



Estudios fronterizos

ISSN: 0187-6961

ISSN: 2395-9134

Universidad Autónoma de Baja California

Rosales, Yetzi

Migración indocumentada y derecho social a la salud:
Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México

Estudios fronterizos, vol. 20, 2019

Universidad Autónoma de Baja California

DOI: 10.21670/ref.1910031

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53058015010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México

Undocumented migration and the social right to health: A blurred trajectory in the United States and Mexico

Yetzi Rosales^{a*}  <https://orcid.org/0000-0003-1169-9411>

^a Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Departamento de Estudios de Población, Monterrey, Nuevo León, México, correo electrónico: romy@colef.mx

Resumen

Este artículo analiza el derecho social a la salud en un grupo de mexicanos deportados en el marco de la migración entre México y Estados Unidos. Con base en 20 entrevistas semiestructuradas con deportados residentes en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, se exploró la búsqueda y acceso a servicios de salud durante una trayectoria migratoria conformada por tres etapas: el destino, la intercepción y el retorno. Los resultados emanan de una doble vivencia, primero, como inmigrantes irregulares en Estados Unidos y, después como deportados en México. El derecho a la salud se ejerció parcialmente en ambos contextos nacionales con sistemas de salud y políticas que excluyen, a propósito o por omisión, a inmigrantes irregulares y deportados. El tiempo de residencia o ausencia, así como las redes familiares actuaron como factores antagónicos favoreciendo o inhibiendo el acceso a la salud según la etapa migratoria analizada. Este derecho se ejerció típicamente durante emergencias médicas causadas principalmente por accidentes.

Palabras clave: inmigración irregular, deportación, atención médica, México, Estados Unidos.

Abstract



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

This paper analyzes the social right to health of a group of Mexicans deported in the context of their migration between Mexico and the US. Based on 20 semi-structured interviews with deportees living in the city of Monterrey, Nuevo León, it explores the search for medical care and access to healthcare services during a migratory trajectory conformed of three stages: destination, interception

CÓMO CITAR: Rosales, Y. (2019). Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México [Undocumented migration and the social right to health: A blurred trajectory in the United States and Mexico]. *Estudios Fronterizos*, 20, e031. doi:<https://doi.org/10.21670/ref.1910031>

and return. The results emerge from a dual experience, first, as irregular immigrants in the United States and, later, as deportees in Mexico. The right to health was partially exercised in both national contexts with health systems and policies that exclude, either on purpose or by omission, irregular immigrants and deportees. The period of residence or absence, as well as family networks, acted as antagonistic factors encouraging or inhibiting access to health, according to the migratory stage analyzed. This right was typically exercised during medical emergencies caused mainly by accidents.

Keywords: irregular immigration, deportation, medical care, Mexico, United States.

Introducción¹

Este trabajo contribuye a la literatura sobre el derecho social a la salud y la migración indocumentada entre México y Estados Unidos. El concepto de derecho social se recupera aquí en razón de la justicia compensatoria que conlleva para grupos sociales desfavorecidos. Si bien este tipo de derecho tiene su origen en el ámbito del trabajo y la seguridad social, sus propósitos han permeado otras esferas de la vida social relacionadas con el acceso a educación, salud, cultura, vivienda, alimentación, etc. El cumplimiento de este derecho está teóricamente respaldado en la presencia de un Estado social cuya función es proteger y garantizar un trato preferente a grupos con mayores necesidades, en situación de vulnerabilidad y exclusión atribuida a las consecuencias del sistema económico capitalista (Prieto, 1995).

En ciertos contextos nacionales, la concepción del derecho social se ha ampliado como resultado de la intensificación de los movimientos poblacionales entre fronteras. Las relaciones entre los Estados nación y los residentes nacidos fuera de su territorio ha propiciado que la ciudadanía, como membresía de adscripción a un contrato social, esté dejando de ser paulatinamente el requisito único e indispensable para ser sujeto de derechos sociales. En esta realidad migratoria, los países receptores han incluido en sus legislaciones, bajo ciertas reservas, el otorgamiento de derechos a personas extranjeras en concordancia con las cláusulas contenidas en acuerdos internacionales migratorios firmados con el mismo fin.²

El acceso a los derechos sociales de las personas migrantes se ha documentado en mayor medida haciendo alusión a la población “inmigrante”, es decir, desde el punto de vista del país receptor, sin embargo, los cambios en la evolución y direccionalidad de los flujos migratorios exigen girar también la mirada hacia las poblaciones que regresan después de largos períodos de tiempo a su país de origen. Este razonamiento invita a analizar la migración en perspectiva longitudinal abarcando la trayectoria de la inmigración irregular en el país de recepción hasta el retorno reciente al país de origen, donde de igual forma las personas migrantes enfrentan problemas para

¹ Este artículo forma parte del proyecto de investigación “Las ciudades santuario como fronteras emergentes. Dinámicas transnacionales y espacios vividos de mexicanos indocumentados en Estados Unidos”, financiado por Conacyt.

² Ejemplo de ellos son el Convenio sobre los Trabajadores Migrantes, 1949; el Convenio sobre las Migraciones en Condiciones Abusivas y la Promoción de la Igualdad de Oportunidades y de Trato de Trabajadores Migrantes, 1975; la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, 1948; y la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990.

ejercer sus derechos debido a la carencia de documentos de identidad válidos en cierto contexto.³

Este trabajo tiene particular interés en examinar el derecho social a la salud de las personas migrantes, el cual es ejercido de manera distinta no solo entre población nativa y migrante, sino al interior de este último grupo (Chavez, 2012). Una serie de requisitos jurídico-administrativos sumado a actitudes discriminatorias, imponen mayores obstáculos a personas que no cuentan con documentos oficiales en comparación con aquellos que portan algún visado. La experiencia internacional ha mostrado que las afectaciones al estado de salud física y mental suelen ser mayores cuando la migración ocurre al margen de las disposiciones legales dada la exposición a contextos sociales más violentos, al tránsito por espacios inseguros, así como a situaciones de aislamiento y exclusión.

Como grupos en situación de mayor vulnerabilidad, los inmigrantes indocumentados y los deportados presentan afectaciones a su salud originadas en buena medida por las condiciones del viaje, la infraestructura para la provisión de servicios de salud y políticas migratorias restrictivas. Desde el lugar de origen hasta el retorno, las necesidades en salud de las personas migrantes pueden agravarse con el paso del tiempo, sobre todo, si no disponen de recursos y redes sociales que faciliten su acceso a atención médica (Aboii, 2014). Por esta razón, la etapa del retorno puede significar la acumulación de daños a la salud que mayores exigencias plantea al sistema de salud debido al empeoramiento de discapacidades, enfermedades crónicas o enfermedades mentales no tratadas oportunamente (Martinez-Donate et al., 2017; Wassink, 2018; Zimmerman, Kiss y Hossain, 2011).

El objetivo de este trabajo es analizar el ejercicio del derecho a la salud en un grupo de mexicanos durante una trayectoria que comprende tres etapas migratorias y dos contextos nacionales. Usando una metodología cualitativa se recabó información retrospectiva de 20 deportados que en el momento del estudio residían en Monterrey, Nuevo León. Se indagaron experiencias de búsqueda y acceso a atención médica, primero, en Estados Unidos como país de recepción con una política inmigratoria federal que excluye del sistema de salud a la población con estatus indocumentado y, segundo, en México como país de retorno con una incipiente política de recepción de connacionales y una infraestructura en salud insuficiente para atender a la población general.

Derechos sociales y migración internacional

Los derechos sociales entrañan un significado dinámico por su paralelismo con las reivindicaciones sociales y reparación de injusticias ocurridas a lo largo de la historia. Estos derechos también llamados “prestacionales” tienen el propósito de disminuir las desigualdades sociales a través de la provisión de bienes y servicios a grupos poblacionales que carecen de los medios suficientes para adquirirlos en el mercado. La aplicación de estos derechos presupone el principio de justicia compensatoria o

³ Principalmente los deportados que han vivido durante muchos años en Estados Unidos retornan sin documentos oficiales reconocidos en México. Sin esta documentación el acceso a servicios sociales se dificulta en su propio país, incluso el ingreso a albergues gubernamentales.

correctiva que busca resarcir situaciones de déficit dentro de cierto esquema social. La idea detrás es que las injusticias históricas originan una deuda con poblaciones que actualmente viven en situación de vulnerabilidad y una forma de compensar tales injusticias es por medio de una protección normativa especial y la atribución de derechos fundamentales que contribuyan a que tales poblaciones alcancen un ideal desarrollo humano (Alvarado y Carreño, 2007; Sanderson, 2012). De acuerdo con Sosa, el surgimiento del derecho social “implicó la consagración de un conjunto de normas confesadamente desigualitarias en su contenido —aunque no en su fin—, con destinatarios de protección preferente en razón de su estado de mayor vulnerabilidad” (Sosa, 2008, p. 12). En términos instrumentales, la formulación y cumplimiento de estos derechos plantean realidades heterogéneas en cada país con base en las condiciones estructurales y políticas sociales orientadas a regular el reparto de beneficios económicos entre los habitantes (Prieto, 1995).

