programas de atención en Tijuana**

Actualmente uno de los lugares de mayor importancia en cuanto a tránsito de migrantes es el municipio de Tijuana, Baja California; el cuál a pesar de que siempre ha constituido un lugar de cruce y deportación, en los últimos años ha sido reportada como la ciudad con más migrantes “devueltos” seguida por Mexicali, Matamoros, Nogales y Nuevo Laredo (INM, 2012).

En Tijuana, para el otorgamiento de atención médica, la SSA cuenta con 240 unidades médicas y 3,234 doctores, los cuales atienden cerca del 70% de la población. El 30% restante es atendido por el sector médico privado, el cual está conformado por 142 clínicas, 15 sanatorios, 9 hospitales y 670 médicos. El municipio cuenta con dos escuelas de medicina y una escuela universitaria de enfermería (Investinbaja, 2011).

A través del INM se han implementado en Tijuana dos de los programas mencionados anteriormente para atender las necesidades en salud de los migrantes mexicanos: el programa VSRS y el “Programa de Repatriación Humana”, siendo su principal punto de acción la Garita de San Ysidro (Herrera, 2010).

Sin embargo, de las principales barreras para la eficiencia del programa VSRS, son las pocas las acciones realizadas para darlo a conocer y asegurar su funcionamiento (Médicos del Mundo, 2007).

En Tijuana también se cuenta con la presencia del “Grupo Beta de Protección a Migrantes”, el cual está formado en su mayoría por policías cuya tarea es combatir el tráfico de personas y resguardar los derechos humanos de los migrantes. El Grupo Beta está integrado por diez oficiales, siete pertenecientes al INM, tres policías municipales, y un coordinador. (Herrera, 2010)

El personal está capacitado en primeros auxilios, rappel, técnicas de natación y cuenta con automóviles, camillas, cuerdas, equipo de rappel, radios de comunicación y localizadores GPS. Con ayuda de lo anterior, el personal realiza recorridos a lo largo de la zona fronteriza rescatando a migrantes que intentaron

cruzar y auxiliando a los que intentarán cruzar. Durante estos recorridos, se les proporcionan agua y alimentos enlatados. También realizan búsquedas nocturnas en coordinación con otras instituciones (Herrera, 2010; Pérez, 2005).

Una parte importante de la participación del grupo es atendiendo a migrantes en la garita de deportación. La ayuda que se les proporciona consiste en facilitación de llamadas telefónicas, agua, comida y transporte a centros de atención médica o albergues.

Además existe en Tijuana, como parte de la respuesta gubernamental para atender las necesidades de la población migrante, el Subcomité Municipal de Atención al Migrante. Esta es una iniciativa del INM municipal, cuyo objetivo es la promover la comunicación entre el gobierno y las OSC. En este subcomité participan personal del ayuntamiento de Tijuana, personal del DIF a nivel municipal, miembros del Grupo Beta, el subdirector de los servicios médicos estatales, los encargados de las Oficinas de Representación Estatal del Migrante de los Estados de Michoacán y Zacatecas, el representante del consulado de Guatemala, jueces municipales, directivos de estancias municipales para infractores y representantes de OSC (Herrera, 2010).

### **3.6 Organizaciones de la sociedad civil**

El estado de Baja California cuenta con una oficina de la Coordinación Nacional de Oficinas de Atención a Migrantes (CONOFAM). Esta es una asociación civil cuyo objetivo es coordinar y gestionar los esfuerzos estatales para el establecimiento de políticas públicas de atención al migrante. Asimismo, promueve la creación de programas estatales de desarrollo económico donde participen los migrantes y realiza diversas acciones en su apoyo y en el de sus familias (CONOFAM, 2010).

En Tijuana existe la Oficina Estatal de Atención al Migrante sección Baja California, las casas YMCA para menores migrantes y dos Casas del Migrante de la Red Casas del Migrante Scalabrini: la Casa del Migrante-Centro Scalabrini, y el Instituto Madre Assunta; las cuales forman parte de la Coalición Pro Defensa del Migrante (CPDM).

### **3.6.1 La respuesta de las Casas del Migrante**

Una de las estrategias dirigidas a disminuir la vulnerabilidad de los migrantes en tránsito por México ha sido realizada por la Orden Scalabriniana y la Pastoral de Movilidad Humana. Ambas son iniciativas de la Iglesia Católica y ofrecen asistencia humanitaria, en derechos humanos, salud y espiritual por medio de una red de casas y albergues distribuidos en diferentes comunidades localizadas en el tránsito de Centroamérica y México (García, 2010).

Esta respuesta de la iglesia católica a la migración es resultado del desarrollo de “estrategias de acompañamiento” que se vienen desarrollando desde mediados del siglo XIX en el contexto de las migraciones masivas de Europa hacia el continente americano. En ese momento el objetivo era acompañar a los migrantes para que mantuvieran en el lugar de destino la cultura, el idioma, lo religioso e inclusive la raza (García, 2010).

Sin embargo las condiciones del fenómeno migratorio las ha llevado a modificar sus actividades y su rol dentro de la migración. Actualmente, se han constituido en lugares estratégicos para la atención humanitaria y en salud de migrantes y desde donde se documentan y en ocasiones se realiza la defensa ante situaciones de violencia y violación de derechos humanos. De la misma forma muchos de sus líderes se han vinculado con actividades de activismo social y han colocado en la agenda pública y política el tema de los derechos y la seguridad de los migrantes en tránsito por México.

La Casa del Migrante en Tijuana (CMT) es una institución católica que abrió sus puertas el 4 de abril de 1987 gracias al esfuerzo de los misioneros de San Carlos Borromeo (Scalabrinianos), particularmente del Padre Flor María Rigoni, quien fundara también el Instituto Madre Asunta en 1994 y la Casa del Migrante Albergue Belén en Tapachula, Chiapas, del que actualmente es director.

Desde esa fecha la CMT ha albergado a más de 190,000 migrantes de más de 50 nacionalidades. De esa cantidad, alrededor del 75% han sido migrantes deportados de EUA. En el 2009 atendió a un total de 11,524 migrantes (Red Scalabrini).

En relación al Instituto Madre Asunta, es importante mencionar que es el único lugar en Tijuana que es exclusivo para mujeres migrantes. Su capacidad máxima es de 45 personas y se ofrece a las migrantes hospedaje temporal hasta por dos semanas, tres comidas diarias, asistencia legal, vestimenta, atención médica y psicológica, facilitación del transporte para el regreso al lugar de origen, orientación sobre riesgos del cruce, documentos temporales de identificación, medios de comunicación para contacto con familiares o amigos por teléfono e internet; así como apoyo moral y espiritual (UNESCO, 2003). Todo esto sin ningún costo monetario para ellas.

#### **4. MARCO CONCEPTUAL**

Una de las principales preocupaciones en este trabajo es lograr identificar las necesidades de salud de las migrantes mexicanas devueltas desde su perspectiva y analizar si esto conlleva o no una acción que permita la resolución de éstas. Para esto, es importante primero definir lo que es una necesidad de salud debido a los múltiples marcos de referencia que existen.

También se vuelve indispensable definir claramente lo que se entenderá por respuesta social organizada debido a que permitirá crear un marco de referencia para el análisis de los diferentes actores que pueden estar interviniendo en la respuesta a las necesidades de salud de las mujeres migrantes.

Por último, para entender a profundidad la manera en la que las vivencias a lo largo del proceso migratorio se reflejan en su salud actual, se utilizará el concepto de *embodiment*<sup>iii</sup>.

---

<sup>iii</sup> Actualmente no existe una traducción al español que permita entender el amplio significado que la palabra *embodiment* representa. Existen autores que manejan el término desde una aproximación más sociológica o antropológica y que lo han intentado traducir como “encarnación” (García F, 1994; Esteban, 2004), también

## 4.1 Necesidades de Salud

En la actualidad, existen diferentes aproximaciones para definir lo que es una necesidad de salud. Es importante tener claro el marco de referencia a utilizar debido a que cada uno nos llevará a obtener resultados distintos al momento de evaluarlas y por ende la manera en la que podremos trabajar con estos datos (Asadi-Lari, 2003).

Donabedian define necesidades como “aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren atención”. Sin embargo ésta es una definición muy amplia ya que no especifica ni el actor que está definiendo esta necesidad ni si éstas han sido expresadas o no (Frenk, 2000).

Por su parte Bradshaw (citado en Schlaepper-Pedrazzini et al., 1990) realiza un análisis desde la perspectiva social, en el cual clasifica a la necesidad en cuatro formas: la normativa, la sentida, la expresada y la comparativa. En estas distinciones, sí se hace un énfasis en relación al actor que está definiendo la necesidad; en la normativa, la necesidad es definida por un experto e implica un juicio de valor; y en la sentida, ésta existe cuando es percibida por los individuos.

El autor también refleja la acción de los individuos ante las necesidades, al hacer uso del término de necesidades expresadas y utiliza el término de necesidades comparativas para identificar las necesidades que podría presentar un individuo que no recibe servicios pero que tuviera las mismas características que otro individuo que si los recibe. (Schlaepper-Pedrazzini et al., 1990).

Alderson (citado en Schlaepper-Pedrazzini et al., 1990) también introduce cuatro clasificaciones de necesidades: las percibidas, las no manifiestas, la demanda de servicios no satisfecha y la demanda satisfecha. De estas, las últimas dos retoman la atención como parte de su definición.

---

se ha intentado enfocar hacia las ciencias médicas llamándola “corporización” (Castillo J et al., 2012), sin embargo debido a que no hay un estudio en español que la traduzca con el sentido que se requiere para esta investigación, se optará por utilizar el término en inglés para no perder la riqueza que este implica.

Debido a que en este trabajo se busca profundizar en las necesidades de salud desde la perspectiva de las migrantes mexicanas devueltas e identificar la respuesta social organizada hacia ellas, existen tres de las clasificaciones de Alderson que servirán como eje para este trabajo de investigación: las necesidades percibidas; las cuales son aquellas “condiciones identificadas como anormales por el individuo o su familia, a partir de lo cual se deriva una serie de posibles acciones”. La demanda de servicios no satisfecha, que es definida como “una necesidad expresada por el individuo pero no atendida, debido a problemas tales como la disponibilidad o la accesibilidad de los servicios”; y por último la demanda satisfecha que son “condiciones identificadas y atendidas por el sistema de salud” (Schlaepfer-Pedrazzini, 1990).

Una vez identificadas las necesidades de salud, el siguiente paso es entender que para dar respuesta a ellas, los individuos requieren llevar a cabo acciones coordinadas y concretas; lo cual nos lleva al concepto de respuesta social organizada.

#### **4.2 Respuesta Social Organizada**

La respuesta social ha sido conceptualizada como la manera de actuar de la sociedad ante cierto problema con el fin de dar una solución a éste (Macías et al., 2012). En el ámbito de salud, se ha utilizado el concepto de respuesta social como sinónimo de respuesta social organizada; debido a que, para poder atender las necesidades de salud de la población, es necesaria una clara organización de las acciones que la sociedad llevará a cabo.

A su vez, dicho concepto, hace alusión a los sistemas de salud, debido a que representan el medio por el cual se pueden llevar a cabo las diferentes acciones para brindar atención a las necesidades de salud (Frenk, 2000). A pesar de que en los últimos años se ha tratado de dar una definición de lo que constituyen los sistemas de salud, aún no hay un consenso en cuanto a los actores involucrados.

Por ejemplo, la OMS define un sistema de salud como “todas las actividades cuyo propósito principal sea promover, restaurar o mantener la salud” (OMS, 2000), sin embargo no deja claro los actores involucrados en ella. Una aproximación para posicionar a los actores involucrados en la respuesta social organizada es la planteada por Frenk, (2000) la cual señala a la población, los prestadores de servicios, el mediador colectivo (el Estado) y sus relaciones como los componentes esenciales de los sistemas de salud.

En un esfuerzo por incluir actores que son de suma importancia para el apoyo a las mujeres migrantes tanto de manera económica, como moral y que podrían estar contribuyendo a la respuesta de sus necesidades de salud se decide ampliar la definición de respuesta social organizada para este trabajo la cual se definirá como lo siguiente:

“Toda acción que las mujeres migrantes devueltas identifiquen a lo largo de su proceso migratorio, que tengan como fin restaurar o mantener su salud y que sean realizadas por parte de organizaciones e instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales; así como por redes migratorias<sup>iv</sup>, sociales y familiares o por ellas mismas”.

### **4.3 Embodiment**

El concepto de *embodiment* hace relación a la manera en la que las personas incorporan a sus cuerpos las vivencias a lo largo de su vida. No solo nos habla de cómo las experiencias físicas o sociales que viven los individuos generan patrones de salud-enfermedad, sino que éstos nos hablan de inequidades sociales que el individuo ha llegado a experimentar (Krieger, 2001 y 2005).

*Embodiment* es un concepto desarrollado en los años noventa que ha sido utilizado principalmente en el ámbito de las ciencias sociales. Entre ellas, destacan la

---

<sup>iv</sup> Se ha denominado redes migratorias o redes sociales a las “formas de vinculación entre los migrantes con su comunidad de origen, tránsito y destino”. Estas constituyen una manera de transmitir conocimientos e información en relación a distintas situaciones del tránsito y destino, así como apoyo tanto económico como moral durante las diferentes etapas del proceso migratorio (Woo O, 2001).

sociología y la antropología donde se ha utilizado para tratar de entender cómo los seres humanos experimentan y entienden el mundo a través del cuerpo como un todo. Dicho concepto evoluciona desde los años sesenta tomando como partida las reflexiones del filósofo fenomenólogo francés Merleau-Ponty en relación a la manera en la que los seres humanos “vivimos y experimentamos el mundo a través de nuestros cuerpos, especialmente a través de las percepciones, emociones, lenguaje, movilidad, tiempo y sexualidad” (Merleau-Ponty citado en Wilde M, 1999). A su vez, el cuerpo se empieza a entender como un puente entre lo biológico, lo psicológico y lo social, como el lugar donde se llevan a cabo y se manifiestan las vivencias de la persona (Pott, 2008).

Por su parte, Klienman como psiquiatra y antropólogo comienza a relacionar el *embodiment* al contexto social de la enfermedad. El cuerpo se vuelve algo no aislado de su contexto; sino un “sistema de comunicación cultural” (Wilde M, 1999). En este sentido, Krieger (2004) resalta la importancia del *embodiment* para la epidemiología social al tomarlo como un proceso, en el cual la persona va integrando a su cuerpo las interacciones que tiene con el mundo; lo cual a su vez puede tener distintas implicaciones en el proceso salud-enfermedad, entre ellas problemas físicos, de salud mental, de discapacidad o incluso la muerte.

Por lo tanto, para este trabajo el uso del concepto *embodiment* permite entender la importancia de documentar las distintas situaciones e interacciones que vivieron las mujeres migrantes en sus lugares de origen, tránsito, destino y devolución; ya que estos procesos tanto físicos como sociales, y la condición de género, podrían estar influyendo directamente en sus necesidades de salud.

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A pesar de que las investigaciones en mujeres migrantes continúan en aumento, actualmente los estudios en salud de mujeres migrantes devueltas son sumamente escasos. Esto representa un grave problema, debido a que únicamente en 2012 en promedio fueron repatriadas diariamente 100 mujeres mexicanas a nuestro país (INM, 2012). Lo anterior es un reto para las ciudades fronterizas principalmente en la planeación de los servicios de salud, ya que deben brindar atención y dar respuesta a las necesidades de salud que las mujeres migrantes como mexicanas tienen derecho a recibir.

Sin embargo, cabe mencionar que para responder a estas necesidades de salud es importante primero conocerlas. Una limitante en otros estudios ha sido su enfoque en accidentes, salud sexual y reproductiva; dejando de lado el estudio de las necesidades de salud desde un enfoque integral.

Debido a la complejidad de las situaciones que puede vivir la mujer en cada momento del proceso migratorio y que los problemas de salud actuales pueden ser el reflejo no solo de situaciones recientes, el realizar un abordaje profundo de las necesidades de salud de las mujeres devueltas se vuelve esencial para su comprensión integral. Esto implica no solo realizar una reconstrucción de las situaciones que ha vivido la mujer desde su decisión de migrar, sino también identificar los problemas de salud que vivió durante su tránsito, analizar la problemática que existió durante su estancia en EEUU y comprender las repercusiones en salud que tiene el hecho de haber sido expulsada de un país en contra de su voluntad.

Debido al rol que juegan distintas organizaciones e instituciones en brindar orientación y/o respuesta a los problemas de salud de las migrantes; el identificar las percepciones de las mujeres en cuanto a los actores que intervienen en la respuesta a sus necesidades de salud se vuelve esencial para comprender si realmente está existiendo o no una respuesta social organizada hacia ellas y si los

esfuerzos y recursos invertidos por estas instituciones están realmente llegando a la población para la que fueron diseñados.

