



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud
Campo de Ciencias Socio-médicas
Campo disciplinario Antropología en Salud

**Salud en territorio de frontera México-Guatemala:
Circularidad, estrategias y políticas**

Tesis
Para optar por el grado de
Doctora en Ciencias

Presenta:

Mtra. Verónica Haydee Paredes Marín

Tutora
Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez
Instituto Nacional de Antropología e Historia

Comité tutorial

Dr. Roberto Campos Navarro
Facultad de Medicina de la UNAM

Dra. Elia Nora Arganis Juárez
Facultad de Medicina de la UNAM

Ciudad Universitaria, Cd. de México, mayo de 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Distancia.

En este país pequeño
todo queda lejos:
la comida,
las letras,
la ropa...

Humberto Ak'abal,
poeta maya K'iche'

Agradecimientos institucionales

Este trabajo de investigación está adscrito al programa de posgrado de Ciencias Sociomédicas. Posgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta UNAM 51501198-1 Programa Doctorado, en Ciencias Sociomédicas campo disciplinario de Antropología en Salud y contó con el apoyo de Beca Conacyt con CVU registro No.344927, a quienes agradecemos el apoyo recibido para su realización. Se agradece también a la colaboración prestada por los habitantes y la Comisión de Salud de Yalú, Sibinal San Marcos en Guatemala, los pobladores de Unión Juárez y las autoridades y personal de salud involucrado de la Jurisdicción sanitaria VII, en Chiapas, México. También al IDEI- USAC y a Paty de la Roca, con quienes obtuvimos los primeros datos, gracias por esa tarea titánica de construir desde la nada.

También agradezco el apoyo y dirección brindados por la Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez quien ha fungido como tutora, a la Dra. Elia Nora Arganis y al Dr. Roberto Campos quienes conformaron el comité tutorial. A la Licenciada Alba Ochoa, Aleithia Manzanares y el resto de personal administrativo del posgrado, que siempre gestionaron y facilitaron en la medida de sus posibilidades los procesos. A mis sinodales: Dras. Shoshana Berenzon y Blanca Pelcastre, así como los Dres. Carlos Navarrete y Luis Vargas por sus lectura y comentarios. A Paty Torres y el personal bibliotecario de CIESAS (Ciudad de México), que me otorgaron facilidades excepcionales para que pudiera tener un espacio de trabajo académico adecuado en momentos post-sismo. A ECOSUR y CESMECA, al haberme aceptado como alumna oyente en sus seminarios, que me permitieron ampliar los conocimientos en relación a los procesos de la frontera Guatemala- Chiapas, en especial a los doctores Luis Arriola, Enrique Coraza, Manuel Martínez, Daniel Villafuerte, Jesús Gómez, Mario Vázquez y la Dra. Ailsa Winton. A OPS-Guatemala y el equipos de HSS, de quienes aprendí muchísimo.

Particularmente, quiero agradecer inmensamente al pueblo mexicano, que a través de sus impuestos, sostienen las becas nacionales, las Universidades Nacionales e institutos de investigación en donde he podido formarme como beneficiaria de la educación pública. En estos agradecimientos no puedo dejar de lado a todas las personas mexicanas y guatemaltecas que fueron entrevistadas en el proceso y por las cuales podemos entregar esta tesis doctoral.

Dedicatoria

Todo proceso de tesis nunca es una cuestión individual, en ella se enlazan muchísimos esfuerzos, apoyos, solidaridades. En estos procesos, una nunca va sola, lleva atrás historias de alegrías, enojos, tristezas, frustraciones, esperanzas. Historias que han acompañado personas que han compartido conmigo, me han sostenido, me han animado, me han reorientado y me han empujado. La familia Paredes Marín y lxs Marín Arriola, son las/los primeros a quienes debo de agradecer y dedicar este esfuerzo. Sin ustedes, mami, papi, Nana, Kuky, Cristy, abuelita Carmen, Tía Olga, Carol, Calín,, no hubiera culminado. Gracias por el apoyo emocional y económico en la larga etapa post- beca. Aunque ya no estén, al abuelito Carlos y Mamatina,: su presencia es tan fuerte aún, que paré en la región del Soconusco buscando sin saber, comprender los territorios que habitaron y que fueron parte de las historias con las que crecimos.

Hay madres y padres académicos a quienes debo agradecer y dedicarles el trabajo: Gracias Yesenia Peña, María Teresa Mosquera, Roberto Campos, Adriana Ruiz, Lilia Hernández. Sus empujoncitos y su defensa fueron esenciales para poder llegar a esta etapa.

Le dedico también este esfuerzo a mi familia guatemalteca en México: Margarita Cossich y Celes Molina su hermandad y solidaridad ha permitido y construido cosas maravillosas. A Gra Muñoz y Marta Martín, porque también siguen siendo mi equipo morado, mi familia de elección, a quienes acudo con alegría y llanto. A todas ustedes, las quiero inmensamente. Uyyyy, no podría dejar de lado a mi comunidad chilena de soporte: Paula, Tamy y Rodrigo, gracias por chutarse todo el drama y por compartir chelas, mezcales, e infinidad de charlas intensas.

Por último, pero no menos importante, TODA la banda chiapaneca. Menciono en especial a Ceci Acero y Migue Urbina, por la amistad que hemos sostenido por tantos años, por la inmersión a la chiapanequidad que me ha traído pura cosa buena. Al Jesús Gómez e Iván Porraz: dos amigos invaluable que han creído en mí, pero que además, me han cuidado, en las buenas y en las malas, me han jalado orejas cuando se ha requerido y me han impulsado cuando han podido, gracias a ustedes dos, pude reconciliarme con la vida académica.

Dedicado a todas y todos ustedes, porque estuvieron conmigo en momentos intensos...

Índice

Introducción	10
Capítulo I: Planteamiento del problema y método	
1.1 Planteamiento, delimitación y preguntas del problema	15
1.2 Hipótesis de trabajo	19
1.3 Justificación	20
1.4 Objetivos generales	22
1.5 Objetivos específicos	22
1.6 Estrategia metodológica	23
1.6.1 Selección de documentos para revisión crítica	24
1.6.2 Selección de los participantes	25
1.7 Fases de la Investigación	27
1.7.1 Técnicas de información utilizadas en el trabajo de campo	33
Capítulo II: Enfoques de Salud, territorio y comunidad	
2.1 Territorios, movilidades y frontera como conceptos analíticos	39
2.1.1 Territorialización y dominio	41
2.1.2 Frontera	44
2.1.3 Movilidad transfronteriza y frontera sur (Soconusco)	47
2.1.4 Comunidad y vinculación social	49
2.2 Algunos enfoques de aproximación al análisis de la salud desde el área social	61
Capítulo III: Antecedentes y caracterización del Área de Estudio	
3.1 Los estudios de frontera México-Guatemala	74
3.2 Estudios de salud en la zona de frontera	80
3.3 Chiapas, un espacio de interacciones e identidades compartidas	84
3.3.1 El Soconusco	84
3.3.2 La cotidianidad como ruptura de las fronteras artificiales: Salud y territorio en el Soconusco como elemento de continuidad cultural mam	91

3.4 Caracterización del municipio de Unión Juárez	95
3.4.1 Servicios de salud en el municipio	98
3.5 Caracterización de la población estudiada	99
3.6 Del diseño organizacional de la prestación de servicios nivel primario en Guatemala, a la realidad en zona de frontera	101
3.6.1 El sistema de salud primaria en Guatemala	101
3.6.2 Las políticas de salud en Guatemala enfocadas a poblaciones dispersas	106
3.6.2.1 Propuestas de un Modelo de Atención Primaria	107
Capítulo IV: Flujos para la atención en territorio de frontera	
4.1 El caso de búsqueda de atención en salud de los comunitarios en la zona	110
4.1.1 Cuando la atención se busca dentro del territorio guatemalteco	117
4.1.2 Cuando la atención se busca dentro del territorio mexicano	119
4.2 Caso del caserío Yalú	120
4.3 Caso de la aldea Chocabj	129
4.4 Caso del caserío Tibancuche	132
4.5 Caso de aldea Toniná	134
4.6 Relación entre enfermedades locales, padecimientos y medicamentos reportados como consumidos o comprados	139
Capítulo V. El contacto de los migrantes perifronterizos con los profesionales de la salud en el Soconusco.	
5.1 Caracterización del personal sanitario	141
5.1.1 Los y las médicas	142
5.1.2 El personal de enfermería	144
5.1.3 Otros trabajadores de salud	145
5.2 Medicina clínica	146
5.2.1 Espacios privados	146
5.2.2 Espacios públicos	148
5.2.2.1 IMSS-Prospera	148
5.2.2.2 DIF, Unión Juárez	154
5.2.2.3 Centro de Salud de Unión Juárez	156
5.3 Saliendo del espacio unionjuarence. El segundo nivel de atención	164
5.4 Construyendo el imaginario sobre el buen y mal paciente/migrante	170

5.5 El desconocimiento de las leyes y normas en materia de salud del migrante	176
Capítulo VI. Los olvidados de la agenda en salud en territorio de frontera: diversidad funcional	
6.1 El contexto socioeconómico de la atención a la salud mental en Guatemala. Trastornos mentales, discapacidad y problemas neurológicos	182
6.2 Desatención en salud: Políticas y experiencias en discapacidad y salud mental en Guatemala en el ámbito rural	191
6.3 Estudiar las orillas desde su tejido invisible. Los casos invisibles de la discapacidad y salud mental en las comunidades rurales en frontera	193
6.3.1 La contención comunitaria de los casos de “locura”	195
6.3.2 El caso de José: salud y multi territorialidad transnacional en la búsqueda de atención a los padecimientos derivados de la parálisis cerebral infantil	204
6.4 Transitar para combinar los sistemas médicos en la búsqueda de cuidados	215
6.5 Expresión biológica de la desigualdad	215
Conclusiones	221
Reflexiones finales	224
Referencias	235
Anexos	
Anexo 1: Carta de autorización de la USAC para uso de datos	262
Anexo 2: Autorización de Comité de Bioética de Jurisdicción VII de Salud de Chiapas para desarrollar la investigación en sus servicios de salud	263
Anexo 3: Formato de carta consentimiento	264
Anexo 4: Instrumento para realizar entrevista a personal de salud del servicio público mexicano	266
Anexo 5: Instrumento para realizar entrevista a médicos privados que atienden en Unión Juárez	267
Anexo 6: Instrumento “Censo Comunitario”	268
Anexo 7: Instrumento para realizar entrevista a guatemaltecos que asisten a los servicios públicos mexicanos	272
Anexo 8: Guía de entrevista a madre a cargo de un infante con parálisis cerebral	273
Anexo 9: Instrumento “Guía de observación”	274
Anexo 10: Guía e instrumento para cónsul de Guatemala en Tapachula	275
Anexo 11: Guía e instrumento para defensora de derechos humanos de migrantes	276
Anexo 12: Guía de entrevista a delegado de CONRED	277
Anexo 13: Entrevista con funcionaria de Organismo Internacional en Salud. Representación Guatemala	278
Anexo 14: Tipos de medicamentos de consumo en las comunidades	280
Anexo 15: Estadísticas sanitarias del municipio de Sibinal, San Maros, Guatemala	295
Anexo 16: Formulario SIGSA “Registro diario de consulta y post-consulta en puestos de salud y centros de convergencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala	303
Anexo 17: Marco jurídico- normativo de México en materia migratoria	304

Anexo 18: Leyes federales que obligan a funcionarios de Estado a otorgar servicios de salud a población no mexicana, independiente de su estatus legal.	304
--	-----

Índice de figuras y cuadros

Figura 1: Fase I de investigación	30
Figura 2: Fase II de investigación	31
Cuadro 1. Entrevistas obtenidas en campo	32
Cuadro 2: Temáticas abordadas en estudios a nivel de frontera	78
Imagen 1: guatemaltecos bajan a vender a Unión Juárez	97
Imagen 2: Frontera Soconusco- Guatemala	98
Imagen 3: Territorialización de los servicios de Salud del MSPAS	105
Cuadro 3: Distancias de las comunidades hacia los distintos centros de atención a la salud de tipo público en Guatemala	106
Figura 3: Mecanismos de movilidad para atención en salud de los guatemaltecos	116
Figura 4: Mecanismos de búsqueda de atención población de Yalú	121
Imagen 4: Yaluéenses retornando a su comunidad con compras realizadas en México	122
Cuadro 4: Actores, especialidades y espacios en donde buscan ser atendidos los habitantes guatemaltecos de la comunidad de Yalú, en el Municipio de Unión Juárez, Chiapas	126
Figura 5: Mecanismos de búsqueda de atención población Chocabj	131
Figura 6: Mecanismos de búsqueda de atención población Tibancuche	133
Figura 7: Mecanismos de búsqueda de atención población Toniná	138
Cuadro 5: Perfil del paciente no mexicano que asiste a la UMR IMSS- PROSPERA	150
Figura 8: Boleta de registro IMSS- Prospera	153
Cuadro 6: Perfil del paciente no mexicano que asiste a la Clínica del DIF municipal	156
Cuadro 7: Perfil del paciente no mexicano que asiste al Centro de Salud de Unidad Juárez	280
Cuadro 8: Tipos de medicamentos que los pobladores de frontera refirieron consumir	280
Cuadro 9: Veinte primeras causas de morbilidad general en el municipio de Sibinal	296
Cuadro 10: diez primeras causas de morbilidad infantil en Sibinal	296
Cuadro 11: Diez primeras causas de morbilidad de 1 a 4 años en Sibinal	297
Cuadro 12: Diez primeras causas de morbilidad materna	298
Cuadro 13: Diez primeras causas de mortalidad general en Sibinal	298
Cuadro 14: Tipo de atención recibida en el parto en Sibinal	298

Cuadro 15: Casos de tuberculosis en Sibinal 2013	298
Cuadro 16: Prestadores de servicio con presencia en Sibinal	299
Cuadro 17: Tipo de servicio de salud existente a nivel municipal de Sibinal	299
Cuadro 18: Producción de programas: Otros servicios	300
Cuadro 19: Producción de programas (Atención al ambiente)	300
Cuadro 20: Datos de interés en salud municipio de Sibinal	301
Cuadro 21: Recurso Humano en Salud en Sibinal	302

Introducción

El territorio que se encuentra en las laderas del Volcán de Tacaná tiene como característica pertenecer una porción a Guatemala y otra porción a México. En el habitan poblaciones que interrelacionan de diversas maneras y en su territorio se expresan múltiples facetas del habitar la línea fronteriza. Sibinal en el occidente guatemalteco y Unión Juárez, en la región del Soconusco, Chiapas, son las comunidades que se abordaron este estudio.

La historia de interconexión en esta región puede rastrearse históricamente, por ejemplo, haber sido zona de paso para el comercio desde épocas prehispánicas y base sobre las cuales se fundaron los Caminos Reales. También, la importancia que jugó el Soconusco en el establecimiento de la frontera, posteriormente el haber sido una de las zonas cafetaleras más importantes de México, por tanto, zona de recepción de migración estacionaria para labores agrícolas de guatemaltecos e indígenas de los altos de Chiapas y el reciente aumento de los flujos migratorios en su parte baja desde finales del siglo pasado, han sido hechos históricos y sociales que ha posicionado cada vez más el interés de la academia en la denominada frontera sur.

Sin embargo, ese interés se ha focalizado en los procesos que suceden en la parte de las llanuras costeras del Soconusco, pero al irse elevando el terreno, región de nuestro interés, van cambiando las dinámicas de los flujos migratorios, pasando de ser un flujo migratorio de tránsito, a uno de movilidad perifronteriza. Las comunidades que están al otro lado de la línea frontera con Unión Juárez, son pequeñas e instaladas en las adyacencias de los terrenos, donde por procesos de subsistencia, mantienen el mecanismo de la circularidad en el territorio con el fin de obtener satisfactores de vida que permitan su habitar en la zona.

Los comunitarios guatemaltecos en su mayoría viven de la agricultura y del cultivo de flores ornamentales que suelen vender en territorios cercanos, ya sea en la cabecera municipal de Sibinal. Si las comunidades tienen mayor cercanía con México, suelen bajar a vender sus frutas, verduras y flores a Unión Juárez, Cacahoatán y a veces, hasta Tapachula, todas estas en la zona de llanura costera del Soconusco en Chiapas. Incluso, a veces se emplean en pequeñas tiendas, comedores, hacen trabajos domésticos o labores agrícolas en los cultivos de fruta o las fincas de café, haciendo su vida en territorio mexicano y regresan por lo general, a dormir a sus hogares en Guatemala.

Guatemala hasta el momento, ha sido incapaz de proveerles condiciones de bienestar social. Algunas de esas poblaciones incluso, carecen de caminos y de servicios mínimos. Uno de los servicios de los que carecen en la zona es el de salud y para solventar esa carencia, las unidades domésticas han creado acciones que han permitido establecer estrategias de acceso a los servicios públicos mexicanos, a pesar de su condición de ser nacionales guatemaltecos, dinámica que ha sido lograda a través del tiempo, gracias al constante tejido de vínculos entre uno y otro lado.

De ahí que la investigación tuvo como eje de análisis: las estrategias de los guatemaltecos para poder acceder a los servicios de salud públicos mexicanos en la zona del Soconusco, pero también la representación y práctica social del personal sanitario frente al fenómeno de la búsqueda de acceso a la salud, el conocimiento sobre las normativas nacionales respecto al derecho a la salud de la población no mexicana y el impacto de la normativa en el momento de atender a los guatemaltecos. Bajo un enfoque principal de la antropología en salud y apoyándonos en otras disciplinas sociales, realizamos una etnografía multisituada que refleja las condiciones de salud en la frontera de Guatemala con México.

El documento permite ir adentrando al lector en la situación de la frontera, para así ubicar contextualmente, describiendo las condiciones de vida y las dificultades al ser población socialmente excluida en su país de origen (Guatemala) y la ineficiencia del Sector Salud de dicho país para poder proveer servicios oportunos a su población, para después dar pie a comprender las vinculaciones que realizan y que les permite ir armando una serie de redes que les serán útiles en el momento de requerir la atención en los servicios públicos mexicanos, para de allí derivar el análisis en la práctica y representación social del trabajador sanitario frente al fenómeno de la movilidad guatemalteca para la búsqueda de los servicios de salud. Finalmente se enlaza la investigación con dos casos específicos que van desde la desatención a la salud hasta la atención total en una institución pública mexicana en casos con diversidad funcional: psíquica y física.

La presente investigación para una mayor comprensión se ha dividido en los siguientes seis capítulos:

Capítulo I. Planteamiento del problema y método. Da cuenta del planteamiento del problema, la delimitación temporal y espacial, las preguntas generadoras, y la justificación

del estudio. Se incluyen también las hipótesis que se manejaron, los objetivos, la estrategia metodológica y una descripción de las fases de investigación, tanto de gabinete como de campo.

Capítulo II: Enfoques en salud, territorio y comunidad. Enfoca conceptualmente los elementos que fueron utilizados en la investigación, permitiendo el uso de categorías y conceptos útiles a la interpretación del fenómeno estudiado. Se plantean los conceptos centrales con los cuales se trabajó como territorio, salud, movilidad, frontera, vínculos sociales y enfoques analíticos de la salud, logra dar un marco a los siguientes apartados que analizaron los resultados de la investigación.

Capítulo III: Antecedentes y caracterización de la zona de estudio. Se enmarca la situación de los estudios de frontera entre Guatemala y México, para ir poco a poco delimitando esos estudios en salud realizados en esa frontera. Se contextualiza las políticas de salud enfocadas a las poblaciones dispersas en Guatemala y su problema histórico por tratar de delimitar un modelo de atención primaria que lleve a la atención eficaz de poblaciones rurales en Guatemala, dando cuenta de la actual organización de los servicios con los que se cuenta. La contextualización de la zona del Soconusco y la vinculación territorial de ambos países, como un territorio de continuidad cultural de la cultura maya mam, se expone también en este apartado.

Capítulo IV: Flujos para la atención en territorio de frontera. Por medio de una descripción etnográfica se presenta la contextualización de la zona de estudio en Guatemala, sus condiciones de vida y, sobre todo, presenta los flujos y mecanismos que las unidades domésticas siguen para poder atender la salud y acceder a los servicios, ya sean cuando se da dentro de sus comunidades, cuando se movilizan en el resto de Guatemala o cuando inician su ruta de circularidad perifronteriza en la región del Soconusco. Caso por caso se presentan las comunidades de Yalú, Toniná, Tibancuche y Chocabj, aldeas y caseríos de Sibinal que se encuentran muy cercanos a la línea fronteriza con México, en las laderas del volcán de Tacaná. Los resultados contenidos en este apartado expresan que, frente a la exclusión social, la geografía y el territorio en la elección del lugar a donde la población acude para ser atendidos por el sistema de salud, ya sea mexicano y/o guatemalteco es de suma importancia.

Capítulo V. El contacto de los migrantes fronterizos con los profesionales de la salud en el Soconusco. Una vez descrito los mecanismos de atención de cada una de las comunidades, resulta relevante profundizar sobre la respuesta que tiene el personal de salud frente al fenómeno de la movilidad peri fronteriza de los guatemaltecos cuando hacen contacto con ellos en el servicio de salud. Para ello se realiza un perfil de quiénes son los trabajadores sanitarios en la zona, así como el tipo de servicio que atienden y su tipo de vínculo con los guatemaltecos. También se expone el conocimiento/desconocimiento que tienen sobre los mecanismos legales para asegurar el derecho a la salud de los pobladores no mexicanos, la poca utilidad de estas leyes frente a un perfil de migrante que no es de tránsito, sino circular y el otorgamiento del servicio como parte de una dinámica local que no requiere ser normado jurídicamente, funcionando bajo la lógica de la construcción binacional de comunidad y el tejido social peri fronterizo.

Capítulo VI: Los olvidados de la agenda en salud en territorio de frontera: diversidad funcional. A pesar de que la investigación no iba tras una enfermedad específica, sino tras los mecanismos que se activan en formas de estrategias colectivas para poder acceder a la atención a la salud en la zona fronteriza de Guatemala y México, surgió durante el trabajo de campo como categoría emergente la diversidad funcional en el tema de salud que se ejemplificaron con dos casos presentes en la zona de estudio. Para el caso guatemalteco, la discapacidad es un tema que ha sido poco abordado y, sobre todo, aquella que se presenta en condiciones de ruralidad. La atención de ambos casos, inexistentes en los registros guatemaltecos, sintetizan el contenido de todo el trabajo de investigación, pues es a través de ellos que vemos ejemplificados la situación de atender la salud en territorio fronterizo, frente a carencias de todo tipo. En él se expresan las concepciones del etnoterritorio, el tejido social, las vinculaciones perifronterizas y la circularidad, entre otros, por ello estratégicamente fue puesto al final, como una forma de cierre del contenido de los resultados de campo.

Finalizamos la investigación con un conjunto de reflexiones a modo de conclusiones que se establecen a partir de los siguientes ejes: El primero es la desatención de la frontera como expresión de la construcción de la periferia a las poblaciones de estudio y su impacto en la atención sanitaria. El segundo los mecanismos de atención en territorio extranjero y sus bases

normativas en los servicios de salud. El tercero las representaciones y las prácticas médicas ante el fenómeno de la movilidad de los guatemaltecos, con relación a categorías orientadoras como movilidad, territorio, liminalidad y redes, como ejes que se intersectan en el fenómeno de la búsqueda de la atención a la salud.

Capítulo I: Planteamiento del problema y método

1.1 Planteamiento, delimitación y preguntas del problema

La investigación está enmarcada en los denominados estudios de frontera, en específico, las formas del cómo las comunidades hacen uso de los recursos que tienen a su alcance y con esto, el establecimiento de estrategias, centrándose en lo relativo a los accesos a la atención en problemas de salud y la provisión misma. En que la unidad doméstica jugará un papel relevante, de ahí la importancia de definirla y entender el conjunto de estrategias que desarrollan.

Susana Torrado (1982) manifiesta que las estrategias familiares no deben ser pensadas fuera de la relación macrosocial entendiéndose estas como el andamiaje estructural de la sociedad, y la microsociedad, como aquellos comportamientos de los grupos, que a su vez serán determinadas por los estilos de desarrollo económico en donde se lleva a cabo el fenómeno, entre los que median las instituciones. Define a la estrategia familiar de la siguiente forma:

Aquellos comportamientos de los agentes sociales de una sociedad dada que estando condicionados por su posición social (o sea por su pertenencia a determinada clase o estrato social) se relacionan con la constitución y mantenimiento de unidades familiares (UF) en el seno de las cuales puede asegurarse el mantenimiento de la producción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la optimización de las condiciones materiales y no materiales de existencia de la unidad y cada uno de sus miembros (Torrado, 1982, p.112).

Para Yesenia Peña (2012), la familia refiere a un colectivo que se vinculan entre sí a partir de la consanguinidad o relaciones jurídicas que resulta en complejas redes de parentesco, pudiendo o no compartir espacios residenciales y en su necesidad de obtener satisfactores, recurren a estrategias familiares de vida en el que la unificación en un núcleo provee la forma de obtener los recursos necesarios y satisfacer necesidades a partir de la distribución de recursos financieros, división del trabajo doméstico en relación a su género y edad, acciones para solventar los procesos de salud/enfermedad y sus dinámicas con el entorno social.

A diferencia de este, el concepto de unidad doméstica permite “relacionar las actividades de producción, consumo y reproducción biológica y social de sus miembros, dirigidas a la subsistencia y sobrevivencia de la unidad doméstica” (Peña, 2012, p.78). Así, la autora refiere que la unidad doméstica sería una unidad reproductiva y de organización social en la

que se interconectan diversas relaciones de tipo económico, de parentesco e ideológicos, lo que remite directamente a una “estrategia de vida, para la producción, consumo y reproducción social, por ello, rebasa los espacios de familia, al ser de una comprensión más amplia y compleja.

El conjunto de esas estrategias inmediatas, lleva a crear mecanismos de respuesta a largo plazo para satisfacción de diversas necesidades que provean calidad de vida (individual y comunitaria) a través de múltiples esferas que contemplan desde la supervivencia, subsistencia y sobrevivencia.

Peña (2012) refiere que la estrategia de supervivencia estaría conformada como la acción de vida o muerte en el plano biológico a escala individual-grupal-especie, permitiendo la capacidad reproductiva, sin que ello signifique que sea de las formas adecuadas. La estrategia de supervivencia sería toda acción encaminada a cubrir satisfactores biológicos y emocionales, así como necesidades sociales y culturales, mediante la reproducción y producción social del individuo y el colectivo; así, la estrategia de supervivencia la entiende como el conjunto de iniciativas no formales que buscan complementar el recurso económico de la unidad doméstica e individual.

Al ser una propuesta de mayor complejidad y que permite entender que en la comunidad de estudio se siguen estas estrategias, nos adscribimos a esta propuesta, que también estarán determinadas por las condiciones de existencia que les provee el habitar un territorio, pero este espacio no se entiende única y exclusivamente en las dinámicas locales, sino responden y se articulan con ejes rectores macros. En el caso de las fronteras, la ubicación espacial entre dos diferentes países crea condiciones económicas, sociales, culturales y políticas muy particulares y a su vez, diferentes a los que territorialmente se encuentran cerca de los núcleos de gobernabilidad, lo que la adaptación a esa dinámica por medio de estas estrategias proveerá a los individuos sus particularidades.

Existen dinámicas que caracterizan a los territorios fronterizos como la “permisividad”, circularidad de personas, insumos o significantes culturales entre otras, que da lugar a relaciones simbióticas y desarticulables, a pesar de contar con diferentes referentes legales o de estatus ciudadano y que crea condiciones para establecer relaciones y redes a nivel local

que facilitan la creación de estrategias de subsistencia y supervivencia útiles para las poblaciones y grupos familiares.

Sin embargo, estas entran en contradicción cuando en el engranaje de las relaciones, empiezan a funcionar y ejercerse los marcos normativos de ciudadanía diferente aplicados por las instituciones de cada país. Ejemplo de ello es el tema de salud, el que las personas puedan acceder a sistemas públicos o espacios privados de atención que se verá trastocado por su condición de estatus identitario nacionalista como externo/interno y a su vez, por prácticas sociales que se moldean a conveniencia del prestador de servicios de salud o de los pacientes en el instante preciso de buscar y satisfacer la demanda.

En los espacios de provisión de atención en salud, la relación entre políticas nacionales y su ejercicio a nivel local se entretendrá a partir de las prácticas sociales y las representaciones del personal de salud sobre lo que moralmente es “correcto”, influido por el sentimiento de cercanía de esos “otros” que se encuentran al otro lado de la “línea”, es decir mutualismos (Bauman, 2007), ya que son parte de las cotidianidades comunitarias. Otras dinámicas relacionadas con la economía fronteriza y salud, es la búsqueda de atención en ámbitos privados. Pensando que las fronteras siempre han sido periferias, se aprovechan las condiciones de la situación territorial para actuar en ella, así es que una parte de esta economía se evidencia en la circularidad de profesionales “no nacionales” en “el otro lado” como forma de intercambio de bienes o servicios.

Entiendo por circularidad perifronteriza, a aquella estrategia de transitar los espacios cercanos a las fronteras, sin adentrarse más allá de los poblados cercanos en el país contiguo, con el fin de obtener satisfactores al trabajo productivo y reproductivo del individuo y la unidad doméstica a la que se adscribe.

Todo esto se materializa en las relaciones sociales que definen las dinámicas de los habitantes de la zona en el momento de la toma de decisiones del dónde o a quién acudir para solucionar sus problemas de salud. No se puede, sin embargo, pensar las decisiones como algo ajeno a dinámicas macroestructurales pues, también las políticas nacionales a través de las prácticas institucionales marcan “lo permitido y lo no permitido”, por lo que el análisis de ambas influencias es necesario para comprender las dinámicas locales.

Otra de las características que define la frontera, es que las comunidades que presentan este límite geopolítico, se observa la ausencia del Estado de diferentes maneras, sin embargo, ambos territorios son catalogados como vulnerables, en parte, por su situación geográfica y también por tener bajo desarrollo económico.

De ahí que la delimitación territorial de esta investigación se fijó para comunidades colindantes en el Soconusco alto de México y Altiplano Occidental de Guatemala en el territorio del Volcán de Tacaná, en territorio fronterizo entre México y Guatemala, para lo cual se eligieron los siguientes espacios territoriales:

México: Ejido Córdoba Matasanos, Talquián y cabecera municipal de Unión Juárez, Chiapas. También se realizó trabajo de campo en la Ciudad de Tapachula donde se concentran la mayoría de los servicios administrativos.

Guatemala: Comunidades fronterizas en las laderas del volcán de Tacaná y pertenecientes a Sibinal (Yalú, Chocabj), aunque por referencia contextual, también se toman en cuenta algunos procesos de las comunidades de Toniná y Tibancuche, por ser parte de los circuitos de circularidad perifronteriza. A la par se realizó trabajo de campo en Ciudad de Guatemala y Tajumulco. La estancia en estos lugares, responde al hecho de que algunos de los actores que se entrevistaron se encontraban ahí.

Por ello la temporalidad de la investigación se estableció de tipo sincrónico que inició en julio de 2014 y finalizó en agosto de 2019¹; y se construyeron como ejes de trabajo el territorio, la circularidad, la salud, la exclusión y la frontera que dieron paso a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las estrategias de los habitantes de la frontera Guatemala-México para enfrentar problemas de salud a través de la circularidad territorial?
2. ¿Qué políticas internacionales/nacionales/regionales relacionadas a salud y migración impactan en las dinámicas comunitarias en la zona de frontera?

¹ El acercamiento a la zona desde el lado guatemalteco se inició desde mediados de 2012, pero por cuestiones administrativo/jurídicas, se tuvo que iniciar un nuevo proyecto de investigación en abril de 2017.

3. ¿Cuáles son las representaciones y prácticas del personal de salud respecto a políticas y normas que institucionalmente se desarrollan para la atención de la población de frontera?

1.2 Hipótesis de trabajo

1. Si bien el interés por normar y crear las políticas de salud en frontera resurge en los años 80 del siglo XX como parte del interés geoestratégico, estas políticas se han dedicado en su mayor parte a la protección de la población mexicana frente a la alta incidencia de movilidad poblacional a causa de la migración y problemas conexos. Además, la relación entre salud, las normativas regionales y su interconexión con las políticas a nivel nacional y su planeación en formas de programa a nivel local no toman en cuenta movilidades humanas por el tránsito migratorio circular (perifronterizo), lo que causa vacíos y contradicciones entre las diferentes escalas de organización y gerencia sanitaria ya que no pueden generar estrategias específicas para ellos, pues los datos homogenizan a toda población migrante y niegan la relación de codependencia de esos espacios, volviendo invisibles las necesidades.
2. La existencia de programas y planes de salud para la zona de frontera, así como las normativas migratorias en lo relativo a la salud son desconocidas por el personal médico en los servicios de salud, por lo que actúan frente a lo que ellos subjetivamente creen correcto o conveniente. La anuencia en brindar atención a la salud de los pobladores de frontera no mexicanos puede responder a que el personal de salud se rige moralmente bajo el mandato de la solidaridad y el “buen vecino” que, viendo las carencias de la zona contigua, atienden por “caridad” a la población guatemalteca. Esta atención no escapará de diversas discriminaciones que serán visibles en el discurso o en la práctica. Para llevar a cabo esta acción, crearán normativas no oficiales con lo que puedan otorgar atención y responderá exclusivamente a ese espacio y no por una política institucional de áreas centrales de gerencia.

3. Las condiciones de vida en zonas fronterizas están siempre determinadas por su periferia, creando condiciones específicas de desigualdad frente a los núcleos rectores. La relación de vecindad con “el otro lado” muchas veces crea redes que son de suma importancia para la construcción de estrategias de vida de uno u otro lado de la frontera, las cuales pueden favorecer la obtención de bienes o servicios y que son alcanzables a partir de la circulación de movilidad y simbólica, que provee identidad, adscripción al espacio y que, por tanto, desarrolla prácticas cotidianas y estrategias de las unidades domésticas. Éstas se visualizan en la economía comunitaria transfronteriza, en donde los unos proveen de productos o servicios hacia los otros, ejemplo de ello es: el acceder y otorgar servicios de salud desde toda la gama terapéutica que en el territorio se tiene, el ceder el uso de recursos naturales para la subsistencia del vecino, todo esto, únicamente con pactos implícitos basados en el mutualismo.

1.3 Justificación

A pesar de que los estudios de frontera y migración en México pueden remontarse incluso a inicios del siglo pasado, y en especial por el interés de científicos norteamericanos analizando a sus pioneros en la búsqueda de expansión territorial (Bustamante, 1979), o posteriormente desde México, abordando el tema de los braceros y los movimientos migratorios de mexicanos hacia Estados Unidos, estos exploraban únicamente el fenómeno desde el norte, dejando de lado los estudios de la otra frontera, la frontera sur (en el caso mexicano).

La frontera sur, empieza a tomar interés a mediados de los 80, cuando se observa a la migración como problema (Mosquera, 1990), iniciando así una serie de estudios que se han enfocado en especial, en la zona del Soconusco, pero después se abordaron otras zonas, con temáticas como religiosidad, economía, historia, recursos naturales, políticas migratorias y salud, bajo disciplinas como la sociología, economía, biología, ciencias médicas y antropología.

Este último campo disciplinar no se ha quedado atrás en los temas de frontera, sin embargo, su acercamiento sigue manteniendo limitantes en cuanto a la tendencia a escoger siempre las mismas zonas de estudio. En el tema de salud, esta se ha visto también influenciada por la

problemática que se genera en la zona de paso de migrantes, por lo que el abordaje de nuevos lugares y temáticas de las interrelaciones entre las políticas, las prácticas y representaciones de prestadores de servicios, atravesado por las condiciones de creación de estrategias poblacionales para acceso a servicios es pertinente a este campo del conocimiento desde una antropología en salud.

En Guatemala, el tema de salud se ha abordado desde la antropología médica para analizar la medicina tradicional y las relaciones que alrededor de ella se sostienen, sin profundizar en los temas de fronteras. Las investigaciones sobre el acceso a los servicios de salud, en su mayoría, son realizados por otras disciplinas y, sobre todo, desde la corriente de la salud pública o en análisis rápidos “tipo consultoría”. De ahí que la presente investigación es pertinente y necesaria en la disciplina guatemalteca, para ampliar los campos de investigación, además de aportar a las autoridades de la zona, información científico social que les permita analizar las intervenciones y así, dar uso a los recursos invertidos en la presente investigación. En México, las investigaciones son pocas en estas zonas² y sería indispensable alimentar también el bagaje científico y proveer nuevas líneas de investigación en territorios poco estudiados en materia de salud comunitaria, sino también, estrategias comunitarias de reciprocidad, solidaridad, elementos esenciales para entender la salud comunitaria en territorio de frontera.

En lo personal, nuestro interés se centra en comprender cómo funcionan la elección de las personas en situación de vulnerabilidad con relación a la posibilidad de escoger entre múltiples sistemas de atención en salud con el fin de mejorar sus condiciones de vida. También hay interés en mantener la relación con ambos países y una de las formas de realizarlo fue centrar nuestros intereses en los estudios de frontera y salud comunitaria.

² En 2020, culminó el Proyecto con financiamiento de CONACYT denominado “*Región Transfronteriza México-Guatemala*”, que ha significado un esfuerzo interinstitucional de importancia para abordar toda la franja fronteriza desde la multidisciplinariedad y que está generando un buen número de publicaciones. Por cuestión de la delimitación de la temporalidad, la revisión de estos estudios ya no formó parte de este trabajo, pero se hace necesario hacer referencia que próximamente estarán disponibles en el portal <http://www.rtmg.org/>

1.4 Objetivos Generales

1. Describir y documentar las políticas en salud y migración que impactan en las dinámicas institucionales y comunitarias en la zona fronteriza Guatemala/México de la región del Volcán de Tacaná.
2. Analizar las representaciones y prácticas del personal de salud respecto a políticas y normas que institucionalmente se desarrollan e implementan para la atención de población de frontera.
3. Analizar las estrategias de subsistencia y sobrevivencia de los habitantes de frontera México-Guatemala para enfrentar problemas en salud a través del fenómeno de la circularidad territorial.

1.5 Objetivos específicos

Objetivo 1:

- 1.1 Identificar y analizar leyes, políticas, planes, normas, reglamentos y programas de salud y migración que impactan a nivel internacional, regional y local (Guatemala y México).
- 1.2 Advertir la relación de esas políticas, planes y programas con lineamientos internacionales en materia de salud y motivos de ejecución a nivel local.
- 1.3 Identificar los programas a nivel binacional en la búsqueda de acciones conjuntas (Guatemala- México) para la salud en zona de frontera.

Objetivo 2:

- 2.1 Conocer y describir los conocimientos y representaciones que tiene el personal de salud respecto a la existencia de políticas o normas desarrolladas para la población de frontera.
- 2.2 Definir las prácticas del personal de salud respecto a la aplicación de políticas o normas implícitas o explícitas en el momento de otorgar atención a la población residente del espacio de frontera.
- 2.3 Analizar la forma en cómo se articulan las prácticas y representaciones sobre normativas y programas en el personal de salud que atiende a la población residente en espacios de frontera.

Objetivo 3:

3.1 Conocer y describir cómo se articulan las estrategias de la población en espacios fronterizos para enfrentar problemas de salud en relación con su circularidad en territorio fronterizo.

3.2 Analizar los codeterminantes sociales, cultural, económicos que impulsan la circularidad territorial para afrontar problemas en salud.

3.3 Analizar la función de las redes en espacios de frontera en relación con la atención de la salud como elemento de la circularidad fronteriza.

1.6 Estrategia metodológica

Para delimitar la investigación se llevó a cabo un análisis documental crítico que junto con la elaboración de una etnografía multisituada, proveyeron de integralidad al estudio. Las primeras fuentes de la información las obtuvimos no sólo en el material bibliográfico que se buscó, sino en documentos internos del servicio de salud guatemalteco y algunos archivos de investigaciones en la zona. La riqueza del método etnográfico se basa en la capacidad de desarrollar una descripción exhaustiva en el que la inmersión a la cultura es una de sus bases para obtener resultados (Angrosino, 2012), realizar una etnografía implica “encajar hechos extraños e irregulares en categorías familiares y ordenadas” (Geertz, 1997, p.11). En este caso, nos posicionamos en la lógica deductiva, en el que una situación particular se explica a partir de una aseveración general del fenómeno a estudiar (Gibbs, 2012), forma particular de acercamiento a la realidad, en la que tiene cabida el análisis cualitativo, piedra angular de esta investigación en salud. De acuerdo con Mercado y Torres (2000) la etnografía debe convertirse en un espacio de integración disciplinaria y, por ende, metodológica, actuar que marcó este estudio.

Por etnografía multisituada referimos la propuesta de George Marcus (2001), quien ha trabajado el sustento teórico y desarrollo metodológico, la cual es comúnmente utilizada en estudios sobre migración, en ocasiones ha sido mal entendida y se ha utilizado para realizar etnográficas en espacios físicos diferentes, lo cual no necesariamente responden a la lógica desarrollada en el planteamiento de multisitucionalidad. Para el autor, esta modalidad de etnografía busca la interconexión y asociaciones entre sujetos inmersos en sistemas. De ahí

que esta etnografía tiene como ejercicio fundamental mapear terrenos, donde las rutas de asociación con los sujetos les signifique y marque como parte de un sistema.

Su finalidad no es la representación holística ni generar un retrato del sistema mundo como totalidad. Más bien, sostiene que cualquier etnografía de una formación cultural en el sistema mundo es también una etnografía del sistema y que, por tanto, no puede ser entendido en términos de la puesta en escena convencional de la etnografía unilocal. Suponiendo realmente que el objeto de estudio sea la formación cultural producida en diferentes localidades, y no necesariamente las condiciones de un grupo particular de sujetos. (...) Para la etnografía multilocal es suficiente estipular algún tipo de sistema mundo, siempre y cuando los términos de cualquier macroconstructo de sistema no suplanten el contexto del trabajo etnográfico, que se vuelve oportunamente constituido por la trayectoria que toma en el diseño de sus sitios (Marcus, 2001, p.113-114).

1.6.1 Selección de documentos para revisión crítica

Se consideraron para el análisis de documentación de políticas, planes, programas o leyes todas aquellos relacionados con salud y migración o movilidad humana a nivel internacional/regional y nacional con influencia de acción en ambos países. Para tal efecto se tomaron en cuenta documentos emanados desde el Sistema de Naciones Unidas como la Organización Internacional del Migraciones (OIM), Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y otros que se identificaron como generadores de lineamientos internacionales regionales en materia de salud y migración de incidencia en acciones en salud entre Guatemala y México, en especial en la zona de frontera. Para el caso mexicano, se tomó en cuenta aquellos documentos generados por el Instituto Nacional de Migración (INM), Secretaría de Salud, Presidencia Municipal de Unión Juárez, Secretaría de Salud de Chiapas, Instituto Mexicano de Seguridad Social -IMSS-, DIF³ y Gobierno del Estado de Chiapas.

Para Guatemala se analizaron documentos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Municipalidad de Sibinal, Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, consultorías de ONG's realizadas para la región, informes de organismos internacionales, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y se hizo consulta en la Procuraduría de

³ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Derechos Humanos sobre existencia/inexistencia de denuncias por violación al derecho a la salud en la zona de estudio.

A la par, se hizo una búsqueda exhaustiva de investigaciones en las siguientes bibliotecas mexicanas:

- UNAM: Instituto de Investigaciones Filológicas, Centro de Estudios Multidisciplinarios sobre Chiapas y Centroamérica (CIMSUR) y Catálogo General UNAM (BIDIUNAM).
- ECOSUR: Unidades San Cristóbal de las Casas y Tapachula.
- UNICACH: En la biblioteca del Centro de Estudios Superiores del Sur de México y Centroamérica (CESMECA).
- CIESAS: Unidad CDMX.

Las bibliotecas institucionales guatemaltecas utilizadas fueron:

- USAC: Los centros de documentación de la Dirección General de Investigación (DIGI) y el Instituto de Estudios Interétnicos (IDEI).

Del IDEI, se obtuvo, con autorización (anexo 1), los archivos de trabajo de campo del proyecto de investigación 4.8.63.9.68, del cual se había participado activamente.

1.6.2 Selección de los participantes

Los informantes participantes en la investigación son actores sociales que se integran en los siguientes grupos:

Grupo 1: Población guatemalteca que asiste a servicios de salud públicos o privados en territorio mexicano.

- Ciudadanos guatemaltecos residentes dentro del territorio nacional guatemalteco, en la zona fronteriza Guatemala-México, que tienen vinculación económica o familiar en la zona adyacente y que utilizan servicios públicos o privados de salud en el territorio mexicano, con una constante movilidad hacia esa zona.

La forma en como estas personas fueron elegidas, varía a partir de los objetivos del instrumento a utilizar. Así, en la comunidad de Yalú, las personas que colaboraron en el

censo comunitario fueron en su mayoría mujeres, jefas de hogar, que se encontraban en sus hogares en el momento de la aplicación del instrumento. Para ello, una persona de la comisión de salud habló previamente con ellas, con quienes se había tenido una reunión previa para la presentación y aprobación de trabajo en la comunidad.

En el caso de aquellas personas que participaron con entrevistas en profundidad, fueron localizadas en Unión Juárez, al estar dentro de las unidades de salud y posteriormente se les dio seguimiento en sus comunidades, en donde por bola de nieve, se localizaron a otras entrevistadas/os.

Grupo 2: Miembros de la sociedad civil organizada, de organismos internacionales o gubernamentales, que tengan trabajo, investigación o defensa en todo aquello relacionado con el acceso al servicio de salud, derechos de población migrante y salud en Tapachula y Cd. de Guatemala.

- Trabajadores y trabajadoras de Asociaciones Civiles⁴ que realicen trabajo con relación al acceso o la defensa del derecho a la salud de los no mexicanos en el área del Soconusco.
- Trabajadores de organismos internacionales⁵ con experiencia en el tema de acceso a servicios de salud en México y Guatemala.
- Trabajadores diplomáticos gubernamentales⁶ que tienen en sus responsabilidades, el atender las necesidades de los guatemaltecos en el área del Soconusco.
- Otros trabajadores gubernamentales que puedan proveer información valiosa.

La selección de estos participantes se dio a través de su vinculación directa con la organización u oficina gubernamental de interés, a quienes se les solicitó entrevista por medio telefónico o por oficio, por lo que no fueron las personas designadas por las autoridades institucionales para atender la solicitud de entrevista.

Grupo 3: Recurso humano en salud mexicano en la zona delimitada territorialmente para el estudio.

⁴ Asociaciones civiles sin fines de lucro.

⁵ Organismos de cooperación internacional.

⁶ Trabajadores estatales guatemaltecos en servicio diplomático.

- Personal que trabaja en servicios públicos de Unión Juárez y que tiene relación directa con la atención clínica regular a ciudadanos guatemaltecos que buscan atender su salud en los servicios públicos mexicanos.

Las personas elegidas para dar entrevista se les contactó dentro del servicio de salud, tras la autorización de la Jurisdicción de Salud, sin embargo, hubo personal de salud que es residente en esa población, por lo que, por medio de contactos con otros pobladores, se logró hacer la entrevista previamente. En el caso de los trabajadores del DIF, fueron contactados y entrevistados en su institución.

Grupo 4: Personal de los servicios de salud mexicano que brinda atención desde el espacio privado en territorio mexicano a guatemaltecos.

- Médicos y otros trabajadores de la salud que llevan a cabo consulta médica a ciudadanos guatemaltecos desde el ámbito privado. Quedaron excluidos de este grupo, todos y todas aquellas personas que pudiera definirse como terapeutas tradicionales.

Estas personas fueron elegidas directamente por tener un consultorio en la población, lugar en donde fueron entrevistados.

1.7 Fases de la Investigación

Se planteó un estudio dividido en tres fases correlacionales al emplazamiento de campo.

Fase I: Investigación documental (ver figura 1).

Aunque se hicieron visitas no oficiales, la temporada oficial de campo estuvo comprendida en diciembre 2015- enero 2016 en Guatemala y mayo- agosto 2016 en el Soconusco.

Comprendió investigación documental y al ser un estudio con pocos antecedentes y en especial una zona poco abordada, se realizó una búsqueda exhaustiva en bibliotecas institucionales o personales (en ambos países) y en bases de información que nos arrojaron los siguientes datos: a) Estudios nacionales e internacionales que refirieron la circularidad poblacional en espacio de frontera para la búsqueda de atención en salud; b) Estadísticas

vitales; c) investigaciones sobre el área de estudio; d) Documentos de carácter teórico. e) políticas, planes y programas, así como leyes o instrumentos internacionales de las acciones que se llevan a cabo a nivel de país y que deriva en acciones a nivel local.

En esta fase se autorizó por parte del Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala (DEI-USAC), hacer uso de los archivos del proyecto de Investigación 4.8.63.9.68 “Condicionantes de la Movilidad Humana Transfronteriza en la Búsqueda de Atención en Salud (Guatemala-México)”, datos brutos que fueron reanalizados para fines de mi investigación doctoral (ver autorización en anexo 1).

También se integra por el emplazamiento en campo I. Por ser una zona sin mayores datos, se planteó un primer acercamiento al campo, como fase exploratoria, con el fin de contrastar la información obtenida de la revisión documental con la realidad de la zona de estudio. En esta fase se hicieron los primeros contactos en las comunidades guatemaltecas y mexicanas, se visitó la biblioteca de ECOSUR Tapachula, donde también se participó como oyente en el Seminario “Dinámicas Transfronterizas y Movilidad Humana en la Frontera Sur Mexicana” que permitió una comprensión de la relación entre zona alta y zona baja del Soconusco y sus dinámicas diferenciadas pero correlacionadas.

Se hizo un corte en la información obtenida y tras su sistematización y análisis, se realizaron mapas de actores, identificación de riesgos personales⁷ y de la investigación. Esta etapa dio los elementos necesarios para plantear los instrumentos a utilizar en las siguientes temporadas de campo. Esta primera etapa de emplazamiento duró cuatro meses y se decidió vivir en la cabecera municipal de Unión Juárez, por las facilidades de acceso, condiciones de vida y seguridad personal, frente a la situación de las comunidades guatemaltecas.

Durante esta fase, se tomó la decisión de realizar coyunturalmente etnografía encubierta⁸ en procesos personales de afectación a la salud en los servicios públicos, tanto en Unión Juárez,

⁷ En esta etapa se trabajó intensamente la comunidad de Yalú, Sibinal, en San Marcos, Guatemala; pero ante el peligro que significaba un personaje en el pueblo, se decidió ya no buscar más información en este caserío, pues había una amenaza constante a mi seguridad física.

⁸ Por etnografía encubierta se entiende que es aquella investigación que no ha obtenido pleno consentimiento de los sujetos de estudio, donde el investigador no devela su identidad y presencia y que puede en algunos momentos de la investigación ser utilizable como técnica en situaciones puntuales. (Silva Esquinas, s.f.). En este caso se utilizó de esta forma, ya que aún no se contaba con el permiso de la jurisdicción de salud para ingresar y hacer etnografía en el servicio y ya que me encontraba mal de salud se pensó aprovechar mi situación

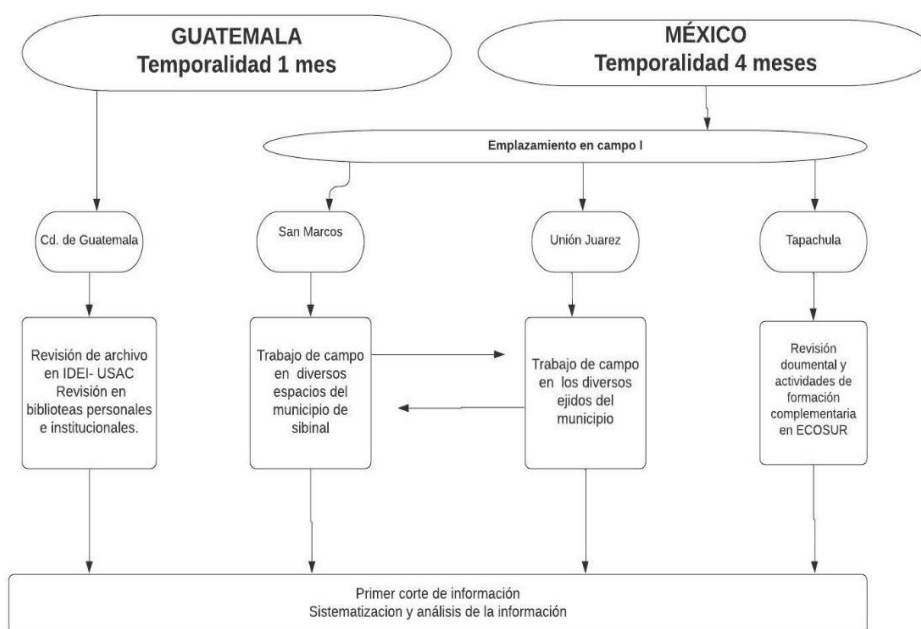
Santo Domingo y Cacaohatán, lo que me permitió conocer de primera mano los procedimientos que cualquier persona no mexicana debe seguir ante los servicios de salud de esas comunidades para ser atendido. Esta estrategia fue indispensable para ingresar con éxito a campo, pues por ser un clima frío, en esta primera etapa se presentó un proceso infeccioso respiratorio y la médica que brindó la atención, resultó ser el inicio de la red de informantes que colaboraron en esta investigación y por la cual se logró ingresar con éxito a la cotidianidad de Unión Juárez.

Al finalizar esta etapa, se toma la decisión de no continuar llegando a la comunidad de Yalú, ya que existía una fuerte amenaza a mi seguridad personal ante la presencia de uno de los comunitarios viviendo con trastornos mentales en los caminos que llevan desde México hasta la comunidad. A pesar de ello, la relación con los yaluéenses continuó en los encuentros que tuvimos en la cabecera municipal de Unión Juárez.