En Estados Unidos, la noción de derecho social tiene un alcance limitado debido a la naturaleza de su modelo de bienestar. Este modelo de corte liberal encuentra su razón de ser en una economía de libre mercado y en un segmento de población que ha quedado excluido de los beneficios de dicho sistema (Navarro, 2006; Sainsbury, 2006). El Estado brinda asistencia pública a la población más empobrecida, mientras que el acceso a los derechos sociales para el resto de la población depende de su participación en el mercado laboral, el sector de empleo y el pago de impuestos. Bajo esta lógica, el goce de bienes y servicios se ve condicionado al poder adquisitivo de las personas o su clasificación como grupo social en extrema pobreza (Navarro, 2006).

En este escenario, la reducida provisión de derechos sociales a la población general se restringe aún más para las personas no ciudadanas. Ser extranjero en Estados Unidos, como en otros países, conlleva ciertas desventajas en el goce de derechos que varían según la forma de entrada al país (Sainsbury, 2006). La población que ingresa como parte de algún programa de trabajadores temporales, como profesionales o técnicos (H1-B y TN) en industrias de alta tecnología o industria agrícola (H2-B) pueden acceder a servicios sociales a través de sus contratos laborales, pero la población que entra sin un permiso legal, o si este pierde vigencia durante su estancia, queda excluida a pesar de constituir parte de la población más vulnerable y con mayores necesidades (Portes, Fernández-Kelly y Light, 2012).

Por otro lado, en México prevalece un Estado social de derecho establecido a nivel constitucional desde 1917. Un conjunto de normas e instituciones se destinan a promover una serie de derechos sociales tales como el trabajo, la seguridad social, salud, educación, vivienda, alimentación y, en general, la atención a poblaciones vulnerables.⁴ Si bien estos derechos están redactados con un lenguaje universal en la Carta Magna, en la práctica no todos los individuos los ejercen debido al paulatino achicamiento del Estado en estas funciones y la adopción de un régimen de bienestar dual y liberal. El dualismo restringe el goce del derecho a la seguridad social a población que cumpla con criterios de elegibilidad basados en el sector de empleo y el corporativismo, mientras que paralelamente el régimen liberal, al igual que en

⁴ En la Constitución Política de los Estados Mexicanos se establece el derecho a la educación en el Art. 3º, el derecho a la protección de la salud, vivienda digna y alimentación nutritiva en el Art. 4º y, al trabajo digno en el Art. 123, donde se incluye también la Ley del Seguro Social instituida en 1943. Además, en el Art. 5 de la Ley de Desarrollo Social, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* en 2004, regula la atención a grupos sociales en situación de vulnerabilidad.

EE.UU., se enfoca en la instrumentación de políticas residuales dirigidas a personas en pobreza extrema (Navarro, 2006; Ordoñez-Barba, 2017).

En relación con la población mexicana que viven en EE.UU., el Estado mexicano ha fomentado el respeto a los derechos sociales en aquel país justificado en los 11.3 millones de inmigrantes mexicanos que residen allá (Zong y Batalova, 2018). Desde 1990, la política de vinculación con la diáspora mexicana ha tenido la finalidad de protección social a través de una amplia red consular. La capacidad de atención consular varía según la entidad debido al establecimiento diferenciado de aliados locales, pero en general la cobertura de atención a los connacionales ha sido limitada. Simultáneamente, el Estado mexicano tiene la encomienda de garantizar derechos sociales a los mexicanos que retornan a México. En 2011, se añadió a la Ley General de Población el Capítulo V concerniente a la regulación de la población repatriada que se instrumentó a través del Programa de Repatriación Humanitaria iniciado en 2007, sustituido por la estrategia Somos Mexicanos en 2013 y, más tarde por el anunciado Plan Nacional para Retornados en 2019. La finalidad común de estos programas ha sido promover el acceso a servicios sociales y facilitar los procesos de reintegración de los retornados en México (Jacobo y Cárdenas, 2018; Organización Internacional para las Migraciones [OIM], s.f.).

En términos generales, los Estados de los países receptores tienen responsabilidades y competencias para regular la entrada y salida del país de personas extranjeras, así como el acceso de estas a servicios sociales (González, 2015). La relación de los Estados nación con los migrantes internacionales conlleva el requerimiento de un vínculo jurídico que sustituya la noción de ciudadanía para establecer una correspondencia con los derechos sociales. Justamente, la creación del estatus migratorio constituye dicho vínculo al reconocer ciertos derechos según el tipo de residencia⁵ (Caicedo, 2018).

El Estado condiciona el otorgamiento de permisos de entrada a su territorio, así como un conjunto de derechos sociales y libertades definidos según la valoración del comportamiento y las habilidades que posee el migrante. Este tipo de políticas condiciona el acceso a los derechos sociales y crea una estratificación de los migrantes según el tipo de entrada al país y los beneficios sociales y económicos que estos aportan al país de recepción. Según estos criterios, la población migrante es clasificada en grupos de personas con o sin permiso de residencia, con o sin estancia larga o permanente en el país receptor o, con o sin calificación formal revalidada bajo estándares regulatorios de las profesiones del contexto de acogida. Esta valoración sitúa en desventaja a los migrantes que ingresan a un país sin autorización y sin el reconocimiento oficial de sus estudios cursados en su país de origen.

Otro criterio que ha determinado el grado de otorgamiento de derechos sociales a los migrantes es el uso de recursos públicos que, de entrada, se advierten escasos. Este argumento sigue siendo utilizado con tintes más políticos que económicos tanto en Estados Unidos como en México para afirmar que la población migrante implica un costo para el erario público a pesar de que la evidencia científica lo desmiente (Flavin, Zallman, McCormick y Boyd, 2018; Portery y Campos, 2017). Usando el argumento

⁵ De acuerdo con Caicedo (2014), en Europa los derechos sociales se han extendido a la población inmigrante teniendo como antecedentes importantes la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados en 1951 y la Convención sobre los Derechos del Niño en 1989, aunque en algunos países el acceso a estos derechos se condiciona a cumplir el requisito de estancia de larga duración o permanente en el país de recepción.

de la contención del gasto público, el diseño de políticas fomenta la estratificación de grupos de migrantes que tienen permitido disfrutar de manera diferenciada del acceso a derechos sociales (Caicedo, 2018). Paradójicamente, este “permiso” considerado socialmente como una expresión de solidaridad, se otorga convenientemente a los migrantes que mayor contribución económica hacen al país receptor. Más allá de las necesidades de los individuos, el acceso a derechos sociales en Estados con regímenes liberales se concede en función de un razonamiento económico que excluye a los migrantes indocumentados, acrecentando sus necesidades básicas al no disponer de un permiso para trabajar.

En síntesis, existe una disonancia entre la soberanía de los Estados para imponer límites en el otorgamiento de derechos sociales a los migrantes y los criterios universales que defienden la equidad y la no discriminación (Caicedo, 2018). A pesar de la existencia de marcos jurídicos y tratados internacionales que amparan el derecho a la salud de las personas migrantes, el acceso a atención médica continúa siendo limitado (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud [OPS-OMS], 2016). En los siguientes párrafos se expone cómo se experimenta en el terreno de lo vivencial el derecho a la salud en un grupo de mexicanos deportados en los contextos nacionales descritos anteriormente.

Metodología

Tipo de estudio y criterios de inclusión

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal con un abordaje cualitativo. La población objetivo se conformó por 20 mexicanos deportados que residieron durante diferentes períodos de tiempo de manera indocumentada en Estados Unidos. Por “indocumentado” se entiende una persona (in)migrante que reside sin documentos que prueben su estancia legal en un país (Hansen y Krasnik, 2007). Otro criterio de inclusión fue haber tenido alguna enfermedad o accidente en Estados Unidos o en México que requiriera atención médica. El levantamiento de información se realizó en la Zona Metropolitana de Monterrey, Nuevo León, en las instalaciones de un albergue gubernamental y una asociación civil, ambos dedicados a trabajar con población migrante.⁶ También se recabaron testimonios en la Alameda de la ciudad de Monterrey con deportados que esperaban ser contratados.⁷

El trabajo de campo abarcó de septiembre de 2017 a agosto de 2018. Se usó una guía de entrevista semiestructurada que tuvo como propósito indagar las necesidades en salud, experiencias de búsqueda de atención médica y percepciones sobre acceso a servicios de salud en Estados Unidos y México. Las preguntas correspondientes a este último país sondearon específicamente experiencias de acceso a salud durante

⁶ Se agradece al personal del albergue El Refugio del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) estatal y al Centro de Capacitación y Comedor al Migrante Nuevo Corazón por autorizar mi ingreso a sus instalaciones y colaborar en la identificación de migrantes que cumplían con los criterios de inclusión de este estudio.

⁷ La Alameda de Monterrey suele ser un espacio de encuentro entre contratistas y trabajadores locales, migrantes internos e internacionales; se establecen acuerdos informales de empleo para hacer trabajos manuales a destajo.

las primeras semanas del retorno. En el caso de los participantes que reportaron deportaciones previas se solicitó que sus respuestas se refirieran al último evento. Antes de iniciar las entrevistas, se leyó a los informantes una carta de consentimiento para dar a conocer el objetivo del estudio y sus directrices éticas. El consentimiento de los participantes se recabó verbalmente en audio. Los testimonios se grabaron, se transcribieron y codificaron usando el programa Atlas Ti V5.