Con base a lo anterior se propone para este trabajo de tesis las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las necesidades de salud que las mujeres migrantes devueltas que se encuentran temporalmente en la ciudad de Tijuana, Baja California perciben?

¿Cuál es y cómo perciben las mujeres migrantes devueltas la respuesta social organizada a dichas necesidades?

Para dar respuesta a las preguntas de investigación surgen los siguientes objetivos:

### **Objetivo General**

- Analizar las necesidades de salud y la respuesta social organizada a estas necesidades, que las mujeres migrantes mexicanas devueltas perciben.

### **Objetivos específicos**

- Identificar los eventos y circunstancias que durante el proceso migratorio afectan la salud de las migrantes mexicanas devueltas.
- Conocer las necesidades de salud que las migrantes mexicanas devueltas perciben en las diferentes etapas del proceso migratorio.
- Documentar las experiencias de búsqueda de atención por parte de las migrantes mexicanas devueltas.
- Comprender desde la perspectiva de las migrantes mexicanas devueltas las acciones y actores de la respuesta social organizada ante sus necesidades de salud.

## 6. JUSTIFICACIÓN

México es un país en el que la salud y el derecho a su protección están plasmados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Sin embargo, en mujeres y hombres migrantes se han identificado algunas barreras para el acceso a los servicios de salud en nuestro país que son determinadas por factores culturales o económicos, la falta de documentos, el miedo, el estigma, la discriminación, o la falta de información de sus derechos a ser atendidos (Leyva y Quintino, 2011).

Para las mujeres migrantes mexicanas devueltas, si bien es cierto que se encuentran en su país, existen algunas barreras adicionales que pueden influir en el acceso o no a los servicios de salud. Entre ellas se encuentra el hecho de estar en lugares diferentes al cruce o al origen, la falta de documentos debido al robo de sus pertenencias durante el tránsito, haberlos dejado en EEUU o haber sido decomisados por autoridades norteamericanas; la falta de comunicación con sus redes sociales que puedan brindar apoyo económico, así como el hecho de que algunas de ellas tienen tantos años viviendo en EEUU que ignoran la manera en la que funcionan los servicios de salud en México y su derecho de acceso a ellos (UNESCO, 2003; COLEF, 2010).

El realizar la presente investigación es importante para ampliar el conocimiento en las necesidades de salud de las mujeres migrantes mexicanas devueltas desde un punto de vista integral, que permita ayudar a la mejor planeación de recursos y servicios necesarios para su atención en cada uno de sus momentos migratorios. A su vez, el identificar los retos y oportunidades que están existiendo en la frontera norte de nuestro país hacia las migrantes mexicanas devueltas permitirá dar herramientas para continuar desarrollando el sistema de salud mexicano.

## **7. MATERIAL Y MÉTODOS**

Para dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación, se propuso un estudio de tipo cualitativo con método biográfico como estrategia de recolección de información, ya que esta aproximación nos permite explorar las percepciones que los sujetos tienen en relación a acontecimientos concretos a lo largo de su vida (Valles, 1997; Tarrés, 2001).

El utilizar historias de vida como registro biográfico, permitió realizar por parte de la investigadora una reconstrucción de las experiencias de las migrantes en las diferentes etapas del proceso migratorio, lo cual a su vez ayudo a identificar de manera ordenada las necesidades de salud, experiencias de búsqueda de atención y respuesta social organizada en cada etapa del proceso.

### **7.1 Población de estudio**

La población de estudio fueron mujeres migrantes mexicanas devueltas que se encontraban temporalmente en la ciudad de Tijuana, Baja California y que recibían ayuda humanitaria en la casa de la mujer migrante “Instituto Madre Asunta”.

En el país existen actualmente solo dos lugares que son exclusivos para mujeres migrantes, el Albergue del Desierto en Mexicali y el Instituto Madre Asunta en Tijuana. Sin embargo debido a que Tijuana corresponde a la ciudad con más repatriados en los últimos años, este constituye un criterio importante para su elección.

Muchas de las mujeres que ingresan al Instituto Madre Asunta lo hacen gracias al apoyo de organizaciones de la sociedad civil, como el Grupo Beta, que las refiere al Instituto. En su gran mayoría son mujeres mexicanas que ingresan a México por la garita de deportación de San Isidro. Una característica importante es que para poder alojarse en el Instituto, las mujeres deben pasar por una entrevista en la cual ellas aceptan seguir ciertas reglas mientras se encuentren en este. Sin embargo, no existe discriminación en relación a edad, preferencia sexual, condición social, nacionalidad, estado civil, origen étnico, raza o religión.

El Instituto Madre Asunta cuenta con infraestructura adecuada para realizar las entrevistas ya que tiene distintos espacios que permiten llevarlas a cabo de manera privada, lo cual constituye un lugar seguro para realizar la investigación.

También constituye un vínculo importante con los servicios de salud ya que es un lugar donde son atendidas por los prestadores de salud que acuden de manera voluntaria o bien se identifican sus problemas de salud y son derivadas a un lugar adecuado para su atención.

## **7.2 Selección de informantes**

La selección de las informantes se realizó de acuerdo a los siguientes criterios:

- Mujeres mayores de edad que se encontraban en la casa de la mujer migrante “Instituto Madre Asunta” en el momento del estudio.
- Mujeres que refirieron ser de nacionalidad mexicana y que hablaban español.
- Que hayan pasado por los cuatro momentos migratorios: origen, tránsito, destino y devolución de los EEUU.

El objetivo de seleccionar a las informantes por medio de esta estrategia fue contar con un grupo de mujeres de las cuales se logró obtener información lo suficientemente rica para dar respuesta a los objetivos planteados. Esta estrategia es especialmente útil cuando se tiene un criterio que sea de suma importancia para el estudio (Patton, 1990), en nuestro caso el que las mujeres hubieran pasado por los cuatro momentos migratorios y que fueran devueltas de los EEUU fue esencial para abordar de manera integral, tanto las necesidades de salud como la respuesta social organizada en cada uno de los momentos.

En el caso de las historias de vida una de las previsiones a tener en cuenta es que los informantes “respondan al perfil característico y representativo del universo socio-cultural estudiado” (Tarrés, 2001) así como ser muy explícitos en cuanto a los “criterios de selección del o de los informantes cuya biografía se elaborará” (Tarrés, 2001), por lo cual esta estrategia de selección resulta adecuada para este estudio.

Debido a que las historias de vida corresponden a un abordaje profundo de una experiencia biográfica, y que se requieren de hasta dos o tres sesiones de manera sucesiva con un mismo individuo (Rodríguez, Gil y García, 1999), se previó que con diez historias de vida habría suficiente riqueza de datos que permitiera captar las diferentes necesidades y respuesta social organizada que la población de estudio pudiera estar identificando en los diferentes momentos del proceso migratorio.

### **7.2.1 Proceso de Selección**

Debido a que las mujeres migrantes que se encontraban en el “Instituto Madre Asunta” hasta dos semanas en éste, el proceso de selección se realizó de la siguiente manera:

El primer día se habló con las encargadas del Instituto y con su ayuda se identificó a las mujeres cuya estancia esperada sea de mínimo los siguientes tres días. También se pidió a las encargadas del Instituto su apoyo para identificar de estas mujeres a aquellas que eran más comunicativas y que durante su estancia en el Instituto las hayan identificado como más participativas y que se sentían cómodas relatando su historia migratoria.

Esto debido a que la técnica requiere que la participante sea una persona comunicativa, que se sienta cómoda contando relatos de su pasado y que en general el investigador no sea el que tenga que estar hablando a lo largo de la historia sino más bien guiando a la entrevistada por los temas que se requieren investigar.

Después se habló de manera individual con cada una de las mujeres, con el objetivo de identificar si cumplían con los criterios de selección y a la vez su disponibilidad a participar en el estudio.

### **7.3 Técnica de recolección de información**

Las historias de vida como técnica biográfica permiten “designar tanto relatos de toda una vida como narraciones parciales de ciertas etapas o momentos biográficos” (Sarabia, 1985; citado en Valles 1997). La conducción de las historias de vida se basó en una guía que permitió ir ayudando a la mujer a la reconstrucción de su historia migratoria desde el momento en el que decide migrar hasta el momento actual de su proceso, su devolución.

Durante esta reconstrucción se abordaron los siguientes temas: 1) datos generales, familia, trabajo y determinantes para migrar, 2) proceso migratorio, 3) necesidades de salud durante el origen, tránsito, destino y devolución, 4) búsqueda de ayuda a sus problemas de salud, y 5) respuesta social organizada en cada momento del proceso migratorio.

Para este estudio se utilizaron relatos únicos obtenidos de manera individual con cada mujer migrante. Esto con el objetivo de conocer de manera completa el relato de la informante y de esta manera identificar cada uno de los elementos clave para esta investigación: sus necesidades de salud durante cada uno de los momentos de su proceso migratorio, los diferentes actores y componentes de la respuesta social organizada ante sus necesidades, sus experiencias de búsqueda de atención y los eventos y circunstancias que durante el proceso afectaron su salud.

Durante la primera sesión de historia de vida, el objetivo era crear confianza con la informante preguntando datos generales y explorar los distintos momentos del proceso migratorio, comenzando con su decisión y razones de migrar. Esta sesión tuvo una duración aproximada de una hora y media.

El día siguiente se realizó la segunda sesión cuyo enfoque era en necesidades de salud durante los distintos momentos migratorios, su búsqueda de atención a estas necesidades y la respuesta social organizada que identificaron en los diferentes momentos. Esta sesión tuvo una duración aproximada de 40 a 50 minutos.

En algunos casos se llevó a cabo una tercera sesión el siguiente día con el objetivo de indagar en dudas que surjan del relato.

Una de las características más importantes de la información recabada por esta técnica es su “carácter retrospectivo y longitudinal”, esto nos permitió como investigadores tener un conocimiento profundo de los sucesos ocurridos y del contexto en el que surge la interacción social de los individuos, así como de sus percepciones. Esto, aunado a la realización de distintas historias de vida relacionadas a una misma experiencia o fenómeno de estudio permitió tener una mayor calidad de los datos y por ende una mayor comprensión desde distintos puntos de vista de lo que se busca estudiar (Valles, 1997).

## **8. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio fue sometido a las comisiones de ética, bioseguridad e investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

En relación a las consideraciones de bioseguridad no se trabajó con agentes infecciosos, muestras clínicas o patológicas, muestras ambientales, materiales peligrosos o fuentes radioactivas.

Debido a que las historias de vida estuvieron dirigidas a investigar las necesidades que tuvieron las mujeres durante su origen, tránsito, destino y devolución, los riesgos potenciales incluyeron el recordar situaciones difíciles que habían pasado durante éstos trayectos como situaciones de violencia o accidentes. Por lo anterior se considera una investigación con riesgo mínimo.

Una vez obtenida la aprobación por los comités, se realizó el contacto con la encargada del Instituto Madre Asunta en Tijuana, Baja California por medio del Dr. César Infante Xibille. Se planteó el estudio y se pidió su consentimiento para realizar las entrevistas en la casa del migrante “Madre Asunta”. Para garantizar el principio de justicia durante cuatro semanas se hizo una invitación diaria de manera verbal a las mujeres que se encontraban en la casa del migrante a participar en el estudio tomando en cuenta los criterios de selección.

A las que aceptaron participar se les leyó la carta de consentimiento informado, y no se pidió consentimiento escrito pero sí verbal. En el consentimiento se le explicó a la participante el objetivo del estudio, en qué consistía su participación, la confidencialidad y anonimato de ésta, los temas principales de la entrevista, los riesgos potenciales de participar en el estudio y se pidió su autorización para la realización su audio-grabación. Se le reiteró que su participación es voluntaria y que en cualquier momento podía decidir abandonar el estudio, así como la confidencialidad con la que se manejarán los datos obtenidos. También se le proporcionaron los datos de los investigadores en caso de requerir futuro contacto para cualquier duda.

Las historias de vida se realizaron en un lugar aislado, sin ruido y se audiograbaron con ayuda de una grabadora digital. En ningún momento se le pidió nombre o algún dato que pudiera identificarla y se utilizó un folio para futuro análisis de la historia de vida. La transcripción de las historias de vida se realizó en un lugar diferente al del Instituto para asegurar la confidencialidad de las informantes y los archivos de audio fueron guardados en un disco duro al cual sólo tuvo acceso la investigadora principal del proyecto.

## **9. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Una vez obtenidas las historias de vida, se transcribieron a una computadora utilizando el programa WORD. Después de la transcripción, el tratamiento de los datos se llevó a cabo con el software MAXQDA 11 y se realizaron matrices únicamente para los datos sociodemográficos de las participantes.

En función de comprender a profundidad las experiencias vividas por las migrantes a lo largo del origen, tránsito, destino y devolución; así como analizar su influencia en las necesidades de salud y la respuesta social organizada hacia ellas se realizó un análisis del discurso con base en los pasos propuestos por la teoría fundamentada.

Una de las principales estrategias para realizar el análisis fue por medio de la comparación constante. Esto con el objetivo de desarrollar conceptos a partir de la

codificación u organización de la información. Lo anterior nos permitió acercarnos a la comprensión del fenómeno de una manera sistemática y explicativa (Cuñat, 2007).

Para llevar a cabo el análisis, en primer lugar se llevó a cabo la conceptualización. Esto permitió reunir “acontecimientos, sucesos u objetos similares bajo un encabezamiento clasificativo común”, en otras palabras clasificar estos fenómenos en conceptos (Strauss y Corbin, 2002).

Después, con el fin de reducir el número de unidades con las que se trabajó en el estudio, se agruparon los conceptos según sus propiedades y dimensiones en categorías, lo cual corresponde a la codificación abierta (Strauss y Corbin, 2002). A estas categorías se les asignó un código, los cuales son explicativos (Rodríguez, Gil y García, 1999). También se utilizaron subcategorías con el fin de dar “un mayor poder explicativo” a conceptos (Strauss y Corbin, 2002). La categorización se basó en una serie de requisitos: la exhaustividad de las categorías, la exclusión mutua y el único principio clasificatorio (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Una vez teniendo las categorías y subcategorías, se llevó a cabo la codificación axial; en la cual se reagruparon los datos y se relacionaron entre sí las categorías y subcategorías de manera sistemática, con el fin de dar explicaciones más precisas y completas (Strauss y Corbin, 2002).

Por último, se llevó a cabo la codificación selectiva, la cual tuvo como objetivo integrar las categorías por medio de su desarrollo (Strauss y Corbin, 2002). En la integración se determinó una categoría central y luego se vincularon las demás categorías con ésta. Finalmente se organizó la información para presentarla de una manera clara y ordenada (Strauss y Corbin, 2002).

## **10. RESULTADOS**

En este capítulo se presentan dos historias de vida de mujeres migrantes devueltas que sirven como eje articulador de las 18 historias de vida realizadas para este trabajo. Estas dos historias de vida fueron seleccionadas porque presentan experiencias que dan respuesta a los objetivos del estudio. De esta forma se organizan las historias en relación con las necesidades de salud, agudas y crónicas, que refirieron las mujeres migrantes.

Los apartados se organizan de manera que cada grupo de necesidades se articula con al menos una historia de vida, la cual inicia en el lugar de origen y continúa con los distintos momentos del proceso migratorio (tránsito, destino y retorno) que vivió la mujer. Lo anterior se decide con el objetivo de no perder la riqueza de la narrativa de los eventos así como permitir al lector ir reconstruyendo y comprendiendo las diferentes circunstancias que influyen en las necesidades de salud de las mujeres migrantes, sus experiencias de búsqueda, y los diferentes actores que influyeron en la respuesta o no respuesta a dichas necesidades durante todo su proceso migratorio.

### **10.1 Características de las mujeres migrantes devueltas**

El perfil de las 18 mujeres cuyas historias de vida conforman este estudio fue el siguiente (Ver Tabla 1): la mujer más joven entrevistada tenía 19 años de edad y la de mayor edad 59 años. De 19 a 29 años se encontraban cuatro mujeres, de 30 a 39 años un total de seis mujeres, de 40 a 49 años fueron cinco mujeres y del grupo de mayor edad (50-59 años) tres mujeres. Los estados de procedencia fueron Guerrero(3), Jalisco(2), Michoacán(2), Oaxaca(2), Sinaloa(2), Colima(1), Hidalgo(1), Veracruz(1), Zacatecas(1), Ciudad de México(1), Baja California(1) y el Distrito Federal(1). Siete mujeres refirieron no haber tenido pareja en el momento que se les realizó la historia de vida, 11 de ellas refirieron tener pareja ya sea en su lugar de origen o en EEUU; y de éstas, tres refirieron tener pareja de sexo femenino.