En esta fase, también se realizó trabajo de campo en Guatemala, lo que significó movilizarse entre los distintos municipios de Sibinal, San Marcos y la Ciudad Capital.

para empezar a obtener ciertos datos, por lo que tomé el papel de paciente extranjera buscando atención en el servicio de salud por única ocasión.

Figura 1: Fase I de investigación



Fuente: Elaboración propia.

El trabajo de campo implicó las primeras reuniones con la comunidad de Yalú (escuela, comisión de salud), aplicación del instrumento “censo comunitario” a la totalidad de la población, búsqueda de información en la alcaldía del municipio de Sibinal, así como la búsqueda de contactos en Unión Juárez Chiapas.

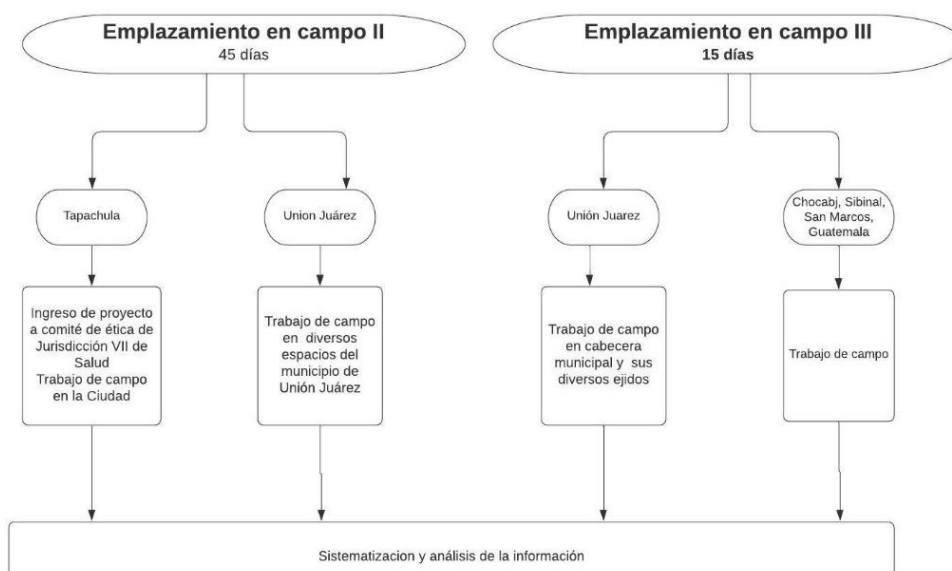
Para acercarse a Yalú, fue necesario residir en Unión Juárez, Chiapas por lo que diariamente se caminaba desde la comunidad mexicana a la guatemalteca. Al residir en Unión Juárez, todas las entrevistas y observaciones fueron realizadas a lo largo de la estancia en la cabecera municipal. Esta etapa fue la de mayor inmersión en la comunidad tanto guatemalteca como mexicana. Respecto a lo que tiene que ver con los datos obtenidos en Guatemala, fuera de la comunidad de Yalú, se requirió salir de la Ciudad Capital, por lo que las visitas fueron realizadas expresamente para el fin de la recolección de información o reuniones con funcionarios públicos.

Fase II: Etnografía y entrevistas (véase figura 2)

Esta fase se llevó a cabo entre abril de 2018 hasta finales de junio de ese año.

Se llevaron a cabo dos emplazamientos en campo, el primero duró un mes y medio, en que se ingresó a la jefatura de la Jurisdicción Sanitaria VII de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas el protocolo de investigación con el fin de que fuera ingresado y autorizado por el *Comité de Ética e Investigación* de esta dependencia y así poder realizar observación y entrevistas dentro del Centro de Salud de Unión Juárez. Se realizó observación participante y se realizaron los contactos con personas para ser entrevistada en el trabajo de campo, se continuó con las entrevistas ya pactadas. También significó realizar gestiones tanto en la Ciudad de Tapachula (zona baja del Soconusco) para obtener las entrevistas, como en Unión Juárez. Durante esta fase de campo se residió en Tapachula, Chiapas.

Figura 2: Fase II de investigación



Fuente: Elaboración propia.

El segundo emplazamiento en campo se da una vez pactadas las últimas entrevistas, se retornó 15 días después a realizarlas y presionar a la Jurisdicción para que autorizara realizar entrevistas con el personal de salud. Ante la tardanza de la jurisdicción para otorgar el aval

de cumplimiento ético, se empezaron a buscar otras estrategias que permitieran entrevistar a los trabajadores del espacio clínico, logrando realizar entrevistas con aquellos que residían en el poblado. Se integra para el trabajo etnográfico al DIF que tiene una clínica médica en la que dan atención a guatemaltecos y que, aunque no es tan frecuente, uno de los casos de mayor importancia para esta investigación y que se describe con profundidad en este trabajo se logró identificar en esta etapa.

Finalmente, un día antes de culminar el trabajo de campo, la Jurisdicción de Salud extendió el oficio autorizando la investigación (Anexo3) y con lo cual, el Centro de Salud de Unión Juárez tenía la autorización para que fueran realizadas las entrevistas al personal, sin embargo, por tiempo y disposición del personal, sólo se pudo realizar una entrevista grupal a enfermeros y trabajadores sociales del servicio. En este tercer emplazamiento que tuvo una duración de 15 días, se residió en Tapachula. Ya en este período se comienza a notar la saturación del dato, tomando la decisión de culminar el trabajo de campo en octubre de 2018. En total, durante todas las etapas de campo se obtuvieron 18 entrevistas, como se puede observar en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Entrevistas obtenidas en campo

Número	Lugar de realización	Tipo de colaborador	Grupo	Temporada de campo
Pobladores perifronezcos				
1	Parque de Unión Juárez México	Pobladores Guatemaltecos residentes de la comunidad 20 de noviembre, Sibinal	1	II
2	Instalaciones del DIF- Unión Juárez	Guatemalteca madre de menor usuario frecuente del DIF	1	III
3	Comunidad de Chocabj, Sibinal, Guatemala	Usuaría habitante de Chocabj, Sibinal, Guatemala	1	III
4	Comunidad de Chocabj, Sibinal, Guatemala	Usuaría habitante de Chocabj, Sibinal, Guatemala	1	III
5	Comunidad de Yalú, Sibinal, Guatemala	Presidente de la comisión de Yalú, Sibinal, Guatemala	1	I
6	Comunidad de Chocabj, Sibinal, Guatemala	Presidente de la comisión de Chocabj, Sibinal, Guatemala	1	III
Funcionarios				
Número	Lugar de realización	Tipo de colaborador	Grupo	Temporada de campo
7	Ciudad de Tapachula	Funcionario guatemalteco (Cónsul guatemalteco en Tapachula)	2	II
8	Ciudad de Guatemala	Funcionaria de Organismo Internacional asociado a la salud	2	I
9	Ciudad de Tapachula	Encargada de programa en salud, defensora de Derechos Humanos en Fray Matías de Córdova A.C	2	II
10	Unión Juárez	Funcionaria de Asociación Civil, originaria de Unión Juárez	2	I

11	Tajumulco	Delegado regional de Coordinadora General de Desastres Guatemala	2	I
Recurso humano en salud mexicano				
Número	Lugar de realización	Tipo de colaborador	Grupo	Temporada de campo
12	Unión Juárez	Médico pasante del Centro de Salud	3	I
13	Centro de Salud de Unión Juárez	Enfermera del Centro de Salud en turno de fin de semana	3	II
14	Centro de salud de Unión Juárez	Personal que tiene vínculo con la atención de personas no mexicanas en el Centro de salud. Entrevista colectiva	3	III
15	DIF Municipal Unión Juárez	Psicólogo del DIF Unión Juárez.	3	III
16	IMSS- Prospera, ejido Talquián, Unión Juárez	Entrevista a médica y enfermera de la unidad de servicio	3	II
17	Unión Juárez, Chiapas	Médico privado	4	I
18	DIF Municipal Unión Juárez	Médico del DIF Unión Juárez.	3	III

Fuente: Elaboración propia.

1.7.1 Técnicas de información utilizadas en el trabajo de campo

Para poder realizar el trabajo de campo se realizaron diferentes técnicas de recolección y registro de información como:

Trabajo de archivo: Revisión hemerográfica, bibliográfica y estadística de la temática (fuentes primarias y secundarias): Búsqueda en bases de datos estatales de estadísticas de salud, componentes de desarrollo humano y otros datos sociodemográficos, información histórica de la localidad, búsqueda de estudios o noticias sobre la zona. Programas, normas, leyes a nivel internacional, regional y nacional en ambos países.

Análisis de bases de datos de investigaciones ajenas al proyecto: Fue obtenido el permiso para el uso de la base de datos de la investigación “condicionantes para la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención en salud (Guatemala-México) del Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala (anexo 1), del cual se reanalizaron 217 papeletas de encuestas y con el que se hizo el acercamiento contextual al área de estudio, información que fue la base para construir el análisis de los flujos de atención de las comunidades de frontera y cotejar sus padecimientos con los reportes que daba el Ministerio de salud de Guatemala.

Observación participativa: Servicio de salud en México: Estancia en la sala de espera del servicio de salud en los días en que suelen bajar los guatemaltecos a atenderse o vender, que coincide con los días de mercado o los fines de semana. Como estrategia, se accedió a la consulta médica, recreando las condiciones de desprotección de seguro social en México y

demostrando la no residencia en el país. Se visitaron algunas de las comunidades de las que provienen los usuarios del servicio de salud mexicano, ya sea para realizar entrevista o para reuniones con autoridades. Se realizó una guía de observación básica (anexo 9), sin embargo, el haber vivido en el lugar y las visitas informales a Unión Juárez desde 2014, dieron la oportunidad de realizar la observación que fue anotada en el diario de campo.

Entrevistas en profundidad a personal de salud, pobladores de frontera y otros actores. Para llevar a cabo la entrevista se realizaron una encuesta con pregunta semiabierta y ocho guiones de entrevista abierta, instrumentos diferentes de acuerdo con la delimitación de las unidades de análisis (a) personal de salud en el ámbito privado (anexo 5); b) personal de salud en el ámbito público (anexo 4).; c) pobladores guatemaltecos que asisten a servicios en México (anexo 7); d) representante consular de México en Guatemala (anexo 10); e) miembro de A.C. vinculada al derecho a la salud del migrante (anexo 11); f) Personal organismo internacional de salud (anexo 13) g) Delegado de CONRED (anexo 12); h) instrumento específico para abordar el caso del niño con parálisis cerebral (anexo 8); i) Censo Comunitario (anexo 6). La entrevista a pobladores se aplicó a personas en sus comunidades que afirmaron asistir a la atención en Unión Juárez o bien, a pobladores guatemaltecos que se encontraban en el momento de la entrevista en territorio mexicano para atender su salud.

El censo comunitario, de corte cuali-cuantitativo, se aplicó específicamente en la comunidad de Yalú, la población más cercana a Unión Juárez donde para poder aplicarlo, se realizaron reuniones con la comisión de salud de Yalú y una vez decidieron que se podía realizar la investigación en la comunidad, un representante de la comisión de salud sirvió de guía para que todas las casas en el pueblo fueran censadas con ella se obtuvo la situación sociodemográfica y epidemiológica de la comunidad de Yalú.

El instrumento de la entrevista a la madre con el niño con PCI⁹ se realizó expreso para el caso, sin embargo, con la madre se compartieron también varias charlas informales, visita a su domicilio, llamadas telefónicas, etc.

También se realizaron guías de entrevistas para el recurso humano en salud. La guía es específica para trabajadores del sector público y médicos privados, los cuales fueron

⁹ Parálisis cerebral infantil.

aplicados únicamente al personal de salud que trabaja en el centro de Unión Juárez y en el ejido Talquián, de este municipio. Se aplicó a médicos (as), enfermeras (os), trabajadoras sociales, psicólogo.

Se entrevistaron finalmente funcionarios de diversas instituciones relacionadas con migración y salud, para quienes se les construyó su instrumento específico a partir de la información de contexto que se buscaba obtener de ellas y ellos. En el caso del delegado de la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres en Guatemala -CONRED-, se realizó la entrevista, aplicando su debido instrumento, ya que las comunidades adyacentes estaban muy afectadas e incomunicadas, luego del segundo terremoto que sufrieron en menos de dos años y por lo que Yalú había sido declarada zona inhabitable¹⁰.

Se realizó en Guatemala una entrevista a la encargada de la oficina de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud en esa representación, quien tenía a su cargo el acompañamiento técnico del Ministerio para la reorganización del Sistema de Redes Integrales y la nueva territorialización sanitaria en el país.

Al señor cónsul de Guatemala se le entrevistó en Tapachula para conocer el papel que juegan las autoridades guatemaltecas en la protección del derecho a la salud de los connacionales y la coordinación sanitaria binacional. Finalmente, una entrevista con una defensora de derechos humanos de la población migrante, nos permitió también tener elementos contextuales de las diferencias del ejercicio del derecho a la salud de los no mexicanos en la zona baja, frente a los procesos que se les estaba dando seguimiento en la zona alta del Soconusco.

Consideraciones éticas

En el reglamento del Posgrado de Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud no está especificado el proceder ético en las investigaciones cualitativas, pidiendo en general únicamente presentar los estudios a comités de ética intrainstitucionales. Investigaciones como la que se realizó, no corresponden a estudios de análisis institucional, pues el fenómeno abordado está inmerso en un espacio territorial comunitario y las relaciones sociales que en éste se contienen. Sin embargo, en los procedimientos exigidos por el programa existe el

¹⁰ Nota informativa sobre la inhabitabilidad del caserío Yalú <https://www.youtube.com/watch?v=5uqKVNiTJGw>

interés que, con cada una de las entrevistas otorgadas, sea firmado un consentimiento informado, en donde previamente se le haga de conocimiento a las personas, el objetivo de la investigación y con ello, den su venia para que la información que nos provean sea utilizable.

Por la naturaleza del posgrado, los consentimientos informados¹¹ como instrumento en donde se norma la conducta del investigador hacia el colaborador y el manejo de la información que en el contexto de la investigación surja, están inscritos en un tipo de investigación más de carácter cuantitativo que cualitativo, que puede ser moldeable a ciertas investigaciones de tipo cualitativo, sobre todo en aquellas que se realizan en espacios institucionales y urbanos, pero no son totalmente traspolables a todos los contextos de investigación social.

En este tipo de instrumento, se expresa el carácter contractual del investigador en relación con el manejo de los datos y su proceder en la investigación, así como la voluntariedad de la participación de los individuos. A pesar de que estos pueden ser útiles para investigaciones que se lleven a cabo dentro de instituciones de salud y en población urbana, en el caso de esta investigación fue indispensable flexibilizar dichas medidas, sin que significara la pérdida de rigor ético para el manejo de los datos, basándonos en el principio bioético de la no maleficencia que, aplicado a esta investigación, correspondería a no provocar daños alguno a los y las participantes y las comunidades involucradas en la investigación.

Cabe mencionar que esta investigación es particularmente de carácter rural y en el caso de Guatemala, eso implica altos índices de analfabetismo en población adulta, es decir, con aquellos o aquellas con los que se pactó una entrevista. La carencia educativa y problemas de carácter social generan desconfianza hacia los investigadores, además de que esta zona está siendo objeto de exploraciones mineras, lo que hace que la firma de la carta consentimiento no sea adecuada, por lo que en este caso se procedió de la siguiente manera:

- Reuniones con autoridades comunitarias para explicar el proyecto y buscar su consentimiento para realizarlo.
- Consentimiento verbal con testigo comunitario y grabado en audio.

¹¹ Elemento obligatorio a ser incluido en las tesis que surgen en el marco de este posgrado y se le nombra de esa manera, ya que es la categoría utilizada en el programa.

Para el caso del censo comunitario, se tuvo que hablar y negociar con las autoridades del caserío¹², en especial con la Comisión de Salud, con quienes se visitó casa por casa en su compañía. Esta última no hubiera sido posible si no es que en los años 2012- 2013 estuve a cargo de un proyecto de acceso a medicamento en comunidades de Sibinal, de la cual Yalú, comunidad donde se aplicó este instrumento, fue beneficiario y por ello, tenía una vinculación previa con la comunidad.

De los entrevistados mexicanos, tras explicarles los objetivos y alcances del proyecto, la mayoría firmó la carta de consentimiento informado. Algunos no quisieron firmar, pero su autorización se encuentra en el audio.

Toda participación quedó a libre voluntad de los participantes, sin implicar remuneración económica por la colaboración. En el caso del niño con parálisis cerebral infantil, debe anotarse que posterior a haber realizado la entrevista y tratando de apoyar a la madre, se logró recolectar en Guatemala, ayudas económicas con donantes que desean permanecer anónimos, proveyendo la cantidad suficiente para comprar una silla de ruedas, medicamentos y suplementos alimenticios, los cuales, en colaboración con el personal del DIF Unión Juárez, fueron trasladados hasta el último tramo a donde llegan los vehículos en el ejido Talquián, de Unión Juárez. Esto se dio a un mes de realizada la entrevista, por lo que no puede considerarse una retribución económica a su colaboración en la investigación, sino una gestión de apoyo sororario a la entrevistada, pues nunca se ofreció esta ayuda al momento de entrevistarla y se explicitó que no era un pago posterior a la entrevista.

Fase III:

En el que se llevó la sistematización y análisis de datos, se comenzó con el censo comunitario fue codificado de manera manual y posteriormente ingresado en Excel, donde se produjeron los cuadros de información correspondiente y se realizaron las gráficas correspondientes. En el caso de los archivos que el Instituto de Estudios Interétnicos (IDEI-USAC) permitió revisar y analizar, se realizó la codificación y sistematización de los datos de interés únicamente de manera manual. Tanto el Censo Comunitario como la información obtenida de los archivos de la Investigación del IDEI-USAC dando lugar a la caracterización de la zona, labor que no

¹² Unidad de división territorial administrativa de pocos habitantes.

se hubiera logrado realizar de otra manera, pues hay inexistencia de investigaciones u otro tipo de estudios que aborden la zona y los pocos datos estatales que existían son muy antiguos y no están actualizados.

Posterior a la última estancia de trabajo de campo, se transcribieron las entrevistas, y se analizaron de manera manual que obligó a vaciar la información en matrices y con ello analizarla, en 2019 se regresa para validar algunos datos faltantes.

Capítulo II: Enfoques en Salud, territorio y comunidad

2.1 Territorios, movilidades y frontera como conceptos analíticos

Diversos términos como espacio o territorio tienen su origen en la geografía, mismo que ha variado a partir del avance en la discusión teórica dentro de la misma disciplina. De ser parte del corpus teórico de la geografía, estos términos fueron importados a disciplinas como la antropología y la sociología y de esta forma, reconfiguró su significante (Llanos-Hernández, 2010).

El espacio, sería la categoría más amplia y mantiene “una relación de anterioridad con el territorio” (Brena, 2012), en él se sobreponen distintas territorialidades micro, meso y macro (Montañez y Delgado, 1998). El espacio no se compone sólo elementos físicos y naturales, sino presenta una interconexión de estos factores con las relaciones sociales; por lo que dicha categoría es abstracta. El espacio como concepto, es una construcción teórica realizada con fines analíticos, para explicar cómo se contienen procesos de articulación de relaciones políticas, económicas, históricas y culturales, en un medio geográfico delimitado. Brena (2012) afirma que el espacio debe contar con las siguientes características:

a) su exclusividad; b) su capacidad de diferenciación en segmentos limitados para fines prácticos, susceptibles de ser significados de manera unitaria; c) su capacidad de fijar localmente las interacciones; d) su capacidad de ordenar socio-psicológicamente las relaciones en términos de la cercanía o distancia; y e) su cualidad de referente para la movilidad humana (Brena, 2012, p.88).

Vargas Ulate (2012) plantea el espacio como una red de lugares y objetos por los cuales las personas experimentan, por medio de los movimientos, sus desplazamientos, sus proximidades, la localización, su corporeidad en cuanto a sentido y sensación; esto determinará de manera diferenciada, las formas de percibir las realidades respecto a su espacio. El lugar, como subcategoría del espacio va a estar determinado pues, por la perspectiva empírica y subjetiva de las personas sobre “su espacio” y marcará nuestros movimientos/desplazamientos.

El mismo autor también describe algunos términos asociados al espacio, como la etnogeografía, término de Paul Claval, definido como la forma en cómo las diferentes

sociedades ordenan sus lugares. Cuando un grupo social se ubica en un espacio, según la etnogeografía, establece un paisaje; éste vínculo grupal al espacio se dará únicamente si: a) el grupo se reconoce en el paisaje, es decir, define una identidad entre el espacio y la sociedad; b) se orienta a partir de él; c) marca su territorio, es decir, establece una actividad, le implanta rasgos artificiales que le permitan evidenciar su sistema de orientación (mojoneras, señas materiales y algunas construcciones); d) le da nombre, genera una propiedad del sitio “impregnar cultura y poder al espacio”; y por último, e) la institucionaliza, acción que lleva a conferirle un significado colectivo, impregnarle historia y acción cultural continua, con el fin de hacerlo ancestral (Vargas, 2012).

Como puede verse, el espacio-lugar no puede analizarse como algo ajeno a la acción humana, ya que es la vida social lo que da soporte material (Llanos- Hernández, 2013). Existe un enlace entre cultura y aprehensión de un espacio-lugar, que determinará las identidades. Como toda acción humana, en el espacio-lugar concurren “intereses distintos, con percepciones, valoraciones y actitudes territoriales diferentes, que generan relaciones de complementación, de cooperación y de conflicto” (Montañez y Delgado, 1998, p.123). Mario Sosa (2012) afirma que la apropiación del espacio por una determinada relación social puede comprender su relación geo-eco-antropocéntrica multidimensional, dado que este es el resultado de la representación, construcción y apropiación que los grupos humanos realizan, así como de las relaciones que lo impactan, sea de forma negativa o positiva.

El territorio es un concepto que ayuda a la comprensión de las dinámicas y relaciones sociales vinculadas a la situación espacial, tiene contenido además sentido simbólico, íntima relación con la naturaleza, es conservado en tiempo y espacio en una sociedad (Llanos- Hernández, 2010). Éstas dinámicas del territorio hace que el mismo no sea estático, ya que la realidad geo social es dinámica, se mantiene en una constante reconfiguración del orden territorial, “materializa las relaciones que establecen los hombres y mujeres en la formación de las sociedades, por el territorio se van a desplazar las acciones de tipo político, social, económico, o cultural, pero estas relaciones reproducen también una condición de apropiación, de dominio, de explotación” (Llanos-Hernández, 2010, p.217), es por eso que Mançano (2008) afirma que en territorio se desarrollan formas de institucionalidad y representaciones que lo controlan.

En un espacio, Gilberto Giménez (citado en Montañez y Delgado, 1998) analiza que cuando se inscriben las relaciones en el campo del poder, el territorio tendría como elementos centrales el espacio, el poder y la frontera, en donde se convive dialécticamente entre lo local y lo global. Sin embargo, dentro de la antropología, se entiende el territorio como un espacio, en donde se desarrolla un sistema simbólico que califica y da forma a la manera de habitar el espacio y desde el cual se crean códigos que se transmiten culturalmente, y es por ello por lo que se establece una relación entre el proceso de identificación con la práctica cultural, en las comunidades indígenas, a ésta suele denominarse etnoterritorio (Barabas, 2002). Mançano (2008) defiende la idea que reducirse a entender el concepto de territorio, únicamente como un espacio de gobernanza, tiende a incorporar un reduccionismo y niega esa construcción de identidades. Por ello, el análisis no debe dejar fuera ninguno de los enfoques, pues ambos se complementan.

Este pensamiento está íntimamente relacionado con la construcción del concepto de patrimonio biocultural, en el que identidad, símbolo, cultura, territorio y diversidad biológica son parte básica de su contenido.

Hablar del patrimonio biocultural es articular las ciencias naturales o ambientales y las ciencias sociales, es religar los conocimientos y los conceptos sobre territorio, ecosistemas, biodiversidad, relación hombre-naturaleza, formas de uso y aprovechamiento; es considerar también los elementos cosmogónicos y simbólicos que establece el ser humano en su hábitat o territorio” (Álvarez, 2012, p.9).

2.1.1 Territorialización y dominio

Para Montañez y Delgado (1998), toda relación social se sintetiza en cómo éstas tienen ocurrencia en su territorio, cuya expresión es la territorialidad. La territorialidad como concepto que describe, explica y comprende una realidad, es de carácter también analítico, y se asocia con la idea de dominio, gestión y límites. El territorio se convierte en un espacio de poder:

La territorialidad es el grado de control de una determinada porción de espacio geográfico por una persona, un grupo social, un grupo étnico, una compañía multinacional, un Estado o un bloque de estado, asociado a regionalismo, el cual se basa en una geografía del poder. (...) la territorialidad y el regionalismo segregan

y compartimentan la interacción humana, puesto que controlan la presencia y la ausencia, la inclusión y la exclusión (Montañez y Delgado, 1998, p.124).

Llanos (2013) nos dice que el concepto “Región” significado por el conjunto de territorios, es a diferencia del concepto “territorio”, más concreto y visibiliza de la misma manera las relaciones sociales vinculadas al medio geográfico, y es a su vez, una noción menos abstracta que el espacio. Sin embargo, el término región es “una espacialización del poder, de las relaciones de cooperación o de conflicto que en ella se derivan” (Montañez y Delgado, 1998, p.120), por ende, es esencial su inclusión en el análisis de la construcción del proyecto nacional. Desde ya, podemos vislumbrar entonces, territorialidad dentro de una construcción de sentido propiedad.

Kymlicka (2006) nos dice que cuando el territorio se ve influenciado por la geografía política, ésta se verá caracterizada por una serie de divisiones territoriales que separan jurisdicciones entre estados y definen pueblos y naciones distintas. El Estado-nación como proceso que emergió con la modernidad y que realizó estas demarcaciones ya mencionadas por Kymlicka, se basa en la soberanía de las instituciones políticas sobre un territorio y la construcción de ciudadanía sobre el mismo. A la vez, Jorge E. Brenna (2010) señala que en el afán del Estado-nación, se estableció la necesidad producir y reproducir “identidades culturales”, construyéndose sobre un criterio de mercado y control territorial, obligándoseles a las comunidades minoritarias que contaban con particularismos, a una integración política, económica y cultural, mientras se consolidaba y legitimaba el Estado, como un núcleo monopolizador.

Por su parte, Bilveni (2002) refiere que la construcción de los Estados-nación (National Building), propuesta emanada desde los liberales, fungió como idea principal para conseguir la homogeneidad Cívico-Nacional y fue la misma modernidad, la que impulsó la construcción de la “nación” bajo el lema del patriotismo. La integración a esa “nación” como parte de la unión nacional a la cultura mayoritaria (cultura de referencia), era parte de la propuesta. Nace así, la noción de nacionales/nativos y ciudadanos que integra a lo de “dentro” y extranjeros a aquellos que cruzaban los límites territoriales impuestos bajo la lógica del Estado.

Con las propuestas anteriores, comprendemos que la función de imponer una frontera lleva implícito la necesidad de la formación de identidad con el objetivo de integrar (Varela, 1997). La integración, tal y como se entiende desde la lógica del Estado-nación, siempre está vinculada con la desigualdad y a la existencia de grupos dominantes y subordinados y, por ende, es una propuesta reduccionista, “Ni siquiera compartir la misma lengua y aún una misma religión, aseguran siempre la unidad” (Bilbeny, 2002). Tanto Bilbeny (2002) como Brena (2010), ponen sobre la mesa el tema de pertenencia a territorios bajo una sombrilla cultural. Los bordes de frontera no delimitan una cultura diferente de un lado frente al otro lado de la línea, se entiende que existen continuidades culturales que van más allá de la demarcación política, lo que podrían denominarse fronteras culturales o simbólicas, como le denomina Grimson (2001). Estas serán visibles con ciertos rasgos de homogeneidad en las prácticas y representaciones sociales de un grupo. Luis Llanos define esas regiones homogéneas como una predominancia en los rasgos culturales como elemento distintivo de una región, “ello no impide que dicha región presente otro tipo de rasgos que acompaña a aquel que aparece como dominante” (Llanos, 2013, p.31).

Estas identidades pueden pasar al plano de lo transfronterizo, como aquellas identidades con vínculos a un territorio externo al lugar de residencia, como eje de su referencia identitaria (étnica o nacional). Este proceso de pertenencia desde lo externo se materializa en acciones como los vínculos comerciales, de solidaridad, familiares, entre otros “en consecuencia, el sentido de pertenencia a una comunidad no está necesariamente amarrado a un solo espacio territorial (Hernández C., 2014).

Ya que el Estado-nación logró establecerse y legitimarse, requería separar el “nosotros” de los otros, naciendo así, la noción de nacionales/nativos y ciudadanos que integra a lo de “dentro” y, extranjeros como aquellos que cruzaban los límites territoriales impuestos bajo la lógica del Estado. Si en un principio las fronteras tendieron a ser culturales y se desvanecían progresivamente para conformar otro grupo cultural, es así que por medio de este proceso de modernidad empieza a cambiar esa fronterización hacia una de carácter geopolítico, dando lugar a las “fronteras nacionales”. Las “Fronteras Naturales” como límites asociados a rasgos geofísicos son diferentes a las fronteras artificiales marcada como límite de la “soberanía nacional”, por ello, actualmente, las fronteras son “la expresión física del

poder de las naciones, la materialización de la jurisdicción y a la vez, indicadores y termómetros de las relaciones políticas entre naciones vecinas” (Campos y Hernández, 2015, p.143).

Para CIDH-CONGECOOP (s/f) se requiere hacer una diferencia clara entre Estado-nación y Estado- gobierno, la institución afirma que el Estado Nación es comprensible como aquellas “comunidades humanas que habitan un territorio. Representa la organización en donde se produce la relación entre gobernantes y gobernados...” Existen normas reguladoras entre los gobernantes y gobernados y la violación a éstas trae implícita una sanción. En el Estado-Nación son elementos centrales de análisis la comunidad, la raza, el territorio, la religión, los valores y principios comunes” A diferencia del primero, el Estado-Gobierno es la “estructura permanente del llamado sector público y las autoridades electas periódicamente para el ejercicio del poder y para llevar a cabo los fines del Estado”, finalmente entendiendo el Estado como “la comunidad política (conjunto de personas e instituciones) que forman la sociedad jurídicamente, organizada en un territorio”(CIDH-COGECOOP, s.f, p.14), Por tanto las funciones del Estado pueden dividirse en: administrativas, legislativas y jurisdiccionales:

- Administrativas: Toda actividad técnica, de prestación de servicios públicos, utilizando el Derecho como medio y herramienta para regirse y apoyarse en él. Cuestión de funcionamiento.
- Legislativas: Toda actividad encaminada a la creación de Derecho. El establecimiento de las normas jurídicas destinadas a regir la conducta de las personas de manera general, obligatoria y coercible.
- Jurisdiccionales: Toda actividad relacionada con la aplicación de la justicia.

2.1.2 Frontera

La situación de frontera estaría encaminada a definir las acciones poblacionales en una región de frontera (borderland) que se caracteriza por ser una zona de transición, donde “*se encapsulan una variedad de identidades y relaciones formales e informales que no podrían ser comprendidas sin la existencia de la frontera, es decir, la región fronteriza*” (Campos-Delgado y Hernández, 2015, p.9). Para Bovin y Dauzier (1997), las fronteras, los límites

administrativos, áreas de influencia política y regiones geográficas no son categorías estáticas, estas son reelaboradas constantemente a partir de los componentes sociales e históricos que ayudan a definirlos.

Desde la mirada del Estado Nación, la zona o área de frontera puede “ser comprendida como una franja de frontera cerca del límite internacional de un país, con área definida y políticas establecida (Albuquerque, 2015, p.82). Sin embargo, desde otras miradas, puede decirse que la frontera es una dimensión social dinámica, una arena en donde se juegan diversas experiencias entre ellas: exclusiones, dinámicas de violencia, conflictos o convergencia y encuentros, pero al mismo tiempo, dinámicas de interrelación comunitaria y vecinal, o codependencias poblacionales. Una zona de regulaciones estatales rígidas, pero también una dinámica relajada entre el dejar ser y el dejar pasar.

No podemos dejar de lado que la frontera, es un espacio no sólo de vinculación de estrategias políticas, económicas y comerciales o interconexiones sociales y culturales, sino también de moviidades y tránsito. Tal y como mencionan Bovin y Dauzier (1997), las fronteras “inducen efectos, interacciones asimétricas, que se ejercen sobre los intercambios y orientaciones económicas” (pág. 11). Hilda Varela (1997) nos recuerda que, en esencia, la función de la frontera es la delimitación y separación de territorios entre “Estados soberanos” y para éstos, necesarios para delimitar el ámbito geográfico, sobre los cuales se puede hacer uso del ejercicio del poder, es decir, la delimitación del espacio político internacional. Es por tanto, que, así como la frontera es un límite, éste no puede pensarse sin la noción de existencia de un centro.

Según Andrés Fábregas (1994), el tema “frontera” surge e inicia a conceptualizarse dentro de la historia y la geografía, siendo Jackson Turner el pionero en los estudios de frontera por medio de su ensayo “El significado de frontera en la historia americana”, publicada en 1893 y realizado en un momento histórico en que las sociedades se encontraban en expansión. A partir de esto, fueron los académicos norteamericanos quienes abordaron el tema de frontera en un primer momento. Pujadas (2014) también comenta que, desde la Teoría de Frontera en los estudios anglo, se conceptualizó en un primer momento los temas referentes a las dinámicas en la frontera, en donde categorías como *border*, *borderline* y otras, describían las dinámicas fronterizas. La noción de frontera no puede desvincularse de la noción política,

ya que ésta se relaciona como un elemento geoestratégico (Bovin y Dauzer, 1997). También Pablo Vila (2001) realiza una crítica respecto a esta “*Border Theory*” desde la visión norteamericana, refiriendo que éstos estudio, fueron realizados desde una visión hegemónica y homogenizante, que invisibilizaron estudios de otras regiones y fueron centrados únicamente en la frontera Estados Unidos-México y no en relación binacional, enfocándose únicamente en los procesos acaecidos dentro del territorio de Estados Unidos. Mientras que Mario Valdéz (2006) nos describe la distinción entre los términos de frecuente uso en los “*border studies*”:

En esta temática se suele partir por una distinción de las “regiones de frontera” o “frentes pioneros” (frontiers) de los “límites fronterizos” (boundaries)..., en el caso de la expresión “región de frontera” o “frente pionero” (frontier) tiene su origen en el concepto de “al frente”, como si se tratase de “punta de lanza de la civilización”. En tanto que la expresión “límite fronterizo” (boundary) proviene de “límite” (bound), que denota un “límite territorial”. Por ende, la región de frontera “está orientado hacia fuera” y el límite fronterizo “está orientado hacia dentro”. “Un límite fronterizo es una línea definida de separación, mientras que una región de frontera es una zona de contacto” (Valdéz Gordillo, 2006, pág. 265).

A diferencia de la visión norteamericana, Alejandro Grimson analiza cómo la frontera está inmersa en una riqueza de vínculos y relaciones, en la que es producto de la dinámica de la misma frontera, el cual es percibida por la población como una estrategia para una posible mejora de condiciones de vida.

Hay innumerables espacios poblados donde las diferencias sólo son producidas por la frontera y todo lo que ella implica: sistemas escolares, regimientos militares, medios de comunicación, condición de estar afectados por una economía y una política "nacionales" (en un territorio hay crisis económica o represión política, mientras en el otro no) (Grimson, 2001, p.8).

Thomas A. Lee (1994), desde la Arqueología, inserta otro término denominado “Frontera étnica”, para él, la frontera no tiene relación con los límites nacionales, sino está definido desde los límites lingüísticos. Utiliza el término escala, para definir los límites entre una “legua” y otra, por ejemplo, entre tzotziles y tzeltales, que, perteneciendo a una misma rama lingüística, comparten una región ecológica, es decir, su uso de “frontera” está basado en las afiliaciones lingüísticas únicamente.

2.1.3 Movilidad transfronteriza y frontera sur (Soconusco)

El humano siempre se ha desplazado para satisfacer necesidades básicas y de allí que la circularidad y movilidad sea una estrategia de vida para la especie, sin embargo, no es sino hasta la crisis del feudalismo, que se inicia a registrar estos episodios de movilidad. Por ejemplo, Wolf (2005), refiere que dicha crisis, provocada por las constantes guerras, el comercio, epidemias, cambio climático entre otros, dieron lugar a que las personas buscaran avanzar hacia nuevas fronteras y, por lo tanto, hacia nuevos terrenos y desde allí, la circulación de personas no ha venido a la baja. Emanuel Brunet- Jailly (2015) reconoce que es con la llegada de la modernidad, que este fenómeno inicia a verse como problema. Es de allí que parte como fenómeno de interés a los estudios migratorios, a partir del análisis de la geopolítica.

La movilidad poblacional no se produce en un vacío social, sino en un contexto concreto político, socioeconómico, cultural, etc. inserto a su vez en otro más amplio, planetario distinto distante. La Inmigración hoy no es un «problema» es una «cuestión social» ya que se genera en la sociedad de salida y entrada, sin olvidar ni obviar que es también un fenómeno histórico, siempre hubo migraciones; una realidad estructural, es el sistema, la organización social quien la provoca; es un acontecimiento profético denuncia lo que hay, el «desorden» mundial, propone un Nuevo Orden Mundial (NOM). Se produce en todo el mundo, pero se territorializa en tiempos y lugares cambiantes según las circunstancias (Bell, 2002, p.6).

La circulación de personas en los territorios fronterizados evidencia dinámicas que están por fuera de los límites que los Estados han marcado. Existieron relaciones sociales o comerciales que se marcaban previo a la imposición de límites y que en la actualidad siguen vigentes, estas dinámicas transfronterizas regionales se dan a partir de las relaciones históricas construidas en los territorios como parte del habitar espacios comunes en zonas que convergen. La organización de las formas de vida en ambos lados de la línea divisoria, para las poblaciones no significa un límite, se han creado estrategias con las que logran una cotidianidad a pesar de este límite. Andrés Fábregas (2015) denomina a estas poblaciones como “sociedades de frontera”, donde reconoce que la imposición de la frontera no les ha significado una inamovilidad.

En Chiapas y Guatemala, las zonas geográficas de la Costa, Sierra y Selva han creado condiciones para la interacción dentro de ellas y entre ellas, en el que los procesos históricos han marcado movimientos de poblaciones para solventar sus condiciones de vida, tanto en la

época prehispánica, durante la colonia y los momentos históricos posteriores. Para la zona del Soconusco, el establecimiento de los límites entre México y Guatemala en 1882 no afectó esa movilidad y el proceso de colonización de la zona de frontera a partir de la emergencia del cultivo del café y cacao en el Soconusco a finales del S. XX, trajo consigo el aumento de movimiento, no sólo de pobladores de la Sierra Chiapaneca, sino impulsó la movilidad de guatemaltecos que tenían por objetivo el emplearse en las fincas. Desde entonces, el crecimiento de la demanda laboral en la zona del Soconusco ha sido una dinámica que ha marcado a estas sociedades de frontera (Gobierno Federal, COLEF, 2012).

Como se ve, los procesos históricos han marcado movimientos de las poblaciones para solventar sus condiciones de vida en sus lugares de origen. Por ello, como cualquier frontera, se puede afirmar que la frontera sur de México con Guatemala es una zona de encuentro, pero también de discontinuidades. Para José Valenzuela (2015), las zonas fronterizas tienen la característica de una dimensión conjuntiva, en cuanto a la reunión de realidades separadas que interactúan incluso, con elementos culturales similares del otro lado de la línea. En este sentido, propone que en estas zonas existe una intersección cultural, que son procesos socioculturales con elementos comunes y expresados de dos formas: La intersección vertical, que implica procesos jerárquicos en respecto a una relación institucionalizada y definido a partir de las relaciones de poder. Respecto a la intersección horizontal, lo especifica como la construcción de elementos culturales compartidos, sin que tenga vínculos estructurados de dominación y que no transitan en las relaciones institucionalizadas. En forma paralela, para el autor, se construyen disyuntivas que “alude a procesos que separan realidades mutuamente referidas” propone pues estos territorios como “límites liminales” (Valenzuela, 2015, p. 20).

En la zona de frontera del Soconusco con Guatemala, estas características conjuntivas y disyuntivas son fácilmente observable en la forma como se generan y mantienen los lazos sociales, culturales y comerciales y que crean formas de intersección horizontal, sin embargo, la intersección vertical, caracterizada por los controles migratorios en la zona, podría considerarse como su materialización en la zona.

En esta zona, los movimientos o flujos se dan no son sólo los de poblaciones colindantes, es por ello que, la territorialidad como espacio de control del territorio mexicano, trata de contener o regular los diferentes flujos, muy bien caracterizados en la EMIF 2009. La EMIF

caracteriza los flujos en a) Laborales (sur-sur), b) Tránsito hacia EUA, (Sur- Norte) c) los devueltos (Norte- sur), d) los desplazamientos por la zona fronteriza (sur-sur).

2.1.4 Comunidad y vinculación social

El ser humano construye su identidad individual a partir de su vinculación colectiva a un grupo de referencia que incluye una serie de códigos y significantes compartidos y sentido de organización grupal, enraizados en un sistema cultural, esto asegura en los seres humanos como colectivo, su supervivencia en un contexto social. Martín-Baró (1990) indica que los individuos se insertan en estos contextos a través de grupos primarios, micro colectivo que mantiene relaciones personales estrechas y con una fuerte carga afectiva. Para el autor, *“el grupo primario (la familia y otros), constituye el marco en que cada individuo se vuelve plenamente humano, adquiriendo su identidad personal y social”* (Martín-Baró, 1990, p.63).

Dentro de la psicología social, a la conjunción o entramado de relaciones entre lo interpersonal y la construcción de convivencia grupal- interpersonal en los distintos niveles de referencia social se le denomina tejido social, que es *“un proceso histórico de configuración de vínculos sociales e institucionales que favorecen a la cohesión y la reproducción de la vida social (no se descarta el conflicto, la contención y resolución de este). Como todo proceso histórico, “el tejido social se va configurando por la intervención de individuos, colectividades e instituciones”* (Mendoza, s.f, p.1), donde se construyen relaciones de confianza y cuidado mutuo y que da marco a la construcción de referentes que dan sentido, pertenencia y por tanto, posibilidad de participación en decisiones colectivas (Alonso, Mendoza y González, 2016), que se van sintetizando en un espacio y territorio para conformar *“la comunidad”*.

El territorio es el lugar donde se puntualizan las problemáticas sociales por ser un lugar de interacción, donde se relacionan diversas condiciones humanas, donde se producen los sujetos y donde también se transforman las relaciones sociales de forma vital. El territorio cobra significación como entramado de vínculos en tanto las personas que allí conviven se manifiestan públicamente, se desarrollan capacidades y construyen proyectos vitales y colectivos, como alternativas al problemas y necesidades. Es el lugar de confluencia de los deseos, necesidades e intereses, de solidaridades y desarrollos humanos (Tellez, 2010, p.18).

Así, el individuo estructura sus lazos a partir de tres diferentes pero correlacionados niveles de referencia social según Martín-Baró (1990, 1982), quien las divide en relaciones primarias, funcionales y estructurales. *Las primarias* serían los vínculos producidos al interior de un grupo primario a partir del relacionamiento con personas de un círculo inmediato, caracterizado por relaciones estrechas y afectivas. Las *relaciones funcionales* son aquellas en las que el individuo se inserta para la satisfacción de las otras exigencias de la vida humana y que empiezan a formar parte del sistema social:

Las estructuras así generadas se pueden llamar funcionales porque crean relaciones y vínculos interpersonales determinados por las diferentes especializaciones y tareas cumplidas, es decir, por la función en cada caso desarrollada. Entre los grupos más característicos están los profesionales, o sea, aquellos determinados por la profesión [...] y los organizativos, que son aquellos determinados por la organización o institución a la que pertenece (Martín-Baró, 1982, p.108).

Según el autor, es allí donde se expresan los mecanismos de adaptación a las situaciones sociales. Finalmente, las relaciones *estructurales* son aquellas que tienen la “*fuerza de estructurar los esquemas fundamentales de la convivencia humana*” (Martín-Baró, 1990, p.76). Desde la postura de Martín-Baró, quien habló desde la psicología de la liberación¹³ (propuesta teórica y práctica¹⁴), este referente debe ser desarrollado desde el análisis de la pertenencia de clase o conciencia de clase y a la luz de la historia de la sociedad en estudio, pues la división de clases influye en las relaciones humanas y su organización punto de análisis que comparte con Epstein (1969), quien analizó la importancia de las relaciones entre la sociedad y las élites, aunque no desde la misma corriente de pensamiento, ambos retoman la relevancia de las diferencias de clase.

Lo que Martín-Baró denominó *niveles de referencia social*, en su misma escuela de pensamiento, Alonso, Mendoza y Gonzáles (2016) les denominan *factores determinantes de*

¹³ Ignacio Martín-Baró, quien fuera uno de los ideólogos y académicos jesuitas de la UCA en el Salvador (parte del grupo conocido como *los Mártires de la UCA*), impulsor del nacimiento de la psicología social en Centroamérica, tenía en su base teórica, muy arraigado los elementos de la teología de la liberación.

¹⁴ Es de suma importancia el reconocimiento de la teorización desde los bordes, ya que, si bien autores anglosajones o francófonos estaban analizando y teorizando sobre las redes sociales, nuestros vecinos en Centroamérica se estaban planteando una teoría que, además, tenía la ventaja de ser utilizada para su acción social en una aplicación directa al bienestar social de grupos vulnerados.

configuración del tejido social, separándolo en tres grupos: *Comunitarios* como aquellos que se basan en relaciones de confianza y cuidado, donde se dan los elementos para construir referentes de sentido, pertenencia grupal y participación. Los factores *institucionales*, serían las formas organizativas territorializadas en un espacio y que pueden conectarse con otros territorios y finalmente las de tipo estructural, compuesto por los sistemas sociales que determinan instituciones y las relaciones sociales allí generadas.

Gabriel Mendoza (s.f.), afirma que los configuradores comunitarios son el núcleo del tejido social, compuesto por: (a) Vínculos sociales, que son las formas y estructuras relacionales que proporcionan las capacidades para generar vínculos de confianza, de protección y de cuidado, los cuales se encuentran en la familia, grupos de amistad y otras instancias comunitarias; (b) La identidad o identificación, es el referente que da sentido a la pertenencia a un colectivo, expresado a partir de prácticas culturales, por lo que puede ser dinámico y finalmente los (c) acuerdos, que refiere a la participación individual o colectiva en debates que atañen la solución de la vida colectiva o comunitaria.

Así, los configuradores institucionales, los reconoce el autor como las formas organizativas que permiten el funcionamiento social, las cuales influyen en la regulación y autorregulación del comportamiento de los individuos, favoreciendo la generación de condiciones de vida. Estas instituciones están interconectadas a través de conexiones sistémicas. Por último, los configuradores estructurales son:

las formas socioeconómicas, políticas, jurídicas, culturales, educativas, entre otras, que determinan las condiciones contextuales locales. Destacamos cuatro configuradores estructurales que, de alguna manera, influyen en los configuradores comunitarios e institucionales del tejido social: 1) La estructura de las relaciones familiares y electivas: los diversos modos emergentes de familiaridad, el impacto de los medios tecnológicos en la comunicación interpersonal, y nuevas formas de relación interpersonal y afectiva. 2) La estructura de las relaciones socioeconómicas: el modelo económico, las relaciones laborales, las condiciones socioeconómicas, etc. 3) La estructura de las relaciones políticas y jurídicas: las formas de institucionalidad política y de participación política; el derecho, el sistema de justicia y las normas jurídicas que garantizan el acceso a la justicia, etc. 4) La estructura de las relaciones culturales y educativas: el sistema de valores y los referentes de identidad, el modelo educativo y las condiciones de acceso a la educación, etc. En cada unidad social, localidad o territorio, la interacción de los

configuradores comunitarios, institucionales y estructurales caracteriza la debilidad o fortaleza del tejido social (Mendoza Z., s.f, p.3-4).

Aparte de la psicología social, debe de reconocerse que el análisis de este fenómeno, ha sido de interés de todas las disciplinas sociales, incluyendo el derecho, la antropología, la sociología y la pedagogía. El primero en utilizar el sintagma exacto lazo social (lien social) como metáfora de los vínculos interpersonales fue J.J. Rosseau en “el contrato social” publicado en 1762, donde ya inicia a hacer las primeras referencias (Álvaro, 2017), sin embargo, para el conocimiento occidental menciona Herrera (2000), la forma de organización social puede rastrearse en los estudios filosóficos de la Grecia antigua e incluso, en el derecho romano.

En el específico campo de las Ciencias Sociales, una concreta «doctrina de las relaciones sociales» aflora en los últimos años del siglo XIX y en los primeros decenios del XX. Las aportaciones fundamentales proceden de las escuelas británicas (los seguidores de J. Locke y D. Hume, de los moralistas escoceses y de H. Spencer), francesa (G. Tarde y E. Durkheim) y americana (en concreto, E.A. Ross y la escuela de Chicago, además de las diversas corrientes del pragmatismo, desde C.S. Peirce a G.H. Mead). Pero es concretamente en Alemania (con G. Simmel, M. Weber, L. von Wiese y, posteriormente, con la fenomenología de E. Husserl) donde se experimenta el «cambio relacional» en las Ciencias Sociales (Herrera, 2000, p.39).

En la sociología y la antropología, el estudio de las relaciones y relacionamientos, formas de interconexión de los individuos, las formas en que se rigen las relaciones, la interconexión a partir de las redes y cómo esto determina la conformación de comunidad y sociedad, no les ha sido ajeno y en algunos casos, el análisis les ha llevado también a cómo los vínculos pueden derivar en la acción social, entre otras líneas de análisis derivadas.

Respecto al análisis de red social en ambas disciplinas, tiene relevancia como un elemento complementario, más no sustitutivo para su marco de análisis de los datos de campo, nos menciona Clyde Mitchell (1969), en antropología, la red social como categoría, fue introducida por la antropología social británica, porque las categorías convencionales de análisis de estructura/función no parecían ser adecuadas cuando la disciplina empezó a realizar estudios “fuera del funcionamiento ordinario de sociedades tribales aisladas y a pequeña escala” (Clyde Mitchell, 1969, pág. 9). En el caso de la teoría social, si bien un sólido antecedente puede encontrarse en Durkheim, quien analiza el lazo social y las formas

de solidaridad como elemento indispensable de la cohesión social (Álvaro, 2017), no es sino hasta el siglo pasado, que inician los estudios de lo que conformaría la teoría de redes y la propuesta conceptual posterior de *capital social* como categoría, que es de uso común a las dos disciplinas.

El sociólogo Mark Granovetter, en su artículo titulado “La fuerza de los vínculos débiles” (1973), pondría sobre la mesa de análisis, la importancia y el papel de los vínculos en las oportunidades del individuo y su integración a uno o varios grupos, así como la importancia de los vínculos débiles en el flujo de la información (difusión). Así, en el pensamiento de Granoveter, “la fuerza de los lazos débiles es la capacidad de la influencia indirecta al círculo inmediato (lazos fuertes) para servir como un sistema informal de referencia” (Portes, s.f, p.253)¹⁵. El autor apostaba a que este análisis del sistema social era útil para unir el nivel macro con el micro, puso especial interés al grado y fuerza entre dos sistemas interpersonales, identificando tres grados de fortaleza, el vínculo fuerte, el débil y el ausente.

A diferencia de la psicología social, no parte en su análisis desde el individuo, esto ya lo da por hecho, sino su interés se basa en la función que el vínculo representa para el individuo. Inicia en el punto ego como anclaje hacia otros contactos en los que la interacción y el tiempo de convivencia dará la ausencia, debilidad o fortaleza al lazo e irá conformando el sistema de vínculos, en el que algunos individuos pueden llegar a ser bisagra entre un sistema de vínculo con otro, al que puede denominársele puente.

Así, la fuerza del vínculo se refiere a una “*combinación del tiempo, la intensidad emocional, intimidad (confianza mutua) y los servicios recíprocos que caracterizan a dicho vínculo. Cada uno de estos aspectos es independiente del otro, aunque el conjunto esté altamente intracorrelacionado*” (Granovetter, 1973, p.2)¹⁶. El de menor desarrollo, es el denominado *ausente*, que es cualquier relación y lazo sin significantes sustanciales¹⁷, el lazo fuerte, que podría asemejarse a lo que Epstein (1967) denomina *red afectiva* o lo que Martín-Baró (1990) menciona como grupo primarios. Si bien esta red es de importancia para el individuo de

¹⁵ El documento del que se extrajo la cita, corresponde a la traducción del artículo original en inglés de Alejandro Portes (Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology, 1998).

¹⁶ El número de página corresponde al documento traducido y no a la ubicación de la cita en el documento original.

¹⁷ Pone de ejemplo a los vendedores.

manera inmediata, ya que reproduce la unión local, sus beneficios pueden ser reducidos, ya llevan hacia una fragmentación total si los individuos no se mueven más allá que en estas redes (aislamiento).

Así, el vínculo débil es un recurso útil para la movilidad social y necesarios para la integración de las comunidades. El movimiento de un sistema de vínculos a otros va estableciendo también la unión entre ellos y es allí donde el análisis de la sociedad puede unir los procesos micro, con los macro. En este sentido, es complementario el concepto de capital social, en el estudio de la forma en cómo se conforma y el uso de las relaciones sociales, sin embargo en la actualidad, este se ha convertido en un concepto paraguas y ha sido desarrollado desde diversas corrientes teóricas, pero todas coinciden en que el mismo sirve para *“entender cómo las relaciones compartidas entre sujetos se convierte en un dispositivo productor (o inhibidor) de beneficios sociales”* (González R., 2009) y que el capital social refiere a una metáfora sobre las ventajas (Burt, 2001).