Caracterización de la población de estudio

Todos los informantes fueron hombres entre 23 y 59 años de edad (41 años en promedio) originarios de 15 entidades de la República mexicana, solo uno nacido en Nuevo León. Trece de ellos tenían estudios de nivel básico, ocho reportaron tener educación preparatoria cursada en México o Estados Unidos y uno *Associate's degree*.⁸ Únicamente seis mencionaron haber tenido seguro médico en EE.UU. por medio de su empleador o algún familiar con residencia legal. Los años de deportación oscilaron en un amplio rango entre 2010 y 2018, así como el tiempo de residencia en Estados Unidos que fue de 3 a 48 años (20.6 en promedio). Estas variantes junto con la entidad de residencia en Estados Unidos arrojaron un horizonte vasto de experiencias en torno al acceso a servicios de salud. Los principales estados de residencia en Estados Unidos fueron Texas, California, Arizona, Carolina del Norte, Alabama, Illinois, Minnesota y Ohio. Los informantes se habían insertado en ocupaciones laborales dentro de la construcción, mantenimiento y servicios. Las principales causas de búsqueda de atención en ambos países fueron: lesiones por accidentes laborales o agresiones físicas en la vía pública, enfermedades crónicas e infecciosas (como tuberculosis, cisticercosis) y padecimientos dentales (ver Tabla 1).

Estrategia de análisis

La información se sistematizó según una clasificación de etapas migratorias propuestas por Zimmerman et al. (2011). De acuerdo con estos autores, la migración contemporánea ha tomado bríos más complejos que superan la visión dicotómica del lugar de salida y llegada. Este argumento sustenta la pertinencia de pensar el proceso migratorio de manera más dinámica y específica a través de cinco fases: la salida del lugar de origen, el tránsito, el destino, la intercepción y el retorno. El análisis de la migración bajo esta clasificación ofrece el potencial de identificar los factores que inhiben o facilitan el acceso al derecho a la salud en escenarios y circunstancias más concretas.

Este estudio contiene información referente a las tres últimas fases migratorias con base en el trayecto relatado por los informantes: el destino, la intercepción y el retorno. La primera fase contempla el análisis de factores estructurales e individuales que influyeron en el ejercicio del derecho a la salud durante el tiempo de estancia en

⁸ En México no existe un equivalente exacto para este nivel de estudio. Se refiere a una formación previa a la universidad en la que los estudiantes cursan dos años de colegio.

Tabla 1: Perfil sociodemográfico de los participantes del estudio

Características	Distribución (números absolutos)
Edad (en rangos)	
23-30	3
31-40	6
41-50	6
51-60	5
Escolaridad (último año cursado)	
Primaria	5
Secundaria	5
Preparatoria / High School	9
Associate's college	1
Tiempo de estancia en EE.UU.	
< 10 años	6
> -10 años	14
Seguro médico en EE.UU.*	
Sí	6
No	14
Año de retorno (en rangos)	
2010-2014	8
2015-2018	12
Total	20

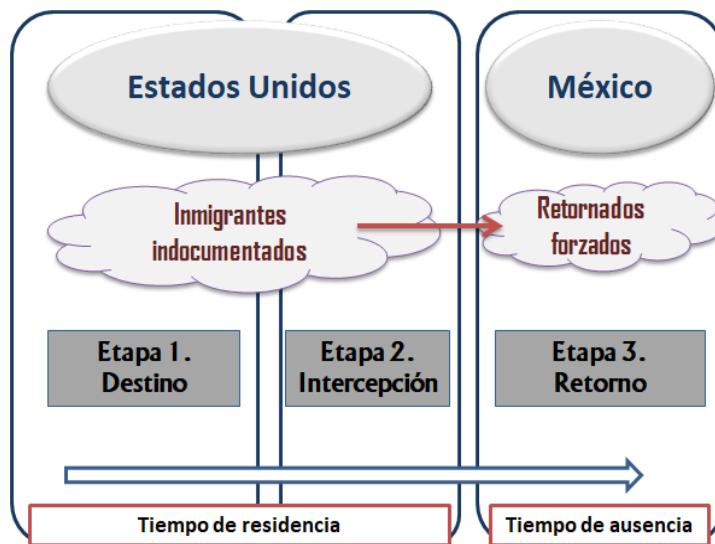
* A través de su empleador o familiares.

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas con informantes.

Estados Unidos; la segunda se enfoca en indagar cómo se vivió el derecho a la salud en escenarios de intercepción o control migratorio identificadas particularmente en el retorno forzado durante situaciones de detención. La última fase se refiere al retorno reciente al país de origen que conlleva tanto el daño acumulado a la salud en las etapas precedentes, como la percepción de las condiciones estructurales (programas públicos y servicios de salud) diseñadas para atender a la población mexicana que regresa de forma involuntaria (Zimmerman et al., 2011) (ver Figura 1).

En términos operacionales, el ejercicio del derecho a la salud se analiza en torno a tres ejes: la búsqueda de atención médica por parte del migrante, el acceso a servicios de salud y la percepción del derecho a la salud, mismo que se consideró ejercido si el migrante recibió atención por parte de servicios de salud institucionales. Aunque algunos migrantes recobraron su salud a través de instancias sociales, privadas o estrategias individuales (remedios caseros, médicos en albergues, etc.), ello solo se menciona como parte tangencial del análisis por no estar enmarcado en los derechos sociales derivados de la función estatal.

Figura 1: El derecho a la salud en un grupo de mexicanos en tres etapas migratorias y dos contextos nacionales



Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo.

El derecho a la salud en la escala vivencial

Etapa 1. Mexicanos indocumentados en el contexto de recepción

En 2017, 37% de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos no tenía seguro de salud (Zong y Batalova, 2018). Desde la década de los años ochenta, el acceso a servicios sociales para los inmigrantes en Estados Unidos se ha restringido bajo el argumento del gasto público. En el caso de los servicios de salud, leyes como el Personal Responsibility and Work Opportunity Act (PRWORA),⁹ instituida en 1996 y, la Affordable Care Act (ACA) aprobada en 2010 excluyen a las personas indocumentadas del subsidio federal para pagar un seguro de salud (Valle y Ortiz, 2015). El ACA constituye la opción de aseguramiento para la población que no tiene cobertura en salud federal a través de su empleo en programas como Medicaid, Medicare o la red Federally Qualified Health Clinics (FQHCs). Aunque el ACA incentiva a los empleadores a brindar seguro médico a sus trabajadores sin indagar su estatus migratorio, esta disposición aplica únicamente para empresas grandes que ofrecen empleos con jornadas completas, es decir, lugares donde regularmente no laboran los inmigrantes indocumentados

⁹ Entre otras disposiciones de carácter laboral, esta ley prohibió el acceso a servicios públicos, incluidos los servicios de salud a los inmigrantes con menos de cinco años de residencia comprobable en Estados Unidos.

(Aboii, 2014; Portes, Light y Fernández-Kelly, 2009; Wallace, Rodríguez, Padilla, Arredondo y Orozco, 2013).

Los requisitos de elegibilidad para cobertura médica dirigida a inmigrantes se pueden consultar en el portal de Healthcare.gov. La población autorizada para adquirir un seguro de salud debe tener permiso de residencia permanente o temporal como los refugiados, asilados por razones humanitarias con autorización de empleo, personas con estatus de acción diferida (DACA), los no inmigrantes con visas de trabajo o estudio, entre otros (Healthcare.gov, s.f.). Los inmigrantes en situación irregular no son elegibles para el mercado de seguros federal, sin embargo, se les ofrece la alternativa de comprar cobertura a través de familiares con residencia legal en ese país. Asimismo, la población indocumentada debe recibir atención por ley federal en situaciones de emergencia con la condicionante del pago de bolsillo por medio del programa Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA).

Por su parte, algunos gobiernos estatales y locales, así como la red consular mexicana en dicho país ofrecen extensiones de programas de salud a todas las personas independientemente de su estatus migratorio. Aun así los inmigrantes deben comprobar su residencia dentro del condado donde se ubica la clínica y demostrar tener ingresos bajos para ser elegibles; en su defecto, existen también redes de atención médica gratuita representadas por clínicas filantrópicas que proveen estabilización en situaciones de emergencia (Portes, Light y Fernández-Kelly, 2009). El gobierno de California, por ejemplo, ofrece cobertura a los inmigrantes indocumentados por medio de Medi-Cal¹⁰ o a través de iniciativas a nivel condado, pero los beneficios son limitados (Covered California, 2019). Asimismo, el servicio exterior mexicano interviene a través de la Secretaría de Salud con la implementación de algunos programas como las Ventanillas de Salud, la Semana Binacional de Salud y el Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves;¹¹ no obstante, estas iniciativas ofrecen solamente información preventiva y de promoción a la salud, así como canalización a unidades de salud comunitarias en caso de requerir atención ambulatoria (Dirección General de Relaciones Internacionales [DGRI], 2015).

Las vicisitudes de la enfermedad en el terreno cotidiano

Desde la perspectiva de la población inmigrante, el derecho a la salud se experimenta de manera diferenciada. En las historias recabadas se identificaron varios factores estructurales e individuales que desalentaron o incentivaron la búsqueda y acceso a atención médica, entre ellos, los tiempos de estancia en EE.UU., el apoyo de redes familiares, el tipo de información que los migrantes tenían sobre la oferta de servicios de salud para indocumentados y la cobertura médica que algunos tuvieron por parte de

¹⁰ Hasta los 19 años y cobertura de embarazo.