En relación al grado de estudios éste fue sumamente variado: una mujer refirió tener la primaria incompleta y tres la completaron; una menciona tener secundaria incompleta y tres secundaria completa. En cuanto a la Preparatoria una no la terminó y dos refieren haberla completado. Hubo cuatro mujeres que estudiaron algún tipo de carrera: una refiere haber estudiado una carrera comercial de auxiliar de contador, otra una carrera de trabajadora social, otra de ellas una carrera técnica en educación preescolar y la última de ellas a pesar de no haber terminado estudió hasta el último año de licenciatura en Administración Industrial.

El número de hijos fue el siguiente: tres de ellas mencionaron no tener hijos, cinco mencionaron tener un hijo o hija, una mencionó tener dos hijos(as) y otras dos tener tres hijos(as), cuatro mencionaron tener cuatro hijos(as), y solo dos mencionaron tener más de este número; una de ellas seis y la otra doce hijos(as). Cuatro de las mujeres mencionaron tener hijos(as) pero no propios (nietos que criaron como hijos o hijas de sus parejas que criaron juntas) y dos mujeres refieren que el gobierno de EEUU les retiró a sus hijos, ambas por situaciones distintas.

En cuanto a la estancia en EEUU, dos de ellas no habían llegado a EEUU pero sí habían vivido alguna clase de detención o estancia en la cárcel en este país. La estancia de las otras mujeres en los EEUU varía de cinco a 45 años. Los años en que migraron por primera vez las mujeres a EEUU varían, siendo la primera en 1968 y la última algunos meses antes de que le realizara su historia de vida (2013). Es importante mencionar que 13 mujeres tuvieron en algún momento de su historia de vida un retorno voluntario a México, esto debido a distintos motivos (visitar familiares, diversión, bautizo de hijos, continuar estudios, y necesidad de atención a problemas de salud). Para el análisis de la información se utilizaron pseudónimos para proteger la confidencialidad y privacidad de las mujeres.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las 18 mujeres migrantes del estudio.

Nombre	Edad	Lugar Origen	Escolaridad	Pareja	Hijos	Hijos menores de edad	Tiempo en EEUU	Primer cruce a EEUU	Retorno voluntario a México alguna vez
Soledad	19	Oaxaca	Tercero de Secundaria	No	0		no ha llegado	2011	no
Moni	25	Guerrero	Terminó High School	No	0		10 años	2003	sí
Karla	28	Colima	Primero de Secundaria	Sí	0		10 años	2003	sí
Flor	29	Oaxaca	Primaria Completa	Sí	4	Sí	8 años	2002	sí
Rita	30	Michoacán	Primaria Completa	Sí	4	Sí	15 años	1998	sí
Paulina	31	Jalisco	Técnico en educación preescolar	No	1	Sí	no ha llegado	2013	no
Magdalena	32	Sinaloa	Primero de Preparatoria	No	1	Si	11 años	2000	sí
Bárbara	38	Michoacán	Secundaria Completa Estudió en academia de policía	Sí	4	Sí	8 años	2005	no
Dora	39	Hidalgo	Cuarto de Primaria	No	1	Si	9 años	1999	si
Angustias	39	Veracruz	Preparatoria Completa	Sí	3	Si	29 años	1983	sí
Esperanza	40	Guerrero	Secundaria Completa	Sí	1	Si	18 años	1995	no
Irma	42	Guerrero	Carrera trabajadora social	No	3	Si	13 años	1996	sí
Rosario	46	Sinaloa	Primaria Completa	Sí	6	Si	5 años	2008	sí
Paloma	47	Zacatecas	Carrera comercial de auxiliar de contador	Sí	4	Si	23 años	1988	sí
Paquita	49	Jalisco	7mo grado en EEUU	Sí	12	Sí	38 años	1975	no
Lila	50	Ciudad de México	Licenciatura incompleta	Sí	1	Si	20 años	1993	sí
Candelaria	56	Baja California	10mo grado-High School incompleta	No	4	No	45 años	1968	sí
Úrsula	59	Distrito Federal	Preparatoria Completa	Sí	2	No	21 años	1989	sí

## 10.2 Necesidades de salud agudas

Las necesidades de salud agudas hacen referencia a aquellos problemas de salud de corta duración y de inicio repentino que las mujeres migrantes identificaron en cualquier momento de su proceso migratorio. Como eje articulador de este grupo se toma la historia de vida de “Bárbara”.

Bárbara es una mujer migrante de 38 años de edad originaria de Michoacán, cuya pareja de sexo femenino se encuentra en EEUU. Actualmente no tiene hijos biológicos, sin embargo refiere a los hijos de su pareja anterior como propios. Bárbara, refiere haber terminado la secundaria en México, así como haberse graduado de policía municipal; profesión que ejerció hasta que después de amenazas de muerte decide migrar hacia EEUU.

### 10.2.1 Origen

Mientras vivía en México y ejercía su profesión, Bárbara contaba con atención médica particular como parte de las prestaciones de su trabajo. Una de las veces que hizo uso de este servicio fue debido a ser diagnosticada con anemia, la cual refiere haber sido tratada por especialistas en un hospital particular.

“Para ese entonces yo trabajaba en la policía, mal pasadas, el no dormir bien, el no comer bien, el demasiado trabajo, demasiada presión, trabajar en el suelo, y todo eso se me fue se me fue acumulando se me fue acumulando, y caí mal. De hecho en una ocasión en un acondicionamiento físico que tenía, me desmayé y empecé a sangrar, entonces el doctor que era el papá del director, agarro y me dijo que tenía que ir al doctor, porque yo ¡me *desmayé!* y me estaba sangrando a mí mi nariz. Cuando fui, me dieron tratamiento para la anemia, me dieron vitamina, fueron *tres meses* de tratamiento lo que tuve, entre hierro y vitamina puesta y tomada”.

Otra de las veces que Bárbara refirió necesidades de salud agudas durante su origen fue debido a una apendicitis, la cual también refiere haber sido atendida por los mismos servicios privados.

Otra de las mujeres en el estudio que tenía algún tipo de seguro de salud en su lugar de origen es “Lila”, mujer de 50 años originaria de la Ciudad de México quien refiere que cuando trabajó en diferentes compañías de esta ciudad, tenía seguro social en el IMSS y que a veces acudía debido a alguna enfermedad de las vías respiratorias. Sin embargo debido a que no le gustaba el trato en estos servicios solía acudir a servicios privados.

Además de “Lila”, dos mujeres en el estudio refirieron necesidades de salud agudas similares en sus lugares de origen. “Paulina”, mujer Jalisciense de 31 años, refiere haber tenido ocasionalmente gripa, sin embargo no refiere haber buscado atención con algún médico. De igual manera “Paloma” de 47 años refiere que debido al clima en Zacatecas, se enfermaba continuamente de gripa; sin embargo no solía buscar atención con un médico sino que usualmente hacía uso de medicamentos en casa como aspirinas o jarabe, o remedios naturistas otorgados por su madre o su abuela.

Esta auto-atención también es mencionada por otra mujer migrante, “Magdalena” mujer Sinaloense de 32 años de edad, quien refiere que sus únicas necesidades de salud en su lugar de origen eran dolores de cabeza para los cuales usualmente hacía uso de medicamentos como Paracetamol.

Además de este tipo de necesidades, dos mujeres refieren haber tenido problemas de salud agudos relacionados con picaduras o mordeduras de animales en sus lugares de origen. Una de ellas “Angustias”, mujer de 39 años originaria de una zona semiurbana de Veracruz, refiere que a sus 16 años tuvo una picadura de araña a nivel del pecho del lado derecho; la lesión se empezó a infectar y debido a esto su madre la llevó al ISSSTE, lugar donde recibe atención y le resuelven dicha necesidad. El otro ejemplo es “Soledad”, mujer de 19 años de edad originaria de una zona rural de Oaxaca, que refiere haber tenido hace un año una mordedura de serpiente debido a la cual la llevaron a los servicios de salud con un médico, en donde recibió suero y medicamento resolviendo así momentáneamente su necesidad de salud.

### 10.2.2 Tránsito

Al momento de llegar a Tijuana en el 2005, Bárbara llegó a un hotel cerca de la línea y en una tienda cercana contactó a una persona para que la cruzara a EEUU. En su primer intento de cruce, Bárbara trató de “brincarse” y fue detenida en San Ysidro todo un día. Después de ser devuelta a Tijuana, acudió a la casa de la “coyota” que la iba a cruzar y esta la manda a una casa de seguridad de un hermano.

“Entonces ella lo que hizo fue me movió de casa me movió a la casa de un hermano de él, que eran unas fue a las afueras de Tijuana, como en unas barrancas así lejos y esas esa sí eran era como una casa de seguridad y ahí nos tenían a varios, y entonces el señor empezaba a decir -¿sabes qué? que hay que hacer limpieza y que hay que cocinar y no sé qué- le dije -yo te estoy pagando, el trabajo de ustedes es a mí pasarme, yo estoy aquí, yo no voy a cocinarles, yo no le voy a lavar, yo no voy a hacer nada, ¿por qué? porque nada más estoy esperando que ustedes me pasen a mí-.”

Días después llevan a Bárbara al centro de Tijuana y le indican que compre un boleto de camión para San Luis Río Colorado, Sonora. Después de llegar a un hotel y contactar a las personas que la iban a cruzar, Bárbara y 20 personas más iniciaron el recorrido a las 11 de la noche rumbo a EEUU. Horas después de caminar en el desierto, una patrulla se acerca al lugar donde estaban y debido a que ella, otra mujer y su cuñado iban hasta atrás del grupo, el coyote decide abandonarlos en el desierto.

Bárbara y las otras dos personas continuaron caminando y después de algunos minutos encuentran al “aprendiz de guía”, el cual había regresado por ellos debido a que no estaba de acuerdo con que el coyote los hubiera abandonado. Bárbara refirió que eran las ocho de la mañana cuando llegaron a un rancho a tomar agua de riego y minutos después un migrante que trabajaba en una fábrica cercana iba pasando en una camioneta, los recogió y los llevó a un restaurante cercano.

“Y pues yo con mi dinero, traía yo más de dos mil dólares en mis tenis en una bolsa, pero nosotros salimos pues sucios, cansados, todo y yo con llagas en mis pies mis pies *¡sangrados!* Veníamos todos arañados de los brazos, por las por las ramas de la huerta de naranja donde nos pusimos, estábamos deshidratados, y el señor fue y nos llevó”.

Debido a que Bárbara no tenía ninguna persona que fuera por ella, decide contactar de nuevo al coyote, el cual le pide a otra persona que los lleve a un hotel esa noche y el día siguiente a una casa de seguridad de otro coyote en Los Ángeles. Es en este hotel donde Bárbara se atendió ella misma las quemaduras de sus pies.

“Cuando llegué, llegué al hotel y que nos estábamos bañando y que cuando yo me quité mi calcetín y recordando el dolor cuando me quité el calcetín y se me vino la piel y que me sangró, nomás lo que hice fue me metí al baño, me lavé nada más con jabón, con agua de ahí del shawer (sic.), y me quedé toda la noche así, para que se me ventilaran lo que fueron todas las ámpulas que se me reventaron, pero fue completamente, toda la planta del pie”.

Después de llegar a la casa del otro coyote, Bárbara mencionó que prácticamente no salía, por lo que la esposa del coyote al ver que se había lastimado los pies le dio una pomada para que no se le infectara la herida y también menciona que ella misma se lavaba los pies dos veces al día para evitar algún tipo de infección.

Así como Bárbara, otras cinco mujeres mencionaron haber tenido algún tipo de accidente durante su tránsito. “Paquita” refiere que cuando volvió a regresar a EEUU después de una deportación que tuvo en el 2006, cruzó por Tecate; sin embargo se resbaló, cayó en unas piedras, se golpeó y vio luces, a pesar de esto el coyote le dijo que solo fue un “rasponcito” y debido a que como a Bárbara la tuvieron en una casa de seguridad en el momento de llegar a EEUU, tampoco buscó atención. Por otra parte, “Esperanza” mencionó haber cruzado por un túnel en Tecate en 1995, en el cual se astilló la pierna y tuvo un raspón el cual sangró un poco, sin embargo no buscó ningún tipo de atención. Otro caso es el de “Soledad”

quien intentó cruzar en el 2011 por Mexicali debajo de una lámina arrastrándose y rodando en donde se hizo raspones, sin embargo tampoco buscó atención.

Las otras dos mujeres que también refirieron algún tipo de necesidad de salud aguda relacionada a su tránsito tuvieron un resultado diferente en cuanto a la atención de éstas. “Karla” trató de cruzar por Mexicali y refiere que al agarrarse de un tubo para cruzar se lastimó las manos y le sangraron un poco. A pesar de que no buscó atención en los servicios de salud, ella refirió que la señora de la casa donde estaba le dio un líquido café que ella sola se puso, se enjuagó, se puso agua oxigenada, toques de violeta y le sanó; refiere que no se infectó “por suerte”. También refiere que en su último cruce se sentó en una planta de maguey y se espinó; a pesar de que algunas se las enterró en las piernas y en los glúteos refirió que por vergüenza no acudió a los servicios de salud y ella sola se las quitó.

La otra mujer que tuvo algún tipo de atención fue “Irma”. Ella cruzó por un cerro cerca de Tijuana en 1996 y refiere que además del cansancio se le hincharon sus pies y se le cayeron las uñas. Mencionó que cuando llegaron a San Diego la llevaron a una clínica gratuita en donde la atendieron y le dieron *Tylenol* lo cual la ayudo a relajarse y bajar lo hinchado de sus pies.

### **10.2.3 Destino**

Una vez que Bárbara llegó a EEUU y la tenían en la casa del coyote, en cuanto sus pies mejoraron ella decidió escaparse; por lo que llamó al único contacto que tenía en EEUU, la señora con la que cruzó el desierto. Ella contacta a su cuñado el cual la ayuda a Bárbara a escapar y la lleva desde los Ángeles hasta Ontario, lugar en el que le dan trabajo por un mes como vendedora de paletas de hielo. Ella refirió que para poder caminar debido a las quemaduras, le ponía doble plantilla a sus zapatos, y que después de caminar un tiempo se sentaba hasta esperar que se le enfriaran los pies para evitar dañárselos más. Después de ese trabajo, Bárbara refirió haber trabajado en “el monte”, en una imprenta, en una fábrica de reciclaje de basura y después en una fábrica de ensaladas; lugar donde hacía bastante frío por lo que ahí no le molestaban sus pies.

Es en este último trabajo donde Bárbara vivió un accidente laboral en el 2006; esto debido a que ella refiere que no había mucha seguridad en el área de trabajo y se pasaban por debajo de una banda cuyo soporte eran fierros de acero inoxidable.

“Entonces yo trabajaba también para hacer ensaladas, porque yo traía guantes traía todo, entonces yo cuando me di el golpe ya nomás me pegué, nomás me hice así, cuando me enderecé ya que se me quitó lo atarantado del golpe que me di cuando me ardía, me miré sangre yo aquí en el guante. Corrí, ya estaba como a tres pasos de la oficina y cuando corrí, era chorro de sangre y yo no podía abrir mis ojos porque estaba yo bañada completamente en sangre. Le hablaron a los paramédicos y pues me llevaron al hospital. En el hospital me atendieron bien, es uno de los mejores hospitales que allí hay en toda la región, de los mejores y de los más caros!  
-¿Y te costó algo esa vez?  
-mm, no me costó nada, todo lo pagó la aseguranza de la agencia de trabajo con la que yo estaba. No, yo no pagué nada, de hecho yo iba, yo nomás me daban medicina, yo iba a consulta y todo.”

Bárbara refirió que en el hospital le pusieron 11 “grapas”, no sin antes hacerle el antidoping “para saber si era accidente laboral o no”, el cual salió negativo. A pesar de esto refiere que no pasó a mayores y los únicos problemas de salud que tuvo en EEUU además de lo anterior fueron heridas debido a botellazos por pleitos, las cuales ella misma se atendía en su casa con hielo para que no se le inflamara y “vendoletas” para cerrar las heridas.

Otra mujer que mencionó algún tipo de accidente laboral en EEUU fue “Rita”, mujer de 30 años que solía trabajar en cadenas de comida rápida, ella mencionó haber tenido “cortaditas así sencillas”, pero que inmediatamente la llevaban al hospital en donde tenía una buena atención y no tenía seguro pero la empresa pagaba todo. Además de esto también mencionó tener dolores de cabeza en EEUU, sin embargo no buscaba atención para estos.