Entre el desarrollo de este concepto, puede encontrarse por ejemplo las corrientes como la de la acción racional, la comunitarista, de redes, sin embargo, el auge en la utilización de este concepto dio lugar a un análisis de las interacciones sólo desde las consecuencias positivas, dejando de lado rasgos negativos, nos dice Capdevielle (2014) y Portes (1998). Así, cuatro de los autores de relevancia en el análisis de este concepto sería Coleman, Bourdieu, Putnam y Portes. Cronológicamente, Coleman y Bourdieu fueron los primeros en desarrollar el concepto, sin embargo, el autor que popularizó el término fue Robert Putnam (Portes y Vickstrom, 2012).

Desde la teoría de la acción racional, Coleman ubicaba capital social como aquel recurso que facilita a los individuos la consecución de sus intereses, en donde la relación sería dada como algo instrumental (utilitarista) (Capdeville, 2014) y que no sería alcanzable en ausencia del mismo, por lo que las personas estarían actuando únicamente bajo la intención explícita de conseguir una meta puntual, apunta González (2009). Alejandro Portes y Erik Vickstrom (2012) mencionan que el concepto de Coleman está centrado en la capacidad del vínculo y su aptitud para hacer respetar la observancia de las normas. Así, el aporte de Coleman es haber ofrecido una explicación a *“cómo las relaciones micro-micro (sujeto-sujeto) modifican el sistema macro y a su vez, como el plano macro determina la acción del sujeto”* (González

Reyes, 2009). El capital social para Coleman sería *“la suma de recursos tangibles o virtuales que se acumulan para un individuo o grupo, en virtud de poseer una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuo”* (Coleman, 1990, p. 302)¹⁸.

Desde otro enfoque teórico, Pierre Bourdieu considera que el capital en sí mismo es la relación social, el cual es de eficacia simbólica e instrumental (Capdeville, 2014). Portes (1998) menciona que el primer análisis sistemático se le adscribe a Bourdieu en sus “notas provisionarias” publicadas en 1980 y considera que fue Bourdieu quien mejor lo elaboró teóricamente. Al igual que Martín-Baró, valora el vínculo histórico y los intereses comunes, como parte de los determinantes de los vínculos que el individuo sostiene. García-Veldecasas (2011) sostiene que, para Bourdieu, el capital social se define como la *“acumulación de recursos reales o potenciales que están reconocimiento mutuo”* (Bourdieu, 1986, p.248). Así, los sujetos construyen formas de acceso a ciertos tipos de relaciones, proveerá apoyos, funcionará por medio del reconocimiento mutuo. Portes y Vickstrom refieren que el capital social según Bourdieu es:

Un recurso de los individuos y las familias inherentes a una red de relaciones y capaz de ser transformado en otras formas de capital (económico, cultural). En esencia, la habilidad de las personas y las familias para obtener recursos gracias a su pertenencia a redes y otras estructuras sociales (Portes y Vickstrom, 2012, p.84).

Para Bourdieu, el capital social debe ser construido mediante una estrategia de inversión que se oriente a la institucionalización de las relaciones grupales, con el fin de que sean fuentes confiables para otros beneficios, así, el capital social para el autor tiene dos elementos: la relación social que permite al individuo “reclamar acceso” a recursos en común y la cantidad y calidad de esos recursos (Portes, 1998).

González (2009) afirma que este capital puede llegar a ser mantenido y reproducido con fines de control y dominación, así, Bourdieu observó en el capital social un mecanismo asimétrico para controlar recursos, mientras que Coleman giró la explicación a la forma en cómo los sujetos sortean imposiciones sociales para alcanzar un fin, afirma este autor. Tanto Coleman como Bourdieu, insisten en que el capital social es intangible y a diferencia de capital

¹⁸ Traducción personal de su idioma original.

económico, para poseerlo, la dinámica del relacionamiento social es esencial (Portes,1998). Coleman y Bourdieu reconocen la necesidad de existencia de ciertas condiciones básicas del capital social:

Para Bourdieu las condiciones básicas de existencia de cualquier tipo de capital social se reduce a: 1) la pertenencia a un grupo (red social); 2) las condiciones en las que se dan los intercambios; 3) la posesión de límites relativamente precisos en los que se agrupan y por los cuales se distinguen los actores en la red (González, 2009, p.1738).

Mientras que, para Coleman

al menos tres de ellas pueden ser reconocidas como condiciones básicas del capital social. El orden en el que el las menciona son: las obligaciones y expectativas, el potencial de la información, las normas y sanciones efectivas, las relaciones de autoridad y las organizaciones internacionales” (González, 2009, p.1739).

A pesar de que no será utilizada en la investigación, debe de anotarse que actualmente, la propuesta de Putnam es la que más interés ha generado en los organismos internacionales y algunas organizaciones sociales como elemento para la creación de instrumentos de análisis social, entre ellos, el Banco Mundial (Portes y Vickstrom, 2012). Para Putnam, el capital social puede ser tanto individual como comunitario (de allí se nutre la propuesta del capital social comunitario) y es producto de las relaciones de confianza de los sujetos, en donde la participación cívica es un proceso cotidiano y que puede llevar a acciones colectivas (González, 2009) por lo que ciertos aspectos de organización social como la confianza, normas y redes pueden facilitar una eficiencia social, una acción coordinada y con ello, un comportamiento y compromiso cívico (Capdeville, 2014).

Portes (1998) afirma que, para Putnam, el capital social implica elementos de organización en el que puede observarse redes, normas y sentido de confianza que permite no sólo la acción, sino la cooperación entre los individuos, es un bien público que comprende “el acervo del capital participativo, orientación cívica y confianza en los demás de que disponen las ciudades, estado o naciones (Portes y Vickstrom, 2012, p.84). Así, para este, el capital social no es individual, sino es algo que junta la comunidad o sociedad y en el que la pertenencia, la asociación, la confianza, la vinculación son parte del stock requerido para que exista un comportamiento participativo y cívico, estos últimos, como elementos claves en la propuesta del autor.

En la práctica este stock se equipara con el nivel de intervención asociacional y comportamiento participativo en una comunidad y se mide con indicadores tales como la lectura de diarios, la pertenencia a las asociaciones voluntarias las expresiones de confianza en las autoridades políticas (Portes, s.f, p.259).

Justo esta forma de marcar indicadores, es la razón por la que esta propuesta ha tenido éxito en instituciones y organismos internacionales, propuesta que ha generado debate con varios autores, en especial Portes, quien le llevó a la reformulación de su propuesta. La crítica que realizó Portes a Putnam incluye apuntar una serie de lagunas conceptuales y metodológicas y donde lo interesante es que el rebote de ideas en los autores, ha consolidado la propuesta de cada uno.

Alejandro Portes (1998), ha aportado a la conceptualización del *capital social*, al analizar elementos desde una visión crítica, puesto que la forma de abordaje de la mayoría de los teóricos, radica únicamente en su importancia como un valor y la asociación directa del término capital social como algo positivo, mientras que, en su propuesta, complejiza el término hacia el resultado positivo o negativo de los vínculos sociales. El mismo autor propone que en realidad la idea de capital social no es nueva para las ciencias sociales y que a lo largo de la historia de la teoría social se ha abordado previamente por otros autores, pero con otras denominaciones. Posiciona la idea de una distinción entre capital social (red de vínculos e interconexiones) y lo que se obtiene a través de él (Capdeville, 2014), por ello, enfatiza que a nivel individual, el proceso al que se alude el concepto de capital social, puede ser positivo o negativo y al ser procesos múltiples, debe ser analizado como un hecho social completo y no como un valor (Portes, 1998).

Reconoce dicho autor que existen dos formas de capital social, aquel que se expresa por medio de beneficios el cual está mediado por las redes, pero también aquel que se expresa en forma de control social, al que denomina *capital social negativo*, así, el capital como puede proveer bienes públicos, puede proveer males públicos de la misma manera. Al examinar varios autores que analizan el capital social, Portes llega a la conclusión que éste cumple 3 funciones: (a) control social, (b) fuente de apoyo en variedad de contextos y fuente de beneficios a través de las redes extrafamiliares y es a partir de estos tres, que construye el contenido de lo que denomina capital social negativo.

Como ya se mencionó, para Portes (1998), el capital social sería los vínculos de los individuos y sus diferentes lugares en donde se intersectan, pero la importancia radica en lo que se obtiene a partir del flujo de acciones dados a partir de esas interconexiones. Así, la expresión del capital social es observable en las consecuencias del flujo de las vinculaciones y lo que obtiene a partir de ello, siendo esto económico, político, social o cultural es su sentido tangible o intangible, es partir de esto que logra reconocer también, esas consecuencias negativas de la adquisición del capital social por el ego respecto a su vivencia en comunidad y la de la comunidad respecto al ego expresándose en la integración de todo el *conglomerado comunitario o referente comunitario*, como lo denominó Martín-Baró.

Es decir, la importancia del capital social de los vínculos tanto cercanos como lejanos es importante. Para él, el capital social de las personas cercanas es útil, porque ayudan a mantener disciplina y promover lealtad entre quienes están a su cargo, sin embargo, la integración social lleva de la mano el control social, sobre todo en los casos en los que los lazos comunitarios son estrechos. Portes reconoce que la fuente del capital social tiene su raíz en la teoría de la integración social de Durkheim, al tomar en cuenta la capacidad de sanción de los rituales sociales (Portes, 1998).

Al respecto, Karl Kadushin (2013), afirma que la búsqueda de otros, es una actividad humana básica y es en la red primaria donde se satisface una necesidad de seguridad al estar inserta en la estructura de seguridad. Así, una comunidad con fuertes lazos que les vinculan y fuerte vida colectiva, vendría a formar parte de un sistema de apoyo y una red primaria colectiva *“la seguridad o los sistemas de apoyo son por lo general, equivalentes a la densidad de las redes de condición que ha estado generalmente asociado al apoyo social, la cohesión y la inserción”* (Kadushin, 2013, p.96).

Así, volviendo con Portes (1998), podría decirse que estas vinculaciones comunitarias aparte de tener beneficios, puede llegar a ser restrictivo para algunos de los miembros que componen este colectivo. En su artículo denominado “Capital social: sus orígenes y aplicaciones en la sociología moderna”, el autor identifica en los estudios sociológicos y antropológicos cuatro consecuencias negativas del capital social, ideas que trataremos de resumir a continuación:

- 1) Exclusión de extraños.
- 2) Reclamos excesivos de integrantes del grupo.

- 3) Restricciones de la libertad individual.
- 4) Normas liberadoras hacia abajo.

Exclusión de extraños: los lazos sociales pueden aportar beneficios a los miembros de un grupo, lo que le autoriza a restringir el acceso a otro. Esto se da sobre todo en grupos que mantienen una solidaridad circunscripta, es decir, aquella forma de integración que se expresa en una respuesta social de apoyo de un individuo al grupo al que se adscribe, donde la identificación, es la fuerza motivacional. Es así como, a partir del proceso de confianza, los intercambios entre los miembros internos de la comunidad restringen automáticamente a los externos.

Reclamos excesivos de integrantes del grupo: En el caso del cierre del grupo o de la comunidad, esta situación puede impedir el éxito de iniciativas de uno de sus miembros. En este extremo, el autor hace mención sobre todo a lo que refiere a aspectos de comercio y la economía. Las relaciones al interior del grupo en comunidades muy solidarias pueden en algún momento atentar a ciertos miembros, pues algunos de ellos como consenso, pueden imponer topes a aquellos que son emprendedores, si esta llega a tener éxito, al imponérsele un tope de crecimiento. Es un proceso que disipa oportunidad de acumulación y éxito empresarial.

Restricciones de libertad individual: En comunidades donde todos se conocen puede llevar hacia un nivel de control social elevado y restrictivo de las libertades personales, algunas veces, eso provoca la salida de personas que no están dispuestas a regirse a ese control social cuando son de carácter más independiente. Es decir, existe un exceso de control social y mirada vigilante a la vida privada y los lazos en vez de facilitar, limitan. En la vida comunitaria, los individuos sostienen roles de multiplicidad, que Portes entiende como redes sociales superpuestas en el que en un mismo individuo se sobreponen diferentes roles que incrementa la intensidad y control mutuo de los lazos. Por ello, esa vida comunitaria se mantiene a partir de que están constituidos como red densa y múltiple, permitiendo la intensidad de vivencia colectiva, sin embargo, esto lleva implícita una “vigorosa” imposición de normas locales, teniendo como efecto una merma en la privacidad y la autonomía de los individuos.

Normas liberadoras hacia abajo: en este expone Portes que “*hay situaciones en las que la solidaridad grupal se consolida con la experiencia en común de la adversidad y la oposición de la sociedad predominante*” (Portes, s.f., p.257). Así, el éxito de un individuo, significaría el socavamiento de la cohesión de grupo, por la imposibilidad del resto de alcanzar el beneficio de la movilidad social en colectivo, por lo que se estaría provocando un autosabotaje.

Como puede observarse en todas las propuestas señaladas, efectivamente nuestra forma de sociabilidad estará determinada no sólo por la calidad de vínculos y los usos que les demos a los mismos, sino también por la cantidad, en donde el conflicto y la armonía son igualmente fundamentales para construir procesos de identidad hacia los grupos de pertenencia, permitiendo la cohesión, es decir, la conformación de la vivencia de y en la comunidad.

Existe un aspecto fundamental en la socialización y que no podemos dejar de lado, la comunicación y la información, por ello, se cierra este apartado con la propuesta conceptual de Burt sobre los agujeros estructurales y el papel de las personas que fungen el rol de lo que podrían denominarse como puentes o personas nodales entre la red de conglomerados y flujo de información.

Retomemos lo que plantea Granovetter para resumir la idea de los lazos y su representación de cómo se producen las interacciones y sus puntos de intersección para poder sobre ello, abordar la idea del flujo de Burt (2001): La red empieza en una persona (ego) y es partir de ella que se analizan el resto de los vínculos directos o indirectos, y en dónde se dan las intersecciones. Así, Kadushin (2013) nos dice que entre dos conglomerados (cluster) de una red, en el que cada miembro está interconectado al interior, sin embargo, el único vínculo entre los miembros entre sí es “ego”, el que se convierte en un intermediario o un puente (una persona nodal en la interconexión).

De esta manera, la propuesta de Burt en el concepto de agujero estructural “*denomina la situación en la que ego conecta individuos que están ellos mismo conectados, pero quienes, sin la presencia de ego, no tendrían conexión unos con otros*” (Kadushin, 2013, p.58), es decir, las conexiones débiles entre los grupos son estos agujeros estructurales (structural holes). Para Burt (2001), la sociedad puede ser vista como un mercado en el que las personas intercambian bienes o ideas en búsqueda de sus intereses, por ello, las relaciones relevantes

de hoy, pueden tornarse irrelevantes mañana. Es de esta manera que al igual que Granovetter, ve una ventaja en la debilidad del vínculo, siendo esto, la facilidad del flujo de información de parte de una red a otra distante, sumando otro de los beneficios de los vínculos débiles: el poder integrarse a sistemas sociales.

A diferencia de la idea de la debilidad o hueco entre los vínculos, la idea del cierre, tal y como ya se ha mencionado en lo que respecta a lo negativo del capital social o el concepto de cierre¹⁹ de Coleman, donde el capital está creado por una red de elementos fuertemente interconectados, la idea del hueco o agujero estructural argumenta que el capital social es creado por una red en el que las personas puedan intercambiar conexiones entre otros segmentos no conectados y el tránsito a través de los agujeros estructurales es la fuente del valor agregado. Los agujeros estructurales son la oportunidad para que la información fluya entre las personas y controlar los proyectos que unen a las personas del lado opuesto del agujero, según Burt (2001).

Nos dice Kadashin (2013), las personas con pocos vínculos débiles se podrían ver privados de la información que procede de circuitos de vínculos distantes del sistema social al que pertenece y se reduciría su oportunidad de salir de la redundancia y obtener información que se maneja al interior de su conglomerado cerrado, provocando que ideas nuevas se difundan con mayor lentitud. Así, en los agujeros estructurales, se obtiene información de diversos conglomerados sin acceso directo entre sí y en el proceso de hacer relaciones diferentes, se obtienen recursos valiosos y autonomía.

2.2 Algunos enfoques de aproximación al análisis de la salud desde el área social

Son diversas las ciencias que abordan el estudio del fenómeno de la salud, incluyendo las de tipo social. Es de esta forma que pueden encontrarse investigaciones sociales en disciplinas como la historia, por ejemplo, abordando estudios sobre epidemias o fundación y funcionamiento de las instituciones sanitarias coloniales; desde la sociología de la medicina donde su punto de análisis se centra en los funcionamientos de las instituciones sanitarias y sus marcos regulatorios, la economía en salud, la propuesta de la salud colectiva y la antropología médica y de la salud entre otras. Cada una de ellas cuenta con sus métodos y

¹⁹ Era el término que solía utilizar para referirse al conocimiento mutuo y los vínculos sociales entre los miembros de una comunidad que se apoyan entre sí y sancionan las desviaciones (Portes & Vickstrom, 2012).

bagaje teórico específicos (en ocasiones compartidos) y tienen como elemento común de análisis, los nodos existentes entre salud con las condiciones sociales, culturales, políticas y económicas y la influencia de estos condicionantes en procesos del ciclo vital del individuo y el colectivo al que pertenece. En el caso de América Latina, nuestra historia ha marcado fuertemente las corrientes teóricas desde las cuales nos posicionamos en nuestras investigaciones, que también se convierten muchas veces en posiciones políticas.

La confluencia entre las ciencias sociales y salud en América Latina ha conocido diversas denominaciones, que refleja las luchas y los posicionamientos ideológicos y políticos específicos en esta materia. Así, en diferentes momentos, sobre todo en el ámbito académico, se ha hablado de ciencias de la conducta y medicina, sociología y antropología médicas, medicina social y salud colectiva (Castro. 2016, p.74).

En el caso de la denominada antropología médica, se intenta correlacionar las condiciones sociales, histórico-culturales y económicas, con los procesos de la salud, enfermedad, atención y desatención, sin olvidar las implicaciones político-económico. Una buena parte de su quehacer analítico se centra en la interacción de los sistemas de salud a partir de las prácticas y representaciones de los individuos en un contexto determinado.

Goffman (1964) nos recuerda que las situaciones sociales conforman el lugar donde los individuos que allí interactúan se ven influenciados recíprocamente, de modo que, las situaciones sociales están enmarcadas en las acciones y las relaciones entre individuos y que dotan de significados socialmente construidos, elementos indispensables en el enfoque de la antropología médica. Para Zempléni (1988), una de las tareas más importantes de la antropología médica contemporánea, es el de dar cuenta de los procesos y los mecanismos en donde se conjuga el cuerpo individual y el cuerpo social.

Por ello, uno de los elementos centrales en los estudios de antropología médica remite al análisis de los “sistemas de atención en salud”. Una de las vertientes para el abordaje de estos, es la propuesta emanada de Arthur Kleinman sobre los modelos explicativos (sematic illness network). Los diversos sistemas médicos explicados a través de esos modelos explicativos, los entiende Kleinman como sistemas culturales-simbólicos que reflejan la respuesta social a la enfermedad por medio de sus significantes y experiencias individuales o colectivas, evidenciadas a través del relacionamiento con las instituciones o escenarios en el que los sujetos interactúan, enmarcados en procesos sociales (Osorio, 2001). Andrés

Zempléni afirma que éstos, “*son esencialmente construcciones clínicas centradas en el enfermo y el emanador, en la adaptación del primero y la eficacia del segundo, en el proceso individualizado de la enfermedad en relación generalmente diádicas del proceso terapéutico*” (Zempléni, 1988, p.1).

Como se observa, la propuesta latinoamericana se ha nutrido de diversos autores, siendo uno de los principales Eduardo Menéndez, quien propone la centralidad de sus estudios a partir de la configuración de los modelos médicos, como categoría central del proceso salud/enfermedad/atención/desatención y donde pone especial interés en el enfoque relacional.

Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos, no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), sino también la participación de todas las dimensiones todos los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez, 1992, p.101).

Desarrolla para el caso, tres esferas de análisis centrales: Modelo Médico Hegemónico, Modelo alternativo Subordinado y Modelo de Autoatención. Estas esferas estarán atravesadas por la interacción y dinámicas de subordinación y hegemonía, con una fuerte carga en el abordaje de las representaciones y prácticas sociales de los sujetos. Las trayectorias de atención se establecen también como uno de los ejes de análisis de esta propuesta.

El modelo Médico Hegemónico, es una categoría de análisis, desde la cual se observan ciertas orientaciones en las relaciones de atención brindadas por un grupo inserto en una institucionalización, pudiéndose agrupar ciertas características de las relaciones que se hacen al interior de este grupo como lo son la ahistoricidad, asociabilidad, asimetría, individualismo, eficiencia pragmática, formas de profesionalización formal, identificación ideológica, exclusión de saberes diferentes, medicalización de los problemas, entre otros (Menéndez E. , 1992).

El modelo Médico alternativo subordinado estaría explicando el tipo de atención de corte popular y tradicional, esta se expresa a través de curadores especializados. En ella es común que ingresen lógicas de índole mágico- religioso. También se encuentran aquella atención

denominada como alternativa o paralela que llevan a cabo la curación por medio de sanadores, encontrándose en él un amplio abanico de formas de atención. El modelo médico hegemónico ha pretendido estigmatizar y subordinar ideológicamente a todas estas prácticas (Menéndez, 1982).

Finalmente, el último escalón, al que denomina como modelo de autoatención, lo asume como el conjunto de “Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar, o prevenir procesos que afecten la salud en términos reales o imaginarios, sin intervención central, directa e intencional de curadores profesionales. Aun cuando estos puedan ser referencia de la actividad de la autoatención” (Menéndez, 2003, p.98).

La autoatención puede ser visualizada desde dos diferentes niveles: uno ampliado; que es la base de la reproducción y cuidado familiar y uno restringido; que está relacionado explícitamente a los procesos de s/e/a. Muchas veces desde la visión biomédica, se suele asociar a la automedicación como la única esfera de la autoatención, sin visualizar que es parte de esta y no solo se reduce a ella.

Sin embargo, es la articulación de todos ellos, lo que da valor en sí mismo, ya que demuestra la relación de los sujetos, quienes lo llevan a la práctica cotidianamente. Estas articulaciones se mueven dentro de esferas de hegemonía/subalternidad, en el que se incluyen procesos ideológicos sociales y técnicos (Menéndez, 2003).

Menéndez define la autoatención como el conjunto de “Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar, o prevenir procesos que afecten la salud en términos reales o imaginarios, sin intervención central, directa e intencional de curadores profesionales. Aun cuando estos puedan ser referencia de la actividad de la autoatención” (Menéndez, 2003, p.98).

Es a partir de la carrera del enfermo, que pueden identificarse todas o algunas de estas formas de atención en el proceso de salud/enfermedad/atención, nos recuerda Menéndez (2003). En la actualidad, las diversas formas de atención y el tránsito por los tres modelos, son influidas en su manera de operar por caracteres religiosos, étnicos, económicos, políticos etc. Por tanto,

la atención del proceso s/e refiere a muchos ámbitos y por ello, estos se articulan en lo denominado “Pluralismo Médico”. El pluralismo médico es la forma en como “*la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención, no solo para diferentes problemas sino para un mismo problema de salud*” (Menéndez, 2003, p.186).

Para Luis Vargas (2006), la implicación del estudio de la salud en la antropología debe ser entendida desde dos visiones, aquella que se denomina como antropología médica, que implica la relación entre la antropología y la medicina, habiendo un segundo enfoque al que llama “antropología en la medicina”, la cual se basa en su enfoque aplicable y cuyo fin sería el uso del conocimiento para mejorar el ejercicio de la medicina, útil incluso en la formación del personal en salud, que permite realizar cambios en la conducción de los servicios de salud y la relación con los usuarios de salud, ofreciendo mejores resultados.

Existen otros enfoques antropológicos que también abordan la salud desde un contexto amplio, siendo uno de ellos el de la epidemiología sociocultural. Siguiendo a Armando Haro (2008), se entiende la epidemiología sociocultural como el intento de comprender las esferas de la salud desde lo patológico y la salud positiva, utilizando para ello un análisis multinivel, apreciando la construcción histórica del individuo y entorno, desde una visión crítica y con el abordaje obligatorio de categorías como clase social, estilo de vida, etnicidad, género, entorno y medio ambiente, pobreza, etc. Así una epidemiología sociocultural, supone un intento de comprender lo generalizable, sin dejar de apreciar las particularidades locales (Haro, 2008).

Paul Hersch propone que es necesario un estudio desde una perspectiva epidemiológica incluyente en el que se tome en cuenta la atención y desatención de los individuos y su contexto. El Autor define la Epidemiología sociocultural como:

Un referente operativo y analítico integrador, cuyo objetivo primordial es aplicar diversos métodos y aproximaciones en función de la dimensión multifactorial y colectiva de las enfermedades, tomando como uno de sus ejes la categoría del daño evitable, lo que implica su estudio, pero también la generación de medidas para enfrentarlo. Así, no se plantea aquí como una "nueva" disciplina, ni como referente que "supere" otras propuestas críticas, sino como herramienta conceptual y aplicativa, basada en diversos medios descriptivos y analíticos, elegidos en función de la naturaleza de los problemas sanitarios (Hersch-Martínez, 2013, p.513).

Existe también dentro de la antropología de la salud, un enfoque integrador denominado “Antropología con enfoque biocultural”. Para Ann Mc Elroy, el enfoque biocultural (1990) es una estrategia de investigación encargada de aplicar el análisis a cuestiones de la biología humana y la ecología médica, que incluyen variables de investigación como el comportamiento, lo social y la cultura de manera abarcativa. Para Peña (2012) su importancia reside en la visión integrada y comprensiva del mundo, desde lo biológico, social y cultural que se puede realizar a través de temporalidades específicas que se relacionan con procesos adaptativos a nivel evolutivo, históricos grupales y relacionados con el cuerpo-persona. Enfoque que surge como una necesidad ante la realidad de múltiples variables que afectan a las personas en su salud, desarrollo y bienestar, creando un enfoque único de acercamiento a la realidad.

El modelo explicativo comprensivo de este enfoque multinivel y multicausal propone:

Describir y analizar en conjunto la interacción entre biología y cultura mediante la dinámica de sus componentes (ecología, biología, productos de la ideología, productos materiales y recursos para la alimentación y la salud) y codeterminantes (perfiles demográficos y epidemiológicos, condiciones de calidad de vida, estados de nutrición y estrategias de supervivencia) según el problema de estudio, temporalidad de análisis (evolutivo-adaptativo, sociohistórico-grupal y ontogenética-individual) y enfoque (psicosocial, sociocultural y biocultural o biosocial) para construir un modelo comprensivo multinivel para cada caso de investigación (Peña, 2012, p. 18-19).

Desde una mirada más cercana a la sociología, podemos encontrar la propuesta de la medicina social o la salud colectiva. La salud colectiva, es una “*corriente de pensamiento, práctica teórica y movimiento social, producto de la evolución del pensamiento social latinoamericano en salud y resultado de la incorporación de sus vertientes más críticas*” (Castro, 2016, p. 75). Una de las temáticas centrales de la salud colectiva es el estudio los factores que determinan la salud de un territorio y cómo esto explica las condiciones de los individuos, intentando romper con la corriente clásica de análisis de la salud pública, en especial, de la forma en cómo se analiza la epidemiología clásica.

Los factores que inciden en por qué, cómo y dónde se distribuyen las enfermedades es llamada por esta corriente como “determinación social de la salud.” Esta conceptualización se contrapone a las corrientes clásicas al incluir la dimensión de la incidencia política y poder en la situación de salud de los territorios y sus habitantes, marcando así distancia entre ciertos

conceptos claves (determinación social de la salud frente a determinantes sociales de la salud).

En el análisis de la situación en salud latinoamericana, existe una marcada diferencia entre los enfoques de los determinantes sociales de la salud, propuesta emanada desde la Organización Mundial de la salud (OMS), con la que ellos definen como determinación social de la salud. El análisis de los determinantes sociales en salud surge como parte del trabajo de la Comisión de Determinantes sociales en Salud (CDSS) en 2005 en el seno de dicho Organismo²⁰. A pesar de que ambos abogan por el Derecho a la Salud, el enfoque desde donde cada uno ve las inequidades varía.

La OMS (2009) afirma que los “Determinantes Sociales” son factores que interrelaciona con las condiciones de vida de los individuos, que al combinarse impactan en la salud y determinan la misma. Así pues, la organización retoma el tema de la gobernanza en salud y el derecho a la misma. Para la Organización, el ámbito regional, exige alianzas y complementación de esfuerzos y capacidades, y no solamente arreglos de intercambio comercial. Sin embargo, desde la Medicina Social Latinoamericana y la salud colectiva, se hace una crítica del abordaje que la OMS da al tema. Ellos impulsan el análisis de la Determinación Social de la Salud, que surge desde la Epidemiología Médica Crítica. Establecen que dicho análisis debe tomar en cuenta la forma en cómo se establece la relación mundo capitalista, con las inequidades y sus efectos en la salud de las poblaciones.

Esta propuesta se plantea también como un instrumento, un marco ético, conceptual, y una propuesta política y pragmática (Cabrera, y otros, 2011), es decir, es una apuesta técnico-política. Para esta corriente, la epidemiología convencional, “*estructura su discurso metódico de manera que hace invisibles las relaciones de determinación generadas por el sistema económico de acumulación de capital, las relaciones de inequidades que lo reproducen y la destrucción de la naturaleza*” (Behil, 2013, p.14). Mientras que el paradigma eco-social, corriente teórica de la que se nutre la salud colectiva, centra su debate en la lucha contra la inequidad con fines de abogacía y rendición de cuentas a favor de grupos sometidos y

²⁰ http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/

apoyando la lucha de los pueblos para superar el régimen de acumulación de la riqueza declara el autor.

El interés de la corriente de la salud colectiva radica en el entendimiento multinivel con un alcance más amplio, entre ellos, los efectos de la globalización, condicionantes estructurales intermedios como los modos de producción y las desigualdades, determinantes de género y aquellos de carácter individual como los “estilos de vida”, siendo esta propuesta más aguda en su intención de identificar el “*origen social -ergo, político, económico, de justicia social- de los determinantes, mientras la propuesta de la OMS está claramente sujeta a las determinaciones que impone la negociación posible entre los Estados miembros de ese organismo internacional*” (Castro, 2016, p.76).

Según Beilh (2013), uno de sus principales autores, la salud es un sistema complejo y que se determina socialmente, elemento muchas veces obviado por la salud pública y su predominio biomédico, por lo que la determinación social la define de la siguiente manera:

La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general. En el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social-natural, o social biológico ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado que es la naturaleza (Behil, 2013, p.20).

Para Beilh, una de las ventajas de este abordaje, es que en ella toman en cuenta que la salud se verá determinada no sólo por la cuestión económica individual o por situación biológica, sino también por las relaciones sociales de desigualdad como lo es el racismo, eurocentrismo o relaciones de poder como las de carácter patriarcal, entre otros.

Independiente de las corrientes que tratan de explicar la relación de los individuos, las comunidades, los recursos en salud y sus espacios de atención, , la comprensión del ámbito del cuidado, es fundamental y por ello, la comprensión de categorías como *Trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos* se convierten como elementos centrales .

En materia de cuidados, la familia tiene una gran importancia, ya que es el espacio en que se concretizan todos los “cuidados a la vida”, que “abarca desde las interacciones afectivas necesarias para el pleno desarrollo de la salud mental y la personalidad madura de sus

miembros, hasta el aprendizaje del cuidados cotidianos para el cuerpo y para el medio ambiente, así como los necesarios en caso de enfermedad (Bellato, et.al., 2016, p.82). Al romperse la cotidianidad familiar ante una experiencia de una enfermedad, padecimiento u otras condiciones que demandan cuidados, deviene en la familia una gran movilización de energías y recursos que llevan hacia una reorganización familiar para dar respuesta a la resolución de dicha experiencia, iniciando así una trayectoria de provisión de cuidados y acompañamiento de la persona cuidada.

Muñoz (2015) afirma que las trayectorias son aquellas sucesiones de acontecimientos y que puede estar determinada por las experiencias previas a través del tiempo. Son construcciones sociales, culturales e institucionales, modeladas a partir de las condiciones de vida y las expectativas en la misma. La trayectoria de atención son todos esos procesos longitudinales, conformados por una serie de transiciones o acontecimientos cruciales en los procesos de salud y enfermedades de las familias, *“los cuales permiten observar el modo en que dichas transiciones se van concatenando y definiendo la trayectoria específica de una persona, grupo o cohorte analizado, en un período de tiempo mayor”* (Berrio, 2015, p.214). De esta forma, las trayectorias de atención serán diferente para cada individuo, en el que el tipo de padecimiento, las posibilidades económicas y accesos a instituciones, vínculos sociales, capitales culturales y sociales, terapeutas y tratamientos serán parte de la elección del proceso a seguir para recuperar la salud.

En la línea de los estudios de salud colectiva, algunas investigaciones sociológicas y antropológicas que abordan las trayectorias y la dimensión de los cuidados, sobre todo, aquellos que se otorgan frente a padecimientos crónicos-degenerativos, denominan a estos tránsitos como itinerarios terapéuticos. Ponen fuerte énfasis en la relación de los itinerarios con el tejido de redes de apoyo primarias y secundarias, donde vinculan la teoría de redes y el derecho a la salud (Martins, 2008), (Bellato et.al., 2011), (Venturiello, 2012), (Bellato et.al., 2016) .

Las redes, como parte esencial del análisis del itinerario, tiene importancia por la forma en como las vinculaciones juegan un papel importante en la obtención de información, bienes o servicios, incluso las reciprocidades en el proceso del cuidado de la vida, a través de procesos

de mutualidad y recreación de solidaridades en el diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación que lleve a el encuentro de soluciones a través de la gestión en salud.

Proponemos la comprensión de las redes como sistemas de intercambio formados por flujos incesantes de regalos, bienes y símbolos que organizan los sistemas sociales y las individualidades mismas. Estos sistemas están respaldados por los recursos existentes en cada sociedad, en cada individuo, y que se reproduce a partir de ellos. [...] Podemos enumerar, en este sentido, algunas formas sociales que tienden a ganar visibilidad en el ciclo de circulación de bienes simbólicos (gestos, ritos, creaciones, etc.) y material (bienes, servicios, regalos, etc.) en la construcción vida social (Martins, 2008, p.124)²¹.

Venturiello (2012) entiende por itinerario terapéutico, a aquellas acciones que conforman una trayectoria en relación con la búsqueda, producción y gerenciamiento de la salud, haciéndose presente una secuencia de decisiones y negociaciones entre varias personas y grupos, orientándose a la búsqueda de soluciones prácticas en el que están implícitas una trama de relaciones sociales y en el caso de discapacidad y enfermedad crónica, esto incluye la rehabilitación.

Sin embargo, en el proceso de estas negociaciones o transacciones, existen inhibidores que limitan la satisfacción de la necesidad requerida en la gestión del cuidado a la vida y la salud. En algunas ocasiones, las redes formales de salud u otras instituciones involucradas en el bienestar, por su forma de organización sanitaria son poco resolutivas, lo que significa que el usuario de salud o sus cuidadores/as requieran movilizar recursos de todo tipo. Estudios llevados a cabo en Colombia demuestran que la burocracia institucional, bajo un sistema de salud basados en la atención gerenciada²², se presenta como un gran inhibidor de la calidad

²¹ Traducción propia.

²² “Las soluciones que están predominando en las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos se centran en la implantación de la denominada atención gerenciada. Esta política implica reformas de tipo administrativo-financieras, ya que consideran como la causa de la crisis del sector el crecimiento de los costos de las prestaciones. Por ello, plantean la necesidad de una intermediación entre prestadores y usuarios, para separar la administración financiera de la prestación de servicios. La propuesta implica la introducción de empresas (estatales, privadas o mixtas) que administren bajo el concepto de riesgo compartido el financiamiento (sistemas capitados), y contraten con prestatarias de las que los servicios estatales. [...] En lo que hace al presupuesto estatal, estas soluciones planean que debe estar definido por la demanda (prestaciones efectivamente realizadas) y no por la oferta prestacional. Esto permite una reducción de costos y un manejo más eficiente de los recursos, ya que se controla la sobreprestación y se dirige [sic] el financiamiento hacia los prestadores de mayor calidad. Los prestadores, a su vez, según esta lógica, para obtener el financiamiento, se ven obligados a disminuir los costos y brindar mayor calidad en sus servicios. En lo que hace a la conducta de la población, estos discursos ponen énfasis en que, si ésta se siente dueña de su aporte o paga por la atención, será una reguladora "natural"

y de la atención oportuna, ya que los múltiples requisitos burocráticos del modelo de atención retardan todo proceso de atención, fenómeno al que han denominado *itinerarios burocráticos*.

Son demandas obligatorias administrativas, financieras y jurídicas, que se imponen a los pacientes para acceder a los servicios o recibir una atención adecuada. Proponemos llamar a estos recorridos Itinerarios Burocráticos del Sistema de Salud, los cuales se componen por las luchas por el acceso a la atención a la salud por parte de los ciudadanos, las fallas estructurales del funcionamiento del sistema y las consecuencias perjudiciales para la vida de las personas. La matriz de itinerarios burocráticos, representa los recorridos de todas/os los ciudadanos para obtener la respuesta del sistema de salud. [...] Para nosotros, los Itinerarios Burocráticos son demandas obligatorias administrativas, financieras y jurídicas que el sistema de aseguramiento impone a los pacientes y familiares para acceder a los servicios o recibir una atención adecuada. Estos itinerarios aumentan el sufrimiento por causa de fallas en: acceso, calidad, integralidad y atención oportuna (Abadía y Oviedo, 2010, p. 95-96).

Exclusión y derecho a la salud

Se parte de la idea de que existe una evitable e injusta distribución de riqueza, definido por lo socioeconómico, la geografía, la política, la demografía como factores estructurales que definen los contextos de las poblaciones.

Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos. (...) Los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades en salud debido al poder, el prestigio y el acceso a los recursos, siendo más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres, las personas de edad joven y adulta, las de raza blanca y las originarias de áreas geográficas más ricas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”, que se denominan clasismo, sexismo o racismo (Borrel, 2014, p.17-18).

de los costos y la calidad, ya que estará en condiciones de elegir el prestador que le brinde los mejores servicios al menor costo” (Iriart, Elias y Waitzkin, 2000, p.96).

Estas situaciones juegan un rol determinante en la salud de la población y que puede ser observable a partir de los indicadores de salud que presenta una sociedad. A esta injusticia distributiva se le denomina “exclusión”, que refiere a colectivos que el sistema ha dejado por fuera llevándole a condiciones de desigualdad que es la evidencia empírica de la inequidad (Spinelli y Alazraqui, 2008, p. 19).

Es papel del Estado el que, como principio de derecho y gobernabilidad, debe otorgar los elementos necesarios para integrar a estas poblaciones en desventaja al sistema y proveer de elementos esenciales como parte de compromisos internacionales del Estado en Derechos Humanos. Uno de ellos, es el derecho a la salud.

Para Lucía Montiel (2004), hablar del derecho a la salud, es ingresar a la esfera del Derecho Internacional, sin olvidar que los derechos se han desarrollado a través de las demandas sociales y que, si bien en un primer momento para los organismos internacionales el concepto remitía a “la idea de curar la enfermedad”, en la actualidad, la idea se relaciona con un mayor grado de protección de los individuos y donde se integra la idea de la prevención y por supuesto un Estado benefactor que adquiere compromisos administrativos y económicos para hacerlos valer. Los instrumentos internacionales son los mecanismos por los cuales los Estados miembros de la ONU firman esos compromisos y el Derecho a la Salud según la autora se encuentra contenido en los siguientes instrumentos:

- Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979.
- Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.
- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo de 1981.
- Artículo 9, 10, 11 y 12 del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC o Protocolo de San Salvador, 1988).

Los instrumentos que contienen la protección al derecho a la salud tienen como objetivo hacer explícita esa protección, no sólo en las distintas etapas del ciclo de vida, sino también dar protección a poblaciones específicas. El ratificar estos derechos, da a todos los Estados signatarios, la obligación de respetar y promover los derechos contenidos en los pactos, así

como poner todos los medios a disposición para permitir el disfrute. Dependiendo de la naturaleza del instrumento, su cumplimiento debe ser inmediato o progresivo (Prosalus/CR de España, 2014). En México, es en 1983 cuando el Derecho a la Salud obtiene rango constitucional (Lugo, 2015).

La OMS (WHO, S.F) refiere que para que el Derecho a la Salud sea satisfactorio, este requiere cumplir con 4 elementos básicos: a) Disponibilidad: Centros, bienes, servicios, programas de salud pública y atención sanitaria operativos y en cantidad suficiente. B) Accesibilidad: No discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, accesibilidad a la información. C) Aceptabilidad: respeto de la ética médica y sensibilidad a los factores culturales, la edad y género. D) Calidad: Científica y medicamentos idóneos. El acceso a la salud es un derecho fundamental que significa que cada Estado, debe crear condiciones que permitan a sus habitantes vivir lo mejor posible y de la manera más saludable, en la medida de sus posibilidades.

Capítulo III: Antecedentes y caracterización del Área de Estudio

3.1 Los estudios de frontera México-Guatemala

Guatemala presenta una menor cantidad de estudios de frontera en relación con México, debido en parte, a la falta de fondos nacionales para la investigación científica. La Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT, s.f) refieren un gasto en investigación y desarrollo experimental de 0.04%²³ en referencia al PIB²⁴ y un 0.87% destinado a actividades científicas y tecnología. A la par, se subraya una desigualdad en el destino de los fondos de la investigación de carácter científico social frente a las otras, estando ésta, subordinada en importancia por las entidades financieras, lo que incide en una mayor producción científica del lado mexicano.

En México, se ha denominado al conjunto de investigaciones desarrolladas y publicadas como “Estudios de la Frontera Sur” para referir el espacio donde se realiza la investigación ya que la población presenta una situación de frontera que definimos como aquel espacio físico, de convivencia cultural, de encuentros y desencuentros, que dan como resultado el surgimiento de significantes propios del vivir en límites o márgenes de dos diversos Estados-Nación. Lindsay French (2016) al hablar sobre la forma en cómo se dan procesos disyuntivos y conjuntivos en la frontera de Camboya y Tailandia, describe que esa interacción se dará con componentes específicos de su situación de límite. Ella describe que en “los márgenes” de dicha región, las “afiliaciones étnicas, identidades nacionales, las contingencias políticas y los intereses económicos han chocado, se han combinado y se han recombinado de múltiples maneras”. Lo cual puede observarse como procesos similares con la frontera del Soconusco entre México y Guatemala. Sin embargo, de acuerdo Heinrich Böll, Jan de Vos (2011) la frontera entre México y Guatemala evoca la frase “La frontera sólo se conoce cruzándola” y es que acercarse a ésta, es entender procesos de larga duración del territorio que hoy está demarcado por una línea divisoria que separa artificialmente a dos diferentes países. Aquellos que la han estudiado indican que son escasos en relación con los estudios realizados para la frontera norte, no obstante, desde los años 80 la frontera sur ha empezado

²³ Es el año 2014, el último dato recopilado por la organización.

²⁴ Gasto de gobierno y Educación Superior.

a emerger como un tema de interés académico por varios motivos que a continuación explicamos:

En México y Guatemala existen algunos grupos organizados de académicos o institucionales que, por medio de financiamientos externos o nacionales, realizan o han realizado diagnósticos, investigaciones y/o socialización de los estudios enfocados en los procesos de frontera. Así, por ejemplo, el Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos (CEMCA), realizó durante los años 2012-2015 el proyecto “Espejismos”, con financiamiento de la cooperación francesa y que atendió estudios específicos en la frontera México-Guatemala, entre otras fronteras de importancia en varios continentes. En dicho proyecto se abordó intercambios académicos en temas como migración, movilidad social, fronteras y trabajo, con participación de investigadores franceses, guatemaltecos y mexicanos (CEMCA, 2014).

El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR)²⁵, desde 2007 organiza el grupo de Estudios de Migración y Procesos Transfronterizos, donde se encuentran aglutinados investigadores de las diversas sedes que se ubican en la frontera sur mexicana. En este grupo se encuentran investigadores como Luis Arriola, Alisa Winston, Marta García y Enrique Coraza, quienes se han dedicado al abordaje de sus investigaciones sobre la frontera, trabajando temas como violencia, recursos naturales y población entre otros. El Centro de Investigaciones y Estudios Superiores (CIESAS), por medio de su Unidad Sureste, ha logrado aglutinar en una red a investigadores que abordan, sobre todo, el tema del recurso hídrico como elemento de análisis socio-antropológico. Esta red ha interconectado a diversas instituciones educativas y gubernamentales del sur de México (Tabasco, Yucatán, Quintana Roo y Chiapas) y hace enlaces con instituciones centroamericanas como la Universidad de San Carlos de Guatemala, Universidad de El Salvador, Ministerio de Ambiente del Salvador e instituciones y fundaciones de sociedad civil en Belice, Salvador y Guatemala. La red es denominada RISAF (Red de Investigadores Sobre el Agua en la Frontera México- Guatemala- Belice). Dentro de sus logros refieren haber realizado seminarios de análisis de la situación de las legislaciones sobre el agua, elaborar investigaciones bilaterales o trilaterales en medio ambiente y frontera, así como tener un compendio de los estudios sobre el tema en la región.

²⁵ <https://www.ecosur.mx/grupo/migracion/>

La Coordinación del mismo está a cargo de Edith Kauffer (CIESAS-Sureste, 2013), investigadora titular de esa institución.

Dentro del sector gubernamental y enfocados en el área técnico-político, tanto los Ministerios de Salud de Belice y Guatemala, como la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, en acompañamiento de Organismos Internacionales, han trabajado en el análisis y aplicación de programas de interés común, primero de manera binacional (Guatemala-México) y posteriormente incluyendo a Belice (2014), en especial en los temas de vectores. Sin embargo como se ha dicho, estos grupos de trabajo, investigación e intervención son de reciente data y que como un paso importante, intentan entender la frontera como región. Existe desde 1999 en Guatemala la Mesa Nacional de Migraciones (Menamig, 2015), la cual tiene como fin hacer incidencia política en la defensa de los Derechos Humanos de poblaciones móviles, en ella se aglutinan instancias de la sociedad civil y el Estado. Dependen de financiamientos internacionales para su funcionamiento y acciones. Al tener representación de instituciones académicas, se nutren de la información que en ellas se trabaja sobre la temática.

De las universidades o centros de investigación académicos en Guatemala, algunas de ellas cuentan con programas específicos de investigación en el tema migratorio. En FLACSO Guatemala se desarrolla el “Programa de Estudios sobre Pobreza y Migración” y AVANCSO²⁶ ha destinado fondos para publicaciones de investigaciones sobre el tema migratorio, sin embargo, es menor en relación a otras entidades. La Universidad de San Carlos de Guatemala, por medio de sus institutos de investigación y en especial a través del Fondo de Investigación de la Dirección General de Investigación sostienen el financiamiento constante de algunas pesquisas²⁷. La Universidad Rafael Landívar cuenta también con programas de investigación que abordan la temática migratoria, sin embargo todas ellas tienen fondos muy limitados, los cuales se ven aún más reducidos para publicaciones. Uno de los últimos trabajos que se han realizado, sobre todo en la zona de frontera, es el denominado “Condicionantes de la Movilidad Transfronteriza en búsqueda de salud” (Del la Roca et. al., 2015), donde se aborda la frontera entre la Sierra Mariscal y el municipio de

²⁶ Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales -AVANCSO- es un centro de investigación en materia de Ciencias Sociales privado con gran prestigio nacional.

²⁷ Se desconoce el porcentaje de financiamiento disponible para este tema.

Tacaná, así como la de la zona alta del Soconusco con el territorio aledaño al Volcán de Tacaná.

A través de la breve revisión sobre investigaciones desarrolladas en la frontera sur podemos dividir la información recabada en cinco grandes vertientes que responden a la emergencia de problemas de investigación en los diferentes momentos históricos ya sea desde la academia o instituciones dedicadas al análisis o incidencia del derecho al migrante (Véase cuadro 2). Es de destacar que la mayor parte de las investigaciones están relacionadas con el análisis desde las ciencias sociales, sin embargo, por ser una zona de riqueza biológica, algunos estudios están vinculados con ciencias como la biología, ecología, entre otros.

El interés inicial de los estudios de frontera sur se enfocó en la historiografía, por la relación regional de larga data entre México-Guatemala. Estos trabajos fueron en su mayoría realizados en la zona del Soconusco, y posteriormente en el resto de la frontera, estos se ven reflejados en el abordaje de problemáticas relacionadas con historia, (tema número observable en el cuadro anterior); el poblamiento de carácter colonizador de Petén (Guatemala) en el siglo XX, (que generó una política de Estado en la década de los 50-60, es uno de los temas académicos de mayor interés); la instalación de poblaciones en frontera (frontera frente) y la temática ecológica entre la década del 90 hasta la actualidad (Hurtado, 2010); (Alejos, 1995); (Rodas, 2014); (Vautravers, 2005); (Arriola, 2009); (Arriola, 2008).

Cuadro 2: Temáticas abordadas en estudios a nivel de frontera

Tema	Temática principal abordada	Subtemas	Principales instituciones mexicanas	Principales instituciones guatemaltecas	Disciplinas que lo abordan	Principales Autores	Metodología
1	Histórica	a) Delimitación de fronteras. b) Procesos históricos asociados al cultivo del café. c) Rutas comerciales prehispánicas y coloniales. d)Arqueología.	UNAM CIMSUR UNACH ENAH CIESAS	Universidad de San Carlos de Guatemala.	Historia, arqueología y antropología.	Aída Hernández, Jan de Vos, Hugo M. Ángeles Cruz, Luis Arriola, Carlos Navarrete e Isabel Rodas.	Estudios cualitativos
2	Migración	a) Migración laboral temporal y remesas. b) Migración de paso hacia los Estados Unidos. c) Derechos Humanos asociados a la migración, violencia y otras temáticas derivadas de ser territorio con altos índice de migrantes. d) Seguridad Nacional. e) Mujer y Migración.	ECOSUR UNAM CEMCA Instituto Nacional de Migración UNICACH COLMEX COLEF Universidad Juárez Autónoma de Tabasco	Mesa Nacional de Migraciones, OIM, CEMCA, Universidad Rafael Landívar, Universidad de San Carlos y AVANCSO	Sociología, psicología, antropología, historia, y economía.	Manuel Ángel Castillo, Marta Rojas Weiser, Joaquín Peña Piña, Rodolfo Casillas, Daniel Villafuerte, Eugenia Angüiano, Maria Elena Tovar, Alisa Winton, Ricardo Falla.	Estudios cualitativos y cuantitativo.

4	Identidades/conflictos	a) Agua. b) Economía fronteriza. c) Religiosidad. d) Identidad fronteriza. e) Desplazamiento forzado.	CDI CIESAS UNAM INAH	OIM, AVANCSO, Universidad Rafael Landívar y Universidad de San Carlos.	Antropología	Guadalupe Vautravers, Ruth Piedra Santa, Alain Basil, Isabel Rodas, Luis Arriola, Edith Kauffer y Carolina Rivera Farfán	Estudios cualitativos.
5	De Salud	a) Infecciones de transmisión sexual. b) Desigualdad social en la zona.	Instituto Nacional de Salud Pública Secretaría de Salud CIESAS FLACSO INAH	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y UNFPA Guatemala.	Salud pública, psicología y antropología.		Estudios cualitativos y cualitativos
6	Eco-biológicas	a) Áreas protegidas. b) Diversidad biológica. c) Geología.	ECOSUR UNAM		Biología, Geografía y Geología.	En su mayor parte, tesis grado o posgrado de universidades o centro de investigaciones chiapanecas.	Estudios cuantitativos.

Fuente: Elaboración propia.

También se encuentra el abordaje de la zona costera de Chiapas, la zona del Soconusco, diversos autores han abordado temas como el Camino Real del Soconusco y otros puntos de anclajes comerciales y rituales (Pérez, 1980); (De Vos, 2011); (Ortiz, 2009); (Navarrete, 1973). Carlos Navarrete (2017) y Elías Rodríguez (2008), (2012), son investigadores que han realizado dichas indagaciones sobre arqueología y arqueología de montaña en la zona. Temas de emergencia reciente, son los relacionados con las condiciones sociales y económicas que se desarrollan alrededor del espacio fronterizo como zona de paso de migrantes, así como la construcción de la frontera, la seguridad nacional, diplomacia entre ambas naciones, crimen organizado y violencia por grupos denominados maras, han sido abordados por investigadores como Castillo, Toussaint y Vázquez (2006), Guillén (2003), Toussaint (2009), González (2000), Ángeles Cruz y Martínez Junco (2006), Sandoval P (2011) y A. Winton (2012) y desde las Ciencias Sociales, la problemática más trabajada ha sido el tráfico de personas y migración.

En los estudios de migración se generó durante años el interés por la movilidad laboral estacional para la pesca de café de guatemaltecos o chiapanecos de los Altos hacia las zonas cafetaleras del Soconusco, en especial en el territorio vinculado al volcán de Tacaná, su relación con la macroeconomía y la historización de la tecnificación del campo en la zona, incluyendo la migración alemana a estos territorios (Mosquera, 1990), (Guillen, 2003), (Tovar, 2006), (Corona, 2009). Además, se desarrollaron investigaciones relacionadas con la migración laboral, en particular estudios sobre empleo doméstico de mujeres y niñas guatemaltecas indígenas en la ciudad de Tapachula o el caso de la prostitución de mujeres centroamericanas en esta ciudad fronteriza (Blanco, 2012); (Casillas, 2006); (Rojas, 2007).