¹¹ De acuerdo con Sierra, González-Block, Rosales y Cruz (2016), los principales diagnósticos que justifican la activación de este mecanismo de retorno a través del Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos son la insuficiencia renal crónica, enfermedades mentales, paraplejia y cáncer. En el traslado a territorio nacional por tierra o aire, intervienen hospitales de Estados Unidos, los consulados mexicanos, la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud.

sus empleadores. Cabe mencionar que un factor estructural relevante son las políticas estatales y locales dirigidas que subsanan algunos vacíos de la legislación federal proveyendo servicios de salud a toda la población sin importar su estatus migratorio, sin embargo, dicho aspecto no se desarrolla en este trabajo (Leite y Villaseñor, 2010).

En general, se identificaron tres factores recurrentes que desalentaron la búsqueda de atención médica entre los entrevistados. El primero fue el miedo atribuido al riesgo de ser detenido por brindar datos personales a los proveedores de salud y estos, a su vez, los compartan con el Immigration and Customs Enforcement (ICE). Este sentimiento colectivo ha sido ampliamente documentado en el marco de iniciativas federales que incentivan la colaboración entre agentes de migración y las policías locales para identificar a inmigrantes irregulares, como el Programa de Comunidades Seguras o la ley SB4 en Texas.¹² Aunado a este temor, el costo de la atención médica frenó la búsqueda de atención debido al endeudamiento y potenciales problemas legales derivados de no liquidar la deuda (Aboii, 2014; Luque, Soulen, Davila y Cartmell, 2018; Porteny y Campos, 2017).

El segundo factor fue la subestimación de la enfermedad o, la necesidad no reconocida de cuidado médico. Esta percepción implicó considerar como un acto injustificado la búsqueda de atención médica si el padecimiento no impedía continuar con las labores cotidianas. Aunque algunos informantes reconocieron la presencia de enfermedad expresaron al mismo tiempo una subestimación de su salud: “El dolor lo aguantó, es lo de menos. He aguantado dolores peores” (Luis, 2018).

Por último, el tercer factor se interpreta como una actitud no meritoria del derecho a la salud que fue autoatribuida por algunos informantes a su situación migratoria irregular. Esta noción se tradujo en asumir como natural el rechazo de los proveedores de salud, lo que inhibió en consecuencia la búsqueda de atención.

Durante su estancia en Estados Unidos, los informantes vivieron uno o todos los factores antes mencionados. Fueron recurrentes las historias de incertidumbre económica y emocional debido a la dificultad de costearse un tratamiento médico. En esta situación se encontró Ángel, deportado de 38 años originario de Campeche, quien residió seis años en Texas. Su búsqueda involuntaria de atención médica comenzó después de quedar inconsciente por una puñalada en el estómago y un golpe en la cabeza que recibió en la vía pública. Una ambulancia lo llevó al hospital más cercano donde lo estabilizaron. Al día siguiente de la cirugía, Ángel fue dado de alta no sin antes solicitarle un domicilio para enviarle la factura. El médico le indicó regresar dos semanas después para retirarle los puntos y, sin proveerle medicamentos lo subieron a una ambulancia para trasladarlo a su casa. Ángel pidió que lo dejaran en otro punto de la ciudad para evitar causar problemas al grupo de mexicanos con los que vivía: “Por quitarme las grapas me iban a cobrar \$150 dólares. Yo estaba ganando

¹² Durante el gobierno de Trump la política de detenciones y deportaciones ha reforzado la retórica amenazante para los casi 6 millones de mexicanos que residen en aquel país sin documentos legales. A pesar de la iniciativa denominada “zonas sensibles”, referente a lugares donde la policía federal (Servicio de Inmigración y Control de Aduanas y la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza) debe evitar llevar a cabo acciones de cumplimiento de la ley de inmigración, como hospitales, clínicas de salud acreditadas e instalaciones de urgencias, entre otros, el temor de los indocumentados a ser deportados sigue latente. Este panorama puede traducirse en un mayor riesgo a su salud ante el eventual agravamiento de enfermedades que no son tratadas oportunamente.

\$40 dólares por día y dije, no voy a alcanzar a cubrir. No fui al hospital porque tuve miedo de que me cobraran" (Ángel, 2017). La presión de pagar sus deudas lo llevaron a buscar trabajo veinte días después de la cirugía y a retirarse él mismo los puntos de su estómago y cabeza.

En otros casos, este problema del gasto de bolsillo se sumó a la percepción de rechazo por parte de los servicios de salud y a considerarse como sujetos sin derechos. Este tipo de casos se exemplifica con el testimonio de Luis Alberto de 51 años originario de Guanajuato, quien residió 38 años de forma intermitente en California. Luis contó que a pesar de requerir atención médica de emergencia durante ese tiempo, decidió no acudir a hospitales en EE.UU. porque descartaba de antemano que lo atenderían: "Si llega un perro a lado mío, a él sí lo atienden y a mí no porque soy ilegal. Allá hay una ley [...] si el doctor se da cuenta que una enfermera atendió a cierta persona mexicana la despiden y eso no" (Luis Alberto, 2018). Bajo esta concepción de la realidad, Luis Alberto recurrió en una ocasión a sus redes de amigos para cerrar una herida en su estómago: "Yo tenía un compita que fue paramédico allá en mi tierra y él fue el que me curó. Lo hicimos todo hechizo, calentó una aguja para coser con un encendedor y la limpió con alcohol. Compramos una botellita de alcohol del 96, y ya cuando acabó todo, nos la pisteamos" (Luis Alberto, 2018). Este tipo de casos aumenta el riesgo de una emergencia médica al recurrir a alternativas de curación rudimentarias sin protocolos de higiene.

Por otro lado, se identificaron también factores que alentaron la búsqueda de atención médica. En mayor medida, estos determinantes se relacionaron con historias de informantes que emigraron siendo niños o adolescentes y permanecieron de manera continua en EE.UU. hasta ser deportados.¹³ El primer factor fue el conocimiento o familiaridad con la infraestructura en salud. Algunos entrevistados describieron la existencia de clínicas y hospitales, así como programas gubernamentales dirigidos a población de escasos recursos: "Sí hay un costo, pero si no tienes para pagar, no te lo cobran, hay programas de ayuda, ellos te mandan" (Jesús, 2018). Debido a la interacción que tuvieron con trabajadores sociales de hospitales en EE.UU., tenían información sobre mecanismos institucionales de canalización a clínicas filantrópicas,¹⁴ la opción de facilidades de pago e, incluso la posibilidad de quedar exentos del cobro. Así lo relató Jorge de 42 años de edad, originario de Veracruz: "Un conocido me llevó a una clínica grande del estado (Illinois), me hicieron estudios y ahí no me cobraron nada, porque me manejaron como indigente" (Jorge, 2017). Un segundo factor ya reportado en la literatura fue la presencia de redes personales de apoyo en EE.UU. (Maya-Jariego, Cachia, Holgado y Ramos, 2014). En el contexto de este estudio, las redes estuvieron representadas por familiares, otros inmigrantes mexicanos con más tiempo de residencia en aquel país y empleadores. El apoyo consistió en hacer recomendaciones de proveedores de salud, servir de intérpretes para facilitar la comunicación con el personal médico, y ofrecer préstamos para pagar la atención médica. Un tercer factor fue tener conciencia sobre su derecho a la salud. Aunque esta percepción fue atípica entre los participantes, es relevante reportarla por su significado contrastante con la generalidad. Entre los pocos informantes que refirieron como una obligación de los servicios de salud atenderlos se encontraba José, quien vivió en Texas durante 33 años

¹³ Algunos tenían un seguro de salud en EE.UU. a través de su empleo o familiares.

¹⁴ En Texas se mencionó el Taub Hospital ubicado en el condado de Harris.

y mencionó: “Cualquier hospital te tiene que atender, ya después una trabajadora social te investiga para ver si aplicas a algún programa” (José, 2018).

Cabe resaltar que con excepción de un informante, todos desconocían los programas relacionados con salud que ofrece la red consular mexicana en Estados Unidos. En la mayoría de los casos, el trámite de la matrícula consular fue el único motivo para acercarse a estas representaciones diplomáticas, sin embargo, no recibieron información sobre los programas de salud que México ofrece a sus emigrantes en aquel país.

Etapa 2. La fragilidad de la salud durante la intercepción

La mayoría de los participantes de este estudio permaneció durante diferentes períodos de tiempo en centros de detención antes de ser deportados.¹⁵ Según datos del Federal Bureau of Prisons (FBP), en abril de 2019, 12.1% (21 672) de los presos en Estados Unidos eran de origen mexicano (FBP, s.f.). Esta etapa migratoria llamada “intercepción” tiene un alto costo en términos de los daños colaterales a la salud de las personas migrantes. Al interior de las prisiones se replican de manera exponencial los riesgos y necesidades en salud que esta población tiene cuando está en libertad debido a la violencia exacerbada, uso de sustancias adictivas que circulan dentro de estos espacios y los tiempos de espera para recibir atención médica.