Además de Bárbara, el apoyo o ayuda por parte de redes sociales o redes familiares en EEUU relacionado a las necesidades de salud agudas es algo que se refiere por parte de tres mujeres en el estudio: Irma, Candelaria y Úrsula.

“Irma”, de 42 años refiere haber trabajado primero en EEUU cuidando niñas y después en una fábrica de ropa quitándole hilos a pantalones y playeras, sin embargo nunca tuvo necesidades de salud agudas asociadas a su trabajo. Ella refiere haber tenido una infección de la garganta tan grave que no podía ni hablar, por lo que acudió a una clínica y le dieron tratamiento pero no le resolvió su problema. Después acudió a otra clínica en la cual el doctor le dio como opción una inyección la cual le dijo que era muy peligrosa y hasta se podía morir, sin embargo ella aceptó debido a que su familia le insistió que tenía que curarse.

“Y yo pos ya estaba harta de que pasaba saliva y me ardía mi garganta, no comía, me la pasaba en vela porque el ardor, el dolor no lo aguantaba y me decía mi familia -tienes que curarte, no te vaya a caer cáncer, tienes mucha infección-. Y ya yo le hablé a mi hermana y le dije -fíjate que el doctor me dijo esto y este otro y este-, -ahora sí que tú decides hermana- dice -lo que tú decidas, si tú crees- dice -que vas a estar bien, hazlo, y sino pos también-.

Después de que le pusieron la inyección en la clínica, Irma se quedó en la clínica en observación, además refirió que todo el tiempo estuvo el médico al pendiente. Después de que vieron que estaba mejor de su garganta la mandaron a su casa y le dieron un “pase” para ir a cualquier hospital cercano en caso de emergencia, al día siguiente le llamaron a su casa para ver cómo seguía todo.

“Y sí ya es al otro día temprano me hablaron de la clínica y me dijeron - ¿que si todo estaba bien?- yo les dije que sí, le digo -sí, todo está bien-, dice -hay que bueno nos da gusto-, y por eso te digo que allá se preocupan por uno”.

Por otro lado, “Candelaria” recibió ayuda por parte de sus redes familiares para la búsqueda de atención. A sus 18 años, ella empezó con dolores relacionados con la vesícula, por lo cual su madre y su padrastro la llevaron al hospital, en donde la atendieron realizándole cirugía. Ella refiere que en ese momento contaba con *Medical*, por lo cual no tuvo que pagar nada.

Otro caso es el de “Úrsula”, mujer de 59 años que refiere haber tenido dolores muy fuertes de rodillas por los que su hija la llevó a emergencias y le pusieron una

inyección que le quitó el dolor pero la dejó con vómito, por lo que menciona “o sea que me quitaron una cosa y me dejaron la otra (riéndose)”. Úrsula también tuvo otras necesidades de salud agudas durante su estancia en EEUU, ella refiere que en el 2009 tuvo “shingles” o herpes zoster. Ella refiere haber buscado atención con un médico debido al dolor que tenía, sin embargo el tratamiento no le resolvió su problema y gracias a una señora que era parte de sus redes sociales hace uso de medicina naturista la cual sí le ayudó a mejorar.

“Son como, me empezaron como, como cuando se quema uno y ya ve que salen las ampulitas, así empecé, se me reventaban y era un dolor ¡horrible, horrible, horrible! entonces ya de ahí, le digo, fui a mi doctor y el doctor nada más lo que me dio fue un este, una pomadita, le digo que de este tamaño 150 dólares, la pomadita y hay pus yo me la estiraba y la estiraba pero no me hizo nada. Una, le digo que yo pertenecía al de los viejitos, este al ¿cómo se llama? ahorita le digo porque se me olvida el nombre, este esa señora con medicina tradicional este, una yerba, una planta, una hoja así grandota, este dice [mira lávala bien y la mueles en un metate] entonces una amiguita mía me hizo el favor de molérmela, dice -[esa te la pones, te la vas poniendo y te pones un trapo, para que no se te manche tu ropa]-. Pues poco a poquito con eso se me fue quitando”.

Úrsula también refiere haber tenido cáncer de mama en EEUU y después de su cirugía refiere que cuando fue a que le quitaran las puntadas un doctor le jaló muy fuerte la cinta que traía pegada. Esto le causó primero dolor e inflamación debido a lo cual acudió a urgencias en donde le dieron tratamiento, después empezó con temperatura por lo que acudió con el médico que la había operado el cual regañó al otro médico por lo que había hecho y le comentó que estaba infectado por lo que tenían que ponerle un tubo que drenara todo, también le estuvieron mandando una enfermera a su casa y debido a que en ese momento tenía *Medical* no tuvo que pagar nada.

Otra mujer que hace uso de los servicios pero que no contaba con algún tipo de seguro fue “Esperanza”. Debido a una agudización del asma ella acude al hospital y le dieron tratamiento, ella refirió que “tenía que haber pagado en ese momento, pero me llegaban los recibos y nunca pague, era muy caro, y me hubiera gustado pagarles, pero no lo pague”.

“Lila” refirió que debido a haber estado trabajando en el *field* las rodillas le dolían, así como el cuerpo, a veces hasta tenía fiebre, sin embargo no hubo una búsqueda de atención para estas necesidades en ese momento.

Lila, así como Paquita, son dos mujeres que cuando tenían necesidades de salud agudas que no ponían en peligro su vida o las asustaban, no buscaban ningún tipo de servicio. Tiempo después, Lila refiere que ella fumaba mucho, entonces en las noches sentía que se asfixiaba y tenía la sensación de devolver, sin embargo fue hasta que comenzó a arrojar sangre que se asustó y busco atención. Debido a esto le realizaron estudios y salió positiva a la prueba de PPD por lo que le empezaron tratamiento para tuberculosis en una clínica gratuita, el cual duro nueve meses; sin embargo refiere que nunca vio un americano en la clínica a la que acudía.

“Es una clínica especialista en eso, en donde la mayoría somos hispanos, chinos, árabes. Porque yo ahí nunca vi un americano que fuera para eso...”

En el caso de “Paquita”, ella es una mujer de 49 años que se fue desde 1975 a EEUU con toda su familia. Allá estuvo trabajando en el *field* en diferentes estados del país y refiere haber tenido varias parejas a lo largo de los años las cuales usualmente abusaban de distintas sustancias (drogas, alcohol), eran celosos y varias veces la llegaron a golpear. Una de esas veces refiere que le fracturaron el cráneo y no acudió en primera instancia a los servicios de salud por miedo. Sin embargo después de un ataque de ansiedad acude a los servicios en busca de atención.

“-Me fracturo mi cráneo de, que me pegó con su mano apuñada así, íbamos en el carro y mi niña iba en medio y si mi niña no se agacha, yo no sé cómo mi niña, el instinto de ella que, cómo ella miró que venía la mano y ella se agachó, y me dio en el mero ojo aquí. ¡Ay Dios mío! Me duró como tres meses mi ojo salido, hinchado, no lo podía abrir como 3 meses, y me fracturó aquí el cráneo.

-Y ¿fue a algún lugar a que le atendieran?

No fui, por miedo. No fui y este, y ya como al, a, como a la semana me, me pegó un ataque de ansiedad, y fui al hospital y me dijeron que ¿qué me había pasado?, y le dije que mi marido me había golpeado, dice -pos échele

el policía-, y en ese instante ahí había como tres policías en el hospital, pero con ese miedo de que yo tenía la deportación del 2006 pos no lo hice, le dije -no pos ya hace como una semana que pasó esto-, pero no pensé que si podía haber hecho una demanda, de es, y este si no si sí al último ya lo hubiera hecho, ya hasta después me arrepentí de no haberlo hecho también”.

#### **10.2.4 Retorno voluntario a México**

En este estudio cuatro mujeres refirieron algún tipo de necesidad aguda durante las veces que regresaron de manera voluntaria a México a visitar a algún familiar.

“Irma”, originaria de Guerrero, regresó a México como otras mujeres del estudio debido a que su madre se puso muy grave de salud y sus hermanas le dijeron que la había “mandando pedir”. Ella regresa para hacerse cargo de su madre y durante este tiempo decide operarse de su matriz debido a unos tumores que ya tenía. Dos meses después de su operación, Irma realiza un esfuerzo para cargar a su madre y esto hace que empiece con temperatura, dolores de cintura y espalda. Debido a esto regresa con el médico el cual le dice que no debió de haber hecho eso sin embargo no tuvo mayores complicaciones externas o internas. Irma también refirió que en México en algún momento debido al estrés tenía problemas para respirar o dolores de cabeza, sin embargo nunca buscó atención para estos.

Otra mujer que tampoco buscó atención en México por necesidades de salud agudas fue Lila, refiriendo que había tenido tos y gripa cuando visitó a su madre en México, la cual también se encontraba enferma.

Algo importante es que así como en otros momentos del proceso migratorio, cuando las necesidades de salud agudas persisten es cuando las mujeres hacen búsqueda de los servicios de atención, tal es el caso de Dora, madre soltera de 39 años que cuando regresó a Hidalgo a visitar a su familia relata lo siguiente:

“No, este, no gracias a Dios no nada más este luego así dolores de cabeza pero no, pero yo no me gusta tomar nada, porque luego ya es como que el cuerpo se acostumbra a que un dolorcito pequeño de cabeza y a tomar medicamentos no, digo si se me quita ok este está bien, y ya si me sigue o sea tomar algo o ir al centro de salud para ver que me dan, pero no, des de hecho no gracias a Dios no”.

### **10.2.5 Cárcel en EEUU**

Dos mujeres refieren haber tenido necesidades de salud agudas durante su estancia en la cárcel. “Esperanza” refiere que cuando estuvo en la cárcel tuvo gripa, calentura, escalofríos y tos con flemas, sin embargo nunca le dieron medicamento. Ella refiere que las personas se enferman más en la cárcel, sin embargo “no nos dan los medicamentos para la enfermedad que tenemos, lo que quieren es que uno se muera ahí”.

Por otro lado, Úrsula refiere una situación distinta:

“Cuando estaba en la cárcel me dolía mucho mi pulmón y se me vino a la mente, tengo una conocida, era mi clienta porque le hacía comidas para sus *paris*, este también le dio cáncer de mama y este y se curó y todo pero antes de los 4 años, este se le pasó al pulmón. Entonces a mí me empezaba a doler el pulmón pero en un solo lugar, en un solo lugar, entonces yo pedí ahí en la cárcel que me hicieran unas radiografías, dije - porque no, no, no- y según dijeron que estaba bien, bendito sea Dios que no, que no hay nada”.

### **10.2.6 Detención**

Antes de su devolución a México, dos mujeres que estuvieron en algún tipo de detención refirieron necesidades de salud agudas para las cuales no buscaron atención.

Una de ellas fue “Rosario”, mujer de 46 años que refiere que cuando la tuvieron detenida en un autobús antes de “sacarla” para México tuvo frío, sin embargo no quisieron darle ninguna cobija porque le dijeron que ya iba a salir. También refiere que en ese momento le dolía la cabeza, sobre todo por estar pensando en sus hijos

y que no los iba a ver. A pesar de esto en el momento no buscó atención para estos problemas.

La otra mujer fue “Flor”, mujer de 29 años de edad que refiere haber sentido ansiedad y molestias de su estómago durante el día que la tuvieron detenida. Ella mencionó que las personas de “ahí” preguntan si alguna persona tenía alguna molestia, sin embargo ella prefirió no decir nada en ese momento.

### **10.2.7 Devolución**

Las necesidades de salud agudas relacionadas a la devolución van enfocadas a aquellas que las mujeres identifican desde que fueron devueltas a Tijuana hasta el día en que se realizó la historia de vida. En general, si las necesidades no eran asociadas a algún problema incapacitante las mujeres no buscaban atención, como lo fue en el caso de Paquita, Candelaria, Moni, Karla, Magdalena y Flor quienes refirieron manchas en la cara, calambres, dolor en el pecho, piquetes de moscos, tos con flemas y entumecimiento del brazo respectivamente.

Paquita, Magdalena y Flor también refirieron además de otras tres mujeres (Irma, Soledad y Rita) dolores de cabeza, de las cuales dos tenían además dolor de espalda (Rita y Flor) y otra de ellas dolor de estómago (Soledad). Sin embargo la única que buscó atención fue Magdalena, y esto debido a que en el Instituto Madre Asunta acudió una enfermera a la cual le pidió algo para el dolor. Sin embargo mujeres como Flor mencionan lo siguiente:

“Me duele toda la espalda, a veces la cabeza, ay Dios, y no poder, quizás ah, salir si puedes, pero, dices ¿a qué salgo, a dónde voy?, es muy difícil, salir”.

Por otro lado, dos mujeres refirieron algún tipo de necesidad relacionada con no poder caminar. Una de ellas fue “Nicolasa”, la mujer originaria de California, ella no lo asoció a algún padecimiento en particular, sino que simplemente refirió dificultad para caminar. La otra fue “Angustias”, ella refiere que a los siete meses de su devolución se resbaló y se lastimó la rodilla y el tobillo; acudió al hospital de Tijuana en donde le pusieron una férula provisional y le comentaron que necesitaba

prótesis, sin embargo el Seguro Popular no lo cubría. Debido a esto y no tener los recursos para pagar la prótesis ella lleva de tres a cuatro meses utilizando muletas ya que le ayudan a caminar más a gusto. También refirió no utilizar ningún medicamento.

### **10.3 Necesidades de salud crónicas**

Las necesidades de salud crónicas hacen referencia a aquellos problemas de salud de larga duración que las mujeres migrantes identificaron en cualquier momento de su proceso migratorio. Como eje articulador de este grupo se toma la historia de vida de “Candelaria” quien es una mujer migrante de 56 años nacida en Baja California, la cual refiere no tener pareja actualmente y tiene cuatro hijos los cuales se encuentran en EEUU.

#### **10.3.1 Origen**

La historia de Candelaria comienza cuando vivía en Baja California con sus padres y su hermano. Ella refiere que su padre era una persona que abusaba sexualmente de ella siendo menor de edad, sin embargo nunca platicó con nadie al respecto hasta que estuvo en la cárcel en EEUU, lugar donde recibió terapia por parte de una consejera. Cuando Candelaria tenía siete años de edad su madre decidió irse a EEUU y debido a que no pudo arreglar papeles para cruzarla a ella y a su hermano, decide mandarlos a Michoacán con sus familiares. Pasaron cuatro años y Candelaria decidió mandarle una carta a su madre en donde le contaba que tanto sus tíos como su abuelo trataban de abusar sexualmente de ella, motivo por el que estaba decidida a irse a EEUU.

“Le dije -mire esto y esto está pasando, y si no manda por mí me voy a ir de *raite*-, yo recuerdo, haberle dicho eso y, pero ya estaba más grandecita, y, sí mi mamá mandó por nosotros”.

Durante su estancia en su lugar de origen, Candelaria no refiere ningún tipo de necesidad crónica, sin embargo los acontecimientos antes descritos tendrían repercusiones en necesidades de salud en los diferentes momentos migratorios.

Únicamente dos mujeres en el estudio refirieron algún problema de salud crónico en su lugar de origen: Paulina y Rosario. Paulina refirió problemas de mala circulación y de várices, sin embargo mencionó que “son cosas, pues que a veces uno a veces se hace tonto y no se atiende, pero, solo eso”.

Por otra parte, Rosario refiere que padecía “colitis” desde hace 15 años, para lo cual ha estado acudiendo a distintos servicios de salud a atenderse así como ella misma, lo cual se describirá en cada momento migratorio. En relación al origen mencionó que cuando tuvo un dolor muy fuerte la llevaron al médico, el cual le dijo lo que tenía, la inyectó y le quitó el dolor, después de esto no volvió a tener otro episodio hasta que estuvo en EEUU.

### **10.3.2 Tránsito**

En relación a la historia de vida de Candelaria, lo único que refirió en relación a su cruce fue que cruzó en 1968 y que su mamá ya tenía una señora que los iba a pasar a ella y a su hermano; no tuvo ninguna complicación y llegaron hasta Los Ángeles.

Rosario y Paquita fueron las únicas dos mujeres que refirieron algún tipo de necesidad crónica relacionada con el tránsito. Rosario, mujer de 46 años originaria de Sinaloa cruzó por primera vez a EEUU en el 2008. Para lograr llegar a los EEUU, Rosario mencionó que ella tenía una sobrina en Tijuana cuyo esposo cruzaba gente, y ella recuerda que lo hicieron por unas playas donde el recorrido duró aproximadamente 20 minutos. Ella mencionó que ha tenido migraña desde hace 23 años y que durante su cruce lo único que la molestaba era su dolor de cabeza, ella lo asoció a los nervios y temor que les fuera a pasar algo ya que ella llevaba a sus hijos con ella. En cuanto a si buscaba atención o hacía algo al respecto, Rosario mencionó lo siguiente:

“no la verdad, yo nunca tomo nada, nunca me he tratado porque siempre me han dicho que es algo que no se me va a quitar, entonces yo nunca, no me gusta tomar medicamento. Así como si me duele la cabeza me voy a tomar algo, no. Lo que a veces trato cuando, cuando es el dolor de migraña ya ves que ni tus ojos puedes abrir, y a mí me da como comezón con dolor todo esto aquí de cuando lo traigo muy fuerte”.