3.2 Estudios de salud en la zona de frontera

El tema de salud en frontera ha generado interés académico e institucional, en especial en la zona límite del Soconusco, derivado de su situación del gran flujo de población móvil con destino a los Estados Unidos. Organismos internacionales han trabajado en conjunto con instituciones nacionales y asociaciones civiles, no sólo en investigación, sino en intervención de políticas y programas específicos para esta zona.

El Fondo de Población (UNFPA), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) como agencias integrantes de la

Organización de Naciones Unidas (ONU), constantemente coordinan esfuerzos con otras instancias como Médicos sin Fronteras, Cruz Roja Internacional y asociaciones basadas en la fe (en especial programas de la iglesia católica), quienes realizan entre otras acciones, investigaciones que tengan como fin último crear estrategias que permitan alcanzar sus objetivos planteados como el abordaje de infecciones de transmisión sexual, con un fuerte énfasis a la temática de VIH o el control de vectores y plagas pues se contempla como zona de vulnerabilidad epidemiológica (López, 2012). Sin embargo, estas investigaciones en general quedan como información de uso interno y muy pocas veces llegan a convertirse en publicaciones formales.

La problemática de la salud está relacionada no sólo al impacto de la circularidad poblacional, sino también a que esta se ha convertido en un espacio de comercio formal e informal o ser un destino para trabajo estacionario en plantaciones en la zona alta y baja de la región, lo cual se encuentra y analiza en la presente investigación. De ahí la importancia de abordar la Seguridad Humana como elemento de análisis de la salud, por lo que su vinculación con el impacto y vulneración de las poblaciones por motivos de violencia, ha sido también parte de los análisis de las fronteras entre Guatemala y México, ya que sus puntos para el paso de personas son considerados como de alta complejidad y peligrosidad. *Insight Crime*²⁸, institución dedicada al análisis de la criminalidad en el mundo, ha declarado por lo menos tres puntos de la zona fronteriza México-Guatemala como parte de las fronteras más peligrosas del mundo: San Marcos-Chiapas, Huehuetenango-Chiapas, Petén-Tabasco. La vulnerabilidad en la que viven las poblaciones residentes y las poblaciones móviles, han atraído el interés de análisis de organizaciones no gubernamentales, de universidades y centros de investigación, con enfoque en el análisis de la violencia y su impacto en las formas de vida en los espacios fronterizos.

Sobre los estudios en salud, la mayor parte refieren a la situación de mujeres asociado con salud sexual y salud reproductiva, son escasos los trabajos que refieran a otro tipo de enfermedades o de situación de salud. Los estudios desde las ciencias sociales en materia de salud están en su mayoría insertos dentro del tema migración, trabajo temporal, mujeres, salud reproductiva, ITS o VIH/SIDA. El estudio de David Halperin y Homero de León

²⁸ <http://es.insightcrime.org/analisis/fronteras-mas-peligrosas-latinoamerica>

(1996), intentan caracterizar la salud en ambos lados de la frontera, sin embargo, presenta en su mayor parte datos epidemiológicos, sin profundizar en las relaciones periferonteras.

Por su parte el Instituto de Estudios Críticos (s/f) hace énfasis sobre la vulnerabilidad de los cuerpos femeninos de las mujeres centroamericanas migrantes. Esta vulnerabilidad del cuerpo es atravesada por la pérdida de sus derechos en cuanto entran a la zona fronteriza entre México y Guatemala, en especial en la ciudad fronteriza de Tapachula. Afirma la institución que esta ciudad se constituye como la tercera frontera con mayor prostitución, por lo que el abordaje de la salud se convierte en una de las prioridades gubernamentales, lo que ha generado estudios desde una amplia gama de disciplinas. Según esta publicación, las mujeres tienen como objetivo llegar a los Estados Unidos de América y es en este trayecto, en donde suelen ser presas de la explotación sexual como uno de los grandes peligros, también su cuerpo es vulnerable a accidentes que les lleva a la pérdida de miembros como producto de su peregrinación.

En el texto de Carmen Fernández Casanueva (2009) “Experiencias de mujeres migrantes que trabajan en bares de la frontera Chiapas-México”, se analizan trayectorias de mujeres centroamericanas: (guatemaltecas, salvadoreñas y hondureñas) a través de su estancia en el Soconusco para trabajar como sexoservidoras en el proceso de su ruta migratoria. El control sanitario (VIH) a estas mujeres, constituye parte de las “cuotas” que adeudan a sus proxenetas, lo que les esclaviza y sujeta a esos espacios de explotación. Si bien son las mujeres ladinas²⁹ aquellas que son buscadas para la explotación sexual, las indígenas en Tapachula tienen otra función, la de empleadas domésticas. Marta L. Rojas-Weize (2007) afirma en sus estudios que, en el momento de enfermar, las empleadas domésticas guatemaltecas, que suelen ser indígenas, llegan a ser automedicadas por los “patrones”, reduciendo así la posibilidad de un control adecuado en los servicios de salud.

La investigación/publicación “Migración y salud en zonas fronterizas. Guatemala y México” financiada por CEPAL y realizada por Alejandro Canales, Patricia Vargas e Israel Montiel (2010) sistematiza los principales estudios que se han realizado en el Soconusco, en especial

²⁹Término utilizado en la zona para referirse a aquellas personas que no son indígenas, es decir, mestizas.

en la zona fronteriza de la parte baja. Los autores resaltan que aún hoy, este territorio está desatendido por las autoridades centrales mexicanas en materia de salud.

Es interesante comprobar que tampoco hay una preocupación nacional sobre los impactos de la inmigración en términos de las condiciones de salud de la población, así como en términos de su salud sexual y reproductiva (Canales, Vargas y Montiel, 2010, p.10).

Los autores antes mencionados indican se encuentran estudios de 1930 en la frontera norte, pero para la frontera sur, es en la década del 90 del siglo XX que inicia el interés de la dinámica fronteriza, en parte asociado a la movilidad de población guatemalteca desplazada por la violencia del conflicto armado interno y refugiada en territorio chiapaneco. Concluyen que en general observan una muy baja producción de estudios en salud.

Aura Marina Arriola (2003), académica que estudió a profundidad la zona del Soconusco, en su libro “La religiosidad popular en la frontera sur de México” analiza la espiritualidad Cacahoatán y Tuxtla Chico, la interconexión con la zona guatemalteca y la forma en que el sincretismo religioso también atraviesa el tema de la salud poblacional por medio de la medicina tradicional otorgada por los chimanes, brujos o curanderos y la peregrinación y movilidad de la población, dinámica que enlaza salud, territorio y movilidad para el efecto. OPS/OMS Guatemala (2012) cuenta con un censo de terapeutas divididos por especialidad en los municipios de Sibinal, Tacaná, Tajumulco, San José Ojetenam e Ixchiguan. Dicho documento logra establecer 11 diferentes especialidades en un total de 81 terapeutas, únicamente 16 de ellos viven en Sibinal.

El “Estudio comparativo de la frontera Tabasco-México, Petén-Guatemala” de Margarita Vautravers Tosca (2005), aborda la frontera entre Petén y Tabasco. En dicho trabajo se intenta caracterizar los servicios básicos de salud en ambos lados de la frontera, pero carece de un análisis relacional que dé cuenta de la interrelación de vida cotidiana entre las poblaciones de ambos lados de la frontera. En ese sentido, se localizó una publicación de Jaime Sepúlveda y Rodolfo Casillas (1994) quienes realizaron un análisis epidemiológico comparativo de la salud pública en ambos lados de la frontera, sin embargo, por la naturaleza de los datos es posible que se encuentre superado, por los cambios constantes en esa zona. Finalmente, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) publicó el libro “Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México”, el cual toma en cuenta el análisis de las

acciones llevadas a cabo por instituciones por medio de la cooperación técnica en materia de salud migratoria y haciendo la conexión perifronteriza, sin embargo, nuevamente se encasilla en los mismos ejes de los otros estudios ya mencionados: migración, salud sexual y reproductiva y mujeres (Leyva y Quintino, 2009).

3.3 Chiapas, un espacio de interacciones e identidades compartidas

3.3.1 El Soconusco

El área del Soconusco en la frontera sur de México cuenta con una larga historia de asociación cultural, comercial y de tránsito en lo que hoy se delimita como territorio guatemalteco. El Soconusco conformaba la región frontera de lo que fuera la Capitanía General de Guatemala y estudios históricos y arqueológicos demuestran que por esta zona se internaba una de las rutas que las autoridades coloniales denominaron Caminos Reales³⁰, que tienen su origen en los caminos y rutas comerciales prehispánicas, que fuera una de las vías de comunicación importante en la zona del pacífico norte de la América hispana (Rodríguez, 2012). La importancia de dicho circuito radicaba en ser un punto estratégico para el comercio y cultivo del cacao y como menciona Edith Ortiz (2009), era por este camino que transitaba el comercio de la costa pacífica de los productos como la grana, algodón, vainilla, añil, mantas, cera y achiote, productos de alta importancia para la Nueva España y la Audiencia de Guatemala.

La zona cultural que abarcó toda el área de tierras altas y bajas del Soconusco, hoy zona cultural maya *mam* de origen zoque-tapachulteca, durante la época prehispánica ocupó ambos lados de la frontera:

Bajo la dominación azteca(...) toda la zona del Pacífico desde Tiltepec en el hoy distrito de Tonalá, hasta el Rio Tilapa, cerca del actual Puerto de Ocos en Guatemala y se dividía toda la zona en los siguientes pueblos: Tuzantán, Nejapa, Talibe, Tusta, Tapachula, Mazatán, Cacahuatán, Ayutla, Tonalapa, Nahuatán, Cuilco, Tepeguis, Ylamapa, Tlacoaloya, Tezapa, Tanguistlán, Zapaluta, Mazapetagua, Acapetagua, Guipetagua, Escuintla, Ozolocalco, Acacoyagua,

³⁰ Rubén Hernández y María Santos (2004) citan la siguiente definición de Camino Real: “Según el diccionario de Autoridades reales, el Camino Real era: (...) El más ancho, principal, fácil y cursado de los pasajeros y el más público: y por eso tienen obligación las justicias de tenerle llano y compuesto, y en partes empedrado. Llámese Real, porque es público o guía parajes grandes y se camina por él con más conveniencia”.

*Zacapulco, Huehuetán, Soco-Nusquillo, Mapastepec, Guista, Pijijiapan, Tiltepec. Algunas de estas poblaciones han desaparecido o variado sus nombres y otros corresponden ahora a Guatemala de conformidad con el tratado de 1882*³¹ (Pérez, 1980, p.477).

La independencia del Soconusco de tierras guatemaltecas y su posterior anexión a México, se decide desde las élites chiapanecas motivadas por la poca atención que se les prestaba desde su centro regidor. Su lazo comercial con el centro de México les benefició para que pudieran obtener en un inicio protección de las autoridades mexicanas en su proceso separatista, pero que fueron dejándoles también en el olvido por conformar una región periférica sin importancia altamente estratégica. Actualmente mantienen una marginalidad política sistemática al permanecer como una región olvidada por las políticas estatales y federales, a pesar de constituirse como uno de los motores agroeconómicos en el país. Dicha situación ha motivado incluso, el resurgimiento en ciertos grupos, del sentimiento separatista que buscan la conformación del Estado del Soconusco³², que forma parte de las pugnas históricas de poder dentro de las oligarquías chiapanecas de las diferentes regiones. Sin embargo, su posición satelital de los centros regidores tanto de Guatemala como de México y el hecho de conformar siempre una zona fronteriza, le fueron moldeando especificidades que beneficiaron económicamente a las élites locales. Estas se fueron estableciendo y enraizando en el poder gracias a las dinámicas agrarias basadas en la explotación de la tierra y de la mano de obra. Dicha dinámica social, permitía mantener el statu quo basado en sistemas latifundistas de “finca”, con altos niveles de explotación a la población.

Las élites beneficiadas, gozaron de un pacto tácito con los gobernantes mexicanos de turno y en especial con el de Álvaro Obregón, que determinó en el Soconusco, dinámicas más parecidas a las del Porfiriato, que a las dinámicas revolucionarias que cambiaron la situación del agro en el resto del país en dicha época. Esta dinámica agraria del Soconusco incidía en la relación con la zona de los Altos chiapanecos, inclusive con la guatemalteca, lugares de donde se obtenía la mano de obra campesina. Así pues, se benefició la instalación de cafetales

³¹El 27 de febrero de 1882, se firma el tratado de fronteras, posterior a la anexión del Soconusco a México y la independencia chiapaneca de Guatemala.

³²Basta con googlear la palabra estado del Soconusco y pude encontrarse muchos blogs, artículos de opinión en diarios de circulación regional o como noticias en los mismos. Como muestra tres ejemplos: <http://www.oem.com.mx/diariodelsur/notas/n1258948.htm>, <http://diariomeridiano90.blogspot.com/2008/06/urgencia-por-declarar-el-soconusco-como.html>, <http://www.am.com.mx/leon/mexico/aspira-el-soconusco-a-ser-estado-tambien-40768.html>

en la zona cercana al volcán de Tacaná, donde el enganche era determinante para asegurar el flujo de trabajadores a la zona.

Los cuales, sobre todo durante los cuatro meses de pizca, resultaban imprescindibles para cultivar los cafetos. Asimismo, reforzaba los vínculos entre dos universos aparentemente desconectados: las comunidades indígenas del centro de Chiapas y la producción cafetalera para el mercado exterior (Guillen, 2003, p.130).

Tapachula se consolida así, como el corazón de regencia económica del Soconusco y sus periferias como el sector servicios y la zona de cultivo. Toda esta zona, asentada sobre tierras de origen indígena, fue construyendo relaciones basadas en la distinción étnica y de clase, proceso que se vio reforzado con los fuertes intentos de “mexicanización” y otras estrategias del Estado para la aculturación de la población indígena. Como veremos más adelante, llegó a tal punto, que la población indígena llegó a ser perseguida y castigada por demostrar públicamente marcadores culturales tales como el traje o el idioma (Quintana y Rosales, 2006). El acuerdo de 1882 que delimita las fronteras entre Guatemala y la zona del Soconusco, sólo vino a conformar una representación política del territorio, pero la frontera cultural y comercial estaba lejos de esa demarcación, que siguió implicando una constante vinculación entre la población.

Puede observarse la conformación de la frontera en la zona del Soconusco y la larga definición de los límites territoriales con Guatemala que, tras más de 50 años de conflictos y negociaciones, lograron firmar el acuerdo en 1882 (Fuentes, 2015). El establecimiento político de los límites poco tuvo que ver con las demarcaciones culturales de los pueblos que habitaban la zona, ya que los intereses que prevalecieron fueron los de tipo económico de las élites negociadoras de ambos países. La soberanía mexicana en esa zona se vio vulnerable frente a la arraigada identidad étnica de las poblaciones que quedaron separadas artificialmente por el establecimiento de esos límites y que, en algún sentido, seguían manteniendo raíces identitarias asociadas a un territorio, más que a un nuevo país. Por ello, la legitimidad del Estado-Nación, era algo que debía construirse y la aculturación/integración a través del nacionalismo sería el método adoptado para lograrlo, a partir de la creación de nuevos referentes identitarios, que fueron el pilar en los planes de mexicanización en la frontera sur.

Como datos relevantes de esta mexicanización, se pueden mencionar dos fenómenos referidos en el trabajo de campo y que coinciden con las referencias históricas de otros estudios sobre la zona alta del Soconusco y la Sierra Mariscal: la colonización de terrenos aledaños a la frontera y el proceso de aculturación de la población. A su vez, Hilda Varela (1997) nos recuerda que la función de la frontera es la delimitación y separación de territorios entre “Estados soberanos” y necesarios para delimitar el ámbito geográfico, sobre los cuales puede hacerse uso del ejercicio del poder; es decir, la delimitación del espacio político internacional. Campos-Delgado y Hernández (2015) afirman que, en un principio las fronteras tendieron a ser culturales y se desvanecían progresivamente para conformar otro grupo cultural. Es por medio del proceso de modernidad, que empieza a cambiar esa noción de fronterización hacia una de carácter geopolítico, dando lugar a las “fronteras nacionales”.

Al ser la frontera un límite, ésta no puede pensarse sin la vinculación centro-periferia. La colonización de esas periferias fue una de las acciones inmediatas posteriores al establecimiento de límites en el sur mexicano. En 1883, un año después de la firma del Tratado de los Límites, Porfirio Díaz emite la “Ley de Colonización”, en la que se promovía ocupaciones de terrenos aledaños a la línea fronteriza, así como “naturalizar” a todos aquellos que estuvieran asentados en o cerca de la zona (Mejía, 2012). Al respecto, personas del municipio de Unión Juárez tienen memoria por la oralidad de los abuelos respecto a la posesión de los terrenos en el poblado.

Mi abuelo era del norte, por eso es que nosotros somos güeritos. Él trabajaba allá abajo en la Finca, pero en eso empezaron a ofrecer que se vinieran para acá arriba porque iban a regalar terrenos, que querían que hubiera gente viviendo acá y se vino y es el terreno en donde estamos ahora (Testimonio entrevista a mujer de 37 años centro de Unión Juárez, 2016).

El relato anterior, recuerda el concepto “Frontier” de Turner (1987), autor clásico de los estudios norteamericanos de frontera. Su descripción del “Frontier” o “frente pionero” da elementos para entender cómo, al igual que en la expansión territorial norteamericana estos grupos colonizadores eran necesarios para ir ganando terreno que al Estado le convenía proteger, utilizar y colonizar, por lo que el avance de los poblamientos tenía como objetivo el expandir con asentamientos los “terrenos nacionales”, sobre todo porque fue una época convulsa, llena de incursiones poblacionales, conflictos por violación de límites de los tratados del 82 y peleas arbitradas con el apoyo de los Estados Unidos de América. Verónica

González Arriaga (2000), que la importancia geoestratégica de la zona del Soconusco estaba ya desde esa época asociada a los cultivos cafetaleros impulsados desde el gobierno, como plan nacional para la tecnificación del campo chiapaneco y en el que Estados Unidos también tenía interés.

El comercio cafetalero que se estaba desarrollando entre México y Alemania, empleando indígenas de Guatemala, hacía sin duda, que México pusiera los ojos en los Estados fronterizos. (...) La mayor parte de la prensa en los Estados Unidos expresaba ideas favorables al arbitraje y en general su simpatía a México. Sin embargo, algunos periódicos acusaron al país de tener propósito de provocar la guerra con el fin de absorber a Guatemala y posteriormente a la América Central (González, 2000, p. 99-100).

Si bien el mantener la seguridad de los límites era necesario para el Estado como ya se ha mencionado, los diversos grupos culturales quedaron divididos artificialmente, por lo que la continuidad de formas de representaciones y prácticas culturales no podían ser deslindadas de la misma forma. Se requería de un cambio profundo de sus referentes culturales, con el fin de demarcar a los mexicanos de los guatemaltecos, que dio lugar a un proceso violento de aculturación, homogenizando hacia dentro de los límites, so pena de deportación (Mejía, 2012).

Bilveni (2002) nos recuerda que el requerimiento de una homogeneidad Cívico-Nacional, basado en el lema del “patriotismo”, es una de las bases sobre las cuales se asienta la construcción de los Estados-Nación y es en la búsqueda de esta homogeneidad, que el establecimiento de una cultura de referencia debe ser fijada por medio de la integración, que proporciona la noción de nacionales/nativos y ciudadanos, frente a lo extranjero, como identificador de aquellos a los que les cruzaban los límites territoriales.

El patriotismo, a través de la “identidad nacional”, reforzado por medio de la educación básica con enfoque integracionista, fue la fórmula para intentar cambiar el imaginario. Para ello, era preciso el hacerles partícipes de “*desfiles, ceremonias conmemorativas, monumento a los caídos y juramento a los símbolos patrios*” (Fuentes, 2015, p.4); es decir, se esperaba el cambio del sistema de representación en la identidad de las nuevas generaciones que estaban en el sistema educativo. En el período postrevolucionario, a través de “la mexicanización del indio”, con el objetivo de construir nación por medio de la “comunidad imaginada” o el “México imaginado”, se vio reforzado el proceso de traslape de la identidad

étnica en su proyecto de mestización (Hernández C. R., 1994,) y logrado a través de violencias explícitas o sutiles. Respecto a las violencias difícilmente identificables nos dice Scheper-Huges y Phillips Burgois (2004).

La violencia nunca debe ser entendida únicamente desde la dimensión física- la fuerza, el atentado o la imposición de dolor por ellas mismas-. La violencia también incluye el asedio de la identidad, dignidad, imposición de dolor o valor de la víctima. (...) La dimensión social y cultural de la violencia es lo que da a la violencia, su poder y significado (Scheper-Hughes y Philippe Burgois, 2004, p.1-2).

Por tanto, esta violencia “sutil” generada desde uno de los aparatos ideológicos del Estado, como la que se les inculcaba a los niños por medio de la mexicanización en la escuela, es la que se vería reforzada con otras violencias más explícitas en las diversas comunidades fronterizas y que entraría en el sistema de significantes de las poblaciones de frontera.

Al pueblo “*mam*”, que es la zona cultural en el que se realizó el trabajo de campo, se le obligó a adherirse a esa identidad nacional, limitando bajo amenaza de privación de libertad, escarmiento físico, público o multas, el uso en público del idioma, la vestimenta indígena o la expresión de otros marcadores culturales, siendo principalmente maestros o autoridades federales los encargados de ejecutar dicha represión (Fuentes, 2015).

Hubo un acto histórico acá en Chiapas, sobre todo en Motozintla, donde le dijeron a la gente que llevaran todos sus trajes y allí en pleno parque de Motozintla le prendieron fuego. Fue un acto histórico muy degradante. De las gentes que hemos logrado hablar con ellas, de los abuelos, las abuelas, sobre todo las abuelas.

No es en sentido figurado que les quitaron la lengua, sino realmente les sacaban la lengua y se las cortaban porque hablaban mam y eso era en actos públicos como escarmiento, como para que no siguieran hablando. La señora que entrevistamos nos decía: “Pero usted, ¿Qué cree?, nosotros no sabíamos hablar castellano, decía. No sabíamos hablar castellano, entonces nos obligaron. Mandaron a maestros monolingües, para que a fuerza de la violencia la gente aprendiera a hablar español”. Y ese fue el acto fulminante para decir “acá se acabó el indígena, ustedes son mexicanos”, esa es la historia que marca (Testimonio habitantes femenino y masculino en Unión Juárez, 2016).

Bajo estas lógicas, se fueron configurando algunas prácticas sociales con las que los individuos actuarían diferente entre el ámbito público del privado y que puede observarse hoy como formas de resistencia de la población.

Aparte del *mame*³³, el uso del español como lengua franca, era utilizada por indígenas y no indígenas, mientras que el español del territorio conformado por la Capitanía General de Guatemala, tenía y sigue manteniendo una particularidad: El uso del voseo. Una de las prácticas de resistencia observada en Unión Juárez, fue la vigencia en el uso lingüístico de este fenómeno semántico. El uso del voseo, como fenómeno de variación lingüística en esa zona chiapaneca, se asocia a la cercanía cultural con la región centroamericana, registrándose su uso en algunos puntos de sureste mexicano como Tabasco y Chiapas, en específico Soconusco, Frailesca, Tuxtla y otras regiones (Goestenkors, 2012).

Por ejemplo, en la Tuxtla actual, existe una revitalización en el uso del “vos”, por lo que su utilización nuevamente es común en todos los grupos etarios. En el caso de Unión Juárez, municipio de la zona del Soconusco, el fenómeno del voseo llamó nuestra atención en el momento que ingresaba a las diferentes viviendas, frente a lo observado en “la calle”, la esfera pública. Durante la etapa de reconocimiento de campo, con una estancia de temporalidad corta, el uso del “tú” en oficinas de gobierno u otros espacios públicos era lo escuchado.

El trabajo de campo permitió ingresar a la privacidad de los hogares, en los que inmediatamente se observa la diferencia entre el uso del tú y el vos. El umbral de la puerta se constituye en esa población, como una frontera imaginada entre lo privado y lo público. Puedo imaginar que el uso de esta variación lingüística del español a lo interno del hogar es también una de las resiliencias culturales, que al igual que el idioma *mam*, trató de ser eliminado bajo el proceso de integración, pero no pudo eliminar los vínculos simbólicos y reales, que a través de la frontera se mantienen y que se expresan en elementos cotidianos simples como el lenguaje.

Así como México rezagó la zona del Soconusco, la parte que queda dentro de la frontera guatemalteca tenía y sigue manteniendo poco o nada de relación con la capital guatemalteca. Una buena parte de la población de San Marcos migraba año con año a la pisca de café en la zona mexicana del Tacaná y todo material de consumo era comprado dentro del lado mexicano. Su paso, lejos de hacerlo por puntos de internación “legales”, se hacía por lo viejos caminos vecinales que unían poblaciones de frontera que convertían a la zona, en espacios

³³ En Guatemala el idioma y grupo cultural se denomina “mam” y en México lo denominan como “mame”.

de tránsito permanente. Morales, Acuña y Wing-Ching (2010) mencionan que esta es una característica común de cualquier frontera y que crea especificidades de tensión, intercambio o integraciones.

En la frontera no sólo es posible observar el límite que separa a Estados diferentes, sino también distintos espacios de encuentro e intercambio y, por tanto, un conjunto de factores de integración natural entre sociedades separadas por su demarcación política. Aunque una serie de factores geopolíticos han hecho de la frontera espacios de conflicto, tensión y disputas, también es cierto que a través de ellas se organiza un intenso tránsito de personas y dependiendo de casos específicos, una importante parte del comercio y de otros flujos entre sociedades vecinas (Morales, Acuña y Wing-Ching, 2010, p.11).

El territorio del Soconusco fue considerado también como refugio guatemalteco durante el conflicto armado interno, los habitantes de San Marcos transitaron escondidos en los caminos vecinales, estableciéndose como refugiados de guerra en varios poblados de frontera. Unión Juárez y Tapachula recibieron a varios de ellos, e incluso sufrieron la incursión del ejército guatemalteco en territorio mexicano.

3.3.2 La cotidianidad como ruptura de las fronteras artificiales: Salud y territorio en el Soconusco como elemento de continuidad cultural mam

Todo el territorio vinculado a los volcanes de Tacaná y Tajumulco es considerado en la cosmovisión del pueblo *mam*, como zonas sagradas y espacios terapéuticos, extensión territorial que expande se más allá de las fronteras nacionales en Guatemala y México y, por tanto, lo reconocemos como parte del etnoterritorio *mam*. A decir de Barabas, la etnoterritorialidad es:

un fenómeno colectivo que resulta de la histórica y múltiple articulación establecida entre la sociedad y su medio ambiente, tanto en la dimensión local (comunitaria), que es la más frecuentemente reconocida, como en la global (étnica) que supone niveles de abstracción, ya que no se trata de territorios de lo cotidiano sino de ámbitos espaciales más amplios que los comunitarios. En mi apreciación los etnoterritorios pueden comenzar a entenderse a partir de la singular conjunción de las categorías de tiempo, espacio y sociedad que se concretan en la historia de un pueblo en un lugar (Barabas, 2004, p.150).

Así, el volcán de Tacaná, como zona de vida social, es un territorio que está contenido en un ideario cultural, construido a través de la interrelación entre tiempo, ambiente y grupo social, aprehendido por estos, a partir de sus prácticas culturales de un sistema ideológico transmitido ancestralmente.

Dentro de la cosmovisión maya mam, los volcanes (Tacaná y Tajumulco) se ligan culturalmente a su pertenencia territorial (etno-territorio). Ambos volcanes, como cuna cosmogónica mam, conforman una dualidad. En esta dualidad, Tacaná significa nuestra madrecita, y “Qchinam” (Volcán Tajumulco) significa nuestro abuelo (Quintana y Rosales, 2006, p.12).

Estos espacios sagrados son referentes en las prácticas rituales, pero también forman parte de la vida cotidiana de la población. Elías Rodríguez relata el simbolismo del territorio que ocupan los dos volcanes:

los volcanes como los poseedores de los recursos de la vida, de la fertilidad, de la salud, longevidad (Tacaná) y de los recursos naturales: vegetales, animales y minerales para poder sustentar la vitalidad del ser humano (Tajumulco). Por lo que es importante mencionar (que tanto) el Tacaná y Tajumulco como volcanes sagrados y emblemáticos; se les ha considerado y considera actualmente como Tacaná-mujer fértil y Tajumulco-hombre proveedor. Los horcones que sostienen el universo mam al igual que otros volcanes del territorio por lo que podría considerársele como los vértices o cuatro esquinas del espacio en donde convive este pueblo. Además el sistema binario antropomorfizado del Tacaná/Tajumulco ó Tacaná-Chman: (Tacaná: Nuestra Madrecita/Chman: Nuestro Abuelo), (Tacaná: Albina de Cuchubá-Chman: Nuestro Abuelo), Tacaná-Tajumulco la representación emblemática de la pareja primordial de los mayas-mames de San Marcos y El Soconusco (Rodríguez, 2008, p.114).

Así, la importancia de la pertenencia de los accidentes geográficos a una entidad, ya sean ríos, lagos, volcanes o montañas, es una idea presente en las culturas mayenses. Lo anterior se puede observar en el caso de Manuel de la población de Yalú (Guatemala), caso que se abordará en el capítulo VI, en el que los oriundos consideran que este personaje no estuviera “alentado”, era que se había metido a sacar oro a un cerro sin permiso y por eso, se había *loqueado*, es decir, el dueño del cerro lo había castigado por la falta cometida³⁴.

Sin lugar a dudas existe una importancia histórica etnoterritorial, que genera un imaginario social que permite considerar a la zona y los territorios que la conforman como terapéuticos,

³⁴ Notas de trabajo de campo, diciembre 2015.

es comprensible que en Unión Juárez y en especial algunos de sus ejidos, vivan famosos chimanes o chamanes, personajes sobre los cuales recae el estigma de “brujos”, pero que son individuos que actualmente manejan un sincretismo ritual, en el que sus elementos de origen están referidos especialmente a la cosmovisión maya *mam* ³⁵.

Diversos hombres y mujeres habitantes de Unión Juárez, Talquián, pero sobre todo del ejido de Santo Domingo tienen pleno conocimiento sobre el uso del territorio para diferentes rituales que procuran salud (ir a cuadro 4, donde se encuentran los terapeutas tradicionales que fueron referidos por los guatemaltecos, incluyendo las localidades donde habitan). Algunos de esos espacios se encuentran cercanos a la Finca Monte Perla, otros en Unión Juárez y otros en el volcán (en ambos lados de la línea), donde también hacen rituales de iniciación³⁶. Actualmente, este es un tema que no se habla abiertamente en Unión Juárez y que sólo el hecho de preguntar sobre ellos es considerado como no apropiado.

En la cabecera municipal de Unión Juárez, pudo también localizarse terapeutas tradicionales, entre los que se encontraban curadoras de niños y hueseras, todos ancianos y ancianas. Una de ellas es doña Esperanza, a quien se conoció en los primeros días de trabajo de campo en Yalú, donde atendía a una puérpera, cuyo hijo había muerto en proceso de parto. A pesar de su edad avanzada y el camino en mal estado que lleva desde Talquián (Unión Juárez, Chiapas) hacia el caserío guatemalteco, acudía regularmente para “sobrar” a la puérpera como parte de su labor como curandera y comadrona³⁷. En Guatemala sí se le reconocía como comadrona, pero en México ella negaba hacer esa labor, pues el control de la Secretaría de Salud es muy fuerte sobre aquellas que aún ejercen la partería tradicional, prohibiéndoles la atención del parto, mientras que en Guatemala es un poco más relajado.

La historia de doña Esperanza tiene mucha importancia, ya que ella fue desplazada por el conflicto armado guatemalteco en los 80, refugiada guatemalteca oriunda de Sibinal e instalada en Unión Juárez a partir de ese proceso de desterritorialización por violencia política, así que siguió manteniendo su oficio de comadrona y curandera en Guatemala, en las comunidades adyacentes a México y en Unión Juárez, sólo se reconoce como curandera

³⁵ Para más información revisar los trabajos de Aura Marina Arriola Elías Rodríguez V, Quintana Hernández y Rosales, entre otros.

³⁶ Notas de campo, diciembre 2105.

³⁷ A las parteras empíricas, en Guatemala se le conoce como comadrona tradicional.

de niños. Dos de sus nietos son médicos en el pueblo, y su historia familiar ha sido indispensable para ellos en el reconocimiento de los pacientes guatemaltecos como sujetos de derechos y sensibilidad en otras formas de curación, fuera de la medicina académica.

Respecto a medicinas alternativas³⁸, únicamente se supo, por referencia de algunos pobladores de Unión Juárez, que hay ciertos días a la semana que un naturópata sube a Talquián para dar consulta y que es bastante demandado, pero no se pudo corroborar ese dato, aun así, fue referido tanto por unionjuarences como por guatemaltecos, sin embargo, también comentaron sobre personas que transitan de pueblo en pueblo realizando curaciones, comúnmente son naturistas u otro tipo de curadores y aunque no sean médicos, es común que a toda persona que cure se le llame doctor.

He estado muchas veces, porque mi hijo tiene 16 años y cuando estaba de esta edad padecía mucho, como de la bronquitis o algo así, porque le hervía mucho la garganta, entonces ya, de esa edad, más pequeñito. Llegando allí le inyectaban, decía el doctor que era eso, ya estaba, pero venía allí la semana, le volvía a repetir otra vez. Llevé varias veces y al momento el ya no, ya no podía ni tragar ni comer, no, no. Al momento yo donde quiera lo llevé, lo llevé aquí en Sibinal, entonces vino un doctor, pero no sé de dónde era, nomás vino aquí a hablar, a publicar, como digamos en la calle, que allí había medicina. Yo allí lo llevé a mi niño y dijo el doctor qué pasaba o qué es lo que tenía y yo le dije que tiene mucha tos y está hirviendo mucho y como le quiere pegar como neumonía. Ya lo examinó, pero no es farmacia, es así como el pues [señala a una persona común], que se pusiera a atender y le dio dos inyecciones, así tomada [ampolletas bebibles], y una vez le dio y de una vez, el otro le va a poner la otra semana y al venir aquí todavía dijo mi cuñado “no, cómo es posible que es tomado, tomado no le va a hacer efecto, usted lo que hubiera dicho, pedido inyectado le hubieran hecho, tomado no le va a hacer eso”, dijo. Pero primeramente Dios él dijo que si, le digo, y no es muy caro, 50 quetzales a pagar, dos inyecciones y si con eso, de una vez y ahorita mi hija tiene 16 años, con eso, pero sí (Entrevista PG-05/2018).

Así, Chimanes, comadronas, curanderos y naturópatas, son parte de los espacios o personas con los que acuden los pobladores de las comunidades guatemaltecas y con lo que complementan o suplen la atención médica clínica (ver cuadro 3), no importando los espacios y responden a las lógicas comunitarias de la salud y la enfermedad.

³⁸ Conjunto diverso de sistemas, prácticas, productos médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional (Mosquera y Paredes, 2008).

3.4 Caracterización del municipio de Unión Juárez

Antes de entrar a caracterizar a Unión Juárez y la importancia que tiene para nuestro estudio, se requiere ubicar dicho municipio dentro de la región del Soconusco.

En la organización territorial estatal, la región económica X denominada Soconusco, se compone de 15 municipios³⁹ con elevaciones topográficas diferentes a lo largo de su territorio. En la temática de salud y con fines puramente analíticos, proponemos sub regionalizar el Soconusco en zona alta y baja, para la comprensión de las dinámicas diferenciadas.

Así, el Soconusco bajo, lo conforman la mayoría de las tierras de llanuras costeras y que actualmente tiene sus especificidades por ser un punto de interés geopolítico en la política migratoria mexicana. A diferencia de esta zona, la elevación topográfica desde tierras de transición ecológica hasta las alturas alcanzadas en la sierra alta volcánica del Tacaná, que acá se le denominará Soconusco alto, da también lugar a diferencias socio políticas que, si bien están relacionadas con los procesos del Soconusco bajo, merecen analizarse diferencialmente en el estudio de estas fronteras, sin perder de vista que indudablemente ambas son parte de una misma región y comparten historia política y una fuerte carga en su sentido de establecer límites nacionales en México en ese continuum territorial.

De esta manera, estaríamos ubicando al Municipio de Unión Juárez en el Soconusco alto, zona que tiene colindancia con los territorios guatemaltecos de Sibinal, ambos ubicados geográficamente en las laderas del volcán de Tacaná. Cuenta con una extensión de 62 Km² y se encuentra en una altitud de 1285 msnm, en latitud norte 15°03'38" y latitud oeste 92°04'54" (INEGI, 2016, p.35), la zona más alta de la región. Territorialmente se asienta en parte de la zona sujeta a conservación ecológica (ZSCE) del volcán de Tacaná (Gobierno del Estado de Chiapas, 2012). El hecho de que esta sea considerada como una reserva ecológica, impide que cualquier camino que conecte a Guatemala con México a través de sus laderas sea asfaltable⁴⁰, influyendo en la falta de caminos transitables en vehículos entre los países.

³⁹ <http://www.haciendachiapas.gob.mx/marco-juridico/estatal/informacion/Lineamientos/Normativos/2019/XIV-Clas-Mpal-Regional.pdf>

⁴⁰ Eso no impide que, en época electoral, los políticos mexicanos que buscan ganar puestos de elección popular, a sabiendas que en los municipios guatemaltecos colindantes viven personas con ambas nacionalidades, lleguen a ofrecer como promesa de campaña, asfaltar el camino que va desde “la Línea” en Chocabj, hasta el ejido Talquián en Unión Juárez (entrevista PG-05/2018).

El municipio cuenta con un total de 14089 habitantes⁴¹. Al igual que la comunidad guatemalteca de Sibinal, con quien comparte territorio geográfico, Unión Juárez se encuentra catalogada como zona de riesgo, por su ubicación en terrenos con actividad sísmica, siendo también vulnerable a catástrofes por fenómenos naturales (Gobierno del Estado de Chiapas, s.f).

A diferencia de poblaciones del Soconusco en zonas bajas, cercanas a la zona del río Suchiate, el municipio no forma parte del corredor de paso de migrantes con destino a los Estados Unidos de América, pero tiene relevancia histórica respecto al cultivo del café y la movilidad estacional de trabajadores temporales, en especial la relación Soconusco-Altos de Chiapas (Ruiz, 2006) y Soconusco-Guatemala (Mosquera, 1990), del cual Unión Juárez, ocupa una de las zonas de interés, por ser el espacio donde las fincas cafeteras se encuentran. Por ello, la zona se caracterizó mucho tiempo por ser estudiado a partir de polos económicos y nodos sociales que se generaban alrededor de la economía del café.

El municipio tiene similitudes con otras poblaciones de frontera caracterizadas por constituirse como zonas de intercambio comercial que se realizan a baja escala. Se visualizan fácilmente las economías informales de frontera, en donde el intercambio de bienes o productos, incluyendo esto droga, hortalizas, productos industriales, son parte de las cotidianidades e interrelaciones necesarias entre los territorios en ambos lados para el sostenimiento económico y sus formas de vida (Ruiz, 2013). En la siguiente imagen, se muestra un ejemplo del fenómeno que arriba se describe; en ella, se observa la forma en cómo los pobladores guatemaltecos transitan por el camino que lleva desde “la línea” hasta Talquián, primer poblado mexicano y a donde llevan su mercadería para la venta.

⁴¹ <http://www.chiapas.gob.mx/media/informes/2012-2018/3er-informe/regionales/Region-10--soconusco.pdf>

Imagen 1: guatemaltecos bajan a vender a Unión Juárez



Fuente: Fotografía del proyecto, 2015.

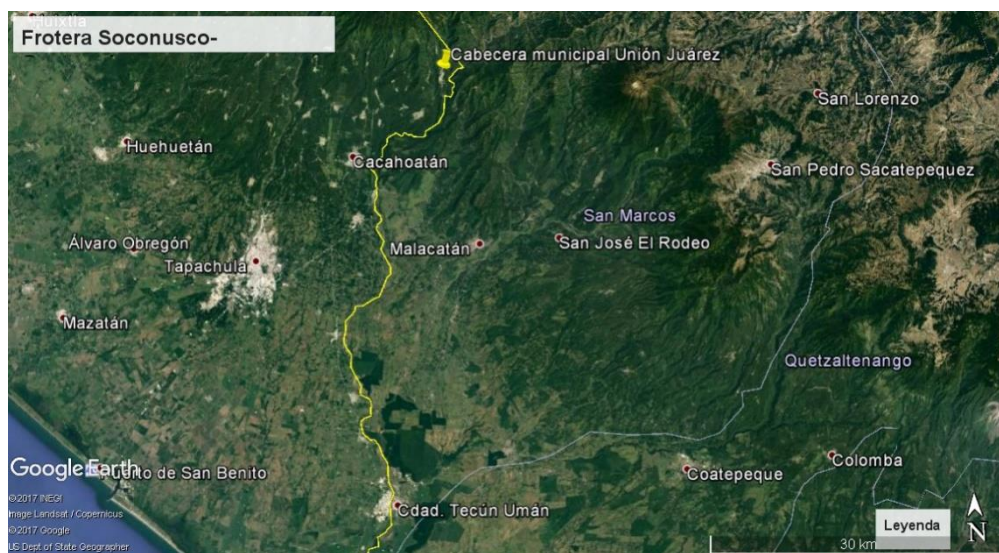
Unión Juárez en sí, también es un poblado que tiene una tradición de migración nacional e internacional. Daniel Villafuerte y María del Carmen García (2014) nos mencionan que cuenta con una intensidad media migratoria. Según información recopilada en campo (2014), de los lugares de destino migratorio de los unionenses se encuentran el Estado de México y diversas ciudades de los Estados Unidos. Las remesas como producto de la migración no constituyen en el municipio su mayor ingreso económico, siendo el empleo en la zona baja, en los sectores servicios o técnicos⁴² el sostén principal de su economía. El turismo es otra actividad económica importante, pues durante los fines de semana, los habitantes de la zona baja del Soconusco suben hacia estas poblaciones como una ruta cercana para el esparcimiento, la cual es impulsada turísticamente desde Tapachula con la denominación de “la Suiza chiapaneca”, la cual reúne el circuito de fincas cafetaleras en distintos puntos de la zona alta. Así mismo, la época de turismo ecológico al Volcán de Tacaná, es otra actividad que reditúa ingresos no constantes a los comunitarios.

SEDESOL (2012) indica que Unión Juárez se encontraba catalogado para 2010 como un municipio con un índice de desarrollo medio. La dificultad para obtener datos actualizados del municipio se debe quizá a que para el año 2000, se encontraba como municipio priorizado (Castells, 2011) y a la fecha, es posible que pudiera haber mejorado sus índices de condiciones de vida y por ello, dejar de aparecer en los municipios priorizados. En cuanto a la composición étnica de su población, sabemos que, a pesar de procesos históricos de

⁴² en Tuxtla Chico, Tapachula o Cacaohatán entre otras poblaciones cercanas.

despojo identitario, existe un pequeño número de población (805 habitantes) que afirma hablar *mam* en el municipio, según los datos del CDI (Quintana y Rosales,2006).

Imagen 2: Frontera Soconusco- Guatemala



Fuente: programa Google Earth. Recuperado 16/07/20 17.

Sin embargo, estudios relacionados con dinámicas culturales dan cuenta de una identificación hacia referentes culturales mames (Rodríguez V. E., 2008), (Arriola A. M., 2003). Puede situarse geográficamente en la imagen 2, la ubicación de la cabecera municipal de Unión Juárez y su cercanía a ciudades con un mayor desarrollo económico como lo es Cacahoatán y Tapachula en el lado mexicano y al departamento de San Marcos en la zona guatemalteca, divididos ambos en el mapa por la línea amarilla. Pero en el caso de nuestro estudio, Unión Juárez es un punto estratégico para las poblaciones sibilenses que se movilizan circularmente en el territorio mexicano, constituyéndose al ser un poblado contiguo, en una población de refugio socioeconómico, lo que iremos abordando a lo largo de los siguientes capítulos.

3.4.1 Servicios de salud en el municipio

Existen pocos datos epidemiológicos que provea un panorama de la situación de salud en la población, sin embargo, en el Anuario Estadístico y Geográfico de Chiapas 2016 (INEGI, 2016) los datos de salud que se encuentran disponibles para el municipio son los siguientes:

- En total el municipio contaba hasta 2015 con un total de 8 unidades médicas repartidas en todo el municipio. Una clínica del IMSS⁴³, cuatro de IMSS -Prospera, una clínica y una casa de salud de la Secretaría de Salud, y una del DIF⁴⁴. Todas las anteriores son de consulta externa, por lo que deben salir del municipio en el momento de requerir atención especializada.
- El personal médico destinado a la clínica del IMSS es de 4 personas, igual número para las clínicas del IMSS Prospera, la clínica del DIF no tiene registro de la cantidad de personal, mientras que los servicios de la Secretaría de salud tienen destinado 7 personas. La casa de salud cuenta con una técnica de salud para otorgar atención. A pesar de que se tiene un registro de más de 14 mil habitantes, según consta en el anuario estadístico, sólo 256 personas son derechohabientes de las instituciones del sector público de salud.
- El Seguro Popular es el que más afiliados tiene, un total de 9862 personas⁴⁵, que demandaron durante el año 2015, un total de 20761 consultas.

3.5 Caracterización de la población estudiada

Sibinal es un municipio del departamento de San Marcos, Guatemala y está localizado en la parte norte del departamento. Limita al norte con el municipio de Tacaná, al sur con Tajumulco y Chiapas (México); al este con Ixchiguán y Tajumulco y al oeste con Chiapas, México, encontrándose a 318 kms de la ciudad de Guatemala y a 75 kms de la cabecera municipal de San Marcos por la Ruta Nacional 12. Con una altitud entre 1400 a 4000 msnm, su cabecera se encuentra ubicada en las coordenadas 91°58'01" y 92 °07'01", longitud oeste y 15 °04'10" y 15 °10'02", latitud norte, con una extensión territorial de 176 km². (COMUDE Sibinal- SEGEPLAN, 2010).

De acuerdo con la información del Plan de Desarrollo Municipal (PDM), el municipio de Sibinal cuenta con seis microrregiones: 1. Micro región Cabecera Municipal, 2. San Antonio Las Barrancas, 3. San Andrés Cheoj, 4. Cuevas El Plantanillo, 5. Chocabj, 6. Vega del Volcán (COMUDE Sibinal/SEGEPLAN, 2010).

⁴³ Instituto Mexicano de Seguridad Social.

⁴⁴ Sistema de Desarrollo Integral de la Familia.

⁴⁵ 4574 hombres y 5288 mujeres.

Los datos registrados por SEGEPLAN⁴⁶ en 2005, indican que, del total del departamento de San Marcos, un 86% de sus municipios presentaban un 90% de pobreza, el 80% de su población era rural, compuesta por un 60% indígena (en su mayoría maya mam), concentrada en la zona alta (PNUD, 2011). Para 2011⁴⁷, el gobierno registró para Sibinal, una situación de pobreza total de 91.2%, y de ésta, el 46.9 % era pobreza extrema rural (INE, 2013). Un estudio rápido realizado tras el sismo de 2014 por la Cooperación Italiana en Guatemala (COOPI, 2014), refiere que el promedio de ingreso mensual por familia para las zonas fronterizas estaría alrededor de 638 quetzales (\$81 dólares). El proyecto de investigación No. 4.8.63.9.68 llevado a cabo por la Dirección General de Investigación y el Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-, informa que para 2015, las comunidades cercanas a la frontera referían un gasto semanal familiar entre 200 y 1000 pesos mexicanos (De la Roca et. al., 2015).

En el caso de los datos recabados en el estudio de la USAC, evidencia poca relación económica de esas comunidades con Guatemala, ya que sus habitantes refirieron sus gastos únicamente en la moneda mexicana. Si contrastamos ya sea los ingresos o egresos descritos en ambos estudios, podemos decir que las comunidades viven con un alto déficit monetario, pues según el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala -INE-, el costo de la canasta básica familiar para 2015 ascendía a 3 mil 368 quetzales (431 dólares)⁴⁸.

Las poblaciones al otro lado de la frontera guatemalteca han fungido como contingentes sociales y económicos, por ello, la búsqueda de satisfactores económicos fuera del territorio nacional es una constante para los pobladores del municipio de Sibinal. No es raro que la migración estacionaria hacia México o permanente a otro país sea una dinámica común en el municipio e impulsada por las bajas condiciones de vida en el área rural guatemalteca. Actualmente el INE⁴⁹ no cuentan con datos sobre migración para el municipio, pero al igual que la mayor parte del occidente en Guatemala, la cantidad personas que han tenido o querido

⁴⁶ Secretaría General de Planificación.

⁴⁷ El último censo realizado en Guatemala es el que se realizó en el año 2002. Lo más cercano a tener una información actualizada, son las diversas encuestas realizadas (materna, vivienda, condiciones de vida, etc). Es de tomar en cuenta que estas se realizan con una muestra de población y no es conteo total, por lo que las estadísticas de País son un referente, pero con los problemas asociados a la fiabilidad del dato.

⁴⁸ El tipo de cambio ha variado poco de 2015 a la fecha con un valor aproximado de 7.8 quetzales por un dólar.

⁴⁹ Instituto Nacional de Estadística.

migrar según versión de los locales, es grande. Sin embargo, las comunidades que se encuentran más cercanas a la línea fronteriza mantienen una vinculación estrecha ya sea laboral o comercial, que les hace obtener beneficios económicos, creando un circuito de movilidad territorial alrededor de la frontera. Es así como estas comunidades tienden a una constante movilidad en el territorio chiapaneco, en especial hacia Unión Juárez, Tuxtla Chico, Cacaohatán, Tapachula y otros puntos cercanos, en donde aprovechan para la venta de productos agrícolas que cultivan (flores, frutas y verduras).

3.6 Del diseño organizacional de la prestación de servicios nivel primario en Guatemala, a la realidad en zona de frontera

3.6.1 El sistema de salud primaria en Guatemala

El MSPAS provee una generalidad de los puntos históricos esenciales respecto a la creación y diferentes reorganizaciones desde su creación en época democrática, así como en los años de las dictaduras militares (MSPAS, 2013 (a)). En el año 1945, con el impulso de la política de bienestar social del entonces presidente Juan José Arévalo Bermejo, en la Constitución Política del 13 de marzo de 1945 queda asentada la creación de los Ministerios del Estado, entre ellos el Ministerio de Salud y en 1965, con la reformulación de la constitución, se establecerían los viceministerios. Nuevamente en 1969, se reorganiza al Ministerio mediante Acuerdo Gubernativo 23-69, estableciendo las divisiones de la Dirección General de Servicios de Salud (Salud materno infantil y familiar, epidemiología, saneamiento ambiental y servicios técnicos generales), las subdirecciones “normativa y ejecutiva”, que serían reformadas nuevamente en 1976. En 1980 finalmente se establece la organización de la atención en salud en puestos y centros tipo “A” y “B”, hospitales distritales y hospitales de base de área. En 1984 con Acuerdo Gubernativo 741-84 se enfoca la labor en la prevención concentrándolo en la Dirección General de Servicios (MSPAS , 2013 (b), págs. 1-2).

En 1985, con la nueva y vigente Constitución Política de la República de Guatemala, obliga en sus artículos 1 y 2 a responsabilizarse, proteger y garantizar el desarrollo integral de las personas y específicamente en su sección séptima denominada “salud, seguridad y asistencia social” dice:

Artículo 93.- Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94.- Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 95.- La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento (Congreso de la República de Guatemala, 1985, p.17).

Finalmente, en 1997, en época democrática y posterior a los Acuerdos de Paz, se designa al MSPAS como el Rector de Salud a nivel nacional, bajo Decreto 90-97. Éste es el último gran cambio que el Ministerio ha tenido a lo largo de sus años.

En general, hemos abordado los marcos generales en donde normas, programas o políticas tienen el sustento inicial para otorgar un estado de bienestar a la población guatemalteca (Congreso de la República de Guatemala, 1985). Es en 1997, con la reforma sectorial de salud se impulsó el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en el primer nivel de atención y es por medio de la contratación de ONG's⁵⁰, se les otorga la administración y prestación de los servicios de salud para comunidades rurales y sin acceso, con el fin de cubrir brechas en la atención (MSPAS, s/f). La implementación del PEC, el MSPAS diseñó un Conjunto Básico de Servicios en Salud (CSBS) para la prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención en cuatro áreas de servicios: a) atención de la mujer; b) atención a la niñez; c) atención a la demanda de morbilidad de urgencia; d) atención del medio y educación en salud (USAID, 2008, pág. 1) En el 2002, la estrategia AIEPI⁵¹ fue incorporada al programa y posteriormente en 2006, la estrategia AINM-C⁵² para atender y prevenir la desnutrición (USAID, 2015).

Se definió la territorialización a su cargo, que tendría como obligación otorgar a 10 mil habitantes la CSBS, agrupadas en sectores de 30 familias con el equipo básico compuesto

⁵⁰ Organizaciones No Gubernamentales.

⁵¹ Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia.

⁵² Atención Integrada a la Niñez y la Mujer en la Comunidad.

por un médico o enfermera ambulatorios, facilitadores institucionales, educadores en salud y nutrición, facilitadores comunitarios, vigilantes en salud y en algunos casos, madres consejeras y auxiliares de enfermería calificadas para la atención materno-infantil. Tendrían la obligación también de surtir datos al Sistema de Información del MSPAS ⁵³ y a 2006, en los 20 departamentos que eran atendidos bajo esa modalidad (USAID, 2008). Los cuales se insertarían a la red de servicios dentro del primer nivel de atención.