El derecho a la salud en centros penitenciarios está vigilado por la normatividad internacional. Las Naciones Unidas estipulan reglas mínimas para la oferta de servicios médicos que incluyen el acceso a consultas médicas, servicio dental, traslados a hospitales, la revisión obligatoria e inmediata de cada recluso durante su ingreso, así como el aislamiento en caso de enfermedades infecciosas (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUDH], 1977). Por su parte, la legislación estadounidense estipula en la Octava Enmienda Constitucional que es responsabilidad del sistema de prisiones federal la provisión de servicios de salud a los presos (Bosworth, 2002). De acuerdo con el FBP, los presos reciben servicios esenciales de salud médica y dental, se realizan canalizaciones médicas a unidades de salud especializadas para atender padecimientos crónicos y se promueve un ambiente limpio y saludable. En cuanto a la salud mental, se asegura disponer de psicólogos y psiquiatras que brindan tratamientos y consejerías individuales o grupales, así como estrategias para prevenir suicidios (FBP, s.f.).

A pesar de esta normatividad y capacidad instalada, en la práctica se han documentado diversos problemas dentro de las prisiones. Parte de esta situación es explicada por la paulatina privatización de estos espacios y la búsqueda de reducción de costos. Si bien las prisiones privadas están obligadas a cumplir con estándares mínimos de cuidado, también gozan de cierta autonomía en áreas vinculadas con el manejo del personal donde implementan políticas de contratos temporales y salarios bajos. La atención médica especializada es escasa y los servicios ambulatorios tienden a ser deficientes debido a que las prisiones no son centros laborales atractivos para el personal médico y de enfermería mejor calificado (Bosworth, 2002).

¹⁵ De dos meses a cinco años.

Testimonios sobre el limbo carcelario

Las detenciones de los informantes en EE.UU. se debieron principalmente a felonías (posesión de drogas o armas), al reingreso sin autorización a dicho país, y haber sido vinculados a algún crimen. Su entrada a los centros de detención implicó una revisión médica de rutina como medida de control epidemiológico. Este procedimiento se realiza aunque los internos no manifiesten síntomas de enfermedad. Los entrevistados coincidieron en describir este chequeo como prolongado y meticuloso: “Todos los que llegamos a la prisión nos ponen en un listado diario. Te hacen un físico, te revisan de pies a cabeza, los ojos, nariz, boca, encías, te preguntan todo tu historial, que si sufres de ataques, enfermedades, para ver estás bien o estás loco, me decían: ¿no te quieres matar?” (José, 2018). Este protocolo se lleva a cabo sin excepción durante el ingreso sin importar si el detenido pasó por otra revisión médica reciente en otro centro de detención. En estos espacios, el problema de acceso a la salud se identificó en las solicitudes subsecuentes de consulta médica.

Al interior de estos espacios, el riesgo de enfermar y el derecho a la salud se viven de forma diferenciada. En algunas prisiones la exposición a contagios es mayor, así como la prevalencia de situaciones críticas debido a una deficiente capacidad instalada para atender enfermedades crónico-degenerativas: “Una vez se murieron catorce en un mes, estaban malos del corazón, presión alta y diabetes, no les daban las medicinas adecuadas” (Antonio, 2018). Asimismo, existen diversos factores que al combinarse propiciaron diferencias en el acceso a la salud y vulneran los derechos humanos de los reclusos, como el trato preferente del personal hacia presos estadounidenses, la alimentación, el tipo de servicio de salud requerido, la gravedad de la enfermedad, la rotación entre centros de detención y, la propia dinámica de seguridad de cada centro (González-Paz, 2017).

El tiempo de espera y la alta rotación de los inmigrantes entre los centros de detención restringieron de forma importante el acceso a la salud. El procedimiento para recibir consulta médica consiste en solicitar un turno y esperar semanas o incluso meses. Los informantes atribuyen la alta rotación a tres causas interrelacionadas: 1) la saturación de la capacidad física de estos centros; 2) no tener familiares que soliciten su permanencia en cierta entidad o condado y 3) el trato preferente hacia los presos estadounidenses que se refleja en tiempos de espera más cortos para recibir atención médica. Especialmente, la atención dental se describió como el tipo de servicio menos accesible en términos del tiempo de espera. Así lo expresó Daniel de 37 años originario de Baja California, quien solicitó ver a un dentista a causa de un intenso dolor de muela:

Era casi imposible para nosotros recibir atención médica estando encerrados, porque va por una lista bien grande. Me cansé de pedirles (atención), estuve diez meses en un centro de detención, ya cuando creí que iban a atenderme me cambiaron a otra prisión y tuve que volver a meter aplicación (Daniel, 2018).

De acuerdo con la experiencia de algunos informantes el tiempo de espera aproximado para recibir atención dental fue de 13 o 14 meses.

Por otro lado, el acceso a medicamentos estaba parcialmente condicionado al poder adquisitivo de los reclusos. Las autoridades penitenciarias descuentan el costo de los

medicamentos a los internos que tienen ahorros dentro de la prisión. Luis relató: “Ahora ya no quieren dar las medicinas gratis como antes, si tienes dinero en el libro de ahí agarran ellos” (Luis, 2018). Ante esta práctica, los informantes mencionaron que preferían gastar su dinero en otros bienes antes de entrar a consulta para evitar que el costo del medicamento les fuera descontado. Cabe mencionar que en caso de no disponer de ahorros, los inmigrantes recibían de cualquier forma el medicamento, siempre y cuando no hubiera problemas de desabasto.

En cuanto a la salud mental también se mencionaron algunos problemas. Recibir atención psicológica o psiquiátrica conlleva el mismo procedimiento que una consulta de medicina general, sin embargo, en algunos centros esta atención no se oferta de forma presencial, sino a través de telemedicina. Algunos informantes refirieron un efecto perjudicial del medicamento tranquilizante que proveen a los internos: “Las pastillas me estaban dejando loco, te hacen que te ahuevones, que nada más quieres estar echado en la cama” (José, 2018). Otra cuestión recurrente en los testimonios fue el uso no controlado del medicamento que algunos reclusos obtienen después de una consulta psiquiátrica. La técnica relatada es fingir síntomas de depresión o esquizofrenia para posteriormente comercializar la sustancia activa con personas adictas a ella.

Etapa 3. El derecho no tácito a la salud durante el retorno reciente

La etapa del retorno conlleva también desafíos en el ejercicio del derecho a la salud para la población deportada. Después de enfrentar barreras al acceso a salud en Estados Unidos, los mexicanos que regresan a su país de origen experimentan una exclusión similar en las instituciones de salud. Se ha documentado que alrededor de 65% de los deportados carece de un seguro público de salud en México (Velasco y Coubès, 2013).

Una serie de problemas estructurales vinculados con la capacidad física instalada, la disponibilidad de recursos humanos y los entramados burocráticos influyen en el acceso limitado a los servicios de salud, tanto de la población no migrante, inmigrante y retornada. En el caso de las personas deportadas, el tiempo de ausencia de México, la carencia de redes familiares y la falta de documentos oficiales de identidad se suman a los factores antes mencionados. Con el paso del tiempo, sus documentos emitidos en México pierden vigencia, son extraviados, robados o, en caso de conservarlos, algunas personas no los portan consigo al momento de ser deportados de EE.UU.

En los últimos años, el periodo más álgido del retorno voluntario y forzado de mexicanos desde Estados Unidos fue entre 2004 y 2006 con más de un millón de eventos anuales. Si bien este número ha disminuido en años posteriores, el arribo de retornados continúa con un promedio de cuatrocientos mil eventos al año (Jacobo y Cárdenas, 2018). Ante las necesidades que presenta esta población, la respuesta del gobierno federal se enfocó inicialmente en recibir y fomentar la reintegración sociolaboral de la población deportada mediante el Programa de Repatriación Humana¹⁶ (Rosales, Bojorquez, Leyva e Infante, 2017) y, más tarde, amplió su cobertura pensando en el retorno voluntario a través de la estrategia Somos Mexicanos (Jacobo y Cárdenas, 2018). La implementación

¹⁶ Este programa se implementó en algunos puntos de recepción del Instituto Nacional de Migración.

de estas iniciativas gubernamentales está respaldada en la Ley General de Población que regula la asistencia y protección social de la población repatriada.¹⁷

En términos del acceso a la salud, la población que retorna de manera forzada dispone básicamente de la red de servicios de la Secretaría de Salud (SSA) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Dado que la entrada de esta población a México equivale por tiempo indefinido a estar fuera del mercado laboral, su condición de desempleo los sitúa automáticamente dentro de la denominada *población abierta*¹⁸ (Flamand y Moreno, 2014). Hasta antes del 2004, la población abierta no contaba con ningún subsidio gubernamental para solventar su cuidado médico, por lo que este rubro llegó a representar un gasto de bolsillo catastrófico para algunas familias. En razón de ello, se creó el Seguro Popular (SP) con el fin de proteger financieramente a esta población. Todos los mexicanos sin seguridad social, incluidos los deportados, tienen derecho a afiliarse a este esquema durante tres años, con opción a renovarlo un número indefinido de veces, estén o no insertos en el mercado laboral. Sin embargo, algunos deportados pueden afiliarse solo durante 90 días al momento de entrar a México, porque el sistema del SP no permite afiliar por más tiempo a solicitantes que no presenten la documentación completa.¹⁹ Con base en una evaluación socioeconómica, los deportados generalmente quedan exentos de pago debido a sus condiciones de vida precarias; esto equivale a recibir atención gratuita en las unidades de la SSA presentando su póliza de afiliación, con excepción de padecimientos no incluidos en el seguro.²⁰

Por otro lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) también representa una opción de atención médica para la población deportada, aunque ello depende del sector de empleo. Esta posibilidad es reducida en ciertas ocupaciones vinculadas con la construcción, mantenimiento o trabajos a destajo que típicamente realizan algunos deportados, ya que excepcionalmente estos empleos proveen seguridad social.