En el caso de Paquita, mujer de 49 años, ella mencionó tener asma desde hace 19 años. Refiere que su primera deportación fue en el 2006 debido a no haber pagado un *ticket*. Cuando la deportaron a Tijuana ella consiguió un coyote el cual la tuvo en su casa por dos semanas antes de pasarla a EEUU. En la casa del coyote había perros, los cuales Paquita menciona que le exacerbaron su asma, refirió que amanecía “ahogándose”, sin embargo lo único que hacía era salirse de la casa. Después el coyote la mandó a Tecate, donde refiere que tardaron todo un día en cruzar debido a que “la migración” andaba cerca y también sentía que no iba a poder cruzar debido a su problema con el asma, sin embargo llegaron hasta EEUU y el coyote la tuvo detenida en una casa de seguridad hasta que llegó su hijo por ella.

### **10.3.3 Destino**

Cuando Candelaria llegó a EEUU tenía 11 años de edad, ella menciona lo siguiente “Allá fui a la escuela, allá me casé, allá tuve mis hijos y mis nietos, y pues, tengo toda mi familia allá”. Ella estudió hasta décimo grado (en México equivaldría a iniciar el primer año de Preparatoria), sin embargo también menciona haber asistido a un colegio de enfermería y después haber trabajado dos años en un hospital general. Candelaria se casó, sin embargo su matrimonio no duró más de cinco años y su esposo se quedó con sus hijos. Después ella comentó que empezó a consumir droga y alcohol y que a pesar de que trabajaba “se encerraba en su mundo nada más”. En 1989 ella refiere que dejó la droga debido a que terminó en el hospital por una sobredosis.

Otra mujer en el estudio que refirió problemas de salud en el destino debido a su alcoholismo crónico fue Paquita. Ella mencionó que debido a este problema el gobierno le quitaba a sus hijos en cuanto nacían. Además de lo anterior, ella refiere que llegó un momento en el que estaba muy “hinchada” y no podía caminar, tanto que la tuvieron que llevar al hospital en donde duró 30 días y le dijeron que debido a su alcoholismo ya tenía problemas del hígado. Después la dieron de alta y volvió a sentirse mal por lo que su hermana la llevó a otro hospital en donde estuvo internada otros 15 días. Ella refiere que la atendieron muy bien en el hospital y le

dieron medicamentos para su problema. Posterior a esto Paquita buscó ayuda en alcohólicos anónimos.

“Sí, fui a alcohólicos anónimos, me fui a internar, fui a un lugar que se llama CMORE, es una clínica para, pos para, rehabilitación, y fui. Tuve que pagar pero había un programa que se llama ATATSA, y ese programa me lo pagó. Creo fueron como de 10 a 20 mil dólares y ellos lo pagaron. Califiqué para eso y ellos me lo pagaron y fui, y bendito sea Dios sí, trabajó”.

Además de su problema de alcoholismo y de su hígado, Paquita refirió haber tenido asma desde hace 19 años, problema que empezó mientras vivía en EEUU. Ella mencionó que un doctor en EEUU le detectó la enfermedad y que usualmente ella compraba el medicamento (halbuterol), sin embargo cuando estaba embarazada, le daban seguro (Medical) por lo que acudía al médico sin costo y recibía medicamento.

En cuanto a las demás mujeres del estudio y sus necesidades crónicas de salud en EEUU, se pueden dividir en: a) aquellas mujeres que por alguna razón no buscaron atención; b) aquellas que de alguna manera recibieron atención (ellas mismas, sus redes sociales, atención en clínicas públicas u hospitales); y c) aquellas que decidieron tratarse su problema de salud cuando tuvieron algún regreso voluntario a México.

La única mujer que no buscó atención para una de sus necesidades de salud fue Rosario, de la cual ya se había comentado previamente su problema de migraña. Ella mencionó que en EEUU tenía dolores de cabeza que le duraban “día y noche” y que sobre todo le daban cuando estaba presionada de que “iba a llegar la renta”, sin embargo nunca acudió con un médico. Rosario también mencionó que durante su estancia en EEUU también continuó con su problema de colitis, sin embargo para esto ella realizó cambios en su alimentación (comía más verduras como lechuga y evitaba algunas cosas como el arroz, la carne de cerdo y de res, o la papa) y refirió que de esta manera “trataba de sobrellevarla, pero era difícil”. Otras tres mujeres en el estudio mencionaron realizar algún tipo de cambio en su

alimentación o en su estilo de vida para mejorar su problema de salud en EEUU.

Moni refirió lo siguiente al respecto:

“Lo que sí cuando llegué allá engordé mucho, porque como, usted sabe que acá en México no se da de que todo casi todos los días se va a las a comer a la calle. Que las hamburguesas, que el bufet, todo eso, y pues allá uno aprovecha luego, luego que llega. Sí subí de peso, pero ya después bajé y ya iba al gimnasio, este, y ya me mantenía pues bien, pero ahorita que me regresé, otra vez subí de peso”.

Candelaria también mencionó problemas de sobrepeso durante su estancia en EEUU. Sin embargo, ella mencionó que en 1980 se inscribió en una compañía de productos nutritivos los cuales le ayudaron a sentirse mejor y bajar de peso:

“oh, porque, desde 1980 me inscribí en una compañía para tomar productos nutritivos, y, ahí aprendí, me gustó como, como me ayudó para mi salud. Bajé de peso y me sentía bien ¡muscular!, o sea tenía masa muscular”.

El consumo de este tipo de productos aunado a una dieta también fue mencionado por Irma. Ella refirió que cuando vivía en EEUU y estuvo embarazada de su última hija ella tuvo diabetes gestacional, sin embargo una vez terminado su embarazo este problema se resolvió. Después de un tiempo, Irma tuvo un “susto” causado por un perro callejero, lo cual asoció con el inicio de ciertos síntomas (boca reseca, constantes idas al baño a orinar y pérdida de peso) que terminarían llevándola a buscar atención en la clínica gratuita a la que siempre acudía. En esta clínica el médico le comentó que estaba alta de su azúcar, su presión y el colesterol, por lo que le iniciaron tratamiento médico y por su parte inició con cambios en su dieta y la ingesta de productos como el “yerbalai”.

Además de Irma, otras dos mujeres en el estudio buscaron atención en EEUU para sus necesidades crónicas de salud. Úrsula llevaba ya algunos años viviendo en EEUU cuando empezó con inflamación en diferentes articulaciones por lo que decidió buscar atención en diferentes clínicas. Para esto también contó con el apoyo de su esposo, el cual la estuvo acompañando siempre a los distintos lugares. Después de esto, Úrsula terminó en una clínica donde le ponían unas inyecciones de cortisona por las cuales tenía que pagar cada vez que iba 80

dólares. Úrsula refirió que después de esto comenzó a engordar mucho y le dio el “Síndrome de Cushing”. También refiere que comenzó a empeorar al grado de que la dificultad para moverse era tal que le tenían que dar de comer en la boca y ayudarla a bañarse. Tiempo después, su hermano que vivía en México le comentó que en el hospital del IMSS en donde trabajaba su esposa había un especialista en artritis, por lo que en 1993 Úrsula decide regresar a México y tratarse su problema de salud.

La otra mujer que buscó atención para un problema de salud crónico en EEUU fue Lila. Ella mencionó que comenzó con inflamaciones muy fuertes en su rodilla, sin embargo no busco ayuda ya que pensó que era una inflamación cualquiera y utilizaba pomadas que le recomendaban. Después de un año y medio su dolor se hizo insoportable y fue a buscar un médico a la clínica local de donde vivía. Una vez ahí le dieron antiinflamatorios para bajar el dolor y la refirieron a un hospital donde tenían la especialidad en medicina *sport*. Ahí menciona que le tomaron radiografías y un especialista le inicio con terapias e inyecciones, lo cual le funcionó por un tiempo. Después de un tiempo continuó con el problema por lo que regresó con el médico y le comentó que ella quería una solución a su problema, por lo que el médico le comentó que entonces se operara. Durante todo este tiempo Lila había aplicado a un programa de bajos ingresos el cual cubría todo lo que necesitaba para su rodilla incluyendo la cirugía, por lo que ella menciona que solo tuvo que pagar 25 dólares por todo. Sin embargo después de la intervención quirúrgica no tuvo terapia por lo que comenzó de nuevo con molestias en su rodilla, las cuales se atendió la vez que regresó a México de manera voluntaria a visitar a su madre.

Otro problema crónico que refirió Lila fue que sufría de alergias. Para esto ella mencionó que hacía uso de medicamentos como *claritine* o *diprosan*, este último no recuerda quien le había comentado que se lo inyectara pero solía traerse la inyección de México para usarla en EEUU.

#### 10.3.4 Retorno voluntario

De las mujeres migrantes que regresaron alguna vez a México de manera voluntaria, seis refirieron algún problema de salud crónico durante su estancia y de éstas, cinco tuvieron algún tipo de atención en servicios de salud.

Cuando Lila regresó a México, ella refiere que inició de nuevo con un dolor que ya había tenido en la espalda. Este dolor había iniciado en EEU, sin embargo cuando se encontraba allá no le daba importancia y lo que hacía era ponerse pomada mamisan<sup>v</sup>. Debido a esto decidió ir con un ortopedista en una clínica particular y él le comentó que era un espasmo muscular por lo que la refirió a un lugar donde pasantes de medicina del deporte realizaban su servicio social. Ella refirió que pagaba 150 pesos cada que iba y que a pesar de que la atendían pasantes del servicio social, los aparatos eran buenos y por eso acudía. De igual manera en este lugar recibió terapia física para su problema de rodilla que le venía molestando desde que estaba en EEUU después de su operación.

Irma refirió que cuando estuvo de regreso en México se enfermaba más seguido, sobre todo un descontrol relacionado a su presión arterial y a su diabetes. Para esto, ella buscó primero ir al centro de salud, sin embargo tuvo muchas barreras para su atención las cuales menciona en el testimonio que se presenta a continuación:

“Acudía a las clínicas, pero pos siempre de paga, yo no fui a ninguna que, quise ir al centro de salud, pero me ponían muchos, este ¿cómo se dice?, muchos peros, y yo le dije -es que quiero yo las vacunas para mis hijos- me dijeron que, que aquí me dan la cartilla y dije -también quiero venir yo para que me revisen mis azúcares porque yo soy diabética-. Y ya me dijo la enfermera -hay es que ahorita no está la doctora, salió de vacaciones, y no le podemos dar las cartillas hasta que la doctora mire a sus hijos-. -Bueno- le decía yo -¿y en cuánto tiempo va a durar la doctora de vacaciones? dice - pues qué le diré, pues como un mes-, le digo -un doctor no puede durar tanto tiempo de vacaciones-, dice -pues más o menos ese tiempo- dice -si quiere le damos cita para tal fecha-. Le dije yo -bueno está bien denme la

---

<sup>v</sup> Esta pomada es referida también por otra migrante del estudio. La pomada es para uso veterinario (ganado) sin embargo las migrantes mencionaron que era muy común entre migrantes en EEUU (los cuales la llevan consigo desde México) y que a pesar de saber que era para uso en ganado la usaban para golpes e inflamaciones, y sentían alivio con ella.

cita-. Y me dieron la cita para llevar a mis hijos a las vacunas. Y fui -no, que aquí no le corresponde, que le corresponde allá por donde vive usted, tiene que llevarlos este al Seguro Social-, -¿Cómo los voy a llevar- le digo -al Seguro Social? si, yo no trabajo, ahí no me van a atender, yo ya fui, ellos me dijeron que en el centro de salud tienen que dármelas, no ellos-. -Pues si es lo que dijo la doctora, que tiene que llevarlos allá-. Ahí voy otra vez ahí a ese al Seguro Social y les dije, dice -¿y por qué le dijeron eso?-, le digo -pos eso es lo que me dijo la enfermera de ahí del centro de salud-, -No- dice -pues regrésese y dígale que ahí le haga- y así andaba”.

Debido a esto Irma buscó otras opciones para atenderse. Ella menciona que cuando se le subía la presión iba a las “Farmacias Similares”, esto debido a que le gustaba el trato que le daban y no eran tantos trámites como en el centro de salud. Otra manera en la que Irma recibía atención para sus problemas de salud era por medio de su sobrina, ella iba los fines de semana a visitar a la hermana de Irma que vivía en la casa de enfrente; y ya que tenía un aparato para tomar la presión se la tomaba a Irma y también le llevaba medicamentos, sin embargo a veces esto no era suficiente.

Por otra parte, Úrsula fue la única mujer que decidió regresar a México específicamente para tratar su problema de salud. Cuando ella llegó al Distrito Federal en 1993, menciona que su hermano y su madre se pusieron a llorar de verla tan diferente y en silla de ruedas. Uno de los problemas que traía además de su artritis eran los talones cortados, los cuales fueron atendidos por su madre con sábila y agua la misma noche que llegó a México. Para su problema de artritis Úrsula acudió con el médico del IMSS, el cual la siguió tratando con cortisona y tiempo después un chofer de taxi le recomendó acudir con un señor asiático “que preparaba hierbas” en un mercado, por lo que también acudió con él. Úrsula mencionó que después de un mes se puso bien gracias a “Dios, el doctor del Seguro y ese doctor” y tiempo después regresó a EEUU.

Flor es otra mujer migrante que regresó a Oaxaca con sus familiares y fue ahí donde debido a que continuaba con problemas de colitis nerviosa decidió ir con un médico en una clínica privada. Además de darle tratamiento médico, él le

recomendó ir con una psicóloga para que pudiera “desahogarse y relajarse”. Sin embargo, Flor menciona que nunca lo hizo ya que la única vez que se decidió a marcarle a la psicóloga ésta no contestó, por lo que nunca le volvió a marcar. En cuanto al tratamiento médico, Flor mencionó que no le gustaba mucho ya que el día que lo suspendía se deprimía mucho, le daba mucho sueño y en las mañanas no se quería levantar. Flor regresó con el médico el cual le modificó la dosis del medicamento, sin embargo un tiempo después ella decidió ya no tomarlas y en vez de eso empezó a tomar té y unas pastillas naturistas que le habían recomendado; estas las suspendió también después.

La única mujer que no buscó algún tipo de ayuda en su regreso voluntario fue Moni. Tiempo después de que ella regresó a México para estudiar una carrera, ocurrió un incidente en el cual dos días antes de que ella se mudara de la casa donde vivía, asesinaron a su amiga con la que compartía la vivienda. Esto llevó a Moni a una depresión mayor en la cual además de aislamiento y ganas de no hacer nada, inicio con una gran ingesta de alimentos lo cual la llevó a aumentar más de 30 kg de peso.

En relación a Candelaria, ella mencionó que en 1997, comenzó de nuevo a tomar alcohol y en el 2003 después de conocer a unos hombres en un *night club* decide venir con ellos a Baja California en donde le piden manejar una camioneta hasta EEUU. Esta camioneta traía marihuana, la cual Candelaria refirió que no sabía nada al respecto, sin embargo debido a esto en el cruce de Mexicali la arrestan y le dan diez meses de prisión en EEUU. Ella mencionó que su hermana la estuvo ayudando a pelear su caso y un abogado la estuvo “defendiendo bien” al punto que no la deportaron y le permitieron salir pero estando en *probation*.

Una vez fuera de prisión, Candelaria tomó un trabajo en el que ganaba tan bien que ella misma decía “*it’s too good to be true*” (es demasiado bueno para ser verdad). Este trabajo le permitió comprarse un carro del año y un *mobile home* en el cual vivía con una de sus hijas y sus cuatro nietos. Sin embargo un día llegó el FBI y debido a que la compañía para la que trabajaba estaba haciendo fraude le

dieron seis años de prisión. Esto también hizo que le quitaran sus papeles y finalmente la deportaran a México en el 2013.

### **10.3.5 Cárcel en EEUU**

Candelaria ingresó a la cárcel en EEUU en el 2003 y refiere que cuando la arrestaron sucedió lo siguiente:

“A mí me arrestaron y me llevaron a la cárcel. Entonces ahí, rápido me preguntaron si tenía problemas de salud y les dije que no. Pero como yo me sentía desesperada, estaba llorando, no dejaba de llorar, me tomaron la presión y estaba bastante alta, y sí tenía un dolor aquí en la cabeza, que no se me quitaba y me sentía mal, me sentía mareada y, y este, y no podía respirar, y ya se dieron cuenta que tenía alta presión. Y sucede de que me empezaron el tratamiento ahí, y desde ese momento ya he estado siempre tomando medicación”.