En Guatemala, el primer nivel de atención refiere a la instancia más básica, que tiene como objetivo promover y prevenir la salud por medio de métodos y tecnologías simples. Este nivel se compone desde la estructura más básica, Centros Comunitarios de Salud (espacio de acción de las PEC), los puestos de salud (con atención de una auxiliar de enfermería) y finalmente los centros de salud (MSPAS, s.f., pág. 20).

El Artículo 37 de la tercera sección del acuerdo gubernativo 115-99 denominado “Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social”, da al SIAS la responsabilidad de organizar y dirigir a nivel central el proceso de organización y desarrollo de los servicios públicos de salud y articulación de la red de servicios, teniendo la obligación de dirigir los procesos de ejecución, programación local de programas y aplicación de normas, pero sobre todo coordinar entre el nivel central y el ejecutor (MSPAS, 1999). La red de atención primaria se divide en los tres niveles, distintos escenarios en donde el MSPAS desarrolla la gestión y prestación de servicios de forma progresiva (MSPAS, s/f), (USAID, 2008), (MSPAS, 2015). Estos se dividen en cuatro grandes redes:

- Red Municipal de Salud.
- Red Departamental de Salud.
- Red Regional de Salud.
- Red Nacional de Salud.

Por la naturaleza de la descripción que desea abordar, únicamente se describirá Red Municipal que se encuentra delimitada administrativamente en “Sectores” y “Territorios” y la departamental. Los sectores agrupan a un conglomerado de 1200 a 4000 habitantes que conviven en un espacio geográfico, aglutinando varias comunidades, para lo cual se toma en cuenta ciertas características como las vías de acceso, características topográficas,

⁵³ Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA).

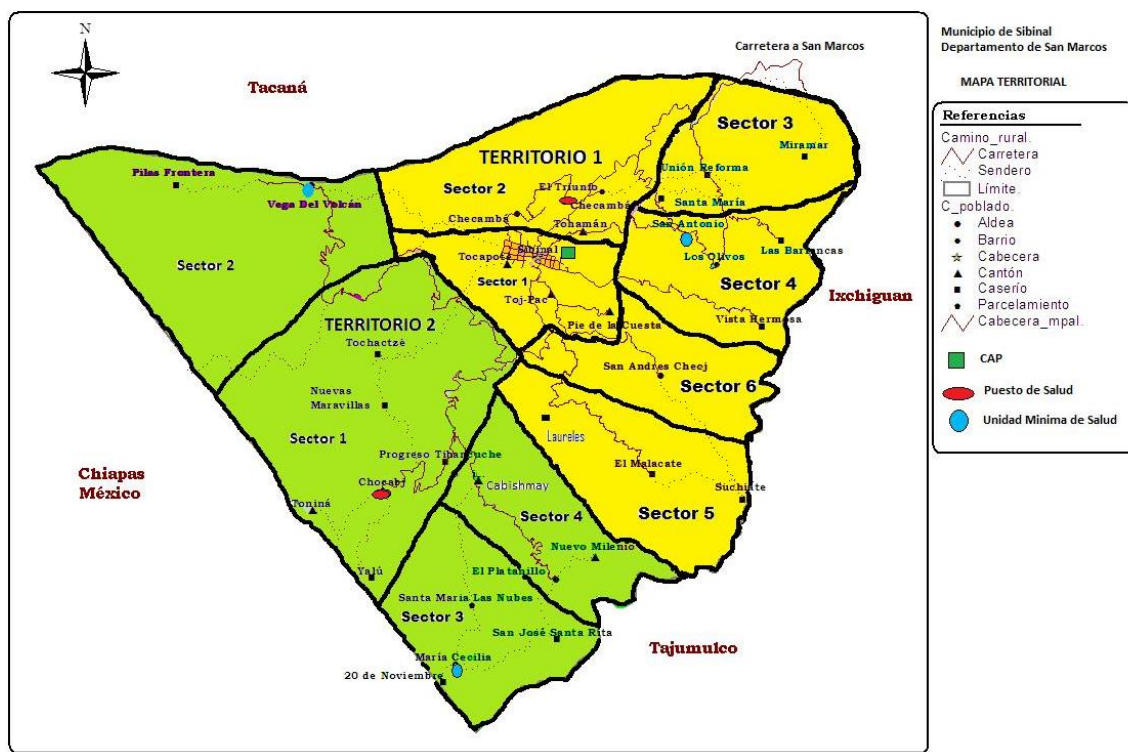
demográficas y culturales (MSPAS, s.f., p.30). El sector en las áreas de intervención de las PEC, son monitoreadas por un vigilante de salud o una comadrona tradicional (voluntarios) y en éstos funciona un centro de convergencia o comunitario, que son espacios acondicionados para proveer atención y gestionados por líderes comunitarios. En los momentos que no son atendidos por el equipo básico itinerante, funge un facilitador comunitario capacitado en medicina preventiva (USAID, 2008).

El territorio agrupa a uno o más sectores con una población entre 5 mil a 10 mil habitantes, cada territorio debe contar con un puesto de salud y cuenta con un mínimo de tres sectores y un máximo de seis. Para definir las regiones dentro del municipio, el MSPAS toma de referencia 3 parámetros: a) Municipios con alto nivel de ruralidad (80 mil habitantes) les corresponde una región; b) Municipios con un porcentaje medio de ruralidad (120 mil habitantes), le corresponde una región; c) Municipios con porcentaje bajo de ruralidad y por cada 200 mil habitantes, le corresponde una región. Así pues, por cada región deberá existir un Centro de Atención Permanente (CAP). El Municipio como unidad básica de organización territorial se establece como “Red Municipal de Organización en Salud”, que conforma los centros comunitarios, Puestos de Salud y CAP (MSPAS, s/f).

Con base a lo que se explicara sobre la territorialización del primer nivel de atención, se presenta a continuación la territorialización de Sibinal, San Marcos (ver imagen 3), área en la que la presente investigación se encuentra delimitada. Como puede observarse, el municipio se divide en dos territorios sanitarios. El primer territorio, marcado de color amarillo, se subdivide en seis sectores. Éste se encuentra en la parte más interna del espacio guatemalteco y puede apreciarse que existe una mayor urbanización y mejores vías de acceso en su mayor parte. Corresponde a la zona cercana a la cabecera municipal y con población más concentrada. De esa cuenta, el territorio 1 tiene un CAP ubicado en Sibinal cabecera. A diferencia del anterior, el Territorio II, cuenta con cuatro sectores (coloreado de verde), la población tiene viviendas más dispersas y las vías de comunicación son mínimas o no son transitables más que de manera pedestre. Estas comunidades son distales a la cabecera municipal y se encuentran cercanas o en colindancia a la frontera con México (Unión Juárez y sus localidades). En cuanto a los servicios prestados por el MSPAS, únicamente Chocabj cuenta con un Puesto de Salud y Vega del Volcán con una “Unidad Mínima”. La imagen del

mapa demuestra la centralidad de los servicios en la zona urbana y la dificultad de acceso de las comunidades de Chocabj, Yalú, Toniná y Tibancuche a los espacios de atención en salud más formales, en donde deben recorrer entre 4 a 90 kilómetros para poder ir hacia ellos (MSPAS-OPS, 2011).

Imagen 3: Territorialización de los servicios de Salud del MSPAS



Fuente: MSPAS-OPS 2011.

De la misma forma, el cuadro dos, que sistematiza información oficial del Ministerio de Salud, provee un panorama de las dificultades de acceso vial de las comunidades, para acceder a los diferentes establecimientos de la red de servicios nacional en el territorio de San Marcos, lo cual incide directamente en el acceso y provisión de la atención otorgada por la institución, evidenciando su situación de exclusión social por su condición de población fronteriza, como un determinante más en las consecuencias de la salud comunitaria.

Cuadro 3: Distancias de las comunidades hacia los distintos centros de atención a la salud de tipo público en Guatemala

Comunidades	De la comunidad a primer nivel. (Puesto de salud Chocabj)	De Puesto de Salud Chocabj a Centro de Atención permanente Sibinal (segundo nivel de atención)	Calidad del camino en época lluviosa	Calidad de camino en época seca	Tipo de transporte	Distancia a tercer nivel de atención (Hospital Nacional de San Marcos)	Calidad del camino	Tipo de transporte
Aldea Chocabj	0 Km	18 Km en carretera	Malo	Malo	Pie, vehículo de doble tracción o moto.	89 Km	Un trayecto de 4 Km regular y el resto en buenas condiciones	Autobuses urbanos, vehículos, motos.
Cantón Toniná	6 Km (vereda pedestre)					89 Km		
Caserío Tibancuche	4 km de terracería					82 Km		
Caserío Yalú	6 Km Vereda pedestre					90 Km		

Fuente: Elaboración propia, con información del Sistema de Información Gerencial en Salud (MSPAS, 2017).

3.6.2 Las políticas de salud en Guatemala enfocadas a poblaciones dispersas

Al igual que toda América Latina, la provisión de servicios de salud ha pasado de ser de carácter religioso desde la época de la Colonia, a ser controlada militarmente, hasta llegar a su institucionalización y rectoría como sistema de salud público diferenciado de otras instituciones. El año de 1945 marca el inicio de la organización gubernamental en Guatemala, por medio de la creación de diversos ministerios, entre ellos el de Salud Pública. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a través del tiempo, ha pasado por una serie de reorganizaciones que definen la naturaleza de su trabajo a nivel nacional. Los Acuerdos de Paz dieron pie a la reorganización más reciente del Sistema de Salud y por medio del Decreto 90-97, se designa al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como el rector nacional en materia de salud (Organismo legislativo, 1997).

En el artículo 18 de este decreto se obligaba a definir un modelo de atención que promoviera la participación de la población. Desde entonces se ha venido discutiendo tanto en la sociedad civil como dentro del Ministerio, el poder contar con un modelo de atención primaria, proceso que aún no se logra pero que ha sido abordado en paralelo desde dos actores

diferentes⁵⁴, los cuales finalmente están convergiendo, pero sus resultados podrán ser válidos únicamente con voluntad política del gobierno actual de Jimmy Morales y del seguimiento que puedan darle las autoridades que tomen posesión en el 2020⁵⁵.

Es de reconocer que por primera vez, durante el gobierno de Álvaro Colom (2008-2012), se intenta definir un modelo de atención primaria, basándose en el Modelo Integral de Salud (MIS), el cual tiene el enfoque de género e interculturalidad y con fuerte énfasis en prevención y participación ciudadana, uno de los mejores presentados hasta la fecha, sin embargo es planteado casi al final de su gestión y con el gobierno de Otto Pérez Molina (2012-2015) este esfuerzo cayó, pues argumentaban que representaba un gasto muy elevado.

3.6.2.1 Propuestas de un Modelo de Atención Primaria

A finales de la década del 90, al ser incapaz el Ministerio de Salud de otorgar sus servicios en las poblaciones dispersas, inicia el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), bajo el control del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), instancia específica del MSPAS de organización y control del tema Atención Primaria. Este programa dejaba en manos de ONG's contratadas por el Estado, la atención de poblaciones que no contaban con ningún nivel de cobertura. Un grupo compuesto por médicos y enfermeras y otros agentes de salud, visitaban con cierta periodicidad a las poblaciones. Cada comunidad tenía, lo que denominaban Centro de Convergencia, que comúnmente era la casa de alguna persona de la comunidad (Promotor de salud), o un espacio físico que la misma comunidad había construido para que el Equipo Básico Comunitario se instalara con el fin de realizar control de embarazos, vacunación, peso y talla de menores de cinco años. Otro tipo de atención médica ambulatoria era otorgada a partir del tiempo que restaba cuando cumplían los objetivos para lo cual eran contratados. Estas solían ser bien vistas por la población, pues proveían medicamento, que ya empezaba a escasear en los centros y puestos de salud del Estado⁵⁶.

⁵⁴ Médicos Mundi/ISIS y el SIAS/MSPAS.

⁵⁵ El nuevo gobierno tomó posesión en enero de este año, pero aún no es posible evaluar los avances en esa materia.

⁵⁶ Cabe hacer mención de que, en la representación comunitaria de calidad de atención, la dotación de medicamentos juega un papel importante, más no el único.

El Programa de Extensión de Cobertura -PEC- siguió funcionando hasta noviembre de 2014, cuando el entonces ministro Luis Arturo Monterroso eliminó este programa sin proponer inmediatamente un programa sustituto. Las comunidades que eran atendidas por el PEC, tuvieron únicamente el puesto o centro de salud que les quedara más cerca para asistir, aunque esto podía ser un camino de varias horas.

En 2015, basado en la reformulación de un programa que funcionó en San Marcos, con ayuda de Organismos Internacionales, las autoridades en salud deciden implementar un plan piloto en las zonas en donde funcionaban las PEC, para dar atención a la población⁵⁷. Es así como, a partir de noviembre de 2015, comenzaron a viajar equipos de dos enfermeras, con el mismo objetivo que cumplieran las PEC. Parte de las reformas que se dieron en ese momento, fue la reorganización de la territorialización sanitaria, y que, dependiendo de la dispersión poblacional, variaría la cantidad de población a cubrir (Acuerdo Ministerial 105-2015).

Fue durante esta etapa que el Ministerio Público y la Comisión Internacional contra la Impunidad (CICIG) demostraron los desfalcos realizados durante la gestión del presidente Pérez Molina y altos funcionarios de su gobierno, que se evidenció en carencias nacionales, siendo las más visibles salud y educación (Barreto, 2015). La crisis en el sistema de salud formó parte de la indignación guatemalteca, que exigía acciones concretas para dar solución a problemas históricos y estructurales del MSPAS.

Coincide esta época con la toma de posesión de la nueva presidencia. La presión social e internacional para que se eligiera un ministro con capacidades para coordinar el MSPAS, dio como resultado que Lucrecia Hernández Mack, activista y académica en el tema del derecho a la salud, fuera designada para el cargo (Contreras, 2016), quien tenía amplia experiencia en el tema del análisis e incidencia en políticas de Salud, por su trayectoria en la que fuera la Instancia Nacional de Salud y posteriormente en Medicus Mundi Navarra-Instituto de Salud Incluyente.

Ella formó parte del equipo que ideó el “Modelo Incluyente de Salud (MIS)”, modelo de atención primaria en salud que fue validado como proyecto piloto en algunas zonas rurales de Guatemala y que tuvo éxito en su organización debido a la minuciosidad de su

⁵⁷ Entrevista con encargada de Primer Nivel de Atención del Área de Salud de San Marcos.

formulación, con ejes transversales como el de género, interculturalidad, territorialidad, medio ambiente y derecho a la salud. Si bien este proyecto fue inicialmente formulado en la hoy desaparecida ONG Instancia Nacional de Salud, lo retoma el Instituto de Salud Incluyente, que fue formado por los trabajadores de la primera institución y que, tras culminar su formulación, pusieron en marcha el proyecto piloto en el 2003 (Feo y Tobar, 2013). El objetivo de este proyecto era que pudiese ser transferido paulatinamente al MSPAS y que fuera replicado a nivel nacional.

En 2012, durante el gobierno del presidente Álvaro Colom, la comunidad de Platanares en el departamento de Sololá y que había sido la comunidad modelo para la implementación del programa, pasa finalmente al control del MSPAS, tanto de forma administrativa como financiera, pero a pesar de seguir funcionando durante el gobierno de Pérez Molina, este modelo no fue replicado, quedando las PEC como únicas proveedoras de servicios de salud en comunidades dispersas. Cuatro años más tarde, se anuncia que se impulsará el MIS⁵⁸ como único modelo a ser utilizado con el objetivo de fortalecer el primer nivel de atención y que progresivamente se implementaría en todo el país. Esta labor pasó a cargo del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS, donde iniciaron a hacer la transferencia del modelo a cargo del Viceministerio en turno Juan Carlos Verdugo, quien fuera hasta antes de su nombramiento como funcionario público, el director del Instituto de Salud Incluyente. Partieron de una reorganización de la territorialización de las áreas de salud y estaban prontos a iniciar el proceso, cuando este equipo renunció, por los escándalos de corrupción de la presidencia en turno, perdiéndose de nuevo la posibilidad que el país, por primera vez definiera un Modelo de Atención Primaria a la salud⁵⁹.

⁵⁸ <https://agn.com.gt/index.php/2017/06/21/gobierno-convoca-a-alcaldes-para-fortalecer-atencion-en-el-primer-nivel-de-salud-en-guatemala/>

⁵⁹ La ministra y viceministros que lo impulsaban, renunciaron el 27 de agosto de 2017 frente a la crisis política que se generó tras la imputación de delitos de corrupción del gobernante en turno.

Capítulo IV: Flujos para la atención en territorio de frontera

4.1 El caso de búsqueda de atención en salud de los comunitarios en la zona

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), muestra a San Marcos como uno de los 5 departamentos con mayor pobreza a nivel nacional (MSPAS, 2015), como ya se ha mencionado, Sibinal, presenta grandes rezagos en materia de desigualdad social que determina la calidad de vida de sus habitantes. Si bien, una es la planificación que el Ministerio de Salud tienen en lo relativo a la prestación de servicios a nivel primario, en realidad su capacidad para llegar a la población se ve mermada por la debilidad del sistema de salud y las condiciones generales de vida de los guatemaltecos, en especial en el área rural.

El plan Municipal refiere que la morbilidad general del municipio sigue presentando enfermedades comunes asociadas a la exclusión, como la parasitosis, anemias, enfermedades diarreicas, enfermedades de piel, rinofaringitis, entre otras (COMUDE Sibinal-SEGEPLAN, 2010, p.23) y el registro de la mortalidad da cuenta de decesos por neumonías, septicemias, insuficiencia cardiaca congestiva, infarto agudo al miocardio e insuficiencia respiratoria (Municipalidad de Sibinal, 2013, p.11-12). Se destaca que en datos levantados durante el trabajo de campo, el sistema de información en salud no registra ciertos padecimientos que han sido referidos por los pobladores, por ejemplo algunas enfermedades crónicas, neurológicas, músculo esqueléticos, diversidades funcionales o psiquiátricas, respondiendo esto a que la atención primaria atiende casi exclusivamente salud materno-infantil, anulando así la atención y visibilización de otras enfermedades o padecimientos en las poblaciones, por lo tanto quedan fuera de los registros y de la provisión de una atención adecuada, por carecer de una correcta captación de los casos y su debida referencia a instancias superiores.

Guatemala a nivel latinoamericano, es el segundo lugar con mayor erogación de gasto de bolsillo en salud⁶⁰, sólo superado por Venezuela; para el 2014, la OPS-OMS refería que el país tenía un porcentaje del 52.2% (OPS-OMS, s/f). Así, el gasto directo de los hogares en materia de salud era lo suficientemente alto, determinando que ese expendio suele ir hacia la

⁶⁰“Mide el gasto de bolsillo en salud de los hogares expresado como porcentaje del gasto total en salud para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Se incluyen aquellos gastos realizados en el momento que el individuo u hogar se benefician del servicio de salud independiente si es un servicio en un establecimiento formal (clínica, hospital, farmacia, consultorio) o informal (medicina complementaria) – y siempre deduciendo del gasto, cualquier reembolso” (OPS-OMS, s.f).

atención privada en distintos ámbitos, ya sea clínicas privadas (profesionales o técnicos) o en compra directa de medicamentos.

En países como Guatemala, los “gastos de bolsillo” exponen la debilidad del sistema de protección en salud. Estos costos debilitan la economía familiar y se constituye como una injusticia financiera por los altos niveles de gastos, influyendo así en la sobrevivencia familiar, sobre todo cuando se trata de un “gasto catastrófico”, lo que eleva la vulnerabilidad de los hogares en materia de pobreza (USAID, 2009). Para el caso de Sibinal y en especial sus comunidades fronterizas, las cuales se encuentran en una situación de pobreza y pobreza extrema, estos gastos pueden tornarse comunes, pues la falta de acceso a servicios nacionales de salud determina la movilidad de las personas hacia espacios privados o públicos en el extranjero, en donde ambos servicios son cobrados.

En la investigación realizada por de la Roca et. al (2015), se muestra que las familias de las comunidades de frontera referían un ingreso de entre Q.300 y Q.1000⁶¹ para hogares conformados hasta 14 miembros. Dentro de sus casos analizados se encuentra un caso en el que, por el hecho de tener ingresos tan bajos, una operación con un costo de 2000 quetzales⁶² determinó muchas de sus decisiones y estrategias de vida, ya que implicó un gasto catastrófico en salud, que al final decidieron asumir. En un próximo apartado se muestra a una familia en Tibancuche con un caso similar, quienes, entre gastos de transporte, alimentación, compra de medicamento y pago de honorarios médicos, gastaron en dos semanas más de 2000 quetzales, más 700 pesos mexicanos en un problema respiratorio que empeoró en esas dos semanas y que les obligó a asistir tanto a los servicios públicos guatemaltecos (centro de salud de Sibinal y hospital de Malacatán), como a los mexicanos.

Esta situación genera en las familias altos costos y/o endeudamiento y por ello, les es necesario buscar estrategias alternativas para pagar esas erogaciones. En estas circunstancias, los comunitarios tienden a vender su patrimonio o exponerse a préstamos con intereses leoninos al hacer uso de sistemas de préstamos entre particulares con “usureros” pues, los préstamos bancarios también les son vedados por su condición de informalidad laboral. Como se ha expuesto, ante la exclusión en la atención a la salud de la que son víctimas, las

⁶¹ Tipo de cambio en ese año es de 7.7 quetzales o 16.79 pesos mexicanos por un dólar.

⁶² Tipo de cambio en ese año es de 7.7 quetzales o 16.79 pesos mexicanos por un dólar.

familias fronterizas escogen como parte de sus diversas estrategias para bajar costos y por facilidad, el movilizarse hacia el espacio mexicano para ser atendidos en los médicos privados o en los servicios de salud, sobre todo cuando de enfermedad común se trata⁶³.

Durante la etapa previa a definir el área del presente estudio, se visitó la aldea Cheguaté del municipio de Tacaná, que colinda con Niquivil, en Motozintla, Chiapas (Región de la Sierra Mariscal). Si bien el acceso desde el lado guatemalteco está en muy malas condiciones, la vía por territorio mexicano es totalmente transitable. La diferencia en la dotación de servicios de salud mexicanos y guatemaltecos es también un fenómeno similar. Mientras que para Cheguaté existe un solo puesto de salud con altas deficiencias que determinan la calidad de atención, incluyendo esto inexistencia de productos biológicos (vacunas) o medicamentos, para el lado mexicano, en la clínica del IMSS- Prospera, se les provee de los mismos sin mayor restricción, incluso sin cobro.

De las conversaciones sostenidas con los comunitarios, se reflejó el enojo de ellos ante la negación de la provisión de vacunas dentro del servicio guatemalteco. Según las experiencias comentadas, existía en ese momento un desabastecimiento de vacunas, que era un problema nacional⁶⁴ que afectaba al país durante esa época, sin embargo; cuando finalmente llegaban, los biológicos les eran negados por las enfermeras guatemaltecas con la excusa de que si ellos acostumbraban usar los servicios mexicanos, que los siguieran usando y que no los solicitaran en ese puesto de salud, actitud que referían como una forma de escarmiento del personal, por hacer uso del servicio mexicano. Por este motivo, los pobladores dicen sentir una mayor cercanía y confianza a los servicios mexicanos, asumiéndolos con una atención de calidez y calidad a diferencia de la representación que tienen respecto a los servicios de salud guatemaltecos⁶⁵.

Se debe destacar que las clínicas del IMSS-Prospera⁶⁶, tienen como regla de operación el atender a toda la población que asiste, incluso cuando se es extranjero y sin residencia legal en México (incluyendo a población móvil- migración de paso).

⁶³ Información trabajo de campo primera temporada.

⁶⁴ <http://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/pdh-exige-atender-desabastecimiento-en-salud>

⁶⁵ Observación participante realizada en marzo 2015.

⁶⁶ Más adelante se explicará el cambio de nombres del programa, pero se hace alusión al IMSS-PROSPERA, porque es el programa que funcionaba cuando se realizó el trabajo de campo.

Dentro de la población beneficiaria están consideradas las personas o familias que, contando con la protección en salud de alguna institución de seguridad social o del Seguro Popular, reciben los servicios que otorga el Programa. Cuando por razones de cercanía, nivel de resolución o Convenio signado al efecto el establecimiento médico del Programa resulte ser su centro de referencia habitual para la atención a la salud, se estará a lo dispuesto en el numeral 3.7 de estas Reglas de Operación. Finalmente, dentro de los beneficiarios también se incluyen los migrantes que demandan de manera coyuntural atención a la salud (IMSS, 2014, p.8).

Sin embargo, para el área de colindancia entre Sibinal y Unión Juárez, se cuenta con este tipo de clínica y no se les niega a los guatemaltecos el acceso a la atención. Para la atención de la salud en el lado mexicano en el Municipio de Unión Juárez, tanto la consulta en espacios privados como en los públicos son pagados. En el caso de los servicios públicos mexicanos, estos solían cobrar hasta 2016, una “cuota de recuperación”⁶⁷ de 40 pesos mexicanos. Este cobro incluía consulta médica y medicamento, aunque era común la queja del personal de salud sobre el desabastecimiento de la clínica, sin ser esto un impedimento para otorgárseles.

La atención se da a partir de las fichas disponibles en cada uno de los turnos (matutino y vespertino). Comúnmente atienden a los pacientes mexicanos y si queda espacio, se le otorga al extranjero. En los momentos de observación en la sala de espera, se advirtió que por parte de los trabajadores de salud se intentó siempre dar consulta a las personas, pues reconocían las condiciones de lejanía desde donde provenían para ser atendidos.

Lo que se puede encontrar en el trabajo de campo, es que mientras más alejado se encuentren las personas de los servicios públicos de salud guatemaltecos, mayor será la incidencia en la movilidad hacia espacios privados de atención y en el caso de la frontera, incluso a los sistemas públicos de salud extranjeros. Para ejemplificar esto, se muestran a continuación 5 flujogramas que intentan explicar las formas en cómo los habitantes de las distintas comunidades cercanas a la frontera se movilizan por los diferentes territorios para buscar la atención a sus enfermedades, padecimientos o el simple hecho de atenderse preventivamente en salud. El primero responde a datos recopilados durante las primeras fases del trabajo de campo en el que se incluye los datos obtenidos de conversaciones, cuestionarios y observaciones; las cuales surgieron en 2013 en el municipio de Sibinal con algunos

⁶⁷ Término específico utilizado en el servicio de salud.

pobladores, en donde explicaran que, por diversos motivos, ellos tendían a movilizarse tanto a Sibinal para ser atendidos por el Centro de Salud de esa localidad, como al territorio mexicano. Haciendo una sistematización de la información que se obtuviera en 2016 en la comunidad de Yalú en trabajo de campo y una revisión de los archivos de la investigación “*Condicionantes para la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención en salud (Guatemala-México)*” se logró establecer los lugares, espacios de atención y formas de movilizarse para dicho fin (Figura 3).

Como se menciona, las personas suelen movilizarse entre los dos territorios, o bien, buscan atenderse en su comunidad de origen como parte de su estrategia de vida y con la racionalidad de maximización de recursos y/o solución efectiva del problema.

Ah sí..., qué tal uno muriendo pue’, cargando traen las personas allá, directo lo llevan, los envían para Tapachula. Para enfermedad Talquián o aquí.

Yo ya, yo por decir ya me enfermé ya. ¡Ah!, tanta enfermedad, puro diarrea y dolor de cabeza, ya fui a Tapachula, fui a Malacatán, ya vé... ¿Dónde vine a sanar? Aquí [Unión Juárez], gracias a Dios un doctor que estaba aquí, ahora vive en Malacatán, por él estoy viva, ya me he levantado, por él. Aunque caro, pero gracias a Dios que estoy parada hoy, por él, si no, no estuviera. Y como le estoy diciendo, voy a Sibinal, voy a..., y Sibinal ya andé, Ixchiguán ya... ¿Qué me dice Ixchiguán? El doctor, sólo te puedes inyectar, dice ¿Y cómo voy a sanar?, ¿Me vo’ morir? De aquí no, lo que tú tienes..., me inyectaron, me dieron vitaminas, me dieron todo, gracias a Dios estoy parada ahora. (Doña Ana, entrevista PG-01/2018)

El pluralismo en salud es importante para entender el proceso de los habitantes en zona de frontera, ya que se mueven desde la autoatención, sea esto la automedicación basada en el éxito que hayan tenido en la familia con experiencias previas y que incluye la toma de medicamentos y el uso de herbolaria, el uso de terapéutica tradicional local, servicios públicos o privados de salud y en situación de frontera, la pluralidad incluye amplios territorios recorridos, tal y como nos cuenta Damaris en el relato siguiente:

Y este, consultas así por aquí, por ejemplo, mis hijos, el último hijo que yo tuve, se me enfermó un año y dos meses, una fiebre que no se le pasaba ¡y una tos! Y yo fui con los doctores especialistas, con los pediatras en San Marcos y general el..., él seguía en lo mismo y supe yo por alguna razón que venía un médico de Tapachula, que era un especialista, allí en Córdoba, lo llevé a mi hijo, lo llevé con el doctor

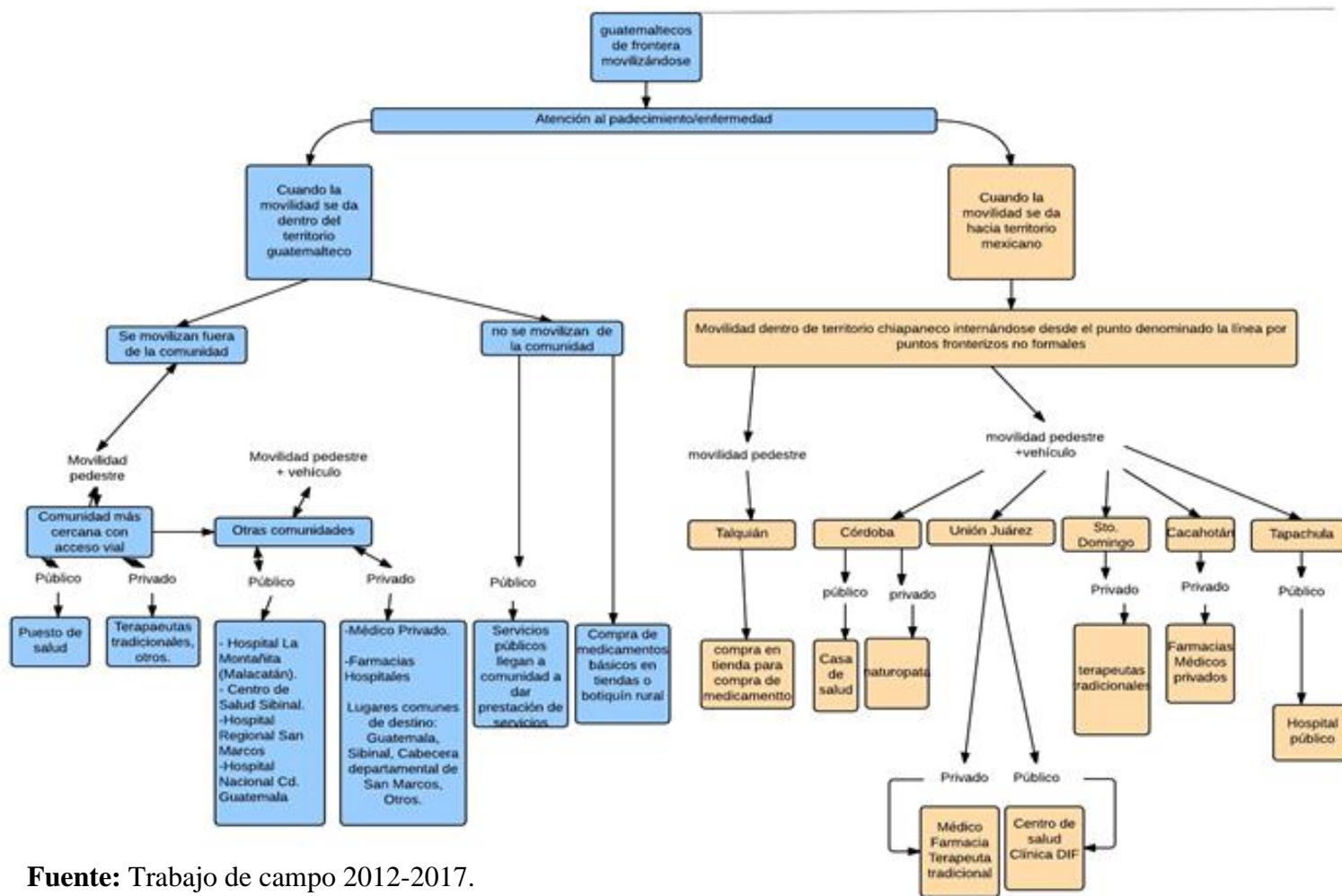
Feliciano creo que se llama, pero más le llaman Don Chano y con el Doctor Alfredo, con el Doctor Jaime no lo llevé, con el doctor ¿Cómo es que se llama este doctor?, ¿Carlos Avendaño? Y él fue el que le controló un poco la fiebre, pero después mi hijo seguía igual.

Dijo el doctor que lo iba a enviar a Tapachula a hacer sus análisis, pero si ya lo hubieran hecho en San Marcos, entonces dije yo, ¿voy a pagar así nomás por nomás?, si ya tiene sus..., “pero puede ser que..., puede ser diferente” decía mi esposo, pero yo dije ¡ya! y lo llevé con una señora en Malacatán y ella purgante le dio, purgante. Hay señoras que componen purgante con aceite no sé qué tantos y con eso. El doctor Carlos, el sí más o menos lo pudo controlar, porque como que allí se me mejoró, un poco bajó la fiebre, porque no bajaba de 40, ¡de 40! y después lo llevé allá con esa señora y allá sanó, allá sanó con la señora (Entrevista PG-04/2018).

Definimos el pluralismo médico como la forma de acción y decisión, tanto de la o el cuidador, como de la persona enferma, en que realizan la síntesis de cuidados y curación en múltiples espacios de atención a sus padecimientos o prevenciones, incluyendo la autoatención y la asistencia simultánea a múltiples curadores profesionales o legos, con el fin de superar eficazmente el proceso de restablecimiento de la salud, visible a través de la trayectoria de la enfermedad, que es la dinámica que vemos reflejada en el testimonio anterior.

Como ya se mencionó, la atención puede darse dentro de su misma comunidad, lo que no le significa una movilidad hacia otros territorios, o bien trasladarse al espacio guatemalteco o el mexicano. La circulación de medicamentos de mano en mano constituye también una práctica común, en el que la mujer por medio de su experiencia en la cura de algún padecimiento aconseja a otra cuidadora en el uso, cediendo la consejera el sobrante de los medicamentos que les han sido proporcionados por los servicios de salud o que han comprado hacia la familia aconsejada.

Figura 3: Mecanismos de movilidad para atención en salud de los guatemaltecos



Fuente: Trabajo de campo 2012-2017.

4.1.1 Cuando la atención se busca dentro del territorio guatemalteco

En el caso de no movilizarse hacia otro territorio y realizar la atención dentro de su comunidad, se pueden observar dos casos: (a) Los servicios de salud acuden a la comunidad para dar atención y (b) la compra, circulación de medicamentos o búsqueda de plantas medicinales para atenderse dentro de la comunidad.

Respecto a los servicios que llegan a la comunidad, como ya se ha mencionado, es el sistema público, por medio de la Extensión de Cobertura, los que proveen con cierta periodicidad la atención. Mientras que la compra de medicamentos se da dentro de la misma comunidad, estos suelen ser medicamentos “populares”, es decir acetaminofén, ungüentos o pastillas) para dolores musculares, algunos antibióticos⁶⁸ como ciprofloxacinas, sulfas, amoxicilinas y otros. Los cuales pueden comprarse a tres distribuidores diferentes: tiendas comunitarias (negocios de alguno de los pobladores que suelen estar ubicados en sus viviendas y donde se puede encontrar productos básicos comprar a comerciantes móviles que suben a las comunidades a vender variedad de productos, incluyendo la venta de medicina y, en algunas comunidades existen los denominados botiquines rurales que son atendidos por medio del consejo del vigilante en salud designado por la comunidad.

En este sentido, es importante mencionar la estrategia de instalación de Botiquines Rurales por el Ministerio de Salud para facilitar el acceso comunitario a medicamentos esenciales, que se constituye como un elemento básico para la obtención de diversos productos medicinales de tipo químico, visible en las referencias realizadas por los comunitarios en las zonas fronterizas. En el año 2013, a algunas comunidades del municipio de Sibinal se les dotó de “capital semilla” en materia de medicamento para la conformación y funcionamiento de los denominados “Botiquines Rurales Comunitarios”⁶⁹.

El Programa de Accesibilidad a Medicamento (PROAM), es un programa que nace en 1997 con el espíritu de constituirse como una venta social de medicamentos, con el fin de ampliar la red de distribución de estos y es al que pertenecen los Botiquines (Becerril-Montekio y López, 2011). En zonas aisladas, estas ventas sociales buscan el acceso popular a la compra

⁶⁸ En Guatemala son pocos los medicamentos que son de venta controlada y los antibióticos no forman parte de dicha restricción.

⁶⁹ Diario de campo 2013.

con precios bajos de medicamentos y que contengan mínimamente la calidad y los estándares del Laboratorio Nacional de Salud del MSPAS y que son subvencionados por el Estado. Esta estrategia empalma con las acciones de control de enfermedades que realiza el SIAS⁷⁰, al promover atención básica por vigilantes en salud.

Cuando se mueven para buscar atención dentro del territorio guatemalteco, pueden hacerlo a comunidades contiguas o acercarse a áreas urbanas centrales de su municipio. En los poblados donde sólo se cuenta con una unidad mínima de salud, el próximo paso es asistir a la siguiente población donde exista un puesto de salud o bien, donde se encuentren algunos terapeutas tradicionales, lugar donde también buscan ser atendidos. Si se acercan a áreas urbanas, pueden asistir al centro de salud, médicos privados, hospitales regionales o nacionales y farmacias. Estos recorridos pueden ser de unos cuantos kilómetros o bastante lejanos, eso lo determinará el tipo de atención que requieran y la suma del costo de transporte, alimentación y hospedaje que la familia pueda soportar.

Aun así, para atender su salud en caso de “enfermedad grave” u operaciones, les lleva a utilizar los hospitales nacionales y en especial al Hospital Regional de Malacatán al que denominan “La Montañita” o al Hospital Nacional en la cabecera de San Marcos (ver cuadro 2). Sin embargo, un fenómeno interesante asociado a este proceso es la vía de acceso utilizada para llegar a “La Montañita”. Las poblaciones más cercanas a la frontera y con dificultad para transitar en vehículo hacia Sibinal o la cabecera departamental de San Marcos suelen realizar su recorrido entrando por los puntos ciegos de la frontera con México, utilizando el transporte público mexicano que les lleva hacia Tapachula y posteriormente a la frontera de Ciudad Hidalgo y Talismán, donde buscan el transporte que les lleve hacia la Ciudad de Malacatán, San Marcos. Es decir, en su recorrido hacia Guatemala utilizan también el espacio mexicano como puente de acceso. Frecuentemente, debido a los movimientos telúricos y las lluvias de la temporada, el camino se encuentra bloqueado, dificultando la movilidad de las personas, lo que incluye problemas al momento de trasladar a enfermos⁷¹.

⁷⁰ Sistema Integral de Atención en Salud.

⁷¹ En el momento que se realizaba campo, el pueblo quedó aislado, para ejemplo una nota periodística: <http://www.prensalibre.com/ciudades/san-marcos/dos-derrumbes-obstaculizan-el-paso-en-carreteras-principales-de-san-marcos>

4.1.2 Cuando la atención se busca dentro del territorio mexicano

Para atenderse en el territorio mexicano, los y las habitantes de todas las comunidades guatemaltecas, independientemente que puedan tomar transporte vehicular hasta “la línea”⁷² deben transitar de manera pedestre un aproximado de entre 20 a 90 minutos, dependiendo el poblado donde vivan. A partir de allí, existen en los diferentes ejidos, cabeceras municipales o ciudades diversos ámbitos en donde asistirán, siendo estos Talquián (primer lugar habitado que se encuentra al bajar por el camino que viene desde Guatemala), Córdoba Matasanos, Cabecera municipal de Unión Juárez, Ejido Santo Domingo, Cacahoatán (incluyendo a Faja de Oro) y Tapachula. En estos lugares, refieren los guatemaltecos que asisten a farmacias o tiendas para comprar medicamentos, consultan también naturópatas, terapeutas tradicionales, los servicios públicos de salud mexicanos, médicos privados o incluso hospitales públicos en la ciudad de Tapachula.

El camino que deben de seguir es el siguiente: Al llegar a Talquián, pueden caminar un aproximado de 10 minutos para llegar a Córdoba Matasanos, lugar en donde se ubica la casa de salud, es allí donde llega a dar atención el naturópata los sábados. Si requieren ir más lejos, existe una *combie* que lleva desde Talquián hasta Cacahoatán, donde se encuentran las farmacias, en especial la Farmacia Similar, que refieren específicamente y se encuentra reflejado en varios de los flujogramas. Para llegar a este lugar, el costo del pasaje en agosto de 2016 era de 18 pesos mexicanos o 20 en taxi colectivo. Deberán pagar otra suma similar si su destino es la Ciudad de Tapachula. Sin embargo, a la salida de Tuxtla Chico, comunidad intermedia entre los poblados mencionados, se encuentra regularmente un puesto de registro del INM, por lo que se exponen a ser retenidos por las autoridades migratorias si no cuentan con el permiso de visitante fronterizo.

No obstante, entre estas ciudades más grandes, se encuentra el municipio de Unión Juárez y sus diferentes ejidos, que es la opción más común para la búsqueda de atención. En este territorio se encuentran tanto médicos privados, terapeutas alternativos y tradicionales, así como los servicios públicos de salud. El traslado de Talquián a Córdoba es de 7 pesos y de Talquián hasta la cabecera de Unión Juárez es de 12.

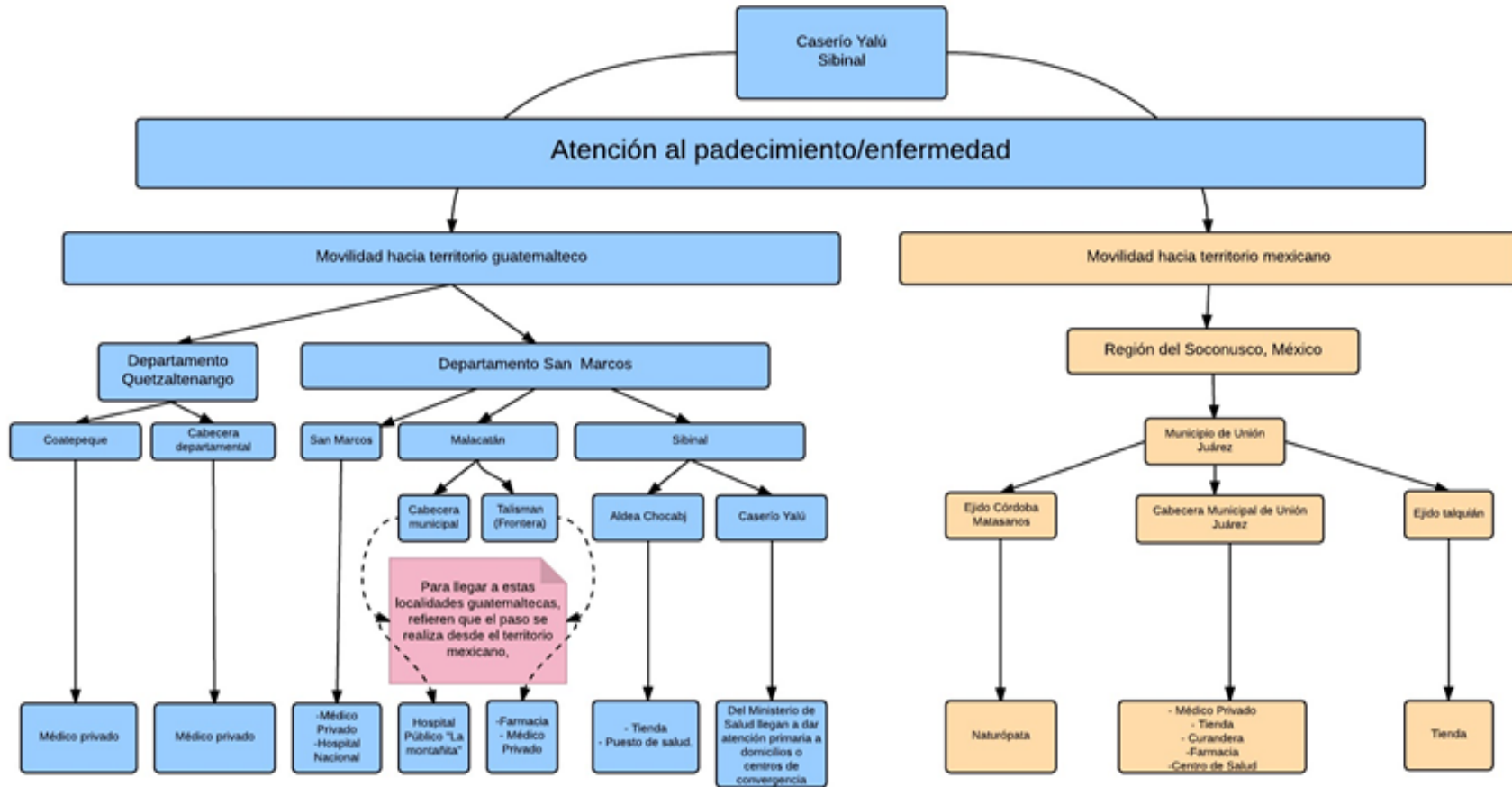
⁷² Demarcación territorial de frontera que está marcada únicamente por mojones y donde inicia el camino.

En general podemos indicar que las comunidades de frontera tienden a movilizarse hacia territorio mexicano, sin embargo, aquellas que están más cerca de la frontera y sin mayor vía de acceso a las zonas urbanas guatemaltecas, tienden a usar más los servicios extranjeros, mientras que las comunidades menos distales a los centros municipales y con una mayor calidad en la vía de acceso, suelen utilizar tanto servicios mexicanos como guatemaltecos.

4.2 Caso del caserío Yalú

Yalú es la comunidad con la que más información se cuenta, por haber realizado trabajo de campo a profundidad en esa zona y parte de esta información se incluye a continuación y ejemplificada visualmente en el flujograma denominado “figura 4” realizada a partir de la revisión de los archivos de la investigación de la Universidad de San Carlos. De las comunidades ejemplificadas en el manuscrito, el “caserío” es el que se encuentra más próximo al primer punto habitado en Unión Juárez (Ejido Talquián) en México. Sus habitantes tienen una alta dependencia económica y de interrelación en el territorio mexicano teniendo un contacto reducido con Guatemala. En ella conviven algunas personas con doble nacionalidad (generalmente mujeres), lo que les permite obtener beneficios en materia de salud como el Seguro Popular u otros programas sociales, pero en su mayoría son guatemaltecos con desprotección social en salud, al igual que el resto de las comunidades que se estarán abordando.

Figura 4: Mecanismos de búsqueda de atención población de Yalú



Fuente: Datos de archivos Proyecto.8.63.9.68 IDEI-DIGI/USAC.

El camino que viene desde Yalú hasta Talquián, se intercepta con el que proviene de “La Línea”, por lo que es menor la distancia que deben recorrer el resto de comunidades guatemaltecas, pero desde el mojón fronterizo que se encuentra a la salida del pueblo de Yalú hacia el resto del camino, es propiedad privada que atraviesa una finca de café y se encuentra ya en territorio mexicano (Imagen 4), por lo que el dueño les permite el paso a cambio de que ellos realicen el trabajo de mantenimiento del camino dos veces al año sin remuneración. Dependiendo de la capacidad física para transitarlo, el tiempo de recorrido suele ser de entre 20 y 40 minutos, esto dependerá también del peso de la carga que lleven, pues aprovechan la salida para trasladar mercancía hacia México o productos para su consumo a su regreso a la comunidad. Si no tomaran este camino, deben caminar por el llamado “caracol”, que manifiestan es más largo y peligroso, pues suelen haber asaltantes e incluso refieren un atraco sexual a una vecina.

Imagen 4: Yaluésenes retornando a su comunidad con compras realizadas en México



Fuente: Fotografía de archivo de trabajo de campo, año 2016.

De esta forma llegan al territorio de la zona alta del Soconusco y en el que refieren una mayor asistencia para su atención de la salud hacia tres poblados: Cabecera de Unión Juárez, Ejido Córdoba Matasanos y Ejido Talquián. En este último se encuentran únicamente tiendas, por

lo que se reduce a la compra de medicamentos populares⁷³ en estos negocios. En el Ejido de Córdoba, dijeron asistir al naturópata únicamente, este terapeuta alternativo llega a dar consulta los sábados. Ante la carencia de terapeutas tradicionales en su poblado, sus habitantes asisten a las comunidades de Unión Juárez (cabecera), Talquián, Córdoba Matasanos, 11 de abril, Mixcum y Tuxtla Chico para buscar ser atendidos por parteras, curadores, hueseros o naturópatas (Ver el cuadro número 4)⁷⁴.

Al Centro de Unión Juárez pueden asistir a cuatro espacios: a) Las tiendas, para comprar medicamentos básicos, esto incluye las ventas de medicamentos que se encuentran al interior del mercado de la localidad. En el centro se encuentran cuatro farmacias, en dos de ellas pueden comprar medicamentos y preguntar al dependiente sobre lo que les conviene al padecimiento que desean tratar. En las otras dos farmacias, son negocios de médicos del pueblo, por lo que se acostumbra a pasar a consulta y posteriormente comprar lo recetado en el negocio. De los dos médicos que actualmente tienen consultorio, únicamente uno de ellos el que reside en Unión Juárez y el otro médico llega ocasionalmente a trabajar. Además del ámbito privado, dentro de los servicios públicos pueden asistir al Centro de Salud. En el caso de la asistencia a la clínica del DIF, sólo una persona en Yalú, quien tiene a un hijo con problemas neurológicos mayores, dijo asistir a este centro de atención.

En su movilidad dentro del territorio guatemalteco, se pudo determinar dentro del trabajo de campo y en los archivos de la investigación mencionada que se trasladan hacia dos departamentos, que incluye cabeceras municipales u otros poblados. Para el caso de Quetzaltenango, los yaluénses dicen asistir a la Cabecera departamental de Quetzaltenango (Xela) y a Coatepeque. Además, refieren asistir a médicos privados, acción similar que realizan algunos mexicanos de Unión Juárez según las conversaciones que se sostuvieron. Coatepeque y Xela son ciudades con alto nivel comercial, por lo que la provisión de servicios médicos forma parte de la oferta en la zona. Mientras que, en el departamento de San Marcos,

⁷³ Por medicamentos populares entiendo todo aquel derivado químico o natural de carácter industrial farmacéutico que es comercializado en una amplia gama de comercios, no necesariamente farmacias o boticas, sino pueden encontrarse en tiendas, mercados u otros espacios, entre ellos se encuentran productos como el “nauseol”, “Alka Seltzer”, “Sal de uvas”, “aspirinas” y otros similares.

⁷⁴ A pesar de que en la actualidad está en funcionamiento la casa de salud, en el momento en que se obtuvo la información no lo estaba, por lo que no se encuentra referida en la figura 4.

su traslado puede darse a la cabecera departamental, en donde buscan tanto a médicos privados como el Hospital Nacional. Otra de las ciudades que buscan es Malacatán, en donde pueden, ya sea en Talismán (el poblado fronterizo) o en la misma cabecera municipal ser atendidos en el hospital público, farmacias o médicos privados. En su recorrido a Malacatán y Talismán, los yaluésenes tienden a internarse dentro del territorio mexicano y de nuevo ingresar a territorio guatemalteco por la facilidad que esto les significa. El traslado por esta vía les significa un aproximado de 60 ó 90 minutos y alrededor de 100 pesos mexicanos (viaje ida y vuelta). Si los habitantes quisieran llegar a estas poblaciones desde el mismo territorio guatemalteco, les significaría 3 horas y media y el costo se les triplicaría.

En su traslado dentro del territorio sibilense, a la aldea Chocabj pueden únicamente movilizarse de manera pedestre, lo que les significa un aproximado de 80 minutos en camino de pendiente, allí acuden tanto a las farmacias como al puesto de salud un aproximado de 6 kilómetros). De la Aldea Chocabj, pueden ir hacia el Centro de Salud de Sibinal, que se encuentra a 15 kilómetros, para lo cual toman transporte vehicular por camino de terracería recorrido que dura una hora.

Para enfermedades que puedan ser atendidas en casa, los comunitarios tienden a la autoatención o bien, esperar la llegada de los prestadores de servicios del MSPAS. Los medicamentos básicos que utilizan para la automedicación suelen comprarlo en sus mismas comunidades, ya sea porque llegan vendedores ambulantes o los compran en las tiendas comunitarias. Actualmente la comunidad mantiene el Botiquín Básico Comunitario que es otro medio para comprar medicina y tener consejo de los encargados de este. No existe en Yalú ningún terapeuta tradicional, la única persona con una especialidad similar en una partera capacitada por el MSPAS, sin embargo, las personas no confían en ella para la atención de su embarazo, parto y puerperio, además que, por trabajar en Unión Juárez, ella se mantiene más en el lado mexicano que en su vivienda de Yalú. Se debe especificar que, en la zona, lo común es que las suegras o las madres atiendan los partos, por lo que en general la búsqueda de comadronas se hace para curación de niños, más que de las madres.