Un terruño sinuoso: Experiencias en salud durante el retorno forzado reciente

Un rasgo distintivo del retorno forzado es la entrada a México a través de los módulos de repatriación del Instituto Nacional de Migración (INM). Los informantes de este estudio ingresaron por las garitas ubicadas en Tijuana-San Isidro, Ciudad Juárez-El Paso y Nuevo Laredo-Laredo. En estos módulos, el INM emite una carta de repatriación y ofrece algunos servicios sociales. Debido al carácter voluntario de estos servicios, no todos los deportados deciden beneficiarse de ellos por subestimar su utilidad, entre ellos, la cobertura médica del Seguro Popular.

¹⁷ Si bien existe una Ley de Migración en México desde 2011, no se menciona en ella a la población retornada.

¹⁸ Se refiere a la población objetivo de la Secretaría de Salud compuesta por desempleados y autoempleados en la economía informal y que, por tanto, carecen de seguridad social.

¹⁹ La documentación consiste en: acta de nacimiento, Clave Única de Registro de Población (CURP) y comprobante de domicilio.

²⁰ En 2019, el Seguro Popular cubre 294 intervenciones que incluyen diagnósticos, procedimientos, medicamentos e insumos descritos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Saliendo de las garitas, los participantes de este estudio se internaron en diferentes partes de la República o, se dirigieron directamente a Nuevo León atraídos por redes familiares y/o información sobre oportunidades de empleo:

Me decían que aquí había mucha chamba y sí hay. En unos lugares pagan bien, nomás que en las fábricas pagan poquito. No hay como agarrar trabajos donde no tengas patrón como pintura, albañilería, carpintería, porque los patrones aquí son bien caciques (José Luis, 2017).

Una vez instalados en Nuevo León, la mayoría se insertó laboralmente durante las dos primeras semanas de su retorno en ocupaciones poco calificadas como ayudantes en construcción, mecánica, carpintería, lava carros, boleros; y una minoría se había ocupado en empleos con prestaciones de ley trabajando como taqueros, meseros o guardias de seguridad.

En esta etapa migratoria, el derecho a la salud se ejerció una vez más de forma diferenciada. El tiempo de ausencia y la presencia de redes personales en México jugaron un papel importante. A su vez, ambos factores influyeron en la posesión o carencia de documentos de identidad que facilitaron su reintegración a la sociedad mexicana. En este sentido, un grupo de ocho informantes había pasado buena parte de su vida en EE.UU., y su red consanguínea más cercana permanecía en aquel país; mientras que el resto se había ausentado menos tiempo de México debido a deportaciones previas. Este último grupo se distinguió por estar más familiarizado con albergues, comedores y contratistas que conocieron durante estancias cortas en estados fronterizos antes de volver a emigrar.

Aarón de 36 años formaba parte del primer grupo. Nació en Zacatecas y residió 24 años en Carolina del Norte donde se casó, tuvo hijos y trabajó en restaurantes. Su necesidad de atención médica comenzó poco antes de entrar a México cuando fue golpeado por agentes de la patrulla fronteriza luego de negarse a darles su dinero. Con la quijada desviada y sin poder hablar bien, Aarón llegó a Nuevo León y comenzó un “vía crucis” recorriendo varias instituciones de salud hasta lograr ser atendido:

Llegué aquí y me mandaron a un hospital del IMSS, de ahí me mandaron con un pase al Hospital Universitario, me dijeron que para atenderme necesitaba pagar la consulta, yo no podía hablar de lo hinchado y nunca me dieron ni una pastilla. Luego me mandaron al Hospital Metropolitano y ahí me pidieron una hoja de un médico de aquí del albergue. Regresé con la hoja y así sin revisarme ni sacarme una radiografía, me dijeron que me iban a operar, ¿cómo me iba a dejar operar? De ahí me dijeron que no podían atenderme. Donde me ayudaron fue con Las Monjitas.²¹ El dentista de ahí me revisó, me acomodó la quijada y me dio medicamento (Manuel, 2017).

Al llegar a México, el único documento de identidad que portaba Aarón era su carta de repatriación, sin embargo, le fue robada en el camino hacia Nuevo León. Durante su estancia en el albergue gubernamental recibió orientación para obtener su CURP y su acta de nacimiento.

²¹ Las Monjitas es el nombre con el que comúnmente los deportados se refieren a un centro religioso que ofrece diversos servicios sociales a personas en situación de vulnerabilidad, como comedor y consulta médica gratuita. El nombre oficial de esta organización es Comunidad Apostólica de María Siempre Virgen (CAMSVI).

Por otra parte, Genaro ilustra la situación del segundo grupo de deportados. Él es originario de Puebla y, en el momento de la entrevista, tenía 36 años. Había emigrado en varias ocasiones a California donde vivió de forma intermitente cinco años hasta que lo deportaron por última vez en 2018. Durante sus retornos previos, estuvo en ciudades fronterizas alojándose en albergues y trabajando. Al igual que otros deportados, Genaro tenía un número de seguridad social²² que reactivó a su regreso a México en cuanto se insertó en un empleo formal. A pesar de ser derechohabiente del IMSS, cuando requirió atención médica prefirió no usar este servicio por considerarlo ineficiente y, en lugar de ello, acudió a otro proveedor de salud para atenderse una infección en el estómago: “Fui a la Cruz Roja, me checharon, me dieron una receta y la persona con la que estoy trabajando me compró el medicamento. En el Seguro Social [IMSS] son burocratas, tienes que ir muriéndote para que te atiendan” (Genaro, 2018).

En Nuevo León, la búsqueda de atención médica condujo a algunos informantes al desafío de afiliarse al Seguro Popular. Ninguno de los entrevistados se afilió a este seguro en los módulos de repatriación del INM. Como se mencionó anteriormente, los proveedores públicos de salud dirigidos a población no asegurada se conforman por la red de unidades de atención del DIF y la SSA. Los deportados con necesidades de salud fueron canalizados desde el albergue o a través de conocidos a dichas unidades, sin embargo, las barreras administrativas y la precaria capacidad instalada de los servicios de salud limitaron la atención médica oportuna. En este contexto, Manuel de 30 años y originario de Coahuila, regresó a México después de vivir casi 25 años en EE.UU. Durante sus primeras semanas de retorno se dislocó una rótula al brincar una barda. Manuel requirió una radiografía para tener un diagnóstico certero, pero el DIF carecía de equipo para rayos X y el personal de la SSA le solicitó su póliza del Seguro Popular para atenderlo:

Ahora que andaba más jodido fui a un centro de salud. Primero me dijeron que necesitaba el Seguro Popular y luego de ahí me mandaron al Pabellón [oficina de gobierno municipal] a sacar el acta de nacimiento foránea, pero me dijeron que no la tenían registrada. Me dieron un número [telefónico], he estado llamando, pero no contestan (Manuel, 2017).

Otros informantes sin Seguro Popular que solicitaron atención en la SSA fueron atendidos de manera excepcional condicionando subsecuentes consultas a presentar su póliza.²³

Afiliarse al Seguro Popular también representó un reto para algunos informantes. El trámite varió en función de los documentos que cada uno debía conseguir para satisfacer a una burocracia desafiante. Una de las experiencias más extremas la vivió Daniel, quien continuaba sin poder afiliarse a pesar de haberlo intentado en varias ocasiones:

Me mandaron a sacar el Seguro Popular. La cuestión es que me piden un chorro de papeles, como diciendo: no te vamos a ayudar. Me piden el acta de nacimiento (la tengo), tengo la CURP que la saqué aquí, me piden la credencial del INE, les digo todavía no me la entregan; me dijo si no traes

²² Este número se asigna a los trabajadores de forma permanente, pero se desactiva cuando la persona deja de cotizar al IMSS.

²³ La exigencia de esta cobertura se sustenta primordialmente en una justificación financiera. La Secretaría de Salud tiene déficits presupuestarios con cada consulta, insumo o medicamento que entrega a usuarios sin capacidad de pago.

otra identificación necesitamos tus certificados de estudios y me los enviaron de EE.UU., pero me dijeron que aquí no valen. Me dijeron ponte a estudiar aquí otra vez la primaria, la secundaria. Me mandó una cuñada que está en Zacatecas copia del certificado de primaria y no me lo recibieron que porque no me parezco en la foto, ¡pero las facciones cambian! y además están viendo mi nombre (Daniel, 2018).

En ningún caso este trámite se describió como sencillo, sin embargo, los deportados que tenían menos tiempo de ausencia de México obtuvieron más rápido su póliza dado que tenían casi todos sus documentos actualizados o, conocían mejor la forma de tramitarlos.