Durante su estancia en la cárcel, Candelaria tuvo varios problemas relacionados con su presión alta. Ella menciona que una de esas veces eran las siete de la mañana cuando se empezó a sentir mal y llamó a una guardia de seguridad para comentarle lo ocurrido, la guardia llamó a un enfermero el cual decidió mandarla al hospital debido a que tenía la presión muy alta. En el hospital Candelaria mencionó que “sí la atendieron bien” y que le realizaron varias pruebas para revisar su corazón y su cabeza.

Además de su problema de presión arterial, Candelaria mencionó otros tres problemas crónicos durante su estancia en la cárcel. Uno era resequedad en la cara, para lo cual debido a que no contaba con otra manera de conseguir crema humectante ella solía pedir supositorios para las hemorroides en la farmacia de la cárcel, los cuales utilizaba como humectantes. Otro problema que ella mencionó tener desde hace seis meses fue incontinencia urinaria, para el cual le comenzaron a dar tratamiento médico. Sin embargo, mencionó que no se sentía muy cómoda con las pastillas por lo que estaba pensando en dejarlo. Otro problema fueron manchas rojas en sus manos, las cuales menciona que iniciaron después de estar tomando “toda esa clase de medicación” para sus otros problemas. Además de sus

problemas crónicos de salud, Candelaria vivió varias situaciones de violencia dentro de la cárcel por parte de otras internas.

Aparte de Candelaria, otras dos mujeres refirieron en la cárcel presión arterial alta y otros problemas de salud. Una de ellas fue Irma, ella mencionó que cuando la detuvieron en San Diego traía muy elevada su azúcar, por lo que una enfermera le puso una inyección de insulina. Después la cambiaron a otro lugar en donde continuaba con niveles muy altos de azúcar por lo que le dijeron que la tenían que llevar a una clínica. Irma mencionó que no quería ir a la clínica ya que la iban a llevar toda “esposada”. Sin embargo le comentaron que era importante por lo que la llevaron a la clínica en donde recibió atención y medicamento tanto para su problema de diabetes como para su problema de presión alta.

Por otro lado, Úrsula mencionó que durante su estancia en la cárcel siempre recibió medicamentos para su problema de presión alta. Otro problema crónico que ya se había mencionado de Úrsula era su dolor de rodillas, ella comentó que estando en la cárcel seguido tenía molestias hasta que un día comenzó con dolores muy intensos al punto que su compañera de celda tuvo que hablarle a la *sherif*. Después de esto, dos enfermeras llegaron y la bajaron en silla de ruedas hasta el lugar donde la iba a revisar el médico sin embargo no le dieron medicamento en ese momento sino hasta las nueve de la noche que era cuando le daban sus otros medicamentos. Después Úrsula mencionó que la pasaron a otro edificio y la empezaron a interrogar como si tuviera algún problema de salud mental a lo que ella mencionó que no, que solo le dolía la rodilla, días posteriores ella refiere que le llevaron su medicamento pero que se equivocaron y ella se dio cuenta pero prefirió no decir nada por la probable reacción de las personas. Ella se tomó el medicamento y momentos después le llevaron a la *sherif* quien hablaba español y la cual le mencionó que se habían equivocado de medicamento y que le iba a dar mucho sueño y mareos. Úrsula menciona que se sintió como “drogada” después de tomarse la medicina y que fue hasta que su hija fue a verla que le comentó lo ocurrido y ella al abogado, que la pudieron regresar al primer lugar donde la tenían. Después de esta experiencia de atención en la cárcel Úrsula mencionó lo siguiente:

“-Ya no Dios mío, que no me duela la rodilla, ya, que no me duela porque ya no quiero volver a pasar lo mismo-, es una experiencia ¡tan dolorosa, tan horrible! que digo -no-”.

Una mujer que durante su estancia en la cárcel tuvo un problema de salud y no comentó nada al respecto fue Paloma. Ella mencionó lo siguiente:

“-Ahí, ahí en la cárcel empecé a sentirme mal, se me adormecían los dedos de los pies, me daba comezón mí, mi cuerpo no sabía ni dónde rascarme porque no sé cómo sentía mi cuerpo por dentro. Sí  
-Y, ¿usted ahí adentro de la cárcel le dijo a alguien que se sentía mal, o cómo fue que buscó ayuda?  
-No pues hasta que salí. Hasta que salí que fui a, me fui a Zacatecas de donde soy y allá fue donde fui al doctor”.

### **10.3.6 Devolución**

Cuando a Candelaria la deportaron a México, ella menciona que cuando pasaron la línea en migración le comentaron que había un doctor y le preguntaron a ella y a otras personas que si alguien tenía problemas de salud; a lo que Candelaria comentó que ella traía “una bolsa llena, una farmacia”. Debido a esto la llevaron a tomarle la presión y le comentaron que la traía “bastante alta”, sin embargo no menciona que le hayan dado tratamiento o seguimiento. También menciona que el médico le “chequeo su azúcar” y le realizó la prueba para el VIH, esta última sin su consentimiento pero le comentó que había salido bien, a lo que Candelaria contestó que ya sabía ya que previamente en la cárcel le habían hecho la prueba.

Otra de las mujeres que recibió una atención durante su proceso de devolución fue Irma. Ella menciona que en el lugar donde “los sacan” había una enfermera, a la cual le pidió que le revisara su presión para ver cómo estaba a lo que le contestó lo siguiente: “pos estás bien en lo que se refiere a lo normal” dice “estás bien”. Además de su presión, Irma también refirió que se quería revisar de su azúcar debido a su diabetes, sin embargo le comentaron que en ese momento no tenían para tomarle el azúcar, solo la presión.

Después de ser deportada, Candelaria decidió acudir al Instituto Madre Asunta debido a que no tenía familiares con quien acudir en Tijuana. Actualmente mencionó varios problemas de salud crónicos los cuales comenzaron en diferentes momentos de su proceso migratorio. Uno de sus problemas mencionados fueron hongos en sus uñas, para los cuales no estaba con ningún tratamiento. Otro problema mencionado fueron calambres en las piernas, los cuales menciona iniciaron durante su estancia en la cárcel debido a una caída de la cama, a pesar de que no ha buscado atención con un médico, ella refiere que una de sus compañeras migrantes le ha estado poniendo ungüento de calor el cual le ha mejorado las molestias. Un problema crónico en el que Candelaria hizo mucho énfasis durante el relato de este momento de su historia de vida fue la obesidad. Ella mencionó varias veces su incomodidad al respecto y fueron múltiples veces en las que estuvo llorando al relatarlo.

“Yo me, me miré en el espejo de los baños, están poquito, pues si ya me puedo mirar más así, ¡oh my God! Me dio mucha tristeza, estoy tan gorda y deforme”.

Además de lo anterior, Candelaria mencionó que actualmente no se ha estado tomando bien sus medicamentos debido a que algunos de ellos le dan sueño y la ponen “tonta” y no puede irse a dormir a cualquier hora en el Instituto Madre Asunta. Sin embargo, en relación a la ayuda que ha recibido del Instituto refirió que el abogado que labora ahí le ha estado ayudando a tramitar su Seguro Popular.

Durante su devolución y estancia en el Instituto Madre Asunta, otras 15 mujeres mencionaron algún problema de salud crónico que estuviera siendo atendiendo o no en ese momento.

Rosario mencionó que durante el tiempo que ha estado en el Instituto, ha surgido su problema de colitis, para el cual la médica pasante que acude al Instituto le dio una fibra. También recibió como consejo de su madre el comprar unas pastillas para la colitis, las cuales también compró en Tijuana. De igual manera menciona que debido al estrés se le ha alterado también la migraña.

Otra de las mujeres a la que se le han exacerbado varios problemas crónicos de salud que ya tenía con anterioridad es a Paquita. Ella refiere que ha estado con tos debido a su asma, sin embargo ella mencionó que por la mañana había utilizado lo último que le quedaba de medicamento en su inhalador por lo que estaba esperando que volviera la médico pasante al Instituto para pedirle medicamento. También refiere que ha continuado con su presión alta, la cual también ha sido atendida por otro médico que iba al Instituto; sin embargo ella menciona que el tratamiento médico que le han dado para su presión le da miedo ya que la ha hecho sangrar de su matriz.

Un problema agudo ya mencionado que a la larga se volvió crónico fue el dolor de pies de Bárbara debido a las quemaduras que sufrió durante su cruce por el desierto. Ella refirió que actualmente si camina mucho tiempo sobre el piso caliente le vuelven a salir ampollas y le duelen, a pesar de que ya han pasado ocho años desde su accidente por el desierto.

Otra mujer que mencionó continuar con molestias en sus extremidades inferiores fue Soledad, de ella se había comentado en el apartado de agudas que en su lugar de origen había tenido una mordedura de serpiente, sin embargo actualmente refiere que si camina mucho le arde todo el dorso del pie.

Úrsula también refirió molestias en su lengua (sentirla rasposa y dolor) de manera crónica, sin embargo lo que trata de hacer es evitar ciertos alimentos. También menciona que en algún momento un señor que conoció en una tienda le recomendó tomar un medicamento del cual tenía que poner 15 gotas en un vaso con agua, ella mencionó que si le dio mucho resultado y le mejoró las molestias de su lengua. También refirió problemas para segregar saliva desde que tuvo su quimioterapia; sin embargo para esto último no ha acudido a ningún tipo de atención.

Una mujer que mencionó problemas crónicos y no atendidos fue Moni quien refirió malestar en el estómago siendo este a veces como muchas “agruras” y a veces como un vacío enorme en el estómago.

Por otra parte, Angustias refirió que tiene tres a cuatro meses caminando con ayuda de muletas y que como se había comentado con anterioridad debido a que el Seguro Popular no cubre la prótesis no ha podido pagarla por sus propios medios. De los otros problemas crónicos mencionados por diferentes mujeres fueron contracturas musculares en la espalda, obesidad, ácido úrico alto, triglicéridos altos, diabetes y presión alta. Algunos de estos problemas como las contracturas musculares no han sido resueltos por las mujeres, sin embargo otros como los problemas de ácido úrico alto, los triglicéridos altos y la diabetes y la presión se han buscado resolver de manera momentánea con el medicamento que ya traían las mujeres desde su deportación.

## **11. DISCUSIÓN**

El origen fue el primer momento migratorio en el que las mujeres de este estudio identificaron necesidades de salud tanto agudas como crónicas. Algunos de los eventos que las mujeres identificaron que influyeron en sus necesidades agudas fueron el clima, el desgaste relacionado al trabajo, o problemas de salud derivados de la misma zona de vivienda (en el caso de las picaduras o mordeduras de animales que se dieron en zonas rurales o semiurbanas). El único evento o circunstancia que se pudo identificar que influyó en la necesidad de salud crónica de una mujer fue la violencia familiar y de género vivida durante su infancia.

En ambos tipos de necesidades es importante resaltar que si dichas necesidades no ponían en peligro su vida (problemas de las vías respiratorias, cefaleas, mala circulación, colitis), las mujeres no buscaban atención para éstas sino que ellas mismas les daban solución por medio de medicamentos que ya tenían en casa o hacían uso de remedios naturistas que sus redes familiares les otorgaban. Para la atención de ciertas necesidades de salud agudas (apendicitis, anemia, infecciones de las vías respiratorias superiores) el contar con algún tipo de seguro médico fue decisivo para buscar la atención, sin embargo la calidad de la atención recibida también influyó para que una de ellas a pesar de ser derecho habiente del IMSS decidiera acudir a los servicios privados debido a la mala atención recibida en dicha

institución. Por otro lado, las dos mujeres que tuvieron alguna necesidad de salud relacionada con alguna mordedura de animal identificaron como actores clave para la resolución de esta tanto a sus familiares, que las llevaron a buscar atención a un servicio de salud; como los médicos de los diferentes servicios que les brindaron la atención.

Lo anterior permitió observar que las necesidades de salud que las mujeres migrantes de éste estudio refirieron en sus lugares de origen son muy diversas, y que los actores que influyeron en su resolución también fueron diversos, entre ellos sus redes familiares, el personal de los servicios de salud y ellas mismas. Estos resultados también permitieron visualizar que la búsqueda de atención que tuvieron estas mujeres fue muy ligada a la percepción de gravedad que cada una de ellas tuvo en relación a su necesidad. Es importante tomar esto en cuenta ya que la falta de resolución de dichas necesidades en el lugar de origen puede tener distintas repercusiones en los siguientes momentos del proceso migratorio.

Las necesidades de salud que refirieron las mujeres durante su tránsito hacia EEUU coincide con lo que está publicado en la literatura como lo es el maltrato, la violación a sus derechos humanos, accidentes, y violencia por parte de los coyotes (Salgado et al., 2007 e Infante et al., 2012); así como accidentes causados por la condición climática, la flora y la fauna de la región (Pérez, 2005).

Las necesidades de salud agudas referidas en este estudio durante el tránsito fueron quemaduras en los pies, traumatismos en la cabeza; heridas, raspones y edema en extremidades. Estas fueron debidas a circunstancias como la condición climática (desierto), la flora y la fauna (piedras y cactus) y eventos como cruce de túneles o tener que agarrarse de tubos para llegar a otro lado del camino. En el caso de las necesidades de salud crónicas éstas estuvieron mayormente ligadas a la agudización de dichas necesidades y en ambas no existió atención en ese momento.

A diferencia de esto, en las necesidades agudas si hubo distintas experiencias de búsqueda de atención las cuales estuvieron determinadas por diversas

circunstancias, entre ellas las más importantes fueron las redes sociales con las que contaban en ese momento. Para la mujer que llegó a EEUU y no tuvo que estar encerrada en casa de seguridad en cuanto llegó, las personas con las que cruzó la llevaron a una clínica en donde recibió más que nada medicamentos paliativos para el dolor y su edema de pies.

Sin embargo en las mujeres que si vivieron una detención de su libertad por parte de los coyotes, ellas mismas se atendieron sus necesidades en ese momento (quemaduras de pies, lesiones en brazos) o los mismos coyotes o familiares de éstos les proporcionaron medicamentos como pomadas, agua oxigenada, o violeta de genciana para atender momentáneamente las lesiones menores o las quemaduras.

Para una de ellas la vergüenza que implicaba el acudir a los servicios de salud para solicitar el retiro de espinas del área glútea, fue determinante para no buscar atención y ella misma retirarse las espinas.

Estas experiencias permitieron identificar por un lado lo difícil que es para las mujeres buscar atención para sus necesidades de salud agudas y crónicas en la zona fronteriza tanto por la falta de redes sociales en ese, como por el miedo y vergüenza que puede significar el tipo de lesiones a las que están expuestas durante el viaje y lo que significa buscar atención en los servicios de salud. Cabe mencionar que los actores más importantes identificados en este momento del proceso migratorio fueron las mismas mujeres y sus acciones para resolver sus necesidades de salud, así como el apoyo de los mismos coyotes o las familias de éstos. Este tipo de atenciones momentáneas también tuvieron un efecto a largo plazo en la salud de las mujeres, como lo fueron las quemaduras en los pies de una de ellas (ocho años después continuaba con dolor). Lo anterior permite reflexionar en las repercusiones que pueden existir cuando las mujeres migrantes o los coyotes minimizan los riesgos de ciertas necesidades, así como la falta de atención oportuna en cada una de estas.

Una vez en EEUU, las mujeres refirieron en sus historias de vida distintas necesidades de salud tanto crónicas como agudas. Las situaciones y eventos que influyeron en ambos tipos de necesidades fueron sumamente diversos: accidentes laborales, violencia familiar y de género, abuso de sustancias, el clima, los ambientes obesogénicos del país receptor y el estrés al que están expuestas tanto en sus hogares como en sus lugares de trabajo, todo lo anterior se refuerza en trabajos como el de Salgado et al. (2007) y CONAPO (2010).

En las necesidades de salud agudas la búsqueda de atención fue influenciada por diversos factores: la existencia de redes sociales y familiares que impulsaron la búsqueda, en caso de un accidente laboral la existencia de seguro por parte del trabajo, y el dolor asociado al tipo de necesidad de salud o la gravedad de esta.