En este sentido, los datos arrojados por el Ministerio de Salud en la memoria de labores dan cuenta de esta situación (anexo 15, cuadro14) ya que, de los partos atendidos, únicamente el 31% es por personal médico, mientras que las comadronas atendieron el 24%, mientras que el registro para atención empírica se eleva a un 44%, lo que da un total de un 68% de partos atendidos fuera de la institucionalidad médica (MSPAS , 2013 (b)). En el siguiente cuadro se observan los espacios de atención y actores sociales participantes en Yalú.

Cuadro 4: Actores, especialidades y espacios en donde buscan ser atendidos los habitantes guatemaltecos de la comunidad de Yalú, en el Municipio de Unión Juárez, Chiapas

Comunidad en Chiapas México	Terapeuta tradicional	Terapéutica alternativa	Médico Privado	Servicios públicos de salud	Hospital Público	Hospital privado
Unión Juárez	Dña M. Villagrán (Partera) Doña Toyita (curadora de susto) Doña Rosa (partera) Doña María (Comadrona) Doña Rosa (Partera) Don Cecilio (huesero y Chimán)		Dr. Pablo (Único activo proveyendo atención). Dr.Feliciano Dr. Alfredo	Clínica del DIF Centro de Salud		
Talquián	Doña Juana			Casa de Salud		
Córdoba	Huesero. No refieren el nombre	Osiel de León (naturópata)				
11 de abril	Doña Esperanza Verdúo					
Mixcum	Huesero sin especificar					
Trinidad			Médico guatemalteco que llega a dar consulta.			
Tuxtla Chico	Terapeuta sin especificar nombre ni especialidad					
Tapachula			Sin especificar			
Cacahoatán			Farmacias Simi, otra farmacia sin especificar Doctora Edith			
	El uso diferenciado del término comadrona para Guatemala y partera para México es utilizado desde los términos en cada país, aunque ambas definan la labor de terapeutas, cuyo trabajo desde la lógica comunitaria es el atender embarazo, parto o puerperio o enfermedades infantiles					

Comunidad en Chiapas México	Terapeuta tradicional	Terapéutica alternativa	Médico Privado	Servicios públicos de salud	Hospital Público	Hospital privado
Comunidades en Guatemala	Terapeuta tradicional	Terapéutica alternativa	Médico Privado	Servicios públicos de salud	Hospital Público	Hospital privado
Yalú	Doña Vero (Comadrona no Tradicional Formada por el Dirección de Área de Salud de San Marcos). Actualmente no existen terapeutas tradicionales en la comunidad, pues dicen que fueron muriendo sin enseñar a las nuevas generaciones					
Chocabj				Puesto de Salud "cuando hay fuerza para caminar".		
Sibinal				Centro de Salud		
Malacatán			Sin especificar persona		Hospital Regional la Montañita	
San Marcos					Hospital Nacional	Hospital
Coatepeque			Sin especificar el nombre del médico			

Fuente: Trabajo de campo 2016 (cuadro realizado con base ena varias entrevistas).

Para finalizar este apartado comentaremos que en los archivos de la investigación DIGI-USAC los pobladores dijeron tener las siguientes enfermedades, condiciones que requieren cuidados o padecimientos en las semanas que se les dio seguimiento:

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| ➤ infección de garganta | ➤ gastritis |
| ➤ malestar de pulmones | ➤ dolor de estómago |
| ➤ tos | ➤ parásitos |
| ➤ malestar de amígdalas | ➤ anemia |
| ➤ asma | ➤ atención de parto |
| ➤ tuberculosis | ➤ presión alta |
| ➤ dolor de huesos | ➤ mareos |
| ➤ dolor de cabeza | ➤ nervios |
| ➤ dolor de manos | ➤ comezón de cara |
| ➤ dolor de muelas | ➤ golpes |
| ➤ diarrea | |

Se puede notar que las molestias/enfermedades referidas en esta comunidad en el tiempo en el que se levantaron los datos, en su mayoría son de cuidados básicos y la morbilidad reportada por el Área de Salud de San Marcos (anexo 15, cuadros 9, 10 y 11), presenta datos que pueden empatarse con lo que en la comunidad mencionaron. Cabe recordar que muchas de estas enfermedades o padecimientos suele incluso, no llegar al centro o puesto de salud, pues por medio de autoatención y automedicación lo resuelven, ya sea por plantas medicinales o por medicina comprada en las diversas farmacias.

Sin embargo, llama la atención del caso de tuberculosis, que es una de las enfermedades que el sistema de salud guatemalteco mantiene bajo vigilancia y que para el año en que se levantaron esos datos, existía el reporte de un caso (Anexo 15, cuadro 15) en el Área de Salud (MSPAS- DAS San Marcos, 2013), pero se desconoce si el que se encuentra en el sistema de información en salud se refiere al mencionado en Yalú. En relación con el tema, es interesante que en algunas conversaciones con los unionjuarences, externalizaron la idea de los guatemaltecos como individuos a los que hay que tener cuidado al convivir, porque traen tuberculosis, incluso, una de las personas dijo tener platos aparte para darles a los guatemaltecos cuando llegan a visitarla, pues “los guatemaltecos son tuberculosos” (notas de campo, diciembre 2015).

Resalta la ausencia del servicio de salud en los datos encontrados respecto a la vacunación animal o humana, frente a la mención en otras comunidades, que tienen mejor acceso a la comunidad, podría incluso inferirse que las jornadas de vacunación no llegaron a esa comunidad, ya que el estudio se realizó al mismo tiempo que en las otras comunidades habiendo referencia en la aldea Chocabj, como veremos en su apartado.

4.3 Caso de la aldea Chocabj

La aldea Chocabj, a diferencia de Yalú (véase cuadro 5), cuenta con una vía de acceso a vehículos y del centro de Sibinal se encuentra a 15 km aproximadamente. A pesar de que el camino no tiene las mejores condiciones, se cuenta con transporte constante durante la mañana y parte de la tarde y cobran 20 quetzales por viaje sencillo hasta la cabecera municipal.

Dentro de la aldea se cuenta con un puesto de salud al cual se asiste comúnmente. Una de las acciones referidas para atenderse por medio de la automedicación, es la circulación de medicinas entre los habitantes; es decir, las medicinas pasan de mano en mano a través de las cuidadoras. No se tiene registro ni fue referida la asistencia a terapeutas tradicionales dentro de la aldea, sin embargo; si afirman ser atendidos por terapeutas tradicionales, en especial curanderas.

En el estudio “Situación actual sobre el relacionamiento de las y los terapeutas indígenas con servicios de salud” (OPS Guatemala, 2014) refiere la existencia de 16 terapeutas tradicionales dispersos en todo el territorio sibinalense y que cuentan con diversas especialidades, sin embargo, no se tiene registro de ninguno en la cabecera municipal. El uso del Centro de Salud dentro de la cabecera municipal también es mencionado como uno de sus destinos para ser atendidos.

La población más lejana a la que se desplazan para ser atendidos en caso de problemas mayores de salud, es la cabecera departamental de San Marcos que se encuentra aproximadamente a una hora y media de la cabecera municipal de Sibinal. En su paso al territorio mexicano, los habitantes de la aldea tienen como destino únicamente 3 poblaciones: Unión Juárez (Cabecera), Cacahoatán y Tapachula. Allí asistirán tanto a farmacias como

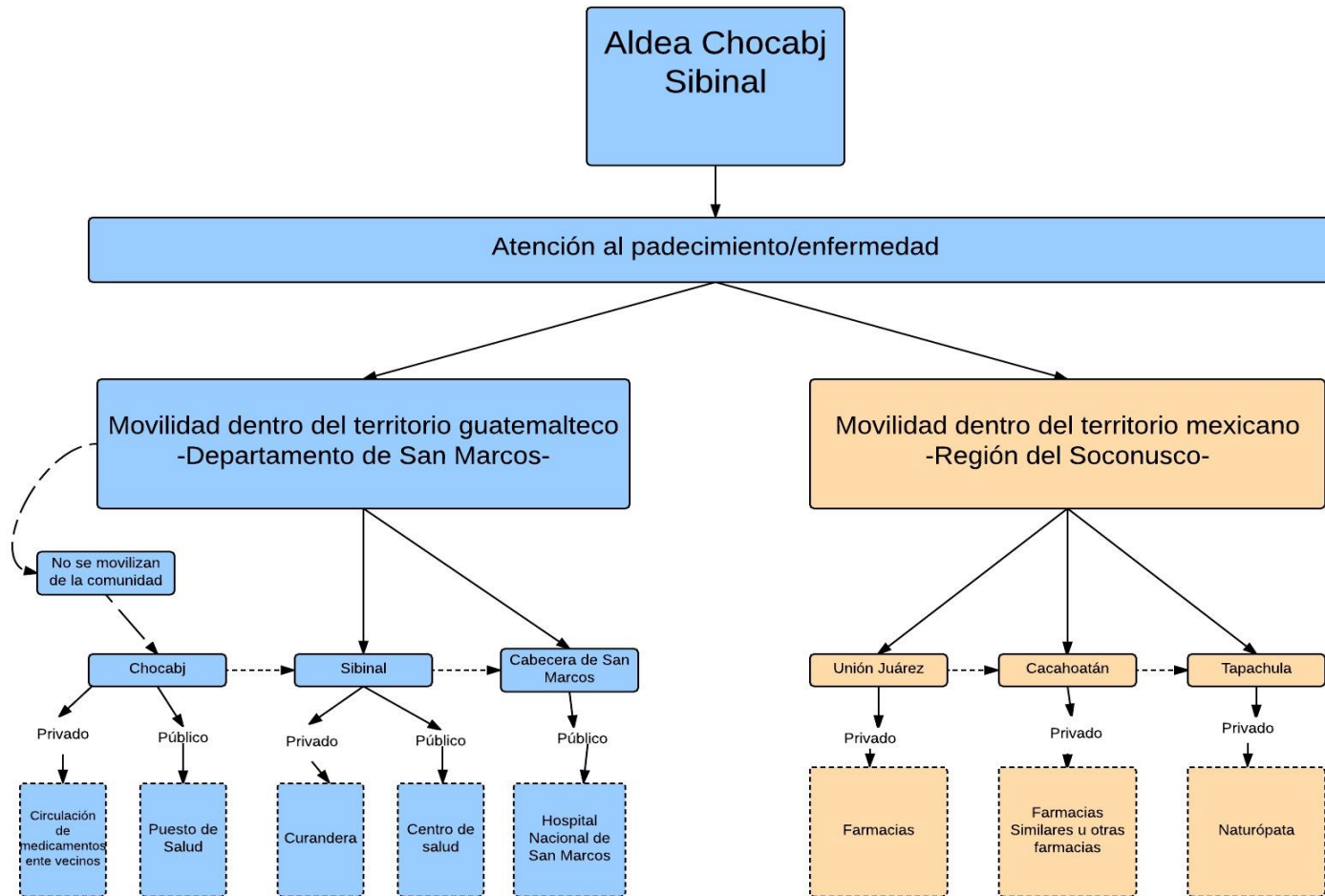
terapeutas alternativos. Hasta el momento, no hay referencia del uso del servicio público de salud en este país.

Entre las enfermedades/ padecimientos o medidas de prevención en salud reportadas en el estudio DIGI se encuentran:

- Vacunación infantil
- Vacunación animal
- Fiebre
- Gripe
- Malestar de garganta
- Debilidad
- Dolor de cabeza
- Sangrado de Nariz
- Anemia
- Dolor de huesos
- Gastritis
- Malestares estomacales
- Vómitos
- Diarreas
- Tos
- Enfermedad de riñones (Causa de hospitalización)

A diferencia de la comunidad anterior, acá si se evidencia las jornadas de vacunación del MSPAS, pero influye el hecho de que en esa comunidad si exista una unidad mínima (puesto de salud) y el acceso a la comunidad no es tan dificultoso, a diferencia de las otras comunidades. Respecto a las enfermedades, únicamente el padecimiento renal resalta frente a las otras para el cual refirieron haber utilizado servicios hospitalarios en Guatemala. Llama la atención aquellas que reconocen como debilidad y anemia, ya que son zonas priorizadas en el país, donde existe vulnerabilidad en seguridad alimentaria. Puede asociarse esto a la alta compra de vitaminas en la comunidad, como puede verse en el cuadro de los medicamentos comprados en cada comunidad (Anexo 14).

Figura 5: Mecanismos de búsqueda de atención población Chocabj



Fuente: Datos de archivos Proyecto.8.63.9.68 IDEI-DIGI/USAC, 2015.

4.4 Caso del caserío Tibancuche

Tibancuche, también perteneciente a Sibinal, se encuentra muy cercano a la Aldea Chocabj, lugar donde se ubica el puesto de salud del Ministerio de Salud. La población de este caserío, a diferencia Yalú y Chocabj, manifestó una menor asistencia a los servicios de salud mexicanos y una mayor a espacios guatemaltecos para la atención de su salud, en el que la atención dentro de los servicios privados tiene una alta frecuencia (ver figura 6). En el caso de Tibancuche se incluye entre los espacios que acuden, al municipio de San José el Rodeo que dista a 96 Km. que se recorre en dos horas y media en vehículo. Dijeron asistir a una clínica privada, pero se encontró que las redes familiares juegan un papel importante para quien hace uso de esta clínica, pues ellos proveen alojamiento, lo que reduce costos asociados a la atención en salud. En este caso se observa que, al contar con recursos económicos, se tienen la posibilidad de escoger el lugar a pesar de la lejanía, creando una diferencia con comunidades como Yalú, quienes en su mayoría asisten por necesidad a los servicios mexicanos, siendo prácticamente su única opción por el hecho de ganar en pesos y por tanto afectados por la diferencia cambiaria. Así pues, el contar con ingreso en quetzales será importante para tomar la decisión por elección y no por necesidad como se demuestra en este caso.

Malacatán es otro de los municipios lejanos a los que llegan, pero allí buscan el hospital público “La Montañita”. Es de suponer que a este lugar asisten para casos de enfermedad mayor, accidentes, entre otros, pues está catalogado dentro de la red de servicios como de tercer nivel de atención. La cartera de servicios de este hospital distrital incluye gineco-obstetricia, pediatría general, medicina integral, cirugía general, traumatología, psicología y nutrición (Hospital Nacional de Malacatán, 2013).

Cabe hacer mención de que cuando la atención queda dentro del Municipio de Sibinal, optan por uno de los tres destinos: Su misma comunidad, Chocabj y la cabecera municipal. En su comunidad asisten al puesto de salud (primer nivel de atención) o bien, compran el medicamento en las tiendas o los botiquines comunitarios. En Chocabj se reduce al uso del puesto de salud de esa aldea (primer nivel de atención) o la compra de medicamentos, ya sea en el Botiquín Rural Comunitario o en las farmacias. En la cabecera municipal el destino

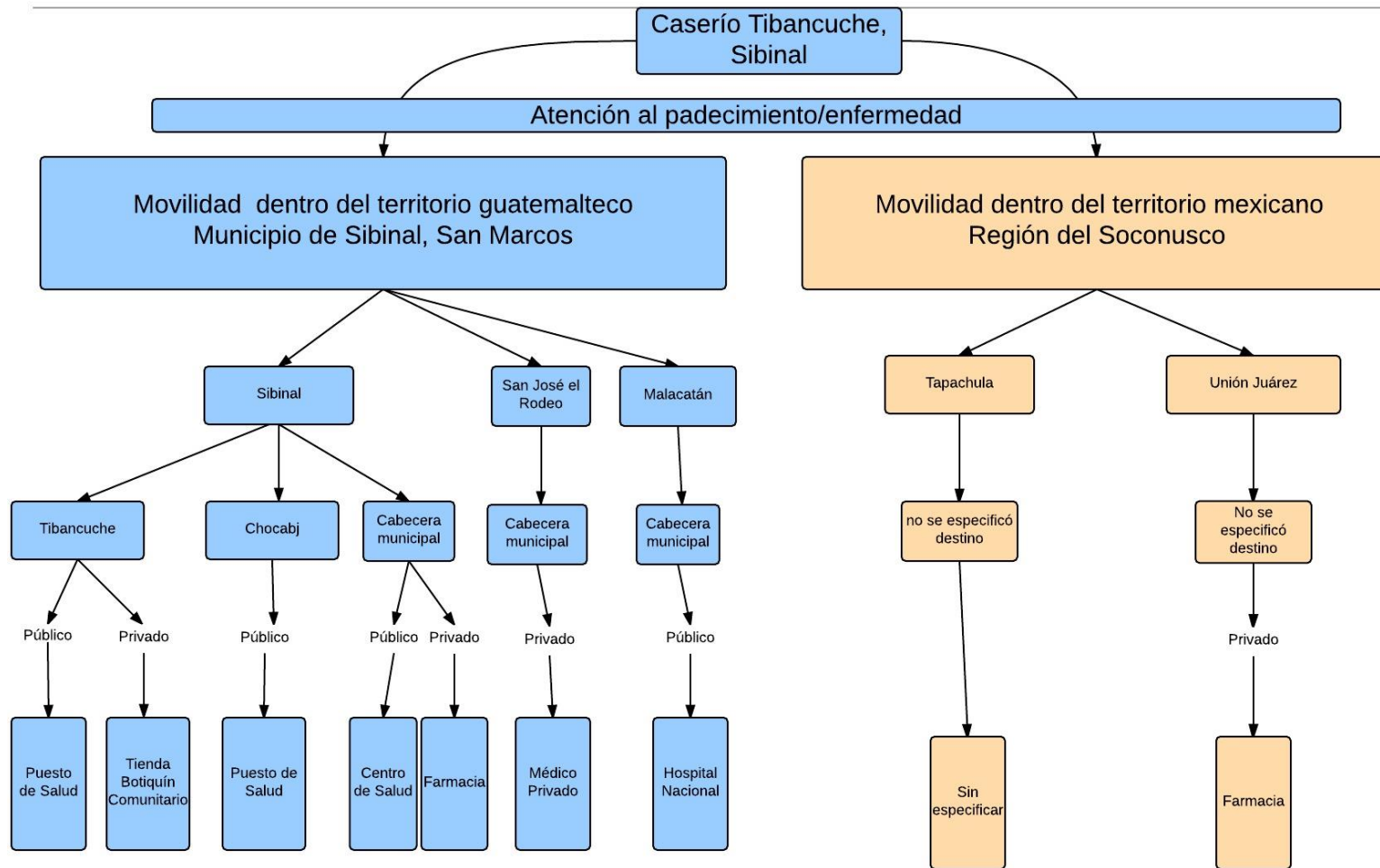
descrito es el Centro de Salud (segundo nivel de atención) o las farmacias instaladas en el pueblo.

La movilidad hacia el lado mexicano es menor y sus destinos son Unión Juárez, como la mayoría de los otros poblados, pero asisten también hasta la ciudad de Tapachula. Comunidad que explicita a Tapachula como ciudad destino para atender su salud, pero no identificaron si utilizan servicios públicos o privados, situación que no pudo determinarse tampoco para Unión Juárez, en donde únicamente dijeron que uno de los destinos son las farmacias. A través de los archivos de la investigación DIGI-USAC, los pobladores dijeron tener las siguientes enfermedades, condiciones que requieren cuidados en las semanas que se les dio seguimiento:

- Infección estomacal
- Diarreas
- Dolor de estómago
- Gastritis
- Anemia
- Embarazo
- Presión alta
- Infecciones de garganta
- Malestar de bronquios
- Dolor de pulmones
- Gripes
- Neumonía
- Ataque de flemas
- Tos
- Dolor de cabeza
- Dolor de huesos
- Dolor general

Las enfermedades que reconocieron padecer y atender en el período que se les dio seguimiento, están relacionadas también con la morbilidad general reportada por el MSPAS en el municipio, que en general son IRAS y EDAS (Anexo 15, cuadro 9), sin embargo, llama la atención la persistencia de la referencia al dolor, y que empata con la alta compra de medicamentos para ello en la comunidad y que puede verse en el cuadro de los medicamentos comprados por las familias a las que se le dio seguimiento (anexo 14) .

Figura 6: Mecanismos de búsqueda de atención población Tibancuche



Fuente: Datos de archivos Proyecto.8.63.9.68 IDEI-DIGI/USAC, 2015.

4.5 Caso de aldea Toniná

Las familias de Toniná demuestran una baja dinámica de traslado, tanto en territorio guatemalteco como mexicano, esta última se reduce al municipio de Unión Juárez. A diferencia de las otras poblaciones que van al servicio público mexicano de la Secretaría de Salud; ellos sólo mencionan comprar medicamentos en farmacias o tiendas locales o consulta con médicos privados. De la misma forma, su movilidad dentro del territorio guatemalteco no abarca grandes distancias. Según lo que informaron, el lugar más lejano para asistir a los servicios de salud es la cabecera municipal de Sibinal, donde se acercan tanto al centro de salud del MSPAS y al igual que los otros lugares, suelen comprar medicinas o vitaminas en las farmacias de allí. Dijeron asistir también al centro de salud de Chocabj (Véase figura 7).

Dicha comunidad se desarrollan tres fenómenos con diferentes estrategias de atención: la primera, es que el personal de salud del MSPAS llega eventualmente para vacunar, pesar y tallar a menores, así como otorgar atención de enfermedad común, la segunda se relaciona con la compra de medicinas en la tienda local. Finalmente, la tercera refiere a la circulación de vendedores de medicina (guatemaltecos y mexicanos), que se ha convertido es otra forma de agenciarse de estos elementos. La regularidad la estrategia de circulación de medicamentos, ha sido ya descrita para las comunidades anteriores. En los archivos de la investigación DIGI-USAC los pobladores dijeron tener las siguientes enfermedades, condiciones que requieren cuidados o padecimientos en las semanas que se les dio seguimiento:

- Gripe
- Tos
- Dolor de huesos
- Dolor de cabeza
- Cortadas
- Colitis
- Parásitos
- Mal de ojo
- Enfermedad de riñones
- Chikungunya
- Cortadas
- Infecciones de ojos
- Dolor de estómago

Fuera de la morbilidad normal para la zona, resalta, al igual que en la comunidad de Chocabj, otro caso de enfermedad renal. En el año en que se levantaron los datos del archivo analizado, no existe información en los registros del Área de Salud de San Marcos (MSPAS- DAS San

Marcos, 2013) sobre casos de enfermedad renal crónica (ERC) y por tanto, que el Ministerio de Salud les esté dando seguimiento, ya que en ambos casos las personas dijeron que son atendidas desde el ámbito privado en Guatemala. Respecto a la enfermedad renal crónica en el istmo centroamericano, puede mencionarse que:

En la región de Centro América un 40% de los pacientes con ERC, la etiología no se asocia a causas tradicionales, como diabetes o hipertensión, y se está desarrollando una epidemia de ERC que se presenta en poblaciones jóvenes que viven a pocos metros sobre el nivel del mar, trabajadores del agro y asociada a múltiples factores como: exposición al calor, deshidratación severa, exposición a agroquímicos, uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos en un contexto de pobreza, malnutrición y bajo peso al nacer entre otros (Loaiza y Sánchez, 2017, p.22).

En la cita anterior se destaca que, a diferencia de las causas tradicionales reportadas para otras regiones de las Américas, para el istmo centroamericano, situaciones como el ser agricultores, trabajar en zonas bajas, uso de antiinflamatorios, mal nutrición y peso bajo al nacer, son determinantes de la enfermedad renal y todas ellas, se conjugan en las formas de vida de los habitantes de la zona de análisis.

Debemos tomar en cuenta que la población de Toniná y de las otras localidades, viven en condiciones de pobreza. El total del municipio de Sibinal forma parte de los municipios priorizados pues la pobreza rural es muy alta, como ya se han mencionado previamente y, por ende, nacer con bajo peso y llevar una malnutrición es común en sus pobladores (puede verse en el cuadro 9 en el anexo 9, que existe dentro de las diez primeras causas de morbilidad infantil, la falta de desarrollo fisiológico normal).

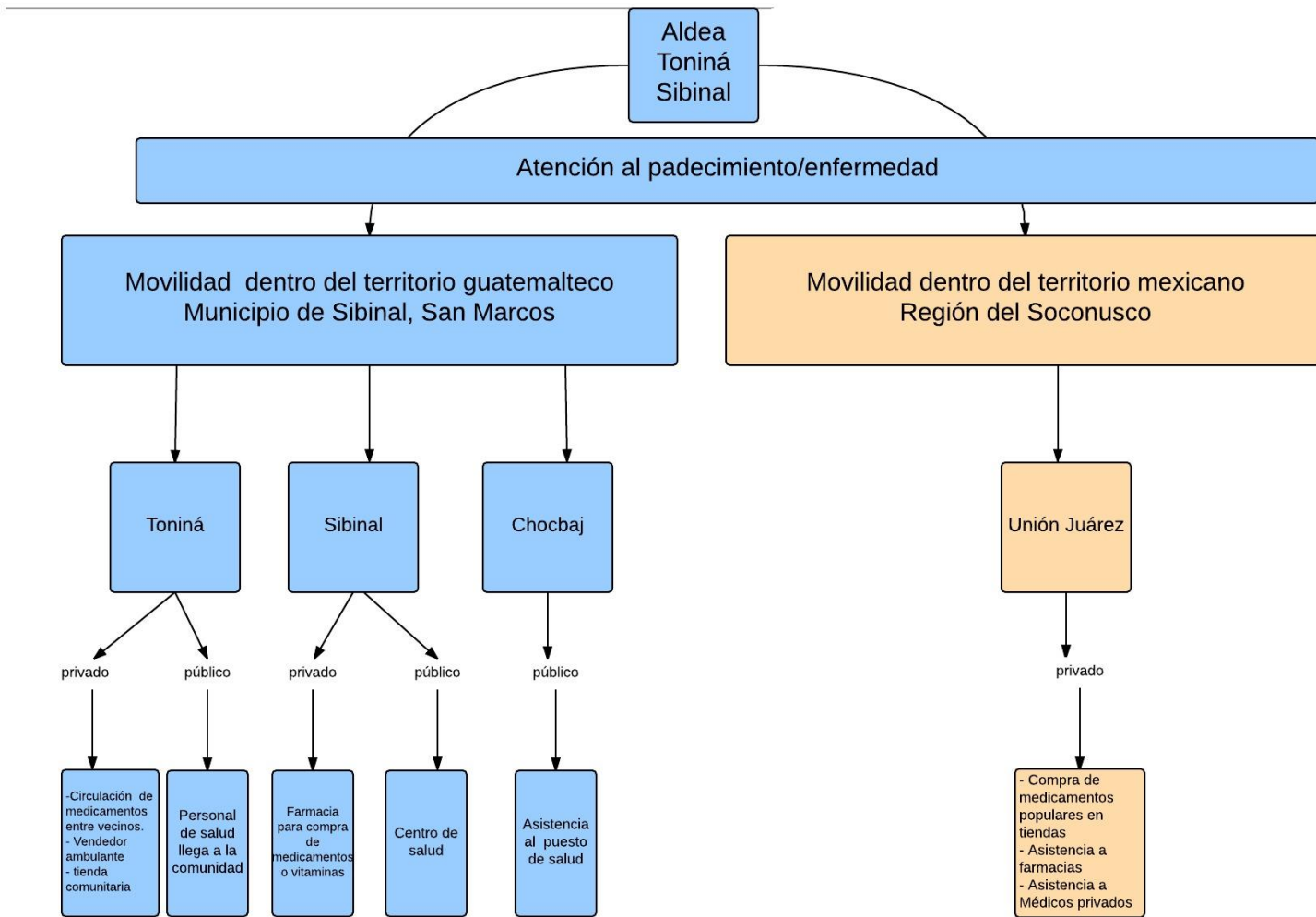
Además, como se puede ver en el anexo 8, en el cuadro referente a los medicamentos que mencionaron comprar durante el tiempo que duró el estudio del IDEI-USAC un alto consumo de antiinflamatorios de tipo no esteroideo, de aplicación local, por vía oral o de aplicación dérmica. El hecho de que sean trabajadores migrantes estacionales en zonas bajas (en la Costa Sur de Guatemala o en el Soconusco, en Chiapas), es otro de los determinantes que empata con la situación comunitaria, pues muchos de ellos suelen bajar a trabajar en la zafra o en los cultivos de frutas en las partes bajas, exponiéndose al calor, la deshidratación y los agroquímicos, por ello, es un tema que tendría que dársele seguimiento en relación con la determinación social de la enfermedad en zona transfronteriza. Esta misma situación de migración laboral a zonas bajas o su constante movilidad hacia esas regiones, puede ser la

causa de que exista la referencia a un caso de chikungunya, que es una de las únicas acciones que la gerencia en salud de San Marcos reconoció tener una coordinación con su homólogo

Por último, no está de más decir que, a pesar de que son zonas donde no existen terapeutas tradicionales, sigue prevaleciendo el padecimiento del mal de ojo, las cuales se realizan en casa y que puede verse en la compra del material⁷⁵ para realizar la curación (Anexo 14).

⁷⁵ Puede encontrarse en el apartado denominado fórmulas magistrales (preparados populares).

Figura 7: Mecanismos de búsqueda de atención población Toniná



Fuente: Datos de archivos Proyecto.8.63.9.68 IDEI-DIGI/USAC, 2015.

4.6 Relación entre enfermedades locales, padecimientos y medicamentos reportados como consumidos o comprados (anexo 14)

Como ya se mencionó, la captura de los datos de consultas y reconsultas en los formularios (Ver anexo 18) del SIGSA⁷⁶ deben ser llenados por el personal de salud que se encuentre a cargo del caso del o la consultante⁷⁷. En ella, a pesar de existe una casilla exclusiva para el diagnóstico otorgado por el personal de salud basado en la clasificación del CIE-10, existe la posibilidad que, en algunos casos de padecimientos no comunes, sea difícil poder identificarlos por el enfermero (a) auxiliar, ya que sus capacidades profesionales son muy básicas⁷⁸.

En las comunidades a cargo de la extensión de cobertura, las instituciones a cargo tendrían dentro de sus funciones primarias, realizar un análisis de la situación comunitaria en salud, incluyendo discapacidades u otras enfermedades no comunes e ingresarlos en los datos del Ministerio, pero al cotejar con los registros del SIGSA (MSPAS, 2013), no se reportan ciertas enfermedades como epilepsias (diagnosticadas desde el ámbito privado), crisis convulsivas o trastornos mentales que fueron evidentes en el trabajo de campo realizado en la comunidad de Yalú⁷⁹.

Sin embargo, los datos otorgados para el municipio respecto a pobreza pueden coincidir con la información del alto consumo en las comunidades de suplementos vitamínicos (anexo14), como de los datos que registra el SIGSA en referencia a la incidencia de las anemias o desnutriciones, las cuales son mayores en niños menores de 5 años y mujeres. De la misma forma, las enfermedades reportadas en esta base estadística del MSPAS con relación con enfermedad común en todo el municipio coincide con la compra de antibióticos, antiparasitarios o medicamentos utilizados para enfermedades respiratorias.

Uno de los datos que llama la atención en la compra de los medicamentos realizada por los comunitarios, es la excesiva compra de antiinflamatorios o medicamentos relacionados con

⁷⁶ Formularios de ingreso de datos del Sistema de Información Gerencial en Salud -SIGSA-

⁷⁷ La información de este apartado se realiza con base a la Memoria de Labores del Área de Salud del MSPAS 2013, en conjunto con los archivos de la encuesta familiar en la investigación de DIGI USAC, donde las personas reportaron enfermedades y medicamentos comprados durante 8 semanas.

⁷⁸ La enfermería auxiliar es un técnico.

⁷⁹ Debe destacarse que el formulario de ingreso de información de demanda diaria de consulta, si incluye la variable discapacidad anexo 18.

alivio del dolor. No existe en la Memoria de Labores del MSPAS algún dato que pudiera dar explicación de estos padecimientos en la población, evidenciándose en el cuestionario que estos medicamentos no son otorgados por el Ministerio, sino comprados en negocios formales e informales. Dentro de la información se pudo corroborar con base a las marcas de los medicamentos, que circula producto de origen tanto guatemalteco, mexicano como salvadoreño. A la par, los registros del cuestionario si dan cuenta de la labor del Ministerio en materia de vacunación tanto animal como humana, ya que reportan constantemente los comunitarios la presencia del Ministerio para este fin.

Respecto a la medicina tradicional, puede encontrarse que, al interior de los hogares, el uso común de la herbolaria, plantas en su mayoría son recolectadas en los bosques cercanos o los tienen sembrados en sus hogares, pero la asistencia a comadronas, curadores u otro especialista de este tipo no es común, por lo que se asumen que existe un alto conocimiento en las formas tradicionales y populares de curación. Puede inferirse en una de las boletas, que al interior de un hogar se trató el mal de ojo, por el reporte de uso tanto de las plantas medicinales como de materiales que expresaron haber comprado como el vino tinto y la loción violeta que en esa semana coincide con el uso de ruda (cuadro 4).

Por población se refleja los siguientes datos, que serán de utilidad para el análisis final:

- La comunidad de Yalú reportó una mayor compra de antiinflamatorios y antibióticos.
- Tibancuche tiene un mayor registro de antiinflamatorios, vitaminas y antibióticos
- Chocabj tiene una mayor variedad en sus compras, pero los vitamínicos son el producto más comprado.
- Toniná por su parte, registro un alto consumo de vitamínicos, antibiótico y antiinflamatorios

La estrategia de la circularidad perifronteriza para buscar ser atendidos es evidente en cada uno de los cuatro poblados que se han ejemplificado, determinado ese movimiento por los accesos y las lógicas de racionalidad. En cada uno de los casos podemos apreciar elementos propios del fenómeno de frontera, como la economía de frontera, la circularidad humana, de productos, la continuidad geográfica-cultural, la disyuntiva entre ser nacional- extranjero y el olvido del estado de las poblaciones de los bordes, elementos que iremos analizando en los siguientes capítulos.

Capítulo V. El contacto de los migrantes perifronterizos con los profesionales de la salud en el Soconusco

5.1 Caracterización del personal sanitario

El personal sanitario o personal de salud es toda aquella persona que trabaja en el ámbito sanitario y que, bajo la estructura de la salud pública, son proveedores de cuidados médicos a nivel de salud primaria o de especialidad, incluso, aquellos dedicados a la promoción preventiva y que son parte del recurso humano en salud a nivel público o privado de un país.⁸⁰

Estas personas tienen diferentes profesiones y grados de especialización, pudiendo ser personal de enfermería (desde su grado técnico hasta con posgrados o especialidades), médicos (con diferentes niveles de especialidad y subespecialidades médicas), farmacéuticos, parteras/os profesionales⁸¹, profesionales dentistas, dietistas o nutriólogos, terapeutas (fisioterapeutas, terapeuta del habla u ocupacional) o trabajadores sociales (Merck Sharp y Dohme Corp, 2016).

En los diferentes servicios de salud de Unión Juárez y dependiendo de la naturaleza del servicio de salud, se encuentran varias especialidades y en el centro de salud de la Secretaría de Salud, es donde mayor variedad de personal de ellos se cuenta, ya que, en la localidad, es el servicio de mayor complejidad.

Así, de las personas que fueron entrevistadas o con las que se tuvo relación en el momento de la investigación se encuentran médicos generales, enfermeros profesionales y técnicos, terapeutas físicas, psicólogos, trabajadores sociales. A continuación, presentamos su perfil para entender el tipo de vinculación que tienen con los guatemaltecos y que, como veremos, incide en la relación médico-paciente y en su representación como migrante.

⁸⁰ https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672:human-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&Itemid=42273&lang=es

⁸¹ Esta figura no se encuentra reconocida legalmente en la estructura sanitaria de Guatemala ni México, no así son ajenas a la estructura de salud pública internacional, sin embargo, hay personas formadas en países como Argentina o España que han migrado hacia México y ejercen de forma privada en espacios de atención alternativa (casas de partos).

5.1.1 Las y los médicos

En general podríamos dividir a los médicos que atienden en Unión Juárez en 2 tipos: Los que residen en Unión Juárez y los que son externos y sólo suben a trabajar, pues su plaza se encuentra en la localidad.

Quienes suben diariamente a Unión Juárez o sus diferentes ejidos, en el caso de nuestro estudio, el ejido de Talquián, son médicas y médicos, formados en las escuelas que se encuentran en Tapachula y originarios de esa ciudad o algunas otras ciudades cercanas de la parte baja. Una de las médicas, realizó su servicio social en el centro de salud de Unión, lo que le provee una vinculación previa en su nuevo puesto de trabajo. Como todo trabajador de salud, muchos de ellos, en su búsqueda de plazas definitivas dentro de las instituciones del Estado, rotan su trabajo en diferentes servicios en poblaciones lejanas a su lugar de residencia, ya que las plazas en las ciudades grandes son las más demandadas y pocas veces logran acceder a ellas, por lo que estratégicamente toman las plazas de las poblaciones relativamente cercanas, aunque tienen el anhelo de encontrar siempre una plaza en una localidad más cercana a su residencia.

Son profesionales, hombres y mujeres que están en puestos de atención clínica y gerencia, en turnos de fin de semana o diario, algunas personas recién graduadas (comúnmente las que están a cargo de la atención) y otras que ya tienen varios años de experiencia (con cargos de gerencia de servicios) y se desplazan a esta comunidad ya sea en transporte público o los que tienen vehículo, comparten el viaje con otros trabajadores que recogen a lo largo del camino. Las personas jóvenes no cuentan con una plaza definitiva, por lo que sus contratos deben concursarlos para plazas de término, desconocemos si las personas con más años trabajando en el sector público tiene plazas fijas, ninguna de ellas da consulta privada en la localidad y comúnmente no tienen un vínculo familiar en la comunidad ni con guatemaltecos.

Existe otro grupo de profesionales médicos que residen en la cabecera municipal de Unión Juárez. Al igual que el grupo anterior, todos se han formado ya sea en Tapachula o en Comitán. En el caso de los dos médicos que tienen más años dando consulta, ambos son tapachultecos que llegaron a instalar su clínica médica hace mucho tiempo, razón de la confianza que tienen las personas hacia ellos como profesionales, algunas veces han alternado su trabajo con la atención en el sector público y su vínculo con la población

guatemalteca no se da más que en la consulta clínica. Por otro lado, existe un grupo de jóvenes médicos que o son originarios del lugar o tienen vínculos familiares que les unen a Unión Juárez y en algunos casos, también tienen familia en Guatemala.

Dos de los médicos entrevistados son mexicanos por nacimiento, pero hijos de una familia refugiada política que llegó desplazada por motivos del conflicto armado interno guatemalteco en los años 80 del siglo pasado y se instaló en el municipio, eso les crea vinculaciones muy fuertes con Guatemala a ambos médicos y es común su desplazamiento hacia Sibinal cada cierto tiempo para ir a visitar a la familia. La otra médica, recién egresada, es originaria de Comitán, pero su padre es de Unión Juárez y se instaló en la población desde el momento en el que llegó a hacer el servicio social en el centro de salud.

Todos ellos iniciaron a dar consulta siendo estudiantes, cuando eligieron el centro de salud de Unión Juárez para realizar su servicio social, momento en el que empezaron a vincularse profesionalmente con la población local y guatemalteca y tienen mucha aceptación en el pueblo. Actualmente una de ellas da atención en el ámbito privado (sin un consultorio formal) y ha instalado estratégicamente una farmacia enfrente del centro de salud, otro de los médicos tiene trabajo temporal en la clínica del DIF y uno más está en la etapa de servicio social en el Centro de Salud, todos tienen demanda por fuera de la clínica y visitan a domicilio cuando es necesario, si la gente del pueblo viene a “pedirles favor”.

Esta dinámica de “aceptar hacer el favor”⁸² es muy propia del actuar de los médicos jóvenes recién graduados en las poblaciones rurales cuando son originarios del pueblo y aún no han establecido su consultorio clínico. Es una forma de compromiso con los suyos y parte de su proceso de integración como adulto a la vida comunitaria y maneras del cómo se crea y sostiene el capital social y cultural comunitario de estos jóvenes.

En las lógicas comunitarias, esta primera etapa de la formación médica y consolidación del estatus personal y prestigio profesional en la comunidad, funciona bajo lógicas muy parecidas a la formas y razones por las que son buscados los terapeutas tradicionales al interior de una localidad, porque son personas que curan y son personajes que apoyan el sostén del ciclo vital de las unidades domésticas comúnmente de escasos recursos. Usualmente ellos sienten

⁸² Pueden ser consultas médicas, curaciones, aplicación de inyecciones, los enfermeros y las enfermeras suelen también ser personajes a los que se les solicita “el favor”.

el compromiso de atender el llamado, muy pocas veces cobran o cobran muy poco y la gente les retribuye en especie por medio del trueque (gallinas, puercos, comida preparada o verdura o fruta que tienen en sus huertos).

Dentro del andamiaje del tejido social, estas son formas vinculativas y de pertenencia a un grupo o una comunidad. Es un ejemplo de la forma en cómo se expresan los determinantes del tejido social propuesto por Mendoza y Gonzáles (Alonso, 2016). Este elemento de referencia social es de orden comunitario ya que le provee al individuo referentes de pertenencia grupal y participación en el colectivo, siendo una relación funcional, como la descrita por Martín-Baró (1990) y que se rompe parcialmente en el momento en que entra el médico a la lógica del mercado, al instalar su consultorio privado.

5.1.2 El personal de enfermería

El personal de enfermería supera en número al personal médico. Son hombres y mujeres, unos cuantos tienen plaza fija en los servicios de salud, algunos son profesionales y otros técnicos, de eso depende su función dentro de los servicios de salud. Suelen estar en la recepción, en consulta y cuidados, a veces y sobre todo los fines de semana cuando los médicos no están, suelen suplirlos en la consulta clínica si la causa amerita.

Muchos de ellos también han recibido su formación profesional en las ciudades del Soconusco bajo (Cacahoatán, Tuxtla Chico, Tapachula) y la mayoría son habitantes de Unión Juárez, del centro o de los ejidos, lo que hace que también juegue a su favor en relación con sus vínculos comunitarios. Por ello, es muy fácil que identifiquen las personas que no son propias de Unión Juárez. Sus edades son muy variadas, ya que hay desde chicas que están haciendo su servicio social, hasta enfermeras con muchos años de trabajar en el servicio.

Las chicas que hacen el servicio social, son originarias de los ejidos, pero estudiantes del Colegio Profesional de Educación Profesional Técnica -CONALEP- ubicado en Tuxtla Chico, uno de los municipios del Soconusco bajo, que se encuentra entre Cacahoatán y Tapachula y que fueron asignadas en ese centro de salud de la Secretaría.

Existen enfermeras que no son originarias de la comunidad, pero que se han quedado a vivir en ella. Por ejemplo, la enfermera del IMSS-Prospera, llegó hace 25 años a Unión Juárez y ya que su residencia es muy lejana, de lunes a viernes reside en el pueblo y el fin de semana

va hacia su casa a visitar a su familia (hijas). Otras de ellas, se han casado con unión juarences y han construido su vida en la localidad, de los enfermeros varones, dijeron ser originarios del lugar.

Comúnmente quienes viven en el centro de Unión Juárez, pueden tomar tanto los turnos diurnos como nocturnos (El centro de salud atiende las 24 horas, en el turno de la noche y domingos, únicamente en su modalidad de emergencia y urgencia médica). Aquellos que son habitantes de los ejidos suelen trabajar en la mañana, o realizar el turno nocturno, por cuestión del transporte⁸³.

5.1.3 Otros trabajadores de salud

A pesar de que en el Centro de salud trabajan psicólogos, dentistas, nutriólogos, todos ellos no viven en Unión Juárez y ya que la autorización del comité de ética e investigación de la Jurisdicción Sanitaria VII salió tardíamente⁸⁴, no pudieron ser entrevistados. Desconocemos también si ellos y ellas dan consulta a guatemaltecos, por lo que se describirá únicamente el perfil de los trabajadores sociales, psicólogo y terapeuta física con quienes se tuvo contacto constante.

En el caso de las trabajadoras sociales, son tapachultecas quienes provienen de una escuela formadora en su ciudad natal, son jóvenes de clase media y quienes no expresaron intenciones de seguir en Unión Juárez posterior a culminar su estancia de servicio social en el centro de salud. Una de ellas está asignada para el turno diario de las mañanas y la otra pasante labora el fin de semana, desplazándose desde Tapachula hasta el pueblo para cumplir su servicio.

Respecto a la terapeuta física y el psicólogo, ambos laboran en el DIF municipal⁸⁵ en su única jornada (diurna). Como se verá adelante, las plazas laborales en el DIF son temporales, ya que son puestos de confianza otorgados por la administración municipal en turno, incidiendo en su permanencia en el puesto.

⁸³ A pesar de que los taxis colectivos y las “combies” empiezan a funcionar muy temprano, a las 6 de la tarde van bajando los últimos taxis hacia Cacahoatán, para realizar el último viaje desde Cacahoatán hasta la localidad a las 8 de la noche aproximadamente.

⁸⁴ Más adelante se explica la forma de proceder ante este contratiempo en la investigación.

⁸⁵ Instalaciones municipales del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

De los tres años que dura la gestión municipal, el psicólogo tenía dos años y medio de trabajar en el DIF de Unión Juárez, sin embargo, él ha tenido contacto con Unión Juárez desde los 13 (ya es una persona de unos 60 años aproximadamente). Él no tiene dentro de sus pacientes a guatemaltecos, sin embargo, como parte de sus dinámicas dentro del centro, suele utilizar el tiempo muerto en sala de espera para abordar temas como violencia, autoestima o educación sexual y es el momento en el que comparte con la población guatemalteca que demanda atención clínica médica. A pesar de ello, por su historia de vida conoce la zona (participó activamente en grupos juveniles en la iglesia católica), se ha movilizado mucho al espacio guatemalteco a través de los puntos ciegos y conoce muy bien poblados que están muy lejos del borde fronterizo, lo que demuestra en sus comentarios cuando habla.

Por último, la terapeuta física, es originaria de Unión Juárez y vive en el municipio, sin embargo, es hija de un guatemalteco que durante su vida productiva fue trabajador de finca de café en Unión Juárez, poblado al que posteriormente migró y donde ella nació. Esta característica hace que ella también tenga muchísima relación con la población guatemalteca, más allá de que sean sus pacientes, incluso siendo un enlace entre el personal de salud con los comunitarios guatemaltecos cuando por alguna razón no pueden bajar a la consulta que está agendada, ya que cuenta con teléfono con señal guatemalteca, a donde le escriben. Por ello, además de su labor como terapeuta, es una pieza fundamental en la relación de los guatemaltecos con ese servicio de salud.

5.2 Medicina clínica

5.2.1 Espacios privados

En la medicina de tipo biomédica, los espacios para la atención pueden dividirse en espacios de atención privados y públicos: los primeros son clínicas de médicos que, aunque no son locales, tienen muchos años viviendo en Unión Juárez, que es el caso del Dr. Feliciano y el Dr. Pablo, quienes además han puesto farmacia. En el caso del Dr. Feliciano, aparte del ejercicio de la clínica privada, en otros momentos ha trabajado como médico en el DIF de Unión Juárez y, actualmente se mantiene más en Tapachula, llegando a dar consulta los fines de semana. Los guatemaltecos lo refirieron en pocas ocasiones y no llegan a tenerle

confianza, según las pláticas que se sostuvieron con algunos guatemaltecos con los que se habló cuando esperaban turno en el centro de salud de Unión Juárez (notas de campo, diciembre 2015). Por su parte, el Dr. Pablo, a pesar de que es considerado como “carero”⁸⁶, fue bastante mencionado por los guatemaltecos. En algunos momentos pudo observarse en la sala de espera del centro de salud que, guatemaltecos que no conocían, entraban a preguntar si ese era su consultorio, como se observa en las siguientes notas de campo:

Durante la espera en el consultorio, se observa un grupo de aproximadamente 5 o 6 personas, dos de ellas indígenas guatemaltecas, identificables por su vestuario. Se acercan a la recepción y parece preguntarles si les atenderían, las enfermeras les piden esperar un momento y ellas salen del local. Al rato le preguntan a una de las pacientes en la sala de espera ¿Esta es la clínica del Dr. Pablo? La mujer les dice que no y les explica cómo llegar [Salen de la clínica, camino abajo].

Al rato salen las enfermeras buscándoles y dicen “a saber qué se hicieron las migrantes”.

Se les pregunta “¿Buscan a las mujeres indígenas que entraron?”, “sí” – contestan-, fueron a buscar al Dr. Pablo?

“¡No que muy enfermas!, bueno, si quieren gastar 500, 1000 pesos, acá se les iba a atender [gratis]” (notas de campo, abril de 2016).

Este episodio es importante, porque las mujeres buscaban específicamente al Dr. Pablo, siendo personas que venían de localidades guatemaltecas, alejadas de la adyacencia pues, en las comunidades de nuestro interés cercanas a la línea, no es común el uso del traje tradicional y es en los poblados que se adentran en territorio nacional guatemalteco, en donde las mujeres utilizan la vestimenta indígena. En 2014, en la cabecera municipal de Sibinal, en charlas con los habitantes se refirió a Don Pablo, lo que quiere decir que las comunidades más alejadas, viajan largas distancias para buscar a este médico.

Su consultorio está muy bien ubicado, en una de las esquinas del parque central de Unión Juárez, por lo que la demanda de su farmacia y su labor, se ven favorecidos, ya que las personas que vienen de fuera, es el primer servicio médico que observan. Aunque su consulta la da todos los días, los fines de semana es cuando mayor afluencia tiene.

Algunos otros médicos que tienen raíces familiares en Unión o son jóvenes originarios de la localidad y recién graduados, están empezando a poner consultorios o venta de medicinas.

⁸⁶ El precio de la consulta, así como el costo de las medicinas que receta son elevados.

Todos han sido pasantes del centro de salud de Unión Juárez, por lo que la población ya les conoce y empieza a asistir con ellos también.

5.2.2 Espacios públicos

La zona de mayor circulación de los guatemaltecos en Unión Juárez se realiza en la cabecera municipal, Talquián y Córdova Matasanos, estos dos últimos son ejidos del municipio de Unión Juárez, por lo que se reducirá a describir los servicios de estos lugares.

5.2.2.1 *IMSS-Prospera*⁸⁷

Originalmente llamado IMSS-COPLAMAR, es en realidad el nombre que se le dio al programa federal cuyo objetivo era otorgar servicios de salud a población abierta en zonas de vulnerabilidad social. Sus beneficiarios sería toda aquella población que no contara con un esquema de seguro social y localizadas en zonas alejadas y de difícil acceso. El programa de IMSS-COPLAMAR nace en 1979 como parte de un convenio entre el Instituto Mexicano de Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR), durante la gestión del presidente José López Portillo. A partir de entonces, con los cambios de gobierno ha pasado a llamarse IMSS-OPORTUNIDADES, IMSS-PROSPERA y actualmente denominado IMSS-BIENESTAR (Gobierno de México, 2019). Los cambios en el nombre del programa, se debe a que, con cada administración presidencial, se firman nuevos convenios con el IMSS y por ello, cada gobierno le cambia de nombre a conveniencia de los programas que ellos impulsarán.

En su “Acuerdo mediante el cual se establecen las normas de operación del programa IMSS-PROSPERA” explica que tiene como objetivo otorgar servicios de salud en primer y segundo nivel de atención para que en comunidades rurales y urbano marginales se hagan efectivos los derechos constitucionales como el de la salud, cuyos recursos de funcionamiento provienen de un subsidio federal.

⁸⁷ Nombre que usaremos, ya que así se denominaba en el momento que se realizó el trabajo de campo.

A pesar de que en su página *web*⁸⁸ informan que se solicitan ciertos documentos como el CURP, documento de afiliación a Seguro Popular⁸⁹, IMSS o ISSSTE, comprobante de domicilio, acta de nacimiento o identificación vigente, hacen la salvedad de que, para recibir atención médica, la entrega de los documentos no condiciona la prestación de los servicios médicos, pero sin ellos, no puede considerarse beneficiario, por lo que esto, pueden hacerlo únicamente los mexicanos o bien, el extranjero con estancia regular en el país.

El ser beneficiario, significa que son parte de la población objetivo y con ello, pueden tener acceso a todo el catálogo de servicios y apoyos en sus diferentes componentes que incluye:

- Salud pública.
- Atención a la salud.
- Comunitario.
- Componente de salud PROSPERA programa de Inclusión Social.
- Controlaría Social y Ciudadanía en Salud.

Todos los programas están realizados en sus distintos componentes de vigilancia epidemiológica, atención integral e intercultural de la salud, prevención, atención a la enfermedad, atención de urgencias, salud comunitaria, distribución de medicamentos entre otros.

Para el efecto, en primer nivel de atención incluye con una serie de unidades médicas rurales (UMR), urbanas (UMU) y móviles (UMM), que cuenta con capital humano y recursos materiales para proveer la atención, En el caso de Unión Juárez, la unidad responde a la clasificación de Unidad Médica Rural y se encuentra ubicada frente al parque del Ejido Talquián, Unión Juárez.

En dicho servicio, el equipo del personal de salud se compone de una enfermera y una médica contratadas, en un horario de 8:00 a 16:00 h y durante el fin de semana, se queda una enfermera para cubrir el turno. La enfermera que labora entre semana, lleva 25 años

⁸⁸ <http://www.imss.gob.mx/tramites/imss03021>

⁸⁹ Actualmente extinto el programa del Seguro Popular y con la gestión de Andrés M. López Obrador, ha pasado a denominarse IMSS-Bienestar.

trabajando en el lugar, mientras la médica, había entrado a trabajar el día anterior a la entrevista, sin embargo, tiempo atrás había hecho su práctica médica en el Centro de Salud de Unión Juárez, por lo que no le era extraño el tipo de población a atender. A diferencia de la enfermera, quien vive en la población (no es originaria), la médica sube a Talquián todos los días desde Tapachula, lugar de donde es originaria.