En la etapa del retorno, la subestimación de la enfermedad postergó la búsqueda de atención médica como ocurrió en Estados Unidos. La prioridad de solventar necesidades básicas como trabajar o pagar una renta superó en importancia el cuidado de la salud; aun los informantes hospedados en el albergue ahorraban parte de su ingreso, previendo el costo de la renta que pagaría al término de su estancia en el albergue.²⁴ Asistir a un centro de salud en lugar de ir a trabajar significaba una pérdida monetaria y, al mismo tiempo, un empeoramiento de su estado de salud. Daniel de 37 años, originario de Baja California relató haber perdido alrededor de 30 kilos de peso en el transcurso de dos años a partir de su regreso a México. Este síntoma aunado a tos y dolor de cabeza lo llevaron a visitar médicos en consultorios privados anexos a farmacias:

Me dicen que puede ser depresión, que no me alimento bien, me dicen que compre vitaminas, pero no me chequean la sangre. Ahora agarré trabajo aquí en Guadalupe [municipio de Nuevo León], me tengo que ir a las 6 a.m. y no tengo tiempo de ir al centro de salud a que me pesen y me estén monitoreando (Daniel, 2018).

A mediano o largo plazo, este tipo de casos deriva en padecimientos crónicos que llegan a ser laboralmente discapacitantes.

La falta de documentos de identidad mexicanos se atribuyó no solo al tiempo de ausencia de su país de origen, sino a asaltos en la vía pública que los despojaron de sus pertenencias y, a otro factor atípico relacionado con una medida de protección personal. Para Ángel, por ejemplo, era importante ocultar su identidad y portar su acta de nacimiento representaba un riesgo latente: “Soy de Reynosa, a veces agarro el tren y voy a otro estado, no quiero que sepan que soy de allá, porque es peligroso, siempre rompo mi acta [de nacimiento], luego piensan mal, porque esa ciudad está quemada” (Ángel, 2017). Aunque este hecho fue mencionado solo por un informante llama la atención por evidenciar el contexto de violencia y miedo en el que vive. El miedo también fue externado en su propio país de origen, pero a diferencia de Estados Unidos no era atribuido al riesgo de ser deportado, sino a la situación de vulnerabilidad que algunos enfrentaban en un entorno prácticamente desconocido. Así fue para Aarón, quien fue deportado en 2017 después de no haber estado en México desde hace 25 años:

²⁴ El tiempo máximo permitido para permanecer en el albergue del DIF son tres meses.

Llegas aquí y es una robadera para uno que viene de ilegal. Aquí te para la policía y te pregunta, de dónde eres, ¿cómo sabemos que eres de allá?, te vamos a hacer una revisión de rutina. Ya uno tiene miedo de salir a la calle, te quitan el dinero y te llevan a la cárcel sin deberla ni temerla, se lo digo por experiencia, es mucha injusticia (Aarón, 2017).

Estos testimonios ilustran no solo la dificultad de acceder a servicios de salud en México, sino los riesgos a la salud física y mental que enfrentan los deportados en el espacio público.

Reflexiones finales

El análisis del derecho social a la salud desde la óptica de las personas migrantes arroja elementos relevantes para comprender cómo el discurso de este derecho se desvanece aún más en el terreno vivencial. Asimismo, el análisis desagregado en tres etapas migratorias permitió identificar especificidades contextuales que intervinieron en las experiencias en salud relatadas. Dado el carácter retrospectivo de la información, el sesgo de memoria es una limitación metodológica implícita en este estudio.

En términos generales, este trabajo documenta escasa correspondencia entre el ejercicio del derecho a la salud de los migrantes y la normatividad que lo sustenta. La noción de justicia compensatoria como pilar del derecho social se difumina en la práctica ante el limitado beneficio esperado de políticas residuales dirigidas a poblaciones vulnerables, entre las cuales se encuentra población inmigrante y deportada. Como resultado, el surgimiento de políticas y acuerdos internacionales que amparan su derecho social a la salud avanza desfasado de las necesidades reales y cotidianas de atención médica.

La creación del estatus migratorio como categoría de enlace jurídico con el Estado y “pase” de acceso a los beneficios de los regímenes de bienestar, lleva implícita una concesión condicionada al derecho a la salud. Detrás del reconocimiento discursivo de este derecho se impone un interés económico que tergiversa el objetivo de disminuir las desigualdades sociales. En los hechos, los migrantes con menos recursos y escasa cobertura médica están lejos de ser sujetos de protección preferente. En Estados Unidos, la política federal de contención del gasto público restringe al mínimo posible la cobertura en salud de los inmigrantes indocumentados,²⁵ mientras que en México esta cobertura para personas deportadas tiene resultados modestos debido a la rigidez de un aparato burocrático que se activa hasta introducir cierta papelería.

El estatus migratorio fue un factor transversal en los dos contextos analizados. Esta categoría jurídica se define de diferente forma en el lugar de destino y de retorno, pero su influencia en el ejercicio del derecho a la salud fue similar. En Estados Unidos,

²⁵ Esta política termina siendo más costosa, no solo en términos financieros, sino en el detrimento de la calidad de vida y el incremento de tasas de mortalidad en estas poblaciones. Se ha documentado que la atención hospitalaria frecuentemente ligada a las emergencias médicas es más costosa que la atención preventiva o ambulatoria negada por el gobierno federal estadounidense a la población inmigrante indocumentada (Khullar y Chokshi, 2019).

por un lado, el estatus indocumentado se refiere a la carencia de documentos que prueben la estancia legal en el país de recepción. Esta condición limita explícitamente el derecho a la salud desde el nivel legislativo y su duración es indefinida o permanente mientras no exista una política migratoria que apueste por una regularización de inmigrantes como la amnistía ocurrida en 1986. Por otro lado, en México la condición indocumentada se define como la carencia de documentos de identidad. Aunque a nivel legislativo no se excluye a ninguna persona del derecho a la salud, en la práctica la falta de papeles es un obstáculo temporal para obtener cobertura médica. Si bien este problema se subsana cuando los deportados logran identificarse como mexicanos, la gravedad del asunto resalta cuando esta población es obligada a pagar por atención médica que con la póliza del SP sería gratuita.

Asimismo, fue posible identificar diferencias en el ejercicio del derecho a la salud determinadas por el factor tiempo. De acuerdo con Portes y Rumbaut (2010), este determinante estructural favorece el establecimiento de redes sociales y amortigua las complicaciones derivadas de la inmigración. En el contexto de este estudio, el tiempo también contribuyó al ejercicio del derecho a la salud en algunos informantes con estancias prolongadas en la etapa de destino. Bajo esta misma lógica, en la etapa del retorno, el tiempo de ausencia del lugar de origen generó un desgaste de las redes personales que en algún momento representaron un apoyo. El tiempo de estancia en Estados Unidos abarcó en algunos casos más de la mitad de la vida de los informantes (estancia continua) y, en otros representó la suma de varias estancias cortas (estancia intermitente), lo que implicó en ciertos casos el mantenimiento de redes personales en México durante los retornos momentáneos.

En la etapa de destino, la política migratoria y de salud federal en EE.UU. hacia los inmigrantes no autorizados tuvo efectos en el comportamiento y actitudes de sus protagonistas. El discurso antiinmigrante que prevalece en aquel país, las restricciones legales de asistencia médica y la negación de subsidios gubernamentales, tuvieron repercusiones en las decisiones de los informantes sobre el ejercicio de su derecho a la salud. En este análisis se encontró que casi todos los entrevistados acudieron a hospitales o clínicas hasta que su padecimiento estaba poniendo en riesgo su vida.

La etapa de intercepción, como parte del proceso de deportación, reunió varios factores de riesgo para la salud física y mental de los informantes. El derecho a la salud en el contexto carcelario es prácticamente minimizado a protocolos de atención con fines de control epidemiológico. La estancia en estos espacios potencializó el estado de vulnerabilidad de los internos por la exposición a contagios, agresiones, drogas y prolongados tiempos de espera para recibir atención médica.

Finalmente, en la etapa del retorno, México avanza lentamente tanto legislativa como operativamente en el reconocimiento de una atención diferenciada a los connacionales retornados, especialmente los que regresan de manera forzada. Los mexicanos deportados continúan portando el estatus migratorio indocumentado impreso en su trayectoria de vida fuera del país de origen. Este estatus destaca cuando a su regreso, el reto que cualquier mexicano enfrenta para ejercer su derecho a la salud se multiplica por el sello del antecedente migratorio. Una circunstancia adicional que influyó en esta etapa del retorno reciente fue el estatus de deportados empalmado con el de migrantes internos, debido a que casi todos eran originarios de entidades federativas distintas a Nuevo León: regresar a su entidad de nacimiento implicaba para algunos estar cerca de familiares, pero sin oportunidades de empleo o expuestos a contextos sociales de violencia.

En las tres etapas migratorias fue constante la ausencia de una atención en salud integral, sobre todo, orientada a atender los daños emocionales causados por el miedo, la soledad o el estrés. El tiempo de estancia o ausencia, el apoyo de redes personales, el tipo de información sobre los servicios de salud, así como las actitudes frente a la enfermedad influyeron en el ejercicio del derecho a la salud de los participantes de este estudio.