A pesar de que en diversos estudios (CONAPO, 2010; Salgado et. al 2007; Leyva y Quintino 2011) se menciona la dificultad para acceder a los servicios de salud en otros países por parte de las mujeres migrantes debido a diversas barreras (económicas, culturales, miedo por estatus migratorio), en este estudio fueron solamente 3 mujeres las que refirieron no buscar atención o algún tipo de barrera ante su búsqueda (miedo debido a estatus migratorio). Esto no implica que las mujeres migrantes mexicanas en EEUU no tengan dificultades para acceder a los servicios de salud, sin embargo este estudio permite visualizar que en estas mujeres existieron diversas experiencias de búsqueda en los servicios de salud que permitieron una atención a sus distintas necesidades a pesar de las barreras antes descritas.

De igual manera, sí hubo en este estudio dos mujeres que hicieron mención a las dificultades económicas que representaron las atenciones obtenidas; una de ellas pagaba aproximadamente 80 dólares cada que le aplicaban una inyección de cortisona en una clínica gratuita y por otro lado, a otra mujer posterior a su atención en urgencias le llegaban facturas con el costo de la atención sin embargo nunca pudo pagarlas a pesar de su voluntad para hacerlo.

Las mujeres que mencionaron algún tipo de necesidad aguda o crónica en su lugar de destino identificaron como actores principales para la atención de éstas a sus familiares, médicos en clínicas gratuitas, sus redes sociales, ellas mismas (con medicamento traído desde México o atención propia de lesiones), y a los diversos programas de apoyo que les permitieron a algunas de ellas no incurrir en gastos durante su atención médica (MEDICAL y ATASA); esto coincide con lo mencionado por Woo (2001) en relación al apoyo que pueden significar las redes con las que cuentan las mujeres en su lugar de destino para la resolución de cierto tipo de problemas.

Tanto el abuso de sustancias en mujeres migrantes como las lesiones infligidas por sus conyugues en los lugares de destino son dos temas que en salud se han abordado poco en los estudios actuales de mujeres migrantes. Esto es importante ya que las repercusiones de ambas situaciones son sumamente preocupantes tanto a nivel mental como físico. En este estudio fueron dos mujeres las que refirieron problemas de salud derivados de un abuso crónico de sustancias (sobredosis y problemas del hígado), así como una de ellas que también refirió una fractura de cráneo y lesión en el ojo derivado de la violencia familiar por su conyugue; sin embargo su búsqueda de atención fue posterior al evento y derivado a una crisis de ansiedad lo cual nos indica que en este tipo de necesidades a pesar de que las mujeres identificaron que necesitaban de una atención, tuvo que pasar otro evento detonante para que se acercaran a los servicios de salud.

En relación al retorno voluntario, a pesar de que la mayoría de las mujeres regresaron a México con el objetivo de visitar a sus padres o familiares, una de ellas regreso específicamente con el objetivo de tratar su necesidad de salud crónica debido a la insistencia por parte de sus familiares en su lugar de origen.

En el caso de este tipo de necesidades existieron dos eventos o circunstancias que dos de las mujeres pudieron identificar como detonantes de su problema; en una de ellas fue el estrés causado por su familia y la repercusión en su presión arterial, y en otra de ellas fue un evento traumático (el asesinato de una amiga) que

desencadenó un trastorno alimenticio que empeoró una necesidad de salud crónica.

Por otro lado, las necesidades de salud agudas tuvieron como circunstancias desencadenantes el estrés familiar y una de ellas un evento relacionado a la dinámica familiar y el esfuerzo postquirúrgico. Una similitud en la búsqueda de atención para las necesidades agudas durante el origen y el retorno voluntario es que en ambos casos cuando no era un problema que pusiera en peligro la vida la búsqueda no existía.

A diferencia de lo anterior de las cinco mujeres que refirieron algún tipo de necesidad de salud crónica en su regreso a México, en cuatro de ellas existió algún tipo de experiencia de búsqueda de atención.

En las mujeres que no contaban con algún tipo de seguro de salud la búsqueda fue en clínicas-escuela, en centros de salud y en servicios de salud privados. Las barreras para el acceso a las que se enfrentaron estas mujeres fueron desde administrativas hasta organizacionales (la mujer que fue al centro de salud y no la quisieron atender por trámites administrativos por lo que decide acudir a servicios de salud privados; o aquella que llamó para hacer cita con una psicóloga y no contestó por lo que no volvió a buscar ayuda) y los actores que influyeron en la respuesta fueron desde ellas mismas, pasantes de medicina, médicos en servicios de salud privados y los mismos familiares que apoyaron llevándolas a un servicio de salud o brindaron ellos mismos la atención y el tratamiento. La terapia naturista también fue mencionada como apoyo a la resolución de las necesidades de salud crónicas de dos mujeres migrantes en este momento de su proceso migratorio.

La estancia en la cárcel en EEUU es un evento traumático que no solo trae consigo situaciones desconocidas para las mujeres, sino que también puede significar una segunda o tercera barrera para la atención de sus necesidades de salud. Para las dos mujeres que refirieron algún tipo de necesidad aguda durante su estancia en la cárcel la atención fue sumamente diferente. En una de ellas a pesar de que tuvo un cuadro de gripa, tos, escalofríos y calentura, la atención fue nula. Sin embargo en

la otra mujer (que había tenido antecedente de cáncer de mama) cuando mencionó que tenía dolor en un pulmón y buscó atención; obtuvo respuesta a su necesidad ya que le tomaron una radiografía y le comentaron que no había ningún problema.

Es importante hacer énfasis que lo anterior podría estar influenciado por las diferentes cárceles en que estuvieron cada una, así como por el antecedente de la segunda mujer y tal vez mayor preocupación por parte de las personas encargadas de los servicios de salud en dicha cárcel.

En relación a las mujeres que refirieron necesidades de salud crónicas, las experiencias de búsqueda y resolución fueron muy variadas. Los actores que influyeron en la búsqueda o atención fueron las mismas mujeres, sus redes sociales (compañeras de celda), las mismas guardias de seguridad, los médicos en las clínicas a las que las llevaban o en la misma cárcel, así como sus familiares. Si bien tres de ellas refirieron haber recibido algún tipo de tratamiento, una de ellas no se sentía cómoda con éste por lo que consideró en algún momento dejarlo y en otra de ellas se equivocaron en el tipo de tratamiento lo cual suscitó una serie de eventos que orillaron a la mujer a no volver a buscar ayuda durante su estancia en la cárcel a pesar de los dolores que tenía.

En el momento de su detención antes de ser devueltas a México, algunas mujeres del estudio refirieron sentir frío debido a la temperatura del lugar donde estaban o debido a que los agentes de migración estadounidenses bajaban la temperatura del vehículo en el que eran transportadas, sin embargo no se les dio algún tipo de cobija o apoyo por parte de los agentes para solucionar dicha necesidad. Dos mujeres refirieron haber tenido otro tipo de necesidad de salud aguda como cefalea post estrés o ansiedad y molestias en el estómago; sin embargo ninguna de ellas buscó atención en ese momento. Las barreras para el acceso identificadas en este momento del proceso migratorio incluyeron el miedo a las repercusiones y el estar pensando en otras situaciones más importantes como el qué harían una vez que fueran devueltas a su país.

Una vez de regreso a México, las mujeres migrantes refirieron diversas necesidades de salud agudas y crónicas cuyas experiencias de búsqueda de atención fueron influenciadas por las redes sociales con las que contaban en ese momento así como la información sobre dónde resolver ciertas necesidades de salud en Tijuana. En el caso de las necesidades agudas, la mayor parte de las mujeres no pudo buscar una atención a éstas a pesar de que fueron siete mujeres las que mencionaron alguna necesidad (manchas en la cara, calambres, dolor en el pecho, lesiones por piquetes de insectos, tos con flemas, entumecimiento del brazo, cefalea, dolor de espalda, dolor de estómago y problema en la rodilla). Las barreras para la búsqueda de atención fueron la falta de información de dónde buscar atención, la falta de redes sociales y la situación económica en ese momento.

Las mujeres que sí pudieron recibir algún tipo de respuesta a sus necesidades de salud fueron gracias a la atención brindada por una enfermera que acudía al Instituto Madre Asunta y otra mujer que contó con el apoyo para ser llevada al Hospital de Tijuana; sin embargo debido a que el Seguro Popular no cubría la férula que necesitaba y a su falta de recursos económicos la mujer llevaba cuatro meses caminando con muletas como una manera paliativa. En el caso de las necesidades crónicas, tanto las acciones como los actores involucrados en la respuesta fueron mucho más diversos.

Hubo varias mujeres en las que sus necesidades crónicas se agudizaron al momento de su devolución (aumento de presión arterial, calambres en piernas, episodio de colitis, dolores musculares, dolor en pies, episodio de asma, dolor en estómago, migraña). Si bien dos de ellas pudieron tener algún tipo de revisión durante su devolución en la garita (toma de presión, prueba rápida de VIH), una de ellas no pudo debido a la falta de reactivos para la toma de sus niveles de glucosa en ese momento.

La mayor parte de las mujeres con este tipo de necesidades estaban haciendo uso en ese momento de sus medicamentos con los que fueron devueltas a México, sin embargo existía una preocupación generalizada de qué iban a hacer una vez que

se les terminara dicho medicamento. Por un lado algunas de ellas mencionaron que estaban esperando hablar con la médico pasante que acudía al Instituto Madre Asunta para ver la posibilidad de que se les diera medicamento, por otro lado el abogado que trabajaba en el Instituto les estaba ayudando a tramitar su Seguro Popular y una de ellas mencionó que otra de sus compañeras en la casa le estaba proporcionando y poniendo una pomada para mejorar sus dolores musculares. Lo anterior es de suma importancia ya que permitió entender la respuesta tuvieron las mujeres de este estudio por las organizaciones de la sociedad civil y de igual manera visualizar tanto los retos como las limitaciones que tienen este tipo de organizaciones.

Sin embargo también existieron varias mujeres que refirieron no estar utilizando ningún medicamento ni estar buscando algún tipo de servicio para su necesidad de salud, entre ellas la mujer que tuvo quemaduras en sus pies y que continuaba con molestias, la mujer que había sido mordida por una serpiente y tenía dolor en el dorso de éste, una mujer con problemas para segregar saliva, una con onicomicosis y dos con problemas de obesidad.

Fue en este momento del proceso migratorio en el que el tema del *embodiment* se vio mayormente reflejado debido a que en este punto las mujeres ya iban cargando con todos los eventos y necesidades que ocurrieron en los momentos anteriores de su proceso migratorio. Claramente hubo una mujer en las que esta transformación tuvo tal impacto que después de no verse al espejo por varios años, en el momento en el que lo hizo después de su devolución refirió no reconocerse ni saber qué iba a hacer con esa persona que estaba viendo, la cual había sido resultado de todo lo vivido desde su lugar de origen.

Sin duda tanto las necesidades de salud agudas como las crónicas de estas mujeres permitieron visualizar diversos actores y experiencia de búsqueda de las mujeres migrantes durante cada uno de sus momentos migratorios. Sin embargo es importante mencionar que no fueron el único tipo de necesidades que mencionaron las mujeres migrantes de este estudio, ni que en general los estudios de mujeres migrantes refieren en la literatura. Dicho esto es importante tomar en

cuenta que cada necesidad trae sus dificultades particulares en temas de acceso y resolución y que será de gran valor analizar cada una de ellas para poder dar las mejores recomendaciones con el objetivo de mejorar el sistema de salud.

## **12. CONCLUSIONES**

Las necesidades de salud de mujeres migrantes devueltas de EEUU a México continúa siendo un tema muy poco visible en los estudios actuales sobre migración y mujeres. Por una parte el tema plantea un reto metodológico, pues el tipo de información a obtener requiere de sensibilidad en ciertas técnicas de recolección, así como identificar barreras que podrían estar influenciando las respuestas de las informantes (ej. género del entrevistador(a), número de sesiones necesarias para que la informante se sienta cómoda contando su historia de vida, el rapport que se pueda hacer entre entrevistadora e informante, entre otras).

Por otro lado, no existen muchos estudios en los que se reconstruya la historia de vida de las migrantes y se reconstruyan las diferentes necesidades de salud en los distintos momentos del proceso migratorio, dando de esta manera un panorama amplio de los diferentes retos que supone tanto para la migrante como para los sistemas de salud la búsqueda y atención de estos distintos padecimientos.

Los estudios previos en salud de mujeres migrantes han estado enfocados mayormente a la salud sexual y reproductiva de éstas; sin embargo estudios como este pretenden reafirmar la importancia que tiene el no olvidar que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948) y que existen otro tipo de necesidades a tomar en cuenta si queremos realmente mejorar de manera integral la salud de esta población.

Esto permite realizar recomendaciones a los sistemas de salud de las ciudades fronterizas, haciendo énfasis en que a pesar de que las mujeres migrantes pueden llegar a tener diversos problemas de salud sexual y reproductiva durante los diferentes momentos del proceso migratorio, el tomar en cuenta que existen otro tipo de necesidades como diabetes, presión arterial alta, dolores musculares,

cefalea o asma, podría ser importante para planear el tipo de insumos con el que deben contar los prestadores de servicios de salud que atienden a población migrante y las acciones a llevar a cabo en las garitas, en los centros de salud o en las mismas casas del migrante.

De igual manera el considerar las necesidades de salud crónicas como parte de los problemas de salud que pueden presentar las migrantes, invita a reflexionar acerca del seguimiento que pueden requerir una vez de regreso a su país y la necesidad de contar con protocolos de referencia bien definidos entre instituciones que permitan dar respuesta oportuna a este tipo de problemas.

Es importante no olvidar que las mujeres migrantes al igual que los niños, continúan siendo parte de un grupo más vulnerable a sufrir abusos y lesiones durante cada momento del proceso migratorio, por lo tanto el hecho de que exista una sola OSC en Tijuana que se dedique a dar asilo y respuesta a este grupo de migrantes constituye un foco rojo a tomar en cuenta ya que la saturación de este tipo de servicios ocasiona que las atenciones no puedan ser tan oportunas como deberían. También sería importante considerar que si las mujeres fueron víctimas de algún tipo de abuso ya sea físico o sexual es de suma importancia garantizar que tengan acceso oportuno a servicios que permitan iniciar tratamiento tanto psicológico como médico (profilaxis para ITS, VIH, interrupción oportuna del embarazo no deseado, etc.) y lo anterior solo se puede lograr con convenios de colaboración entre las distintas instituciones que de manera comprometida atienden a las mujeres.

Tomando en cuenta la importancia que en este estudio tuvieron las redes sociales y familiares para la búsqueda de atención en los diferentes momentos del proceso migratorio, el hecho de que se tenga bien documentado que las mujeres devueltas muchas veces están lejos de sus redes y que muchas veces se encuentran en otras ciudades por las que no cruzaron o en las que nunca habían estado, el acercar los servicios de salud a las migrantes tendría que ser algo prioritario y tener muy en cuenta que si las instancias gubernamentales no realizan campañas

continuas de promoción a la salud en las ciudades fronterizas será muy difícil que las migrantes busquen atención a su salud por su cuenta.

En el tema de acceso a los servicios de salud, la respuesta que servicios de salud privados como las Farmacias Similares o consultorios de igual índole están proporcionando a las mujeres a su regreso a México es un motivo grande para estudios futuros, esto ya que no solo están siendo una manera rápida de resolución a los problemas de acceso que tienen las mujeres, sino que por otro lado la calidad de la atención y los gastos a los que están incurriendo son dos puntos a tomar en cuenta en este fenómeno paliativo.

Esto nos lleva a otro tema a profundizar en estudios futuros, la calidad de la atención. En este estudio existieron varias mujeres que diferenciaban entre la calidad de la atención en EEUU y México, esto puede ser muy importante a analizar ya que permite tener una idea de las razones por las que acuden o no a cierto tipo de servicios y por ende planear la manera de acercar los servicios de salud hacia este tipo de población en cada uno de los países involucrados.

Muy ligado a este tema se encuentra la calidad de la atención recibida en cárceles en EEUU por parte de mujeres mexicanas. Actualmente existen pocos estudios que tratan este tema, sobre todo por los dilemas bioéticos que representa el trabajar con este tipo de población. Sin embargo, tomando en cuenta la cantidad de mujeres que intentan cruzar de manera indocumentada a EEUU y las consecuencias que esto conlleva, así como el número de mujeres que ya estando en EEUU son detenidas y terminan en la cárcel; el realizar un estudio que permita entender el tipo de atención que se brinda en la cárcel a mujeres mexicanas así como las barreras que existen para que esta población reciba una buena atención podría dar pauta para entender el tipo de enfermedades que se pueden estar agudizando en estos lugares y de igual manera las necesidades de salud que puede estar teniendo este tipo de población de mujeres antes de ser devueltas a su país de origen.