Como Unidad Médica Familiar (UMR), su universo de trabajo⁹⁰ son las comunidades de Córdova, Talquián, Talquián Viejo y Chiquihuites, pero también llegan pacientes de su área de influencia⁹¹ y al estar en zona fronteriza, este territorio se extiende en la práctica (no en lo legal) hacia Guatemala. De la zona de influencia, suelen asistir personas de los ejidos de Santo Domingo, de la cabecera de Unión Juárez y personas de Guatemala, según informó la enfermera de la UMR. La médica a la semana, tienen entre 5 o 10 consultas de personas que son de Guatemala, sin embargo, el clima de la zona puede aminorar la cantidad de guatemaltecos buscando consulta. Refieren las trabajadoras de la clínica el perfil de los no mexicanos que demandan atención de la siguiente manera, (ver Cuadro 5).

Cuadro 5: Perfil del paciente no mexicano que asiste a la UMR IMSS-PROSPERA

Perfil del solicitante de atención	Comunidades de donde asisten	Razones de demanda de atención en la UMR
<ul style="list-style-type: none"> • Guatemaltecos • De bajos recursos • Llegan buscando mejor atención de la que reciben en su país de origen • No suelen hacer re consulta⁹² • Hombres, mujeres y niña/os 	<ul style="list-style-type: none"> • Sibinal (cabecera municipal) • Santa Rita • María Cecilia • 20 de noviembre • Yalú • Toniná • Chocabj 	<ul style="list-style-type: none"> • IRA⁹³ • Diarreas • Papanicolau (ocasionalmente) • Vacunación de niños y niñas • Embarazadas de alto riesgo

Fuente: Elaboración propia con base a entrevista RH-05.

⁹⁰ Según las reglas de operación de IMSS-PROSPERA, el universo de trabajo se define como el total de municipios y localidades donde tiene presencia el programa, a través de los establecimientos médicos.

⁹¹ Las reglas de operación del programa establecen que el área de influencia son los municipios y localidades del entorno de los establecimientos médicos del programa, que no son parte del área denominada como universo de trabajo.

⁹² Tenían únicamente dos casos a los que se daba seguimiento por enfermedad crónica (diabetes e hipertensión), pero en su comunidad (María Cecilia) abrieron recientemente un puesto de salud con atención de médico, razón por la que ha dejado de asistir una de ellas y la otra, por haber cambiado de domicilio.

⁹³ Infecciones respiratorias agudas.

Mecanismos de acceso de los extranjeros a la UMR:

En el “acuerdo mediante el cual se establecen las reglas de operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2018”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de diciembre de 2018, establece de la siguiente manera a los Beneficiarios” del Programa:

Beneficiarios

El total de beneficiarios está conformado por la población abierta que tiene su domicilio en localidades sede de infraestructura de primer y segundo nivel del Programa; en localidades del área de influencia del Programa IMSS-PROSPERA (denominadas localidades de acción intensiva); además de aquellas personas que, sin radicar en las localidades descritas, demandan atención médica de manera regular y/o que participan en las acciones de salud pública desplegadas por el Programa.

Los servicios del Programa IMSS-PROSPERA son abiertos a la población dentro del ámbito de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención; es decir, cualquier persona recibe la prestación del servicio en forma inmediata y sin condicionamiento alguno. Para recibir atención del primer nivel, la población dispone de UMR, UMU y UMM, así como de BS; en tanto que para acceder a la atención de segundo nivel cuenta con HR.

Dentro de la población beneficiaria están consideradas las personas o familias que, contando con la protección en salud de alguna institución de seguridad social o del Seguro Popular, reciben los servicios que otorga el Programa. Cuando por razones de cercanía, nivel de resolución o Convenio signado al efecto el establecimiento médico del Programa resulte ser su centro de referencia habitual para la atención a la salud, se estará a lo dispuesto en el numeral 3.7 de estas Reglas de Operación. Finalmente, dentro de los beneficiarios también se incluyen los migrantes que demandan de manera coyuntural atención a la salud (IMSS,2017, s.p.).

Con relación al caso de los guatemaltecos que son atendidos en este servicio de salud, que es el primero que encuentran al bajar de la montaña, les significa una ventaja, ya que son atendidos sin costo, tal y como lo obliga el reglamento del Programa y sin que se les niegue el servicio por no residir en este territorio. En ningún caso los mexicanos o los guatemaltecos, requieren hacer trámite previo, más que llegar y esperar su turno, conforme al orden de arribo. Aunque tienen poco medicamento en existencia, si cuentan con el medicamento que recetan y se le proporciona también al guatemalteco.

Formas de registro:

Como se ha mencionado, el universo de trabajo incluye ciertas comunidades y otras, que no están bajo su responsabilidad, las denominan área de influencia, así, por ubicación, algunos poblados al otro lado de la línea, si no estuvieran fuera de la demarcación nacional, sería parte de esas “áreas entorno”, por la dinámica de flujo hacia ese centro de salud. Como puede verse en el acuerdo, se da cobertura a la demanda “coyuntural” de aquellos denominados como “migrantes”. Aunque el IMSS-PROSPERA no definió lo que entendía por migrante, el programa, en su versión más reciente, IMSS-BIENESTAR, define al migrante como:

Persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia y demanda atención médica (IMSS, 2020, s.p).

Así, los pobladores guatemaltecos con circularidad fronteriza estarían reflejados explícitamente como beneficiarios de algunos de los derechos que se otorgan por parte de este Programa, pero únicamente con derecho a una atención primaria. Como puede observarse en la figura 8, los formularios para ingresar el expediente de los beneficiarios en el IMSS-PROSPERA tienen un área específica para marcar si son migrantes, sin embargo, las trabajadoras de la UMR en Talquían se quejaban de que las boletas oficiales del programa no les llegaban, por lo que hacían sus expedientes en hojas en blanco y anotando a los guatemaltecos únicamente como foráneos.

A la población guatemalteca, por no tener residencia en localidad mexicana, es difícil abrirles un expediente pues, eso significa, que deben presentar en sus registros, la localización de la casa de habitación del paciente. Además, que por ser enfermedades que generalmente llegan a tratarse una vez y no hacen reconsulta, el personal prefiere simplemente registrar la atención en sus archivos como “foráneas”, pues eso justifica también la entrega de medicamento, pero no deben realizar mayor papeleo.

Figura 8: Boleta de registro IMSS- Prospera

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA **Registro y actualización del Padrón de Beneficiarios** Hoja Individual UNIDAD DEL PROGRAMA IMSS-PROSPERA **IMSS**

Estado Municipio Localidad **Formato B**

Folio padrón: [] Follo Familia PB []

Nombre Primer apellido Segundo apellido

1.- Status
Status Activo Inactivo Motivo Defunción Fecha: dd / mm / aaaa Cambio de domicilio Duplicidad

2.- CURP
¿ Tiene CURP ? Si No CURP []

3.- Seguridad Social
Si No
 Prospera (PDHO) : [] ¿ Es titular de PDHO?
 Seguro Popular : [] ¿ Es titular del Seguro Popular?
 IMSS Régimen Ordinario: []
 ISSSTE : []
 Sistema de Seguridad Social Estatal: []
 Otro (PEMEX, SEDENA, SEMAR, Etc): []

4.- Características del integrante
Sexo : Hombre Mujer
Fecha de Nacimiento : dd / mm / aaaa
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a)
 Divorciado(a) Unión Libre
 Separado (a) Viudo(a)
Escolaridad: Preescolar Primaria
 Primaria Incompleta Secundaria
 Secundaria Incompleta Media Superior Completa
 Media Superior Incompleta Licenciatura Completa
 Licenciatura Incompleta Sin escolaridad
Sabe leer y escribir : Si No
Es migrante : Si No
Religión : []

Parentesco Abuelo Madre Padre Nieto (a)
con el jefe Hijo Esposo Concubina (o)
de familia: Otro parentesco Jefe de familia Sin parentesco
Nacionalidad: Mexican Otra ¿Cuál []
Estado de Nacimiento []
Municipio de Nacimiento []
Habla lengua indígena: Si No
¿Cuál? []
Se considera indígena: Si No
Habla español : Si No
Jornalero Agrícola : Si No
Actividad Económica : []

Padrón de Beneficiarios 2014
CURP Follo Padrón Follo de Familia
Nombre Primer apellido Segundo apellido

Fuente: DOF, 24/12/2014 ⁹⁴.

A aquellas pacientes que tienden a tratarse continuamente por alguna enfermedad crónica o darle seguimiento al embarazo, si suelen abrirles expediente, aunque también serán registradas como foráneas. En el registro en sus tarjetas de ingreso que deben llenar con cada paciente, se ingresará a los guatemaltecos como foráneos y aunque ellos saben que eso significa que son personas de Guatemala, en el momento que se ingresa al sistema de información en salud, queda homogenizado con ese nombre, que puede significar alguien mexicano que no tiene residencia común en el poblado o los guatemaltecos atendiéndose, por lo que los registros del IMSS no denotan la atención al “migrante”.

⁹⁴http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377257&fecha=24/12/2014

5.2.2.2 DIF municipal de Unión Juárez

Escondido en unas calles atrás del mercado municipal, cercano a las oficinas del Instituto Nacional de Migración de Unión Juárez, se encuentran las instalaciones del DIF municipal. Un espacio que pasa desapercibido si no se es oriundo del lugar y quizá por ello, fue el servicio menos referido por las personas guatemaltecas a las que se entrevistó o se tuvo conversaciones: tal es el caso de José o el del adolescente censado que presenta la condición de PCI en Yalú, cuyos familiares han utilizado los servicios de este centro para atenderles. Aunque el DIF no tiene como objetivo principal dar atención médica, si es uno de los servicios que otorga a la población.

El Sistema integral para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) es un organismo gubernamental para la asistencia social en beneficio de niñez, adolescencia, adultos mayores, personas con diversidad funcional en situación de vulnerabilidad. Su misión a nivel nacional, es:

Conducir las políticas públicas de asistencia social que promuevan el desarrollo integral de la familia y la comunidad, combatan las causas y efectos de la vulnerabilidad en coordinación con los sistemas DIF estatales, municipales e instituciones públicas y privadas, con el fin de generar capital social (DIF, 2012, p.18).

Así, el sistema nacional DIF, procura elaborar y ejecutar el Programa Nacional de Asistencia Social y baja hacia nivel municipal, para que sean quienes ejecuten en su espacio territorial, las acciones propuestas. En los espacios municipales, su objetivo es promover “*acciones que favorezcan desarrollo y mejoras de la calidad de vida de los sujetos de asistencia social, a través de acciones corresponsables de prevención, protección y atención con un sentido de equidad, cohesión sociales igualdad de oportunidades*” (DIF Nacional, 2017, pág. s.p). A nivel operativo, en sus instalaciones la promoción, protección y atención es el componente que llevan a cabo a partir de sus programas y con una diversidad de profesionales entre ellos, trabajadoras sociales, personal médico clínico, psicólogos entre otros.

A nivel municipal, en Unión Juárez tienen varios programas; en materia de salud clínica, se observó que cuentan con consultorio médico, consultorio de salud mental, área de terapia física y rehabilitación y espacios de terapia ocupacional. Por ello la clínica tienen múltiples

especialidades, entre ellos psicólogo, trabajadoras sociales, médico general, enfermeras, enfermeras con especialidad en rehabilitación. Este personal es contratado temporalmente y son puestos de confianza, ya que, con cada nueva gestión de presidencia municipal, cambian. En el momento de las entrevistas, las elecciones estaban prontas a realizarse, por lo que desconocían si les contrataría de nuevo y si el DIF seguiría ofreciendo algunos servicios que en esta administración se habían gestionado, entre ellos, la clínica de rehabilitación. Misma preocupación que manejaba la madre de José, pues de ello dependía el seguimiento de la terapia de rehabilitación.

A pesar de que en su mandato tanto el DIF nacional como el municipal tiene en sus competencias la atención de ciertas necesidades de niñez migrante, en realidad se basa en su mayoría al acompañamiento del proceso de acogida temporal y repatriación ordenada de la niñez y adolescencia migrante viajando sola, coordinando con otras instituciones, pero nada se ha encontrado sobre normativa que explicita la obligación o negación de atención a personas no mexicanas con condición migratoria no regular.

El médico a cargo de la clínica, es de Unión Juárez con raíces guatemaltecas, se encontraba en ese puesto debido a sus vínculos familiares con las autoridades de la presidencia municipal en turno. Conformaba el resto del equipo clínico, un psicólogo, también con enlaces cercanos a la presidencia y una enfermera especializada en terapias de rehabilitación, esta última, también con familiares en Guatemala, por lo que tenía la ventaja de tener un teléfono celular con chip guatemalteco⁹⁵ y por medio de este coordinaba algunas de las consultas con los guatemaltecos que asistían al servicio.

Sobre el mecanismo de acceso de los guatemaltecos a los servicios clínicos del DIF y su registro podemos mencionar que, para ser atendidos en los espacios clínicos, únicamente es necesario esperar el turno, no existe sistema de fichas. A diferencia del servicio anterior, dentro de las normas revisadas, no se ha encontrado hasta el momento ninguna norma expresa de atender a migrantes y según palabras de los entrevistados, hay una ordenanza de la esposa

⁹⁵ En Unión Juárez, la señal de celular mexicano es muy intermitente. La mejor forma de tener servicio de internet o línea telefónica es con la señal guatemalteca de la empresa TIGO.

del Presidente Municipal para que todo aquel que asista a los servicios, sin distinción, sea atendido. Llevan un registro interno de los pacientes, pero no se anota su lugar de procedencia, estos datos no pasan a ningún sistema oficial de información, por lo que también se pierden los datos que puedan nutrir sistemas de información que dé cuenta de la población migrante en espacios de salud.

Se presenta a continuación el perfil de los no mexicanos que asisten a la clínica del DIF (ver cuadro 6).

Cuadro 6: Perfil del paciente no mexicano que asiste a la Clínica del DIF municipal

Perfil del solicitante de atención	Comunidades de donde asisten	Razones de demanda de atención en la clínica del DIF
<ul style="list-style-type: none"> • Guatemaltecos • De bajos recursos • Llegan buscando mejor atención de la que reciben en su país de origen • No suelen hacer re consulta • Niños y niñas menores de 10 años • Adultos mayores 	<ul style="list-style-type: none"> • San Juan Bullaj (Tajumulco) • El platanillo • Talquián (Tajumulco) • Chocabj • Toniná • 20 de noviembre • María Cecilia • Canjulá 	<ul style="list-style-type: none"> • IRAS⁹⁶ • EDAS⁹⁷ • Parasitismo

Fuente: Elaboración propia con base a entrevista RH-04/2018 y RH-06/2018.

5.2.2.3 Centro de Salud de Unión Juárez

El centro de Salud de Unión Juárez, es una unidad de primer nivel de atención, perteneciente a la red de servicios de salud en la jurisdicción VII, de la Secretaría de Salud de Chiapas, municipio que está bajo su área de responsabilidad. Uno de los fines del centro de salud es el proporcionar el “paquete garantizado de salud”, que es la estrategia para proveer en la línea de vida, acciones de prevención y promoción de la salud por grupos etarios.

El paquete garantizado se otorga a través de las cartillas nacionales de salud, (las cuales son documentos oficiales y unificados en todas las instituciones del sector salud) que ayudan a la población la población a llevar un registro de las acciones de salud otorgadas y son entregadas en todas las unidades de manera gratuita de acuerdo al grupo de edad correspondiente.

⁹⁶ Infecciones respiratorias agudas.

⁹⁷ Enfermedades diarreicas agudas.

Las cartillas nacionales de salud son 5: la que corresponde a niños de 0 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años, mujeres de 20 a 59 años, hombres de 20 a 59 años y mujeres y hombres de 60 años y más (Servicios de Salud de Morelos, 2020, pág. s.p.).

Durante el tiempo en el que se hizo el trabajo de campo, se encontraba el programa de acción específico “Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018”, por lo que toda acción de salud a nivel estatal, estaba coordinada con este programa Federal. Este programa incluye la salud del migrante como uno de los componentes de énfasis, al catalogarlos como población vulnerable junto al grupo denominado escolar y el indígena. En 2007, es la primera vez que la Secretaría de Salud⁹⁸ ingresa la variable migrante en su sistema de información, sin embargo, se compone tanto de migración externa (internacional), como de interna (interestatal).

Previo al plan Federal de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018, para el caso de la migración externa, la Secretaria de Salud de Chiapas a través de la Jurisdicción VII, por su condición de ubicación fronteriza, había propuesto la “Cartilla de salud del migrante”. Se pretendía que las personas que ingresaran a México por tierras chiapanecas, pudieran acercarse a las unidades médicas y al mismo tiempo que el servicio de salud pudiera llevar un registro, las personas pudieran tener acceso a algunos servicios como “*vacunación, prueba del papanicolau, VIH, detección de diabetes, detección y control de tuberculosis, servicios de prevención, atención médica en enfermedades diarreicas*” (Tapachula Notimex, 2010), según la coordinadora de atención al migrante del Instituto de Salud de ese entonces, los servicios para los migrantes serían gratuitos y permanentes, sin que representaran un riesgo de que las autoridades detuvieran a los migrantes en los espacios de atención a la salud (Tapachula Notimex, 2010). Para 2012, se denunciaba que esta cartilla en realidad era inoperante, ya que los migrantes no confiaban para poder asistir a los servicios de salud, por temor a ser deportados por las autoridades del Instituto Nacional de Migración. La denuncia de algunas organizaciones dedicadas a la defensa del migrante estaba relacionada con la ausencia de políticas realmente aplicables: “las acciones o esfuerzos dependen más de la voluntad de algunas y algunos funcionarios y no de las instancias gubernamentales como tal” (Chandomí, 2012).

⁹⁸ Puede revisarse el plan en el enlace: <https://www.gob.mx/salud/documentos/dgps-nuestros-programas>

Personal y funcionamiento del Centro de Salud de Unión Juárez:

Al ser considerado como una unidad de primer nivel de atención, su característica es brindar atención de baja complejidad. Según datos obtenidos en 2015 en conversaciones con el personal de salud, el recurso humano que laboraba en el centro se componía de:

- 3 médicos generales: Dos de ellos provenían de Tapachula y uno de Puebla.
- 3 enfermeras de base, sólo dos de ellas tenían contrato indefinido, todas ellas habitantes de Unión Juárez.
- 2 trabajadoras sociales (jornada diaria y fin de semana).
- 3 pasantes de enfermería del CONALEP.

Medicina preventiva

- 4 pasantes de enfermería
- 1 psicólogo
- 1 odontólogo
- 1 nutriólogo
- 4 pasantes de enfermería
- 2 técnicos/ambulancia
- 1 administradora
- Director

El centro de salud funciona todos los días en turno de mañana y tarde. Para la atención clínica, funciona por medio de fichas que entregan previo al turno. Así, desde las 6:00 am reparten fichas y por la tarde, empiezan a repartirlas al medio día. Cuando concluye el turno de la tarde, queda reducido su personal al mínimo, para poder funcionar sólo como unidad de salud en turno para emergencias. Según comentaron algunos médicos y enfermeras, algunos guatemaltecos bajan incluso de noche cuando tienen emergencias, varias de las que recordaban, habían sido complicaciones de parto, pero en los meses anteriores, había bajado la cantidad de emergencias obstétricas que atendían a guatemaltecas.

El servicio de salud tiende a ofrecer el servicio a los guatemaltecos en cualquiera de sus horarios, por lo general, cuando es búsqueda de consulta médica su horario de llegada es por la mañana y es más común que lleguen los días de mercado de Unión Juárez o bien, los fines de semana, que coincide con los días que ellos llegan a vender a Unión. Cuando se les pregunta a los trabajadores del centro ¿cómo identifican que son guatemaltecos? Algunos de ellos hicieron referencia a verles los pies⁹⁹, llegar acompañándose en grupos de 5-7 personas, otros contestan sobre identificarlos por el uso de vestimenta y uso de idioma indígena¹⁰⁰.

La vestimenta, igual, la vestimenta porque algunos nos ha tocado que decimos, ¡ah!, son de por acá mismo, pero a la hora que ya nos acercamos son ya de allá de Guatemala porque digamos que ya cambiaron su forma de vestir, pero la mayoría que viene se vienen con su traje de corte que es común y tradicional allá pues. Corte¹⁰¹, sus blusitas así de, y allí es donde las identificamos que no son de aquí. (Enfermero del Centro de salud, entrevista RHS-03/2018).

A pesar de que la mayoría de la demanda del servicio se da por mexicanos, la asistencia de guatemaltecos es menor, pero si considerada de importancia. Existen dos grupos de guatemaltecos, aquellos que son residentes dentro del municipio de Unión y los que llegan circunstancialmente al servicio, pero residen en las comunidades de frontera en Guatemala (ver cuadro 7).

Cuadro 7: Perfil del paciente no mexicano que asiste al Centro de Salud de Unidad Juárez

Perfil del solicitante de atención	Comunidades de donde asisten	Razones de demanda de atención en el Centro de Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Guatemaltecos • Algunos de ellos indígenas • Demandan atención en grupos familiares • De bajos recursos • Llegan buscando mejor atención de la que reciben en su país de origen • No suelen hacer reconsulta • Niños y niñas menores de 10 años • Adultos mayores 	<ul style="list-style-type: none"> • San Juan Bullaj (Tajumulco) • 20 de noviembre • Caserío Santa Lucía • Tacaná (municipio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades respiratorias • Enfermedades gastrointestinales • Parasitismo • Control de embarazo • Desnutrición de mujeres y niños • Urgencias por accidentes del trabajo agrícola • Quemaduras • Parto (muy poco) • Cirrosis de mujeres y hombres • Planificación familiar

⁹⁹ Por la distancia que deben de caminar montaña abajo en veredas de tierra, las personas que vienen de Guatemala las identifican por que vienen llenos de polvo o bien, en época de lluvia, vienen llenos de lodo.

¹⁰⁰ En Unión Juárez, aquellos que se identifican como mames no utilizan el traje ni el idioma, en capítulos anteriores ya se ha abordado el tema de la mexicanización de la frontera sur y sus efectos para haber sostenido los marcadores culturales.

¹⁰¹ Forma de denominarle a la falda indígena.

		<ul style="list-style-type: none"> • Heridas por armas cortantes a causa de violencia¹⁰² y de tipo laboral (agrícola) • Dengue • Dermatitis
--	--	---

Fuente: Elaboración propia con base a entrevista RH-01/2018, RH-02/2018 y RH-03/2018.

Mecanismos de acceso de los guatemaltecos a los servicios de salud de la Secretaría de Salud de Chiapas

Para ello es necesario diferenciar que existen diversas maneras de acceder al servicio en los turnos matutino, vespertino, nocturno y fin de semana. A pesar de que el proceso básico es el mismo, la merma del personal en las noches o fin de semana, da diferencias en el acceso.

Una buena parte de los unionjuarences trabajan en el sector servicios, por lo que sus centros de referencia para la atención en salud son las clínicas del IMSS ubicadas en la cabecera municipal o el ejido Santo Domingo. Para todos aquellos mexicanos que no tienen derechohabencia, la Secretaría de Salud de Chiapas cubría, por medio del programa de Seguro Popular, a ese grueso de población. El centro de referencia para la atención a la salud para este grupo era el Centro de Salud o algunas unidades básicas en algunos en los ejidos de Unión Juárez. Al estar bajo este programa, el seguimiento a su salud estaba cubierto para ciertas enfermedades descritas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud¹⁰³.

Aunque en ley toda persona tiene derecho a ser atendido en las Unidades de Salud de manera gratuita, toda aquella persona que no contaba con Seguro Popular, debía erogar para su consulta, la denominada “cuota de recuperación”, la cual estaba justificada en el acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría. Es de esta forma que tanto mexicanos y guatemaltecos sin ningún tipo de cobertura deben pagar esta cuota. En dicho acuerdo, en el Anexo Nico [sic] definen la cuota de recuperación como:

¹⁰² La referencia fue “macheteados”, que en el lenguaje popular significa heridas tras un combate, comúnmente entre hombres, usando machete en la pelea (entrevista RHS-03/2018).

¹⁰³ http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf

La cantidad en moneda nacional que cubre el usuario de servicios hospitalarios por concepto de consulta, procedimientos médicos o estudios auxiliares de diagnóstico, cuyo costo no es cubierto en su totalidad pues se relaciona con un porcentaje de subsidio, diferenciado para cada Nivel Socioeconómico y reflejado en el tabulador de costos autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (Secretaría de Salud, 2013).

Esta cuota de recuperación, a pesar de la obligación de la gratuidad del servicio, la justifican legalmente como un aporte de “solidaridad” del usuario de salud. Así, en su cuarto párrafo del apartado considerando dice:

conforme al párrafo tercero del artículo 36, de la Ley General de Salud, las referidas cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de esta Secretaría (Secretaría de Salud, 2013).

Es de esta forma que se justifica el cobro, el cual es informado en la recepción del centro de salud. A diferencia de la obligatoriedad de lo marcado por el acuerdo, sobre la competencia y función de la oficina de trabajo social para determinar tras un estudio socioeconómico, la clasificación del paciente entre los grupos 1 al 6, con el fin de establecer la cuota, los trabajadores envían directamente al área de administración y suelen cobrar entre 20 y 40 pesos, a pesar de que en una parte del acuerdo dice que puede eximirse del pago.

Lo mínimo, el nivel, creo que es el dos o el cuatro, (...) Son 16 pesos lo mínimo, (...) A veces le decimos a los pacientes de que no es la consulta, no es el medicamento, es la atención médica, porque tanto puede haber medicamento como no. Algunos pues si nos entienden (Enfermera del Centro de Salud de Unión Juárez, entrevista RHS-03/2018).

Los fines de semana y en la noche, en el centro de salud no queda a cargo ningún personal administrativo, razón por la cual no suelen cobrar la cuota de recuperación:

*[entrevistada] En nuestro turno de fin de semana nosotros no cobramos la cuota, ¿sí? Se le indica que tiene, que tiene que venir ya al siguiente día para que pase con el administrador y ya él ya les indica si les va a cobrar o no les va a cobrar.
[entrevistadora] ¿Y lo hacen?, ¿Vienen?*

[entrevistada] Sí, hay veces que vienen, pero todo menor de 5 años, a ellos se les tienen informado que no pagan la consulta, por ser niño menos de 5 años, por problemas de diarreas o por problemas de infecciones respiratorias agudas. Esos niños no pagan la consulta. (Enfermera turno de fin de semana. Entrevista RHS-02/2018).

Una vez pagada la cuota de recuperación, deberán esperar a ser atendidos, en el orden del número de ficha que obtuvieron o, en ocasiones, los pasan directamente por ser “migrantes”. Tanto en las entrevistas como en la observación en la sala de espera se logró constatar esta acción del personal. Mientras que, en entrevista, los trabajadores del turno matutino se refieren al proceso de otorgar las fichas:

[Enfermero] Vienen. Vienen muy temprano. Aquí de 8 a 8:20 se entregan las fichas del turno de la mañana, dependiendo de cómo esté nuestra agenda, son las fichas que se dan. Obviamente para los pacientes que son de aquí de Unión Juárez, pero si son pacientes foráneos, si son muy lejos, se les atiende. Así sean 5

[Entrevistadora] ¿No se le da ficha?

[Enfermero] Se les da la ficha, sin límite de ficha. (Enfermero del Centro de salud, entrevista RHS-03/2018).

También, la enfermera de fin de semana expresa:

Bueno, acá la atención se da, se le indica a la gente que tiene que sacar ficha, pero como ellos se les considera un poco más porque vienen de lejos, sí. Entonces estas personas vienen caminando a veces dos o tres horas de donde viven hasta donde está el centro de salud, entonces se les da prioridad más que nada a los niños y a la gente adulta, incluso a las embarazadas.

(...) Tienen que sacar ficha, pero siempre y cuando esté..., hay algunos que se vienen muy tempranito, a las 5 de la mañana, 6, pero cuando no la sacan, pues de todas maneras se les atiende, nada más que si se les dice que tiene que esperar, por ejemplo, a que pasen los que ya sacaron ficha.

Conforme vayan viniendo la gente va sacando, sea mexicana o sea guatemalteco, por igual se les atiende. (...) Si vino por ejemplo un mexicano y fue la número uno pero atrás vino el guatemalteco, pues sería ya el número dos y así sucesivamente (Enfermera turno fin de semana. Entrevista RHS02/2018).

Respecto a pasarlos previo a la población mexicana comentan que de ser una urgencia o una persona con fiebre se pasa a consulta, siempre y cuando sea apremiante, si no, tiene que esperar el turno de la tarde.

Igual a veces como son de lejos vamos..., a veces nosotros estamos en una urgencia, pero vamos intercalando, vamos metiendo un paciente mexicano y vamos intercalando a ellos para que no esperen ¿Por qué? Por el tiempo, llegarían a las 12 del medio día, hay unos que sí esperan porque dicen “es que tengo un familiar acá y me voy a quedar acá”, entonces allí le decimos, no es una urgencia la que el trae, pero sí se puede quedar porque no va a caminar. Algunos nos dicen, es que quiero pasar, pase, porque tengo que caminar. Ya les hablamos también a los pacientes que están en espera que por el lugar de donde ellos viven, que no se nos molesten, que vamos a ir metiendo un paciente mexicano o una ficha y uno de ellos. [Entrevistadora] ¿Y no crea problema eso?

[Pasante] En algunos pacientes

[Enfermero] En algunos pacientes si

[Enfermera] Si, que no entienden la situación de esas personas, que ellos no vienen por querer venir, no porque están en una necesidad y a veces se les concientiza, no muy conformes, pero...

[Enfermero] No les queda nada más que esperar

(Personal del centro de salud. Entrevista RHS-03/2018).

A pesar de que, como se dice al final de la entrevista, algunas veces los mexicanos que esperan turno pueden llegar a molestarse por esta situación, en la observación realizada en la sala de espera, nunca se vio a nadie expresar su molestia por esta situación.

Forma de registro de los guatemaltecos en el sistema de información:

No se logró tener acceso a un formulario de ingreso de expediente clínico de la Secretaría de Salud. Al igual que en el IMSS- PROSPERA, el personal de salud se queja de desabasto de papelería impresa de ese tipo otorgado por la Secretaría, por lo que sus archivos se hacían de manera manual en hojas simples de papel. Por haber obtenido tardíamente la autorización de la Jurisdicción sanitaria VII, no hubo tiempo de solicitar este tipo de documentación a la unidad médica, pero en entrevista, los y las trabajadoras de salud afirmaron que cuando llega un guatemalteco, se abre un expediente que se guarda en otro espacio diferente al de los expedientes mexicanos, apartado nombrado como foráneos.

En estos expedientes se escribe el nombre, la edad, el domicilio y la comunidad de dónde vienen.

Nosotros manejamos lo que es foráneos, que manejamos carpetas de que, si viene un paciente, de por ejemplo migrantes, conforme a eso acomodamos, posteriormente nos dicen, “ay, es que vine tal fecha”. Ya vamos y buscamos esa hojita, por qué vino y ahora por qué está presentándose para la consulta, pero si

especificamos el domicilio (Pasante de Trabajo Social, Centro de salud Unión Juárez. Entrevista RHS-03/2018).

Una voz disidente a la de los demás entrevistados analiza que, no es que no existan los formularios, sino que la variable “migrante” significa dedicarle más tiempo administrativo para ingresarlas de manera correcta en el sistema de salud y es por ello por lo que no se ingresa esa variable en los formularios oficiales.

En el IMSS hay más compromiso por los pacientes, por hacer bien el trabajo, porque el paciente se lleve un buen sabor de boca de los médicos, de lo que se le ofrece el hospital, en este caso en donde yo estuve y te forman de que debes de dar siempre, a que, a nosotros nos decían esta frase siempre: “Primero está el paciente y luego estás tú o tus cosas”, grábense eso, en cambio en el área de la Secretaría de Salud es lo inverso, sobreponen primero las cuestiones personales y ese tipo de cosas a la atención. Es una de las cosas por las que se ha luchado, bueno, yo, de manera personal yo he luchado aquí en Unión Juárez, para tratar de quitar eso, porque le digo, eso condiciona que cuando nosotros como médicos no fuimos bien formados, la atención a migrantes no nos dicen cómo se le va a dar. Por ejemplo, si tiene que llenar una hoja especial de caso de migrante, en Unión Juárez nunca se llena, acá en la cabecera, se omite llenar esa hoja. Si existen.

(...) Mire, por ejemplo, yo la he solicitado con mi director, pero nunca me la hacen llenar, porque eso genera que en el censo mensual ya se llene otro apartado de migrantes y que el director tenga un poco más de trabajo. El omite. Yo le he dicho, sabe que, yo veo migrantes, entonces deme las hojas de..., “omite esa parte”, me dice, “no, no te preocupes”¹⁰⁴, entonces allí queda, entonces nunca he llenado esa hoja por esa cuestión, no porque no lo quiera hacer, sino porque le digo, realmente nunca la he visto [el formulario]. Si las he visto por mis compañeros que son encargados de unidad [de otras localidades], ven también migrantes y platicamos muy a menudo también de eso. (Médico de centro de salud Unión Juárez- Entrevista RHS01/2018).

5.3 Saliendo del espacio unionjuarence. El segundo nivel de atención

Hasta el momento se ha abordado las dinámicas localizadas en el municipio de Unión Juárez, ese espacio liminal en donde las normativas legales tienden a flexibilizar los procesos de ingreso a los servicios de las personas no mexicanas, sin embargo, hay situaciones de salud que requieren de una unidad médica de mayor complejidad y para ello, es necesario llevarlos

¹⁰⁴ Se intentó obtener una entrevista con el director del centro de salud para confirmar esta información y tener opinión sobre la información que la investigación requería, pero siempre puso muchas excusas para no ser entrevistado. Primero me pidió tener la autorización de la Jurisdicción y cuando se obtuvo la autorización, decía estar ocupado o tener que salir en ese momento, aunque se quedara el turno completo en la Unidad.

hacia un segundo o tercer nivel de atención. Un nivel de atención en salud es *una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven* (Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p.12). En salud pública se distinguen tres diferentes modelos y para el territorio mexicano, la OPS define, para el sector público lo siguiente:

Existen tres niveles de servicios personales de salud. El primer nivel lleva a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad. El segundo nivel de atención brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. La atención que se brinda en el tercer nivel es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica y en este grupo se encuentran los 12 Institutos Nacionales de Salud (OPS México, s.f.).

Se entiende que los espacios que se han descrito con anterioridad, responden todos a un primer nivel en salud arriba definidos, a donde los guatemaltecos acuden específicamente a “la atención ambulatoria de su morbilidad”, es decir, a curar las enfermedades más comunes, como lo son gripes, enfermedades estomacales, parasitosis, etc. Cuando la morbilidad requiere atención especializada o es una urgencia, los médicos del primer nivel derivarán hacia un siguiente nivel, donde encontrarán una unidad médica de mayor complejidad, ya sea al segundo o tercer nivel de atención. Ya que en Unión Juárez la Secretaría de Salud carece de este nivel resolutivo, los pacientes deben ser referidos a los servicios que se encuentran en Cacaohatán o Tapachula.

El personal de salud de Unión, tiene claro que las personas guatemaltecas prefieren, frente a una urgencia, ir al hospital denominado “La Montañita”, en Malacatán (San Marcos)¹⁰⁵, que es una unidad médica de segundo nivel de atención en territorio guatemalteco, para lo cual ingresan primero a territorio mexicano, para pasar por la localidad de Talismán (punto fronterizo) y pocas veces van hacia los servicios de segundo y tercer nivel de atención la zona baja del Soconusco.

¹⁰⁵ Volver a figura 3.

No, se han referido, han venido. Ahorita casi ya bajó, venían muchas embarazadas de alto riesgo, entonces a veces los médicos lo canalizaban al hospital de Tapachula, a la unidad, pero..., al hospital general, pero no se iban porque ellos también, o sea..., de aquí a veces se iban, se van a Guatemala, allá donde los pueden atender, en La Montañita, allí hay una clínica, creo que es donde los atienden. Entonces de aquí ya se manda la referencia y ellos deciden a dónde irse, si a Tapachula o se van otra vez a Guatemala. (...) Ajá, por Talismán, (...) Si porque ellos dicen que allí son muy especiales en el hospital [de Tapachula], que a veces no los quieren atender y ya mejor optan por irse mejor a Guatemala (Enfermera IMSS-PROSPERA, entrevista RHS-05/2018).

A pesar de ello, el personal de salud si refirió que les han tocado casos de urgencias que han requerido traslados a Cacahoatán o Tapachula. Algunas de las urgencias que atienden de esta forma, son accidentes (refieren quemaduras), heridas (de machete) y en otros casos, la atención de parto complicado:

*Sí, han venido embarazadas que ya está en el punto de la expulsión y ellos como según uno habla con ellos, dicen que, para sacarlos del lugar, ellos se trasladan por medio de una silla, cargándola en la espalda, a las mujeres así las traen. Hay unas que vienen caminando y otras que ya vienen ya.
(...)Incluso ya tiene años, nos tocó un caso donde la señora se empezó desde las 5 de la mañana y se presentó hasta las 5 de la tarde y ya el bebé ya venía muy mal, lo trasladamos, pero ya no pudimos llegar hasta el hospital, nos quedamos en Cacahoatán, el bebé sale todo cianótico, con problemitas, lo tuvimos que..., dejamos a la embarazada allí en Cacahoatán y trasladamos al bebé al hospital general[de Tapachula], porque ya tenía problemas de oxigenación. [el traslado] lo cubre el servicio de salud, siempre y cuando haya ambulancia y si no se traslada por medio de protección civil. Y cuando la ambulancia, por ejemplo, en este caso ahorita, la ambulancia no está en condiciones para salir, se tiene que llamar a protección civil para que haga el traslado. (Enfermera turno fin de semana. Entrevista RHS-03/2018).*

Hasta ese momento, los costos de lo que significa ser atendido en el espacio de Unión Juárez siguen siendo bajos, como puede verse en el relato, incluso, el traslado corre por cuenta del servicio de salud o bien por Protección Civil, tal y como pasaría con los ciudadanos mexicanos, pero al ingresar al siguiente nivel de atención los costos se elevan, ya sea porque era una emergencia y no estaba un trabajador en turno para hacerle al paciente su clasificación debiéndose hacerla en la dependencia de trabajo social a donde se refiere o porque los costos son mayores, a causa de la complejidad de la enfermedad, padecimiento o urgencia por la que fue trasladado el paciente.

Así, ser trasladados a Cacahoatán o a Tapachula implica dejar el espacio donde sostienen vínculos que les permiten un acceso fácil a los servicios de salud y entrar a la verdadera institucionalidad mexicana en los hospitales de estas ciudades, con personas que no conocen y no los conocen, perdiendo así los beneficios que les provee el tejido social transfronterizo del territorio liminal. Por ley, el servicio de salud al que es trasladado el paciente, debe de respetar la clasificación socioeconómica otorgada en el servicio que ha referido el caso o bien, debe reclasificarlo (Secretaría de Salud, 2013) y a veces, se les coloca en escalas mayores, por lo que la cuota de recuperación les parece muy cara y por ello, deciden mejor ir a la Montañita, otras veces, por sentir que no se les atiende bien.

Es el Soconusco bajo, a diferencia del paraguas de protección que tienen en la zona alta, es el lugar en donde se acentúan los problemas burocráticos en las instancias nacionales de salud, teniendo que enfrentarse a múltiples barreras de acceso y, sobre todo, el itinerario burocrático:

- Por la saturación de personas, por ser centros de referencia.
- Porque se acentúa la política migratoria y, por tanto, la representación en el personal del paciente migrante negativo.
- Por las condiciones precarias del sistema de salud, que incide en la capacidad que puede soportar.

En el Soconusco bajo, además pasan a formar parte del grueso de población “migrante”, sin embargo, el término, tal y como operativamente lo toma el sistema de salud para plantear sus políticas *ad. hoc.*, no define en realidad la situación de los habitantes de las comunidades estudiadas, ya que estas políticas están realizadas en especial para los migrantes internos (mexicanos con migración interestatal o intermunicipal) y externos (internacional).

Normalmente, las políticas para los no mexicanos sin residencia o “ingreso regular” están destinadas a la población migrante en tránsito y a quienes se les ve como un peligro epidemiológico potencial y, por tanto, sujetos de control a partir de las políticas sanitarias destinadas a ellos (Leyva, et.al., 2016), como la del seguro popular, programa pensado para

población mexicana vulnerable. Un ejemplo de esa política es que el 28 de diciembre de 2014, el Gobierno de México autorizó la afiliación temporal por 90 días, independiente del estatus del “migrante” (Leyva, et.al., 2016) y con ello, los guatemaltecos podían solicitarlo.

Aun así, esta población tiene poca recurrencia a los servicios por diversos motivos (mal trato, carencia de recursos para pagos, miedo de ser detenido por las autoridades migratorias, desconocimiento del derecho al seguro popular, etc.). En el artículo denominado “Migrantes en tránsito por México: situación de salud y acceso a servicios de salud”, da un panorama de la situación de acceso a los servicios de salud en el Soconusco bajo.

Del total de migrantes con algún problema de salud, el 66.2 por ciento acudió a algún servicio de salud, siendo atendido el 97.5 por ciento. De este porcentaje, 85.8 por ciento empleó los servicios de salud de las Casas del Migrante y una baja proporción utilizó los servicios gubernamentales de primer nivel (2.5%) o sanatorios u hospitales (2.7%). La atención con médicos privados es muy baja (1.9%), así como en farmacias (1.8%). La consulta de “curanderos o hierberos” u otras formas de atención tradicional apenas tiene lugar, o no se reporta (0.2%), y el 4.5 por ciento manifestó haber acudido a otro lugar. (...). No obstante, en los casos que requirieron de atención hospitalaria se enfrentaron al problema del pago por los servicios proporcionados, para los cuales no contaban con los recursos financieros necesarios. Del total de migrantes entrevistados en 2015, ninguno reportó haberse afiliado al Seguro Popular (Leyva et.al., 2016, p.90).

De esta manera se explica el por qué el Consulado General de Guatemala en 2018 contabilizara hasta junio, mes en que se realizó la entrevista, únicamente 43 casos (Conversación con señor cónsul y trabajadores del consulado de Guatemala, junio de 2018).

El consulado de Guatemala en Tapachula, el cual tiene a su cargo la costa chiapaneca, hasta Pijijiapan, en materia de salud tiene como obligación brindar “asistencia, protección y asesoría a guatemaltecos que solicitan atención médica durante sus estancias en Tapachula y municipios correspondientes [a su jurisdicción], así como a migrantes en tránsito, que por algún lamentable accidente la necesitan

(Consulado General de Guatemala en Tapachula, Chiapas, México. Ministerio de Relaciones Exteriores. , 2018, pág. única).

Informa también que, por su labor, de los 43 hospitalizados, 8 recibieron exoneración de gastos y servicios médicos, 35 personas pidieron constancia de origen, de los cuales, 24

personas lo utilizaron para obtener el “Seguro Popular”. La mayor demanda de los guatemaltecos en el servicio de salud fue por accidentes de tránsito, herida de arma blanca y atención al parto (Consulado General de Guatemala en Tapachula, Chiapas, México. Ministerio de Relaciones Exteriores. , 2018). Según la encargada de salud del consulado, muchos de ellos son trabajadores agrícolas temporales que son asaltados y por ello llegan al hospital.

La labor del Consulado es gestionar donaciones de material de curación, repatriación de cuerpos, asesoría a familiares de enfermos o fallecidos para obtener las formas migratorias, aportar documentos a los nacionales, intervenir ante las autoridades para que exoneren de pago a los guatemaltecos en situación vulnerable o asesorarlos para que obtengan la protección del Seguro Popular.

Y nosotros estamos pendientes de ello. En el hospital si es donde viene el problema porque como varios países de Latinoamérica tenemos escasez, falta de recursos, Guatemala sucede, en Tapachula nos pasa, es tratar de recibir la atención médica básica, pero más allá de eso, pues obviamente empiezan las situaciones para nosotros como consulado difíciles porque tenemos guatemaltecos que requieren una intervención quirúrgica y obviamente hay cosas que el Seguro Popular en su catálogo no lo tiene, entonces hay que comprar materiales de osteosíntesis y va a gastar 15 mil pesos ¿Y eso de dónde lo conseguimos?, entonces nosotros tenemos convenios con la Cruz Roja Internacional, con la OIM¹⁰⁶, incluso con algunas Secretarías de acá, en donde ellos tienen fondos especiales para atención médica en ese caso y podemos hacer uso de ellos, siempre y cuando demostremos que el migrante va en tránsito y que es un migrante vulnerable y que no era una persona que vivía acá y todo eso. Lo hemos logrado, pero no siempre se consigue ese apoyo porque cuando muchas veces lo que viene, pues no lo hay y a las personas pues obviamente las dejamos en el hospital hasta que podemos tener en un momento un traslado hacia Guatemala, para que puedan ser atendidos en Guatemala. Entonces, el 90% son de labor de parto, el otro porcentaje de lo que ya le mencioné, reciben atención básica inmediata, sí, las otras atenciones ya no, si hay necesidad de elevarlo al tercer nivel, pues con una referencia de ellos en el Hospital Ciudad Salud hemos tenido muy buen apoyo, muy buena atención. Ellos lo reciben, los atienden y ellos desde el momento que son migrantes les dan la atención que requieren (Señor cónsul de Guatemala en Tapachula, entrevista Pt-04/2018).

¹⁰⁶ Organización Internacional para las Migraciones.

Al momento de la entrevista, el cónsul dijo recordar sólo un caso de Tacaná, donde intervinieron, pero no recordaba de algún caso proveniente de Sibinal. Afirmaron que su asesoría y apoyo en el tema de salud con los connacionales se centra en el segundo y tercer nivel de atención, probablemente por eso, no tiene noticia de los casos de Sibinal, los que se suelen resolver casi en su totalidad en el primer nivel de atención en Unión Juárez. Sin embargo, el que el personal de salud de Unión Juárez si haga referencia sobre el hecho de estar trasladando emergencias, en especial obstétricas, hacia Cacahoatán o Tapachula y que el consulado no tenga noticias sobre ello, puede deberse a que sólo realizan una vez por semana la visita a hospitales y no logran captar a toda la población que requeriría protección consular en casos de salud y los nacionales guatemaltecos resuelven según sus posibilidades.

5.4 Construyendo el imaginario sobre el buen y mal paciente/migrante

En el caso del Soconusco bajo, su uso para dicho análisis está condicionado a la situación geopolítica, en el que el tema de la migración en tránsito, permea en la representación social de la población y en el caso que nos interesa, en el personal de salud local, en la forma en como categorizan y construyen la idea del “no mexicano”, sobre todo del guatemalteco y el resto de centroamericanos.

El Soconusco alto está acostumbrado a una dinámica de migración laboral agrícola estacional y la circulación peri-fronterizas de personas habitantes de las comunidades de frontera, las cuales tienen una asociación casi exclusivamente con el espacio de Unión Juárez y muy poco con Guatemala. Es por lo que, la categorización migrante en las políticas sanitarias, en realidad no refleja la realidad de salud y búsqueda de salud de estas comunidades.

Los programas que funcionaban en el momento del trabajo de campo “vete sano, regresa sano y el Programa de acción específico 2007-2012, ponen énfasis en la migración de mexicanos hacia el extranjero, especialmente de aquellos que están en los Estados Unidos, donde el objetivo del programa es que estos tengan acceso a servicios de salud. Por otro lado, se focaliza la política migratoria en materia sanitaria a los migrantes que, estando en Chiapas,

entran con el objetivo de utilizar México como un corredor de paso, con el fin de llegar a los Estados Unidos.

Por ello, muchas de las acciones tanto de las ONG's como de la Secretaría, se centran en prevención y control de enfermedades contagiosas, pues el enfoque va dirigido a pensar al migrante como portador de enfermedades infecciosas, que incrementa el "riesgo" de la población local (Leyva, et. al., 2016), a pesar de que estudios demuestran que los problemas de salud de los migrantes centroamericanos reportados en los servicios de atención en las casas de albergue, son las relacionadas con enfermedades respiratorias (40%) y accidente o heridas (9.7%) (CONAPO, 2016, pág. 3), esto coincide con lo que el cónsul guatemalteco suele atender en el caso de los connacionales.

Los médicos y enfermeras que suelen llegar a trabajar en la zona alta en los servicios de primer nivel de atención, han recibido educación, la mayoría, en las escuelas formadoras en la Ciudad de Tapachula, además de que muchos de ellos son originarios de esa ciudad, los cuales han recibido desde pequeños una socialización que ha construido desde 30 años para acá, un estigma para el migrante, al asociarlo con la delincuencia; por ejemplo, el aumento de la violencia en el territorio del bajo Soconusco a causa de la migración o asociarlo también como un peligro epidemiológico, representación social que permea en la práctica social del recurso humano en los servicios de salud. Sin embargo, no hay que negar que, a diferencia del salvadoreño y el hondureño, el guatemalteco por ser vecino y su histórica relación comercial y familiar en ambos lados de la frontera, suele tener menos estigmatización que las otras identidades nacionales.

El personal de salud que es originario o tiene residencia en Unión Juárez o sus ejidos, que en su mayoría son enfermeras, aunque también hay médicos, suele tener un contacto mucho más cercano, la relación de familias en ambos lados de la frontera es más común que en la Ciudad de Tapachula, por ejemplo, y ello, incide en que la percepción del guatemalteco varíe lo suficiente para hacer una clara diferencia en la opinión de los habitantes de la zona alta a los de la zona baja.

En salud, estas percepciones serán fundamentales en la construcción del ideario en el médico sobre el buen paciente y el mal paciente, que está íntimamente relacionado con la idea del buen migrante y el mal migrante¹⁰⁷. Ya se ha hablado sobre cómo los vínculos que se han creado históricamente en el municipio de Unión Juárez a través de su permanente relación comercial, familiar y de otros tipos de intercambio, determina las actitudes de los habitantes unionjuarences con sus vecinos en Guatemala. La construcción de un fuerte tejido social que se ha ido formando a partir de la desterritorialización de los primeros con su país de origen y la reterritorialización hacia el espacio mexicano, da soporte al capital social de los guatemaltecos y que beneficia su fácil acceso a los servicios de salud en la parte alta.

El encontrar en México un refugio frente a la exclusión estatal en Guatemala, la historia compartida, el ser un espacio en donde la gente se refugió en los 80 a causa del conflicto armado, su vinculación laboral por ser la zona de cafetales a donde se llega a trabajar en las temporadas de pisca, su comercio de alimentos cultivados, compartir espacios rituales-religiosos en ambos territorios, que las guatemaltecas sean las empleadas domésticas al interior de los hogares, entre otras actividades, ha construido en los habitantes mexicanos, y en el caso de nuestro estudio, en el personal de salud, la idea del guatemalteco como otro integrable y deseado en la cotidianidad unionjuarece y que las relaciones con salvadoreños y hondureños, a diferencia de la zona baja, no se den, ya que no es zona de paso migratorio en tránsito. Estas representaciones y prácticas sociales están vinculadas a las relaciones de racismo propias de la sociedad guatemalteca y mexicana, que, en esta zona, comparten la construcción histórica sobre la relación ladino-indígena, al que se agrega al de ciudadano mexicano-ciudadano guatemalteco aportadas como resabio de las relaciones interétnicas desde la colonia y que han permeado en el tiempo, teniendo en cuenta que la zona, fue parte de la Capitanía General de Guatemala.

Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, el proceso de mexicanización del Soconusco provocó que la población mam del lado mexicano perdiera los marcadores culturales como el idioma o la vestimenta, incluso su adscripción como indígenas *mames*, a diferencia del altiplano guatemalteco, donde la adscripción y los marcadores culturales aún

¹⁰⁷ Por ejemplo, ver estudios como el desarrollado por Tania Cruz (2011) o Adán Emir Aranda Reynoso (2016).

están arraigados en la cultura y vida cotidiana. Así, en el ideario del unionjuarence, el que viene del otro lado de la línea es indígena y este se asocia como una persona pobre, que no reclama, que está destinado para ciertos trabajos y, sobre todo, desprotegido y, por tanto, alguien a quien hay que dar caridad, es decir, el subordinado. A esto hay que agregarle que, en la concepción de ciudadanía, se asume como de mayor calidad la ciudadanía mexicana, que la guatemalteca. De tal manera que, la idea, aunque se maneje de manera positiva, se conjugan para crear la percepción del guatemalteco como persona humilde, honesta, asociándolo a una subordinación; para los guatemaltecos este ideario les juega a favor en su estrategia para acceder con facilidad al servicio. El siguiente extracto da cuenta de esta asociación:

Sí, yo pienso que la gente de Guatemala es muy humilde, muy honesta, muy sincera y pues cuando vienen ellos te hablan y si tienen dinero te lo pagan, si no te dicen: “es que no tengo dinero, necesito esto, estoy muy enfermo” y dependiendo tú cómo lo veas, pues ya sabes Nos tocaba un caso de que venían señoras, ¿estaré hablando de qué será? De unos cuatro años atrás, donde venían las señoras y se les enfermaba los chiquillos y no tenían ni para trasladarse a Tapachula. ¿Qué hacíamos entre el médico y yo? Cooperábamos y bueno, hay que darle, aunque sea para algo para que se sostenga allá. Pero pues así (enfermera de fin de semana, entrevista RHS-02/2018).

Estoy acostumbrado a ver a personas de Guatemala. Acá en Unión Juárez es muy típico de vendedores, personas que vienen a comprar, en este caso con mi abuela atiende personas que todo el tiempo ha existido esa relación y pues no, al contrario, cuando veo yo algo de Guatemala trato de..., y veo que tiene muy poca probabilidad de comprar medicamento o regresar, entonces yo trato de manera muy especial de apoyarlos, hablamos con el administrador, nos ponemos de acuerdo, que apoyen en eso y tratamos de darle la atención. De mi parte, le digo, no discrimino a las personas de Guatemala, al contrario (Médico Centro de Salud, entrevista RHS-0X/2018).