Referencias

- Aboii, S. (2014). Undocumented Immigrants and the Inclusive Health Policies of Sanctuary Cities. *Harvard Public Health Review*, 1-10.
- Alvarado, S. y Carreño, M. T. (2007). La formación ciudadana: una estrategia para la construcción de justicia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 5(1)1-15.
- Bosworth, M. (2002). Health and Medical Services. En M. Bosworth, *The U.S. Federal Prison System* (pp. 79-86). Estados Unidos: Sage Publications.
- Caicedo, N. (21 de enero de 2014). Los derechos sociales de los inmigrantes: Una ciudadanía social aún por reconocer [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.ub.edu/masterinmigra/index.php/es/actividades/blog/143-2014-10-23-15-30-56>
- Caicedo, N. (2018). Los derechos sociales de los y las migrantes: El reconocimiento fragmentado por el TEDH. *Derechos y Libertades: Revista del Instituto Bartolomé de las Casas*, (38), 231-269.
- Chavez, L. R. (2012). Undocumented Immigrants and Their Use of Medical Services in Orange County, California. *Social Science y Medicine*, 74(6), 887-893.
- Covered California. (2019). *Immigration Status and Health Coverage*. Recuperado de <https://www.coveredca.com/individuals-and-families/getting-covered/immigrants/>
- Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI). (2015). *Plan Anual de Trabajo 2015*. Recuperado de <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/docs/PlanAnualdeTrabajoDGRI2015.pdf>
- Federal Bureau of Prisons (FBP). (s.f.). *Medical Care. Inmates Receive Essential Medical, Dental, and Mental Health Services*. Recuperado de https://www.bop.gov/inmates/custody_and_care/medical_care.jsp
- Flamand, L. y Moreno, C. (2014). El fragmentado sistema de salud en México 1980-2012. En L. Flamand y C. M. Jaimes, *Seguro Popular y federalismo en México. Un análisis de política pública* (pp. 101-136). México: CIDE.
- Flavin, L., Zallman, L., McCormick, D. y Boyd, W. (2018). Medical Expenditures on and by Immigrant Populations in the United States: A Systematic Review. *International Journal of Health Services*, 48(4), 601-621.
- González, N. (2015). *Derechos de los inmigrantes*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.
- González-Paz, C. (23 de marzo de 2017). En el país de las cárceles: Migrantes presos en Estados Unidos y celadores. México: *Nexos*. Recuperado de <https://economia.nexos.com.mx/?p=329>

- Hansen, A. y Krasnik, A. (2007). Access to Health Care for Undocumented Immigrants: Rights and Practice. *Danish Medical Bulletin*, 54(1), 50-51.
- HealthCare.gov. (s.f.). *Healthcare Coverage for Immigrants*. Recuperado de <https://www.healthcare.gov/immigrants/coverage/>
- Jacobo, M. y Cárdenas, N. (Abril de 2018). *Los retornados: ¿Cómo responder a la diversidad de migrantes mexicanos que regresan de Estados Unidos?* Recuperado de <https://migdep.colmex.mx/publicaciones/DPM-01.pdf>
- Khullar, D. y Chokshi, D. (2019). *Immigrant Health, Value-Based Care, and Emergency Medicaid Reform*. *JAMA*, 321(10), 928-929.
- Leite, P. y Villaseñor, R. (2010). Cobertura de seguridad médica de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos. Una mirada a nivel estatal. En *La situación demográfica en México* (pp. 121-130). México: Conapo.
- Luque, J. S., Soulen, G., Davila, C. B. y Cartmell, K. (2018). *Access to Health Care for Uninsured Latina Immigrants in South Carolina*. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3138-2>
- Martinez-Donate, A., Ejebe, I., Zhang, X., Guendelman, S., Lê-Scherban, F., Rangel, G. . . Amuedo-Dorantes, C. (2017). Access to Health Care among Mexican Migrants and Immigrants: A Comparison across Migration Phases. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28(4), 1314-1326.
- Maya-Jariego, I., Cachia, R., Holgado, D. y Ramos, I. (2014). *Visualización del apoyo social en las redes personales de los inmigrantes*. México: CEMCA.
- Navarro, M. A. (2006). Modelos y régimen de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina. *Desacatos*, (21), 109-134.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). (1977). *Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/treatmentofprisoners.aspx>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (s.f.). *Programa de Atención a Migrantes Retornados*. Recuperado de <http://mexico.iom.int/programa-de-asistencia-migrantes-retornados>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). (Septiembre de 2016). *La salud de los migrantes*. 55.º Consejo Directivo. 68.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf>
- Ordóñez-Barba, G. (2017). *El Estado social en México. Un siglo de reformas hacia un sistema de bienestar excluyente*. México: El Colegio de la Frontera Norte, Siglo XXI.
- Portenay, T. y Campos, P. A. (21 de junio de 2017). El acceso a salud de los mexicanos en Estados Unidos. México: *Nexos*. Recuperado de <https://sinfronteras.nexos.com.mx/?p=36>
- Portes, A. y Rumbaut, R. (2010). *Legados. La historia de la segunda generación inmigrante*. Barcelona, España: Hipatia.
- Portes, A., Fernández-Kelly, P. y Light, D. (2012). Life on the Edge: Immigrants Confront the American Health System. *Ethnic and Racial Studies*, 35(1), 3-22.
- Portes, A., Light, D. y Fernández-Kelly, P. (2009). The U.S. Health System and Immigration: An Institutional Interpretation. *Sociol Forum*, 24(3), 87-514.

- Prieto, L. (1995). Los derechos sociales y el principio de la igualdad sustancial. *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, (22), 9-57.
- Rosales, Y., Bojorquez, I., Leyva, R. e Infante, C. (2017). Health Services Provision for Migrants Repatriated through Tijuana Baja California: Inter-Agency Cooperation and Response Capacity. *Frontera Norte*, 29(57), 107-130.
- Sainsbury, D. (2006). Immigrants Social Rights in Comparative Perspective: Welfare Regimes, Forms of Immigration and Immigration Policy Regimes. *Journal of European Social*, 16(3), 229-244.
- Sanderson, D. (2012). Redressing the Right Wrong: The Argument from Corrective Justice. *University of Toronto Law Journal*, 62(1), 93-132.
- Sierra, L. de la, González-Block, M. A., Rosales, Y. y Cruz, J. C. (2016). La salud como motivo de retorno de migrantes a México. En E. Levine, S. Núñez, y M. Verea (Eds.), *Nuevas experiencias de la migración de retorno* (pp. 119-134). México: CISAN, UNAM, Instituto Matías Romero, SRE, Metropolis International.
- Sosa, R. A. (2008). *Concepto y Contenidos del Derecho Social*. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/conceptos_y_contenidos_de_la_seguridad_social.pdf
- Valle, V. y Ortiz, C. (2015). Mexican Immigrants Access to Healthcare on the U.S.-Mexican Border. *Voices of Mexico*, 105-110.
- Velasco, L. y Coubès, M. L. (Diciembre de 2013). *Reporte sobre dimensión, caracterización y áreas de atención a mexicanos deportados desde Estados Unidos*. Recuperado de <http://imumi.org/uf/recursos/reporte-dimension-atencion-mexicanos-deportados.pdf>
- Wallace, S., Rodríguez, M., Padilla- Frausto, I., Arredondo, A. y Orozco, E. (2013). Improving access to health care for undocumented immigrants in the United States. *Salud Pública de México*, 55(4), 508-514.
- Wassink, J. (2018). Uninsured Migrants: Health Insurance Coverage and Access to Care Among Return Migrants. *Demographic Research*, 38, 401-428.
- Zimmerman, C., Kiss, L. y Hossain, M. (2011). Migration and Health: A framework for 21st Century Policy-Making. *PlosMedicine*, 8(59).
- Zong, J. y Batalova, J. (11 de octubre de 2018). *Mexican Immigrants in the United States*. Recuperado del sitio de Internet Migration Policy Institute <https://www.migrationpolicy.org/article/mexican-immigrants-united-states>

Entrevistas

- Aarón. (2 de septiembre de 2017). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.
- Ángel. (27 de agosto de 2017). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.
- Antonio. (13 de marzo de 2018). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.

- Daniel. (13 de junio de 2018). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.
- Genaro. (28 de agosto de 2018). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.
- Jesús. (10 de enero de 2018). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.
- Jorge. (2 de septiembre de 2017). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.
- José. (17 de septiembre de 2018). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.
- José Luis. (21 de octubre de 2017). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.
- Luis. (3 de febrero de 2018). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.
- Luis Alberto. (24 de agosto de 2018). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.
- Manuel. (27 de agosto de 2017). Por Yetzi Rosales, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Conacyt, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México.

Yetzi Rosales

Mexicana. Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios Regionales por El Colegio de la Frontera Norte (El Colef). Catedrática-Conacyt en El Colef, sede Monterrey, desde 2015. Líneas de investigación: migración México-Estados Unidos, políticas y sistemas de salud y migración indocumentada. Publicación más reciente: Rosales, Y., Bojórquez, I., Leyva, R. e Infante, I. (2017). Oferta de servicios de salud a migrantes repatriados por Tijuana, Baja California: Cooperación y capacidad de respuesta interinstitucional. *Frontera Norte*, 29(57), 107-130.