Otro punto a tomar en cuenta de este estudio es el hecho de que existieron tres mujeres con preferencias sexuales distintas a la heterosexual, lo cual invita a que en estudios posteriores se tenga muy en cuenta que no todas las mujeres que migran son heterosexuales, y que existen muchos temas todavía a explorar en relación a este grupo de mujeres y su salud (ej. salud mental en mujeres migrantes con preferencias sexuales distintas, salud reproductiva en este grupo de mujeres y su acceso a los servicios tanto en EEUU como en México, discriminación y abuso en cárceles en EEUU, entre otros).

Por último cabe la pena resaltar que lo más importante en esta tesis fue permitir que las propias voces de las mujeres contaran las necesidades de salud que habían vivido durante cada proceso migratorio. A pesar de que para motivos de esta tesis se tomaron solo dos historias de vida como ejes articuladores, lo cierto es que hay que mencionar que cada una de las historias es sumamente rica y compleja en información que permite vislumbrar las dificultades que tuvieron las mujeres en su búsqueda de atención e interacción con los diferentes actores de la respuesta social organizada.

Solamente un relato completo de la propia voz de las mujeres entrevistadas permitió llegar a un entendimiento de que cada mujer vive una historia diferente desde el momento que decide migrar; sin embargo por medio de la comparación constante y de la profundidad alcanzada por el tipo de análisis se llegó a la conclusión de que sí existen necesidades de salud similares en las mujeres de este estudio que orientan a los retos que tienen los sistemas de salud de ambos países involucrados con el objetivo de mejorar la salud de una población que más que ser “ni de aquí ni de allá” son seres humanos con un derecho universal que nos debería de competir a todos: la salud.

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social A.C. y Sin Fronteras I.A.P. Construyendo un modelo de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual, en México. México: INCIDE SOCIAL, SIN FRONTERAS IAP, 2012.
2. Instituto Nacional de las Mujeres. Memoria Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género. [monografía en internet]. México: CONAPO, 2007. [consultado 2012 octubre]. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100912.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100912.pdf)
3. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: A social determinant of the health of migrants. [monografía en internet]. Bruselas: OIM, 2006. [consultado 2012 noviembre]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/docl\\_9914\\_392596992.pdf](http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/docl_9914_392596992.pdf).
4. Secretaría de Salud. Programa de Acción Especifico 2007-2012 Salud del Migrante. [monografía en internet]. México, D.F.: SSA. [consultado 2012 noviembre]. Disponible en: <http://www.dgri.salud.gob.mx/descargas/pdf/saluddelmigrante.pdf>.
5. ONUSIDA. El derecho de los migrantes a la salud. [monografía en internet]. Ginebra: ONUSIDA, 2002. [consultado 2012 febrero]. Disponible en: [http://data.unaids.org/Publications/irc-pub02/jc519-migrantsrighttohealth\\_es.pdf](http://data.unaids.org/Publications/irc-pub02/jc519-migrantsrighttohealth_es.pdf).
6. CEPAL. Migración Internacional, derechos humanos y desarrollo en américa latina y el caribe. [monografía en internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2006. [consultado 2012 febrero]. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/26608/LCW98-migracion.pdf>
7. Casillas R. Un viaje más allá de la frontera. Los migrantes centroamericanos en México. Perfiles Latinoamericanos [serie en internet] 1996 [consultado 2012 noviembre 25]; 8: 141-171. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/115/11500808.pdf>.
8. Salgado de Snyder VN, González-Vázquez T, Bojorquez-Chapela L, Infante-Xibillé C. Migración México-Estados Unidos: consecuencias para la salud. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
9. CESOP. La migración en México: ¿un problema sin solución? [monografía en internet]. México D.F.: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2006. [consultado 2013 febrero]. Disponible en: <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=la%20migraci%C3%B3n%20en%20m>

%C3%A9xico%3A%20%20C2%BFun%20problema%20sin%20soluci%C3%B3n%3F&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww3.diputados.gob.mx%2Fcamara%2Fcontent%2Fdownload%2F28773%2F126405%2Ffile%2FLa%2520%2520migracion%2520en%2520Mexico%2C%2520un%2520problema%2520sin%2520solucion.pdf&ei=\_ds3UZq9OuX72QWGj4CgDA&usg=AFQjCNHNky54m9KKg\_kzHpLyl2h8HqGmyA.

10. Salgado S. Motivaciones de la migración de mexicanos hacia los Estados Unidos. En: De Alba M. Temas selectos de salud y derecho. México: UNAM, 2002: 89-108. Disponible en línea en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/357/8.pdf>.
11. Vega G. Mujeres migrantes: el caso de la frontera norte de México. En: Memoria Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género. Instituto Nacional de las Mujeres. [monografía en internet]. México: CONAPO, 2007: 35-53. [consultado 2012 octubre]. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100912.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100912.pdf).
12. Addiechi F. Fronteras reales de la globalización Estados Unidos ante la migración latinoamericana. México D. F.: Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2005.
13. Infante C, Idrovo AJ, Sánchez-Domínguez MS, Vinhas S, González-Vázquez T. Violence Committed Against Migrants in Transit: Experiences on the Northern Mexican Border. J Inmigrant Minority Health. 2012; 14: 449-459.
14. Worldbank.org [sitio de internet]. Washington: World Bank. [actualizado 2010 noviembre; consultado 2012 jul]. Disponible en: <http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821382189>.
15. Consejo Nacional de Población. Encuesta sobre migración en la frontera norte de México 2000-2001. [monografía en internet]. México: CONAPO, 2004. [consultado 2012 febrero]. Disponible en: <http://www.colef.net/emif/resultados/publicaciones/publicacionesnte/pubnte/EMIF%20NORTE%202000-2001.PDF>.
16. Consejo Nacional de Población. Encuesta sobre migración en la frontera norte de México, 2009. [monografía en internet]. México: CONAPO, 2009. [consultado 2012 febrero]. Disponible en: <http://www.colef.net/emif/resultados/publicaciones/publicacionesnte/pubnte/EMIF%20NORTE%202009.pdf>.

17. Kofman E. Female "Birds of Passage" a Decade Later: Gender and Immigration in the European Union. [serie en internet] 1999 [consultado 2012 noviembre]; 33(2): 269-299. Disponible en: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2547698?uid=3738664&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21101437002441>.
18. Morokvasic M. Birds of passage are also women... International Migration Review [serie en internet] 1984 [consultado 2012 octubre 23]; 18:(4 No. Esp): 899. Disponible en: [is.cuni.cz/studium/predmety/index.php?do=down&did=4788](http://is.cuni.cz/studium/predmety/index.php?do=down&did=4788).
19. Zlotnik H. The global dimensions of female migration. [monografía en internet]. Washington, DC: Migration Policy Institute, 2003 [consultado 2012 abril 10]. Disponible en: <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?ID=109>.
20. Monzón A. Las viajeras invisibles: mujeres migrantes en la región centroamericana y el sur de México. [monografía en internet]. Guatemala: PCS, 2006 [consultado 2012 abril 10]. Disponible en: <http://www.pcslatin.org/drupal/files/LibroLasviajeras.pdf>.
21. Woo O. Migración Femenina Indocumentada. Frontera Norte. [serie en internet] 1997 [consultado 2012 mayo]; 9(17): 113-129. Disponible en: <http://www2.colef.mx/fronteranorte/articulos/FN17/>.
22. Leyva R, Quintino F. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
23. Pérez ML, Gorozope L, Pérez T, Trujillo T. Mujeres migrantes y violencia. SOCIOTAM [serie en internet] 2008 [consultado 2012 octubre 23]; 18(1): 229-250. Disponible en: [http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/654/Resumenes/65411190011\\_Resumen\\_1.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/654/Resumenes/65411190011_Resumen_1.pdf).
24. Marroni M, Meneses A. El fin del sueño americano. Mujeres migrantes muertas en la frontera México-Estados Unidos. Migraciones internacionales [serie en internet] 2006 [consultado 2012 marzo 30]; 3: 5-30. Disponible en: <http://www2.colef.mx/migracionesinternacionales/revistas/MI10/n10-005-030.pdf>.
25. Pérez N. Cruces en la frontera: migración indocumentada y muertes en la frontera México-Estados Unidos. [monografía en internet]. México: 2005 [consultado 2012 noviembre 12]. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2480/11.pdf>.
26. Cortés P. Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades [monografía en internet]. Santiago de Chile: CELADE,

2005. [consultado 2012 febrero]. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/23789/lcl2426-p.pdf>.
27. CELADE y CEPAL. Derechos humanos y trata de personas en las Américas. Resumen y aspectos destacados de la Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional. [monografía en internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2003. [consultado 2012 junio]. Disponible en: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/14559/lcl2012\\_P.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/14559/lcl2012_P.pdf).
28. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/sida contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004: 192-197.
29. Caballero M, Leyva R, Dreser A, Bronfman M. Mujeres migrantes en México y Centroamérica y vulnerabilidad al VIH/SIDA. Oaxaca. Población Siglo XXI [serie en internet] 2006 [consultado 2013 enero]; 6(16): mayo-agosto; 30-35. Disponible en: [http://miembros.cisdat.org.mx/articulos/attachments/254\\_SIDA.pdf](http://miembros.cisdat.org.mx/articulos/attachments/254_SIDA.pdf).
30. Amnistía Internacional. Víctimas Invisibles migrantes en movimiento en México. [monografía en internet]. Madrid: Editorial Amnistía Internacional, 2010. [consultado 2012 julio]. Disponible en: <http://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR41/014/2010/en/1345cec1-2d36-4da6-b9c0-e607e408b203/amr410142010es.pdf>.
31. Consejo Nacional de Población y Universidad de California. Migración y Salud Inmigrantes Mexicanas en Estados Unidos. [monografía en internet]. México, D.F.: CONAPO, 2010. [consultado 2012 octubre]. Disponible en: [http://www.portal.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=442&Itemid=427](http://www.portal.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=442&Itemid=427).
32. Hondagneu P. Trabajando “sin papeles” en Estados Unidos: hacia la integración de la calidad migratoria en relación a consideraciones de raza, clase y género. En: Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración. Tuñón E. (Coord.). México, D.F.: COLEF, 2001: 205-231.
33. Herrera MC. Factores condicionantes del acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito. El caso de Tijuana. (Tesis). México: FLACSO, 2010. En línea: [consultado 2012 febrero]. Disponible en: [http://www.flacso.edu.mx/biblioiberoamericana/TEXT/MPOD\\_VIII\\_promocion\\_2008-2010/Herrera\\_MC.pdf](http://www.flacso.edu.mx/biblioiberoamericana/TEXT/MPOD_VIII_promocion_2008-2010/Herrera_MC.pdf).

34. Villaseñor B, Moreno JA (coordinadores). Las mujeres en la Migración. Testimonios, realidades y denuncias. Mexicali: Albergue del Desierto. Centro de Reintegración Familiar de Menores Migrantes A.C., 2006: 115-161.
35. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Vete Sano Regresa Sano. [monografía en internet]. México, D.F.: SSA, 2007. [consultado 2012 diciembre]. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/vete\\_sano\\_regresa\\_sano.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/vete_sano_regresa_sano.pdf).
36. inm.gob.mx [sitio de internet]. México, D.F.: Instituto Nacional de Migración ©2010. [actualizado 2012 junio 20; consultado 2012 jul 12]. Disponible en: [http://www.inm.gob.mx/index.php/page/Repatriacion\\_de\\_Mexicanos\\_de\\_EUA\\_01](http://www.inm.gob.mx/index.php/page/Repatriacion_de_Mexicanos_de_EUA_01).
37. investinbaja.gob.mx [sitio de internet]. Mexicali: Secretaría de Desarrollo Económico de Baja California ©2011. [consultado 2013 ene 17]. Disponible en: [http://www.investinbaja.gob.mx/estilo/calidad\\_vida.htm#05](http://www.investinbaja.gob.mx/estilo/calidad_vida.htm#05)[http://www.investinbaja.gob.mx/estilo/calidad\\_vida.htm#05](http://www.investinbaja.gob.mx/estilo/calidad_vida.htm#05).
38. Médicos del Mundo. Frontera de México con Estados-Unidos. Ciudades de Tijuana y Mexicali: Encuesta sobre la situación de salud de los migrantes y su acceso a la salud. Encuesta 2006-2007. México: Médecins du Monde, 2007.
39. Conofam.org.mx [sitio de internet]. México: Coordinación Nacional de Oficinas de Atención al Migrante ©2010. [consultado 2013 ene 17]. Disponible en: <http://www.conofam.org.mx/>
40. García J. Cristianismo y migración: entre “iglesias de trasplante” y “estrategias de acompañamiento”. *Amérique latine histoire & memoire. Les Cahiers ALHIM* [serie en internet] 2010 [consultado 2013 enero]; 20. Disponible en: <http://alhim.revues.org/index3700.html#bibliography>.
41. Migrante.com.mx [sitio de internet]. Casa del Migrante en Tijuana. México: Red Casas del Migrante Scalabrini; [consultado 2013 enero]. Disponible en: <http://www.migrante.com.mx/Tijuana.htm>.
42. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Derechos humanos y flujos migratorios en las fronteras de México [monografía en internet]. México, D.F.: UNESCO, 2003. [consultado 2012 diciembre]. Disponible en: <http://www.uia.mx/uiainstitucional/dh/pdf/indice.pdf>.

43. García F. El cuerpo como base del sentido de la acción social. REIS. [serie en internet] 1994 [consultado 2012 enero 8]; 68:41-84. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=768114>.
44. Esteban M. Etnografía, itinerarios corporales y cambio social apuntes teóricos y metodológicos. En: Imaz M (coordinadora). España: Hariadna Editorial, 2008: 135-158.
45. Castillo JL, Tirado FJ, Rosengarten M. Una aproximación simétrica al cáncer de mama: heterogeneidad, regulación y corporización. Athenea Digital [serie en internet] 2012 [consultado 2013 febrero 28]; 12(3): 163-185. Disponible en: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Castillo>.
46. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Need for redefining needs. Health and quality of life outcomes. [serie en internet] 2003 [consultado 2012 julio 8]; 1:34. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-34.pdf>.
47. Frenk, Julio. La salud de la población hacia una nueva salud pública. 2da edición. México D.F: Fondo de Cultura Económica, 2000:56-69.
48. Shlaepfer-Pedrazzini L, Infante-Castañeda C. La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. Salud Pública Méx [serie en internet] 1990 [consultado 2012 octubre 23]; 32: 141-155. Disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1990/No\\_2/199032\\_141-155.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1990/No_2/199032_141-155.pdf).
49. Macías M, Díaz N, Bujardón A. Fundamentos para el estudio de la respuesta social al Programa de control de vectores del Aedes aegypti en el municipio de Camagüey. Humanidades Médicas [serie en internet] 2012 [consultado 2013 febrero 1]; 12(2):146-166. Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/viewFile/240/118>.
50. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance. [monografía en internet]. Ginebra: OMS, 2000. [consultado 2012 diciembre]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)
51. Woo O. Redes sociales y familiares en las mujeres migrantes. En: Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración. Tuñón E. (Coord.). México, D.F.: COLEF, 2001: 303-323.
52. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. [serie en internet] 2001 [consultado 2012 noviembre]; 30: 668-677. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/content/30/4/668.full>.

53. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. [serie en internet] 2005 [consultado 2012 noviembre]; 59: 350-355. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/59/5/350.abstract>.
54. Wilde M. Why Embodiment Now? Advances in Nursing Science [serie en internet] 1999 [consultado 2013 febrero 2]; 22(2):25-38. Disponible en: [http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/fulltext/1999/12000/why\\_embodiment\\_now\\_4.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/fulltext/1999/12000/why_embodiment_now_4.aspx).
55. Pott G. Reseña de "Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio" Mari Luz Esteban. Alteridades [serie en internet] 2008 [consultado 2013 febrero 2]; 18(36) julio-diciembre:201-204. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74716004014>.
56. Colegio de la Frontera Norte. Boletines Enero-Marzo 2010. [monografía en internet]. Encuesta sobre migración en la frontera norte EMIF NORTE Enero-Marzo 2010. [consultado 2012 jun 16]. Disponible en: <http://www.colef.mx/emif/resultados/boletines/EMIF%20NORTE%202010%20Ene-Marz.pdf>
57. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis, 1997: 235-274.
58. Tarrés M (coordinadora). Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, Colegio de México, FLACSO, 2001: 135-170.
59. Patton MQ. Qualitative Evaluation and Research Methods. 2da edición. Estados Unidos: Sage Publications, 1990:176-183.
60. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. 2ª ed. Málaga: Ediciones Aljibe; 1999. Pp. 378.
61. Cuñat R. Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. [Documento en línea] XX Congreso anual de AEDEM, Vol. 2. 2007. [consultado 2013 febrero]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499458>.
62. Strauss A y Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2002.
63. www.who.int [sitio de internet]. OMS ©2014. Preguntas más frecuentes; [consultado 2014 enero]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.