Por el contrario, a pesar de que el personal de salud originario de Tapachula tiene una idea parecida a la de los unionjuarences respecto a esta población guatemalteca y la necesidad de otorgarles atención por “compasión”, cuando se les habla sobre aquellos migrantes que están en el Soconusco, las opiniones son totalmente distintas, asociándose a ese migrante como el mal migrante y el mal paciente, ubicando al guatemalteco de la zona alta como el migrante

deseado, al ser el que les será útil para servicio, en subordinación y que no solicitará derechos, frente a otros centroamericanos a los que ubica como vividores- aprovechados:

Yo creo que tiene que ver con el hecho de que ellos están..., o no están viendo que les dan, o sea ellos, ellos no están buscando vivir del gobierno, ellos están..., tienen su casita, tienen su parcelita, tienen su pedacito de tierra, tienen su sembradillo, de lo que comen, de lo que viven. Vienen a Cacahoatán, a Unión Juárez a trabajar en los cafetales, a trabajar de servicio doméstico, a trabajar de recolectores, pero ellos tienen eso, regresan a su casa, entonces no andan en búsqueda de algo más. Están cómodos con lo que tienen, están felices con lo que tienen y buscan simplemente una mejor atención en cuanto al servicio de salud. Entonces esa forma de vivir que ellos tienen hace que su ideología no vaya más allá de decir “lo que yo estoy buscando es que me atiendan y que me resuelvan y me regreso para mi casa”, en cambio la gente que está en Tapachula pues no. Allá son gente que realmente está muy maleada y gente que tiene otra mentalidad, una mentalidad más abusiva a mi punto de vista ¿no? Pues porque saben que el gobierno mexicano les da muchas facilidades y entonces empiezan a vivir de las facilidades y empiezan a buscar la forma de ver que más pueden obtener del gobierno (Médica, sector salud. Conversación personal).

Como menciona la encargada de salud de un centro de derechos humanos, la diferencia entre ese migrante utilizable, dócil, deseado, es el que no se queje y esto lo asocia a su origen rural.

O sea. La gente que viene de orígenes un poco más de base comunitarios y que claro, de alguna manera que tu vengas de una posición comunitaria no te enfrenta a que te van a categorizar como un criminal, sino al contrario, te van a decir “ah, claro, a este si le damos porque se deja (Activista de derechos humanos. Entrevista PT-03/2018).

Los migrantes en Tapachula, así como la población mexicana, se topan con un sistema de salud con serias carencias y eso incide en que la atención que reciben, a veces no sea la adecuada. Otras veces, la mala atención si tiene relación con el ambiente xenofóbico que se ha ido construyendo en la zona.

O sea, las personas te refieren que no es la atención en sí, o sea, no es la atención de la persona sino el que no le den la atención, no le den el medicamento, no le proporcionen todo el servicio, que por ejemplo el hospital está llenísimo y que tuvieron que dormir en el piso o que no les recibieron, que tuvieron que pasar horas para que pasaran a una sala que el médico los pudiera ver y cuando preguntas bueno ¿pero la atención cómo fue? Bueno más o menos ¿no?, ni buena ni mala. Si

hay alguna referencia que por ejemplo los médicos o las enfermeras o el personal de salud que le atendió fue como un trato discriminatorio ¿no?, y eso responde a una caracterización de la migración, porque aquí en la frontera es muy criminalizante. Todo el tiempo se habla de las personas extranjeras con un tinte de criminal, de un problema de seguridad y eso no es solamente en el sector salud (Activista de Derechos Humanos, entrevista Pt-03/018).

Según esta activista, aunque haya tratos degradantes a los migrantes en los servicios de salud, no existen denuncias legales en el Ministerio Público pues es muy difícil darle seguimiento siendo migrante, por lo que las quejas se quedan a nivel de la Comisión Nacional o Estatal de Derechos Humanos, lo que les significa al personal de salud, llamadas de atención u otras sanciones, como traslados, pero que se manejan internamente. Aunque no es de alcance legal, han sido suficientes las sanciones al personal, para que este se vaya creando una idea de que el derecho del migrante está por encima. A continuación, dos ejemplos de ello:

Preguntabas, comentaban hace ratito de, con la enfermera, por qué ellos preferían ir a la Montañita o en algunos otros. Yo considero que es una, porque no es..., o sea, no es porque la atención, la mala atención sea exclusiva para ellos, es para todos, es en general, incluso, en mi experiencia que hice unos meses en internado en el hospital, incluso una de mis inconformidades es que ellos como pacientes, o los pacientes que llegan allí, indocumentados, guatemaltecos vieras que no tantos al hospital, salvadoreños, hondureños, tienen más derecho y les dan una mejor atención que al mexicano, porque están muy maleados. Tapachula abundan.

V- O sea ¿Por miedo o cómo?

No, no...

V- ¿Por miedo del personal de salud los atienden bien?

Por miedo del personal de salud porque si tú, si tú atiendes un paciente. Te digo, están maleados, están maleados ellos, o sea los pacientes porque desgraciadamente ya no van, la mayoría de la gente ya no va de paso, se quedan y ellos saben que acá en México tienen más derechos que un mexicano. Entonces si tú les contestas de una mala manera a un indocumentado o no le das la atención en el momento en que él llega, que no quiere esperar a veces como lo hace el resto de la población, van y se quejan con su consulado y en una hora (chasquea el dedo) ya te cae Derechos Humanos y es horrible. Yo como personal de salud te puedo decir, para mí es horrible porque tienes que dejar de atender a una persona ¡MEXICANA! que tiene más derecho, por atender a una persona indocumentada porque va y se queja y te cae Derechos Humanos. A ver, a mí en lo personal no se me hace justo, porque todos debemos esperar por igual y ellos, ellos ya saben que pueden hacer eso y saben que pueden llegar y gritarte y que tú no les puedes decir nada, saben que pueden llegar y maltratarte. En el hospital, o sea te estoy hablando del hospital. Saben que pueden llegar y maltratarte y si tú les contestas algo, o sea, se te van encima con Derechos Humanos (Médica. Entrevista RHS/2018).

La idea del mal migrante/mal paciente la fundan en el miedo a la queja ante los consulados y representaciones de Derechos Humanos y las repercusiones que esta trae al personal de salud. Hacen la salvedad que el migrante como el de la zona alta, no hace este tipo de queja, sino proviene de salvadoreños y hondureños a los que categorizan como “gente maleada”.

Una pasante de trabajo social, originaria de Tapachula, también dice:

Si sé que existen, sí sé que existen [normas que dan derecho a la atención a la salud a los migrantes]. Es más, están más protegidos que los mexicanos. Mi hermana es abogada y siempre me ha dicho, cuando llegue una persona migrante no le niegues la atención porque va y se queja con el consulado y les va a ir, pero así, muy mal. Pero si, créame, porque yo estuve dentro de una oficina de derechos humanos y había un migrante que se quejó, no tanto por salud, sí que fue por el paso de aquí de aduana de Talismán y ellos si tienen esos derechos de venir, porque están protegidos, de venir y buscar derechos humanos. Nadie se le puede, no nos saltamos ni ellos se saltan otras cosas de podernos venir a exigir a nosotros con que ellos supiera de que no tienen ese derecho. Yo digo que también ellos saben que si hay alguna norma o una ley donde ellos puedan venir y exigirnos una atención médica u otro tipo de atención, porque finalmente lo he visto, que hubo, hasta el llenado y todo eso.

La imagen de ese migrante no deseado se vincula con las nacionalidades salvadoreñas y hondureñas, dejando al paciente guatemalteco en ventaja al momento de solicitar los servicios con este personal, ya que se sienten seguros de que no les denunciarán.

5.5 El desconocimiento de las leyes y normas en materia de salud del migrante

El artículo 30 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce como *mexicano* a toda aquella persona que tiene nacionalidad mexicana, ya sea por nacimiento o por naturalización, por tanto, un extranjero se define a partir de no contar con las características contenidas en dicho artículo, no por ello le niega la protección de sus garantías:

Artículo 33. Son personas extranjeras las que no posean las calidades determinadas en el artículo 30 constitucional y gozarán de los derechos humanos y garantías que reconoce esta Constitución¹⁰⁸

¹⁰⁸http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

En este sentido, es la Ley Nacional de Migración donde se norma la relación del país con los extranjeros, otorgándoles a estos, la categoría de migrante. Un migrante extranjero, es una persona radicada en territorio nacional o que se encuentra de paso, quienes, según la ley de migración, pueden tener una estancia migratoria regular o irregular. En el artículo 2 de la mencionada ley, México se reconoce como un país de origen, tránsito, destino o retorno de migrantes y en ese sentido, Chiapas cobra relevancia, por ser un estado con un fuerte flujo migratorio. A partir de los años 80 del siglo pasado, Chiapas empezó a incrementar el flujo de personas que ingresaban de forma irregular debido a los conflictos armados centroamericanos, que llevó al estado a constituirse como puerta de entrada para el refugio y a partir de ello, el estado se ha establecido como una zona de paso en el denominado corredor migratorio.

México, como muchos países en la región, es signatario de acuerdos internacionales en materia de derechos humanos y migración (Anexo 16). A nivel federal y estatal existe un andamiaje legislativo y normativo que responde al requerimiento de protección del migrante que, a su interior, contiene varios puntos que se relacionan con el derecho a la salud de este grupo. Este conjunto de leyes obliga a las diversas Secretarías a tomar acciones que garanticen los derechos contenidos en las leyes. De este paraguas jurídico se desprenden planes y programas, los cuales suelen variar constantemente con los cambios de gobierno federal o estatal, por lo que rompen con la continuidad y a veces, no logran contemplar todo el panorama migratorio, como ya se ha mencionado antes.

En materia migratoria, el sector salud chiapaneco juega un papel importante para garantizar el derecho a la salud no sólo de los ciudadanos mexicanos en un espacio con alta movilidad humana, sino también el de todas las personas migrantes que se encuentran en su territorio, ya que es un fenómeno que ha creado dinámicas propias a la región. A pesar de ello, pareciera que las escuelas formadoras del recurso humano en salud poco enseñan a los estudiantes sobre el tema legislativo que se vincula a la práctica profesional con relación a la migración y su contexto estatal- nacional y que evidentemente se toparán en el momento de su ejercicio.

Como se ha mencionado, todo el recurso humano en salud de los servicios públicos de Unión Juárez con los que se tuvo conversaciones o fue entrevistado, tienen como elemento en común el haber sido formados en las escuelas o universidades chiapanecas ubicadas en la frontera, a pesar de ello, los y las entrevistadas reconocen no recordar que en sus programas de estudios fueran abordados elementos legislativos o normativos derivados del derecho a la salud de las personas migrantes, menos las normativas internas del sector salud que se relacionan con el tema, infiriéndose de que existe una ausencia de estos elementos en la malla curricular estatal de las carreras de medicina, trabajo social, enfermería, psicología, etc., a pesar de ser una realidad del contexto local. A pesar de ellos, todas y todos dicen saber que no pueden o deben negar la atención a los migrantes, pero no saben decir en dónde está normado. Ante la pregunta ¿existe alguna normativa que asegure el acceso a servicios de salud de los “no mexicanos”?, los trabajadores de salud respondieron de diversas maneras:

En el DIF el médico opina:

Honestamente yo le respondería no sé, pero si, yo pienso que sí, debe de haber algo así escrito, pero lo desconozco por sí. A lo largo de lo que yo tengo entendido del DIF, no le niega la atención a nadie y si ha tenido mucho la atención al migrante. Me imagino que en el estatuto del DIF debe de haber algo que diga que no se cobre o que todos tenemos derecho a la salud (Médico DIF, entrevista RH-06/2018).

Mientras tanto. Al cuestionarle al psicólogo sobre su conocimiento de la existencia de alguna normativa interna del DIF que asegure la atención de los no mexicanos responde:

No. Todo el que venga acá debe ser atendido y eso tiene mucho que ver con la presidenta [municipal]. La presidenta en este sentido dice “atiéndalos, todo el que venga atiéndalos y apóyenle hasta que se pueda y tengamos un límite, pero apóyenlos” (Entrevista RH-04/2018).

Efectivamente, existen algunos documentos emanados por el DIF nacional donde se impulsa el apoyo a la niñez migrante sin compañía, pero en materia de otorgar servicios de salud a personas no mexicanas, esto queda en manos de cada gerencia local. Las clínicas médicas no es un programa estándar en todos los municipios y, por tanto, no hay un lineamiento nacional que norme el derecho de los migrantes al acceso del servicio de salud. Sin embargo, llama la atención la respuesta del médico, quien menciona “el derecho a la salud”. El que hable sobre salud y derechos humanos lo asociamos más con su historia de vida que, con su formación

médica, pues desde pequeño estuvo vinculado con asociaciones civiles que promovían derechos humanos.

La misma pregunta fue realizada con el personal del IMSS-Prospera. De los tres servicios públicos, este programa es el único que explicita en su reglamento de operaciones que el migrante es “beneficiario” y por tanto cuenta con la protección de este programa, el que incluye la consulta médica. Sin embargo, la enfermera, quien tiene muchos años trabajando para la institución contesta:

No, no hay ninguna norma, al contrario, no conozco ninguna norma que digan “sabe qué, ustedes nada más se tienen que abocar a su población y no dar consulta a los demás, no. Por eso IMSS-PROSPERA atiende a población abierta, o sea, a todos los que nos piden la atención médica, a todos se les atiende. Es población abierta (Entrevista RHS-05/2018).

Al contrario, la médica contesta que ella si la conoce, aunque no lo asume al migrante como beneficiario, cuando la misma norma que cita lo explicita. Se evidencia que desconoce la posibilidad que como migrante se pudiera acceder a Seguro Popular, sin embargo, esto no es raro, ya que comúnmente desconocen este dato:

Ahh, o sea que yo te dijera bien la norma no me la sé, pero dentro de los lineamientos de IMSS-PROSPERA si tienes como obligación dar atención a toda la población. Población abierta, sea o no derechohabiente de IMSS-PROSPERA. O sea, eso ya incluye si es o no mexicano.

Está dentro del lineamiento de IMSS-PROSPERA, ahorita no lo tengo a la mano, pero si, está dentro del lineamiento que tienes que dar atención a toda la población, población abierta. No puedes tú negar una consulta a una persona por el hecho de que no sea mexicano porque incluye población abierta. O sea, no es mexicano obviamente no va a tener la derechohabiencia, si no vive acá no va a ser derechohabiente de IMSS-PROSPERA, ni va a tener seguro popular, pero nosotros no le pedimos, o sea, no le decimos “dame tu IFE y espérate a que yo te dé la atención”, no. O sea, viene, pide consulta, se le da la consulta y ya, así es (Entrevista RHS-05/2018).

Por último, los trabajadores del Centro de Salud de la Secretaría tuvieron respuestas muy variadas. En la entrevista colectiva, todos aceptaban que los extranjeros debían ser atendidos, pero desconocían totalmente si eso era una norma. Sin embargo, son los únicos que conocen

que en las oficinas de la Jurisdicción de salud hay una persona encargada del tema de migración y que les ha ayudado cuando han necesitado trasladar a un extranjero.

La enfermera de fin de semana asume la atención de los extranjeros más desde una visión de humanismo, pero también refiere la salud como derecho independiente de la nacionalidad y es lo que la impulsa a otorgar el servicio:

Pues en mi caso yo digo que si es importante porque es un ser humano que necesita a atención, independientemente de dónde sea. Pues nosotros lo atendemos. A nosotros personalmente no nos han hecho llegar ese documento, si es que existe, yo desconozco. Aquí para nosotros la atención es lo principal, independientemente de donde sea. Sí, eso es, más que nada atender a la población independientemente si es mexicano o guatemalteco, se le da la atención que necesite en su momento y pues tanto derecho tiene el mexicano como el guatemalteco (Entrevista RHS-02/2018)

Uno de los médicos de este servicio reconoce que le hicieron conocer esa normativa en cuanto ingresó al internado:

Pues lo aprendí de mi formación como médico en el internado. Si, nos lo comentaron en el IMSS, sí. En la Secretaría de Salud también nos comentaron que la atención era general, que en realidad no se podía discriminar a nadie, ni siquiera por ser de Guatemala o ser migrante, pero nunca nos han dicho exactamente, sabes qué, estas son las normativas, no nos han enseñado esa cuestión. Además, que en la Universidad nos forman en que lo último que debe de hacer uno como médico es discriminar al paciente verdad, o sea, hay sí que se atiende lo que, a quien llegue, no se está viendo si es de Guatemala, si es bajito, chaparrito, un niño o un adulto. Así nos formaron y siempre hemos tenido eso, que allí estamos (Entrevista RHS-01/2018)

A pesar de que hay un consenso en que debe atenderse al extranjero y algunos tienen nociones de la norma interna del servicio que hace referencia al derecho a la salud del migrante, ninguno pudo mencionar que el elemento básico para proveer atención a todas las personas se encuentra contenido en el artículo 1 de la Constitución Política mexicana (Anexo 17), en donde se reconoce que toda aquella persona que se encuentre en el territorio nacional está amparado bajo los derechos que otorga este instrumento jurídico, sin distinción de nacionalidad.

Lo mencionado por los trabajadores de salud respecto a que no realizan una distinción entre el guatemalteco y el mexicano para lograr acceder a los servicios de salud, fue validado por medio de la observación participante que se realizó en el pueblo a lo largo del estudio, sin

embargo, hay un elemento que sólo dos médicos conocían sobre el derecho de los migrantes para acceder al seguro popular.

En la preocupación de uno de los médicos por tratar de resolver una operación para un menor guatemalteco, sin que eso significara que la madre cargara con el costo, el profesional puso a funcionar su capital social, buscando entre sus redes, información sobre cómo poder ingresar un extranjero en el sistema de salud a un costo soportable para la familia. Después de recurrir a varios conocidos, finalmente una trabajadora social quien fue su compañera en la universidad y que labora en Cacahoatán como encargada de la oficina municipal del Seguro Popular le informó sobre la posibilidad del obtenerlo por unos meses. Este programa está pensado específicamente para los migrantes que tienen como destino los Estados Unidos, pero podría resolver momentáneamente el problema de salud del menor.

A partir de ello, él ha informado a otros médicos que existe esa posibilidad, aunque no es muy utilizada por las personas que ellos suelen atender.

Como se puede observar, la identificación del personal de salud hacia el territorio y sus habitantes hace una diferencia en cuanto el otorgar el derecho a la salud a los extranjeros, observable en el personal que reside en la localidad y eso juega en beneficio de los guatemaltecos, sin embargo, la homogenización del extranjero bajo la categoría de “migrante”, pensado este con las características de los individuos que circulan en la zona baja del Soconusco, provoca una fuerte ausencia de datos y con ello, se dificulta la posibilidad de plantear proyectos que beneficien a las áreas de frontera con dinámicas diferentes a las que están en control por su característica del flujo migratorio de paso.

Capítulo VI. Los olvidados de la agenda en salud en territorio de frontera: diversidad funcional

6.1 El contexto socioeconómico de la atención a la salud mental en Guatemala. Trastornos mentales, discapacidad y problemas neurológicos

En general, las brechas de salud en el municipio de Sibinal son muy amplias, tanto en infraestructura, equipamiento, recurso humano en salud. La Dirección de Área de Salud tiene contabilizados para el municipio un total de 16585 habitantes, de cual el 77% es población rural (Cuadro 22). Para otorgar atención a todo el municipio, contaba en el año en el que se iniciaron a levantar los datos (2014) con un total de 4 médicos, 4 enfermeras profesionales, 23 auxiliares de enfermería, 1 médico perteneciente a la Brigada Médica Cubana (Cuadros 20, 21) para un total de 34 comunidades rurales y 3 urbanas (cuadro 19). Funcionaba también una prestadora de servicio (cuadro 17), pero se desconoce la cantidad de personal de salud que componía ese equipo.

La mayoría era personal para atención en la zona rural (el médico cubano, las auxiliares de enfermería y el personal de la prestadora de servicio del Programa de extensión de Cobertura) que atienden en las Unidades Mínimas de Salud y los puestos de salud (cuadro 17), labor que comparten con el apoyo comunitario voluntario de 48 comadronas adiestradas y 15 vigilantes de salud. El resto de personal, es para atender el Centro de Atención Permanente -CAP- en el centro del Municipio (Ver distribución municipal de los servicios en cuadro 17).

Como ejercicio comparativo, podemos cotejar los datos de recurso humano en salud en los servicios de salud del Municipio de Unión Juárez, en México, abordado en el capítulo anterior con los que se han informado respecto a Guatemala, para entender la inequidad entre ambos países. El CAP, sería el simil del Centro de salud de la Secretaría: mientras que en ese servicio hay dentista, psicólogo, trabajadores sociales, varios médicos y estudiantes de medicina, para el municipio de Sibinal podemos encontrar laborando en atención directa al usuario a 4 enfermeras profesionales y 4 médicos (Cuadro 21); y para los puestos de salud, cuyo simil en México sería la clínica del IMSS-Prospera, quienes cuentan con la atención de

una enfermera profesional y una médica general, para Guatemala el personal de esta unidad médica se reduce a una auxiliar de enfermería.

En medio de esas carencias, los reportes de la vigilancia epidemiológica 2013 de la Dirección de Área de Salud de San Marcos referían una mayor morbilidad en enfermedades respiratorias, intestinales y dérmicas en adultos y niños (Cuadro 9,10, 11 y 12), sin embargo, pareciera que ninguna persona que fue tratada en ese año tenía discapacidad, pues en su producción de programas (Cuadro 18), refieren cero casos de pacientes con discapacidad¹⁰⁹ (Física, mental o auditiva)¹¹⁰, a pesar de que como veremos, hay presencia de personas con diversidad funcional en las comunidades de estudio y que dos de ellos, serán materia de discusión en el presente capítulo. Los casos emergieron de manera casual en el trabajo de campo y ejemplifican finalmente lo que significa acceder a la atención de salud en territorios liminales.

Términos como minusvalía, fueron útiles en el pasado para identificar y nombrar a aquellas personas con déficit corporales, cognitivos, sensoriales con afectación a la realización de sus actividades. Es posterior a la Segunda Guerra Mundial, cuando surge la necesidad de analizar las secuelas por lesiones de guerra en los combatientes por las armas tóxicas y los alcances genéticos de las armas atómicas, entre otros temas (Peña y Hernández. 2015) y desde entonces, las designaciones han variado hasta llegar a definiciones que han transitado desde la significación estigmatizante del individuo y su condición, hacia una pretensión de un lenguaje neutro, que libere la carga negativa y su asociación implícita con la enfermedad que esto conlleva (Romañach y Lobato, 2007).

Yesenia Peña (2003) refiere que el término presenta diversos orígenes y acepciones desde una categorización de tipo estadístico que definía lo normal respecto a la corporalidad, asociado a la tendencia, mientras lo anormal, como una desviación. Se categorizó también

¹⁰⁹ Término exacto usado por el Ministerio en sus estadísticas.

¹¹⁰ En el formulario del SIGSA denominado “Registro diario de consulta y post-consulta en puestos de salud y Centros de Convergencia” (anexo 16) en los datos del paciente deben anotar dentro de la casilla 10 correspondiente a las variables discapacidad, si esta es física, mental, visual, auditiva u otra, si presentara condición de diversidad funcional.

en un tipo funcional que “refiere a la norma biológica sobre el cuerpo que tiende a ser positiva para el desarrollo óptima del individuo” hasta ideológico, que responde a una construcción dogmática cristiana. Así, la autora afirma que estas conceptualizaciones fueron utilizadas por distintas disciplinas para abordarse a partir de diferentes modelos, siendo ellos el modelo psicológico, el modelo médico y finalmente el modelo sociocultural (Peña, 2003, p.37)

Desde el modelo médico, se ha clasificado a diversidad funcional en 4 grupos: discapacidad física (aquellas asociadas a una deficiencia en el movimiento o sensibilidad del cuerpo), las deficiencias sensoriales (como las visuales, auditivas o dificultad del habla), las intelectuales o mentales (aquellas que refieren a las dificultades cognoscitivas) y finalmente la psíquicas (trastornos en el comportamiento adaptativo), pudiendo en ocasiones, presentar las personas varias condiciones de las enumeradas (Peña y Hernández, 2015).

Actualmente, aunque el vocablo ha variado, la consecución de un término que no estigmatice a las personas ha presionado a la búsqueda de otros vocablos, sin embargo, estas son discusiones que se están dando fuera de Guatemala, donde el uso del término de discapacidad sigue en uso. Sin embargo, nos avocamos al uso del término de *diversidad funcional* por considerarse teórica y políticamente más adecuado a la condición de este grupo en este momento.

El concepto pretende una calificación que no se inscribe en una carencia sino que lo que señala es un desenvolvimiento cotidiano, una funcionalidad, diferente a lo que se considera usual; y además asume que esa funcionalidad diversa implica discriminación y que es, no la peculiaridad fisiológica, sino el entorno social el que la produce (Rodríguez y Ferreira, 2010, p.294).

Es decir, este tipo de propuesta como el que arriba se menciona, pretende poner el énfasis en que si bien, la diversidad funcional si compromete el aspecto fisiológico, en realidad el problema está centrado en la falta de respuesta social a las condiciones de los individuos viviendo con diversidad funcional y que si bien, “*la discapacidad puede o no estar relacionada con una enfermedad, la estigmatización social que se construye en torno a esta condición supone una redefinición de su identidad social y su comportamiento*” (Venturiello, 2012, p.1065).

A pesar de ello, el uso del término discapacidad, aunque esté en revisión, se ha internalizado en la *“vida académica, política y social, ya que en su momento fue promovido en los sistemas de salud oficiales”* (Peña y Hernández, 2015, p.186), así como veremos más adelante, en el caso guatemalteco, tanto instituciones estatales como colectivos organizados, aún utilizan el término de discapacidad, incluyendo las legislaciones nacionales¹¹¹.

Hablar de la atención de los problemas de “discapacidad” y salud mental en Guatemala, da cuenta de las desatenciones del Estado y sus instituciones de salud a poblaciones vulneradas. Se ha planteado las grandes carencias económicas que debilitan el aspecto sanitario público en el país, y generan brechas respecto al presupuesto y recurso humano especializado asignado, así como la dificultad de captar los casos oportunamente y darles el seguimiento adecuado.

En la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) la cartera de servicios ofrecida en Guatemala está prácticamente limitada a salud materno infantil, es decir, mujeres en edad fértil y menores en su mayor parte, en el que la vacunación, distribución de métodos de planificación familiar, detección de cáncer cervicouterino, control de peso y talla en menores, suplementación alimenticia, control del ciclo reproductivo de las mujeres (USAID, 2015), tareas que consumen en su mayoría, la labor de los y las trabajadoras de salud del primer nivel de atención.

Ante la fragmentación de la red y la saturación de trabajo, no es raro que la prioridad del personal de salud no sea el buscar en las comunidades aquellos padecimientos que no son tomados en cuenta como prioritarios. Por ello, es la excepción encontrar diversidades funcionales y sus variantes de situaciones discapacitantes y, sobre todo, enfermedades como trastornos mentales y neurológicos en los registros de información sanitaria, posiblemente debido a dos situaciones: Que las personas viviendo con estos padecimientos sean escondidos

¹¹¹ En diciembre de 2018, el Ministerio Público de Guatemala inaugura la Oficina de Acceso a la Justicia para personas con Diversidad Funcional, siendo la primera dependencia estatal que utilizó este término, http://www.laconexionusa.com/noticias/201812111641785_lc164178511.asp. Sin embargo, para octubre de 2019, había cambiado de denominación nuevamente a discapacidad, desconocemos el motivo del cambio en la denominación de dicha instancia gubernamental <https://www.pdh.org.gt/verifican-se-garantice-acceso-a-la-justicia-para-persona-con-discapacidad/>

al personal de salud por la familia o que los trabajadores de salud no logren un barrido profundo para la identificación de los padecimientos no comunes en las comunidades.

Es más fácil encontrar en los registros de salud otras enfermedades crónico-degenerativas como cánceres, diabetes, enfermedades cardíacas, que aquellas que tienen relación con la salud mental (MSPAS- DAS San Marcos, 2013), en parte por la naturaleza de la captura de datos que se enmarca en la prestación de servicios que se otorgan en la cartera en el primer nivel de atención. Para 2012, el Área de Salud de San Marcos, zona de interés de este estudio, en su memoria de labores contemplaba en sus registros únicamente un caso, no siendo Sibinal la localidad en de su registro (MSPAS, 2013 (a))¹¹².

Durante años el CONADI (Consejo Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad) ha hecho saber que los esfuerzos por conocer los datos que les competen no son correctamente capturados por las diversas oficinas gubernamentales. Actualmente sus recursos para poder realizar un análisis más extenso son escasos y existe una falta de voluntad política para actuar en beneficio de la población con discapacidad. Para el año 2014, ya se empezaba a revisar el contenido del censo a realizarse en 2018, que finalmente logró integrar en la boleta censal, preguntas relacionadas con las dificultades locomotoras, capacidades visuales, auditivas, intelectuales, de lenguaje y capacidad de autocuidado, ejercicio que sólo se había llevado a cabo en el Instituto Nacional de Estadística (INE) en la modalidad de “Encuesta Nacional de Discapacidad”, implicando únicamente proyecciones, por el tipo de muestra diferencial de encuesta frente al censo.

Como podemos percatarnos, el abordaje de la diversidad funcional y la neuro divergencia como tema asociado, son invisibilizados y, por tanto, ausentes de un lugar prioritario en la salud pública. Según Rodríguez et. al. (2007), el presupuesto designado para todo lo que comprende salud mental (en el que se incluye también algunas de las diversidades funcionales) tendría que estar entre un 5% y el 15%, pero en realidad en la región centroamericana alcanza apenas el 1% y de éste, el 90% es consumido por los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, el *Observatorio para el Cumplimiento de los Derechos de las Personas con Discapacidad*, en su informe sobre la evaluación sobre el gasto destinado a la

¹¹² Por la naturaleza del dato estadístico, se desconoce el tipo de discapacidad registrada.

defensa de los derechos de las personas con discapacidad¹¹³ advierte que incluso el gasto en este rubro es menor a las cifras oficiales, siendo de únicamente el 0.68% del presupuesto general de salud, equivalente a un poco más de 151 millones de quetzales, a ser utilizado en 1 millón 600 mil personas (Ola, 2019).

En el caso de la atención observamos que las ONG's tienen convenio con el Ministerio de Salud para dar atención especializada y no hospitalaria para esta población tienen un presupuesto muy bajo por usuario¹¹⁴ y todos los casos que atienden, según los convenios firmados, deben de estar referidos por el Ministerio. De los 45 convenios que hasta noviembre del año 2017¹¹⁵ tenía firmado el Ministerio de Salud con estas instituciones, sólo tres eran las encargadas de atender casos neurológicos o psiquiátricos y el resto es para otro tipo de discapacidades como visual, auditiva o de movilidad física¹¹⁶.

Las políticas internacionales para el abordaje de este tipo de problemas de salud apuestan a dejar de lado la institucionalización de los pacientes y que, por medio de un trabajo conjunto, sea la familia, comunidad y Estado, a través de sus instituciones, las encargadas de manejar los casos (OMS, 2010), sin embargo, Guatemala está lejos de lograrlo. Mientras no haya un presupuesto destinado a este rubro, aunque existan las capacidades técnicas y el recurso humano capacitado, esto no será posible.

Médicamente, los trastornos mentales son considerados como padecimientos incapacitantes y la mayor carga mundial por trastornos mentales, corresponde a países con ingresos bajos y medios. En Guatemala, no existían hasta 2019 datos que pudieran ser comparables internacionalmente¹¹⁷, por lo que se carece de datos certeros sobre la ruralidad, sexo, género, condición económica, ruralidad, étnica, y otros, por tanto, desconocemos la carga que significa a nivel nacional, para el país y para las familias mismas.

¹¹³ Para revisar informe completo visitar: <http://observatoriodediscapacidad.com/wp-content/uploads/2019/03/Informe-evaluaci%C3%B3n-gasto-RENADISGUA.pdf>

¹¹⁴ En la revisión extensa de los 45 contratos con asociaciones civiles se encontró que había costos máximos anuales por paciente de Q.135.

¹¹⁵ Se toma en cuenta los datos de ese año, pues son los que corresponden al año en que se realizó el trabajo de campo.

¹¹⁶ <http://www.mspas.gob.gt/index.php/component/jdownloads/category/59-e-convenios-suscritos-con-organizaciones-no-gubernamentales?Itemid=-1>

¹¹⁷ Los resultados en materia de discapacidad del Censo más reciente que salieron a finales de 2019, aún no son accesibles por vía electrónica, dificultando la obtención de dichos datos desde la República mexicana.

En el informe de la OPS “La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018” nos dice que, en países con ingresos altos, la apuesta del abordaje de la salud mental se basa en la desinstitucionalización de estos padecimientos, apostando a la “integración de la salud mental en la atención primaria y los recursos comunitarios” (OPS, 2018, pág. X), mientras que los países con ingresos bajos y medios tienden a asignar la mayoría de los recursos destinados a ese fin a hospitales neuropsiquiátricos, en lugar de financiar servicios comunitarios, provocando una brecha entre la carga de la enfermedad y el gasto asignado. Esta brecha aumenta cuando se acentúan ciertas diferencias que implican desigualdad como lo urbano/rural, pertenencia étnica, etaria y de género, entre otro tipo de variables; disparidad visible en la distribución del gasto público al tema de salud mental y que provoca brechas en la oportunidad y calidad de atención, afirma este Organismo Internacional.

En 2002, en la 55ª. Asamblea Mundial de la Salud, la creación del Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS recibió respaldo y con ello, se instaló la capacidad en el organismo para orientar normativas a los Estados Miembros en su búsqueda de mejoras en iniciativas y promoción en los sistemas de salud y servicios adecuados a personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Reconociendo que existen países con grandes brechas de acceso y atención a este tipo de población, debido a su situación de desventaja en su desarrollo económico, la mayoría de ellos catalogados como de ingresos bajos y medios-bajos, se hacía necesario idear un mecanismo que facilitara procesos para asegurar atención oportuna a partir de los recursos existentes, desarrollándose así el programa mhGAP¹¹⁸.

El mhGAP, como programa a ser implementado en los servicios de salud de los Estados miembros, pretende cerrar brechas y ampliar cobertura, a partir de intervenciones de prevención y tratamiento de las condiciones prioritarias identificadas por el Organismo Internacional.

¹¹⁸ Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, por sus siglas en inglés.

Las condiciones prioritarias se identificaron teniendo en cuenta que representan una carga elevada (en cuanto a mortalidad, morbilidad y discapacidad), que causan grandes costos económicos o que se asocian a violaciones de los derechos humanos. Estas afecciones prioritarias son la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psíquicos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol, los trastornos debidos al consumo de drogas ilícitas y los trastornos mentales infantiles (OMS, 2008, pág. 4).

El mhGAP pretende otorgar al recurso humano en salud, herramientas para superar brechas en la prevención y atención a población viviendo con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias y su comorbilidad en zonas económicamente rezagadas y con provisión de servicios de atención no especializada en primer y segundo nivel, como lo justificara Margaret Chan en 2008 con el lanzamiento del programa:

Existe una idea ampliamente compartida, aunque errónea, con respecto a que todas las intervenciones en salud mental requieren de tecnologías sofisticadas, onerosas y con personal altamente especializado. La realidad es que la mayoría de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias que derivan en alta morbilidad y mortalidad pueden ser atendidos por proveedores de atención de salud no especializados (OMS, 2010, pág. iii).

A partir de ello, la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS), como parte de sus Estrategia de Cooperación con el País (ECP), a través de la cooperación técnica, ha hecho efectiva la capacitación de personal de salud en las zonas que abarca este estudio¹¹⁹ como puede observarse en los sitios web¹²⁰ de ambas representaciones. Esta información se confirmó en charlas sostenidas con el personal clínico de la Secretaría de Salud de México y el Ministerio de Salud de Guatemala¹²¹. A pesar de que desde el nivel central del Ministerio se ha tratado de implementar algunos cambios, entre ellos, el programa mhGAP, esto no ha incidido sustancialmente en acciones de impacto en espacios urbanos y tampoco en los rurales.

¹¹⁹ San Marcos, Guatemala y Chiapas, México.

¹²⁰ OPS/México https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=731:curso-taller-de-las-guias-mhgap-en-chiapas&Itemid=499, OPS/Guatemala https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=975:ops-desarrolla-taller-para-implementar-programa-de-accion-para-superar-brechas-en-salud-mental-mhgap&Itemid=441

¹²¹ Notas de campo. 26 de abril de 2019. Charla con participantes del taller “Condiciones de Salud Pública y Emergencias epidemiológicas en Municipios Fronterizos de México-Guatemala” ECOSUR.

Respecto a casos en zonas urbanas, el reportaje que la BBC publicara en 2014¹²² respecto a las deficiencias institucionales y altas violaciones a los derechos humanos de los usuarios del Hospital Nacional Federico Mora, puso en la mira internacional y nacional las problemáticas que atraviesa el país respecto a la atención de la salud mental a nivel nacional, sin embargo; este problema no era nuevo. Ya en octubre de 2012, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) había otorgado bajo el correlativo “MC 370/12 – 334 Pacientes del Hospital Federico Mora, Guatemala”, medidas cautelares a más de 300 pacientes que allí residían, bajo la petición de la organización *Disability Rights International* (DRI), organización que venía documentando el caso de la estancia de los pacientes en esta institución psiquiátrica.

A pesar del alcance mediático que logró el reportaje, las condiciones en este centro no han sido mejoradas, volviendo a ser noticia cada cierto tiempo, sin que signifique cambios reales a las condiciones de los pacientes internados¹²³. Las denuncias fueron fuertes, pues se señalaba a las autoridades, trabajadores clínicos y de seguridad del Hospital, de facilitar internos para la trata de personas con redes de prostitución. Se acusó también al hospital de sostener condiciones inhumanas de la estancia de los internos e incluso de abuso sexual a los y las internas.

Por medios escritos guatemaltecos, se ha dado a conocer también la situación de pacientes con adicciones por uso de sustancias que son atendidos por instituciones privadas con nulo control del Ministerio de Salud, que ante la ausencia de políticas y centros especializados para el efecto, hace caso omiso de su responsabilidad de prestar la atención, pero también omite por completo la supervisión del funcionamiento de estos centros, donde existe también una alta violación de los derechos humanos¹²⁴. La entrevista del medio digital guatemalteco

¹²² Violaciones y torturas: El infierno del peor psiquiátrico en América https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141205_salud_hospital_mental_guatemala_peor_amy

¹²³ A cualquiera que te quieras llevar ahorita, yo te la entrego”, dice el subdirector del Federico Mora, <https://nomada.gt/identidades/guatemala-urbana/a-cualquiera-que-te-quieras-llevar-ahorita-yo-te-la-entrego-dice-el-subdirector-del-federico-mora/>

¹²⁴ Así funciona el negocio de los centros de rehabilitación evangélicos en Ciudad de Guatemala. <https://nomada.gt/identidades/guatemala-urbana/asi-funciona-el-negocio-de-los-centros-de-rehabilitacion-evangelicos-en-ciudad-de-guatemala/>, <https://nomada.gt/identidades/guatemala-urbana/en-ningun-hospital-aceptaran-a-un-alcoholico-para-quitarse-la-goma/>

Nómada¹²⁵, refleja el desinterés en el tema y, sobre todo, evidencia la poca claridad de políticas destinadas a este grupo. Éste medio develó públicamente, no sólo la situación que atraviesa el país respecto a la salud mental, sino también de la ineficiencia del MSPAS en la supervisión de empresas privadas que suplen al Estado en la atención de la salud mental, en sus distintos ámbitos, dando cuenta del desinterés de los gobiernos y sus secretarías y ministerios, en especial el de salud, para poder otorgar atención a la población guatemalteca.

6.2 Desatención en salud: Políticas y experiencias en discapacidad y salud mental en Guatemala en el ámbito rural

La ruralidad en Guatemala está asociada directamente con la pobreza, y en su mayor parte, son territorios con alta concentración indígena (Trivelli y Berdegué, 2019), (Armendáriz, de Michele, Manzano y Martel, 2013). Esa ruralidad se muestra como un determinante a las condiciones de vulnerabilidad social. Es perceptible a nivel territorial cuando se evidencia la poca o nula presencia estatal de instituciones que tendrían que velar por poblaciones en estas situaciones. En materia de discapacidad, las instituciones que realizan auditorías sociales en el tema, posiblemente por falta de recursos, apenas logran dar seguimiento a territorios urbanos, dejando un gran vacío en el abordaje de la información respecto a la situación de discapacidad fuera de las ciudades.

Es importante hacer notar que, bajo el nombre de salud mental y discapacidad, se incluye un sinnúmero de padecimientos muy diversos, dejando muchos de ellos por debajo de los que en la agenda nacional o internacional se consideran prioritarios y por tanto reciben mayor presupuesto.

En el campo de la investigación científica es reducido el número de proyectos que analicen la discapacidad y salud mental en zonas rurales en Guatemala, las formas de atención o desatención que se les brinda en el ámbito familiar, comunitario e institucional y a esto hay que agregar que cualquier sistema de información gubernamental que pudiera ser utilizado para el análisis de datos institucionales, no están actualizados, carecen de los datos, tienen

¹²⁵ Salud: Sí, hay malas condiciones en centros para atender adicciones, pero no nos corresponde cambiarlas. <https://nomada.gt/identidades/guatemala-urbana/en-ningun-hospital-aceptaran-a-un-alcoholico-para-quitarse-la-goma/>

enlaces rotos u otro tipo de problemas que dificultan poder hacer un acercamiento a la temática. De la misma manera, las ONG's que reciben fondos públicos, no facilitan el proceso de obtención de información de los servicios que prestan con recursos públicos.

En materia legislativa, Guatemala cuenta con el Decreto 135-96¹²⁶ “Ley de atención a personas con discapacidad”, en donde se obliga al Estado a garantizar los derechos necesarios para suplir las necesidades diferenciadas de las personas viviendo con discapacidad y obliga a la familia a crear las condiciones para su desarrollo en el marco del ejercicio de los Derechos Humanos del individuo viviendo con discapacidad para su desarrollo integral, considerando estas obligaciones como irrenunciables. Esta ley, en su artículo 3, define discapacidad como “*Cualquier deficiencia física, mental, o sensorial congénita o adquirida, que limite una o más de las actividades consideradas como normales para las personas*”. En su totalidad, la ley mencionada trata de otorgar de manera jurídica un respaldo legal que defina redes de seguridad a las personas con discapacidad, con poco cumplimiento en territorio nacional, en el ámbito rural y urbano.

Si bien, en lo urbano el Observatorio de Discapacidad¹²⁷ en Guatemala funge como un espacio para la auditoría social en el tema de discapacidad, se cuentan con ONG's o instituciones estatales que dan atención a problemas derivados de la discapacidad que impulsan en la medida de sus posibilidades algunas acciones preventivas, de vigilancia ciudadana o de atención clínica, en el ámbito rural, la ausencia de estas redes obliga a que el tema de salud mental y discapacidad en zonas rurales sea atendida en exclusiva por la comunidad o la familia, sin que para ello intervenga muchas veces alguna institución de carácter gubernamental o de sociedad civil organizada y por ende, cada una de las respuestas comunitarias a casos de este tipo será diferente, pues estarán definidos por una serie de variables que permitan la protección o vulneren aún más a la persona que vive una condición discapacitante.

¹²⁶ http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ley_de_atencion_de_las_personas_con_discapacidad_decreto_135-96_-_guatemala.pdf

¹²⁷ En Guatemala se utiliza el término discapacidad y enfermedades mentales, todavía, aunque el cambio se realiza en el 2000 por la OMS a terminologías de inclusión que quitan la carga moral de estigma y discriminación.

6.3 Estudiar las orillas desde su tejido invisible. Los casos invisibles de la discapacidad y salud mental en las comunidades rurales en frontera

El Censo Comunitario desarrollado en el caserío Yalú, de Sibinal, San Marcos, dio lugar a localizar casos que son inexistentes en los registros sanitarios locales asociados a trastornos mentales y discapacidad. En esa población de 212 habitantes, existen casos de padecimientos que limitan la vida independiente y autosuficiencia, entre los que se encuentran (4% de la población): condiciones propias de la vejez (2), ceguera a causa de diabetes (1), problemas del habla (2), movilidad limitada en miembros superiores por accidentes laborales (1), posibles trastornos mentales sin diagnóstico (2), personas con convulsiones constantes sin diagnóstico (2), epilepsia diagnosticada (1) y parálisis cerebral en niños (1).

Como es común en esta comunidad, la mayoría de su población se ocupa en el campo o en trabajos informales, por lo que carecen de seguridad social, incidiendo en la forma en que atienden o no, sus padecimientos y tratamiento a los problemas derivados de las discapacidades, comúnmente no son atendidos y algunos de ellos no están diagnosticados, aunque la población si los reconoce como un padecimiento crónico o de nacimiento y necesario de ser consultado, pero por limitaciones económicas o de tiempo, no han sido atendidos, ya que el servicio público no los tiene registrados para su atención y seguimiento. El siguiente caso sirve para ejemplificar esta situación: En la comunidad de Yalú se encuentra un niño con parálisis cerebral, su padre es el maestro del pueblo, trabajo que le provee seguro social a él y su familia, en el caso de los hijos, hasta que lleguen a la mayoría de edad. Sin embargo, por la dificultad para llevar al niño con PCI¹²⁸ al centro especializado, no recibe la asistencia necesaria.

En el niño con PCI, puede visualizarse las características de los problemas burocráticos y la planificación deficiente del sistema de salud en este caso, del sistema de seguro social guatemalteco. Como ya se ha mencionado, la cantidad de personas con IGSS se encuentran en la zona de San Marcos en donde se explota la minería, lejana a Yalú y a pesar de que están en el mismo departamento, les quedaría más cerca acudir al servicio de otro departamento al

¹²⁸ Parálisis cerebral infantil.

que por organización territorial no le corresponde. Puede verse una de las brechas en la atención, la falta de acceso, que es parte de las fallas estructurales del sistema y que incide en la salud familiar. A pesar de que hicieron lo posible por atenderlo con el IGSS en las distintas clínicas a los que asistieron, terminaron desistiendo, porque los costos eran altos y deben sacar cargado por caminos montañosos que no se recorren más que a pie, a un niño que cada vez crece más. El último intento que realizaron fue atenderlo a Unión Juárez, pero declinaron de seguir.

Para el caso del IGSS, se desconoce si los médicos familiares han tenido acceso al programa mhGAP, pero es probable que no lo hayan tenido, puesto que OPS, organización encargada de otorgar la capacitación técnica, tiene poca vinculación con el Seguro Social. Al no existir un centro de salud del seguro social, las personas tendrían que asistir al sistema de salud público y a pesar de que algunos médicos en San Marcos han sido capacitados para el uso de las guías del programa mhGAP, estas áreas son atendidas por auxiliares de enfermería, a quienes esa capacitación no se les ha replicado, pues la capacitación requiere que mínimamente sean médicos generales, aunado a que los pobladores hacen poco uso del puesto de salud en Guatemala.

El caso de la comunidad de Yalú, es un ejemplo de los subregistros en salud mental y discapacidad y la situación de relego del interés en la planificación sanitaria en el departamento de San Marcos con una lógica centradas en las condiciones de ruralidad de Guatemala. Según el contenido del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2007-2020, hay ausencia de psiquiatras contratados por el MSPAS para el departamento, donde se evidencia que la mayoría de estos profesionales se encuentran en los hospitales urbanos en la Ciudad Capital (MSPAS, sf). Es decir, las brechas de personal altamente capacitado para atención a pacientes psiquiátricos o con otros padecimientos neurológicos son amplias y diversas, lo que restringe los derechos de las personas viviendo con trastornos psiquiátricos, como lo son los casos que posteriormente abordaremos.

El MSPAS (2017, p.6) reconoce que actualmente en Guatemala, el gasto privado en salud, es decir, el gasto que hacen los hogares para atenderse alcanza el 52.2%, donde se contemplan

no sólo los datos relativos a consulta y compra de medicamento, sino también aquellos derivados de análisis de laboratorio y estudios clínicos además de equipo médico de apoyo (sillas de ruedas, muletas y otros). La atención de la salud mental atendida fuera del servicio de salud, comúnmente se vuelve un gasto catastrófico, por los gastos que deben erogar las familias en equipos, análisis, medicamentos, transporte de los pacientes y que a las familias rurales y pobres les es imposible asumir.

El salario mínimo para actividades agrícolas en Guatemala es de Q.2742¹²⁹, pero el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (INE) estima que el costo de la canasta básica alimentaria tendría que alcanzar mínimo Q. 4200¹³⁰, existiendo una brecha de Q.1458, pero que, en la realidad, pocas personas ganan efectivamente ese monto. La población guatemalteca rural no cuenta ni siquiera con el salario mínimo y si en una familia rural se tuviera que comprar medicamentos antipsicóticos, por ejemplo, éstos tienen un costo entre Q.115 a Q.250 por caja. El costo de una sola dosis de medicamento absorbería entre el 4% y 9% del presupuesto familiar, si el consumo fuera monoterapia, sin embargo, para tratamientos de trastornos mentales o neurológicos, es común que se prescriban medicamentos complementarios y se consuman por mes, más de una caja, sin tomar en cuenta también la erogación de costos derivados de consulta profesional y estudios especializados.

6.3.1 La contención comunitaria de los casos de “locura”

En una de las últimas casas del ejido de Talquián, existe una tienda donde los que llegan de Guatemala, suelen sentarse a comprar un agua gaseosa¹³¹ para refrescarse y seguir su camino o comprar los últimos elementos antes de iniciar de nuevo su andar. En ese espacio se estacionan también las *combis* que bajarán hasta Cacaohatán, pasando por los ejidos de Unión Juárez, Santo Domingo y otros poblados importantes, en donde “van dejando o recogiendo pasaje” (usuarios de los servicios). El terreno inclinado donde se encuentra la tienda no deja ver la construcción total que consta de desniveles. Según los pobladores de

¹²⁹ <http://www.mintrabajo.gob.gt/index.php/nota-principal/6142-salario-mínimo-se-incrementa-3-75-para-2018.html>

¹³⁰ <https://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/tema-indicadores>

¹³¹ Refrescos.

Yalú, esta tienda pertenece a yaluenses que decidieron salir hacia México a vivir, por las condiciones de trastorno psiquiátrico (no diagnosticado) de una integrante de la familia.

usted no logra ver allí, pero todo el primer piso, o sea esa parte de abajo, esa es donde vive. Esa es como su cárcel, pero es porque es muy agresiva (Conversación con anciana yaluéense en Unión Juárez).

Los oriundos del lugar¹³² cuentan que la chica comenzó a comportarse cada vez más agresiva, por lo que la familia decidió trasladarse de la comunidad de Yalú en Guatemala, hacia Talquián, en Unión Juárez, donde establecerían su negocio, construcción debajo de la cual le harían una especie de apartamento en donde ella pudiera estar encerrada bajo llave, con el fin de que se tuviera un control a su agresividad. La familia la atiende y combinan su actividad con el negocio de la “tiendita” y una de las hermanas sigue teniendo vínculos fuertes con su comunidad de origen, pues es maestra de la escuela de Yalú y camina diariamente desde la comunidad mexicana hacia su trabajo.

Aunque nunca hemos tenido oportunidad de ver a la chica, por las referencias que hacen sobre ella, puede considerarse que la condición del trastorno mental de la chica, le crea una discapacidad que afecta en su socialización con el mundo que le rodea. Lo que la población conoce, según las conversaciones que tuvimos, es que no recibe atención médica para su padecimiento y su red primaria es la única con la que tiene contacto, por lo que la familia rompe con cualquier posibilidad de interacción y con ello, su capacidad de que obtenga el lazo social que le permita generar capital social suficiente para que sea considerada como una miembro activa de la comunidad, convirtiéndose en una comunitaria de presencia ausente (presente en el imaginario colectivo y ausente en el tejido social).

Es así como su círculo familiar, como se convierte en la institución que somete y domina su actuar frente al resto de la comunidad por medio del control excesivo, expresado bajo el encarcelamiento y dominio de los espacios para ella “permitidos”, a partir de su condición de individuo no deseable socialmente. Bajo el testimonio de los comunitarios, puede percibirse que la autoatención en salud es la esfera desde la que la familia se ha centrado para

¹³² Reunión con la comisión de salud del caserío Yalú.

fijar las acciones de atención al padecimiento y la vez, su estrategia para sobrellevar la situación y en el que el cierre en los vínculos, produce una inhibición de la capacidad de integración y pertenencia a un grupo, fuera de su red afectiva primaria a la chica.

Sin embargo, debe de reconocerse que la violencia estructural que incide en las condiciones rurales de Guatemala, como lo es el analfabetismo, falta de acceso a educación formal, aislamiento territorial ante carencia de vías de comunicación y, el incumplimiento del Estado de asegurar el derecho a la salud, ha provocado en la familia viviendo con discapacidad, un mínimo en la acumulación de su capital cultural impactando, en la generación y estrategias de cuidados en el proceso de salud/enfermedad/atención. No dejemos de lado que la familia ha sufrido un desplazamiento forzado por la condición de su hija, al tener que haber dejado su poblado para instalarse en otro.

Aunque se carece de datos más profundos sobre el caso, la experiencia de esta chica, es importante respecto al siguiente caso a tratar, pues se construye como un antecedente importante, ya que bajo la experiencia del abordaje que hizo la familia de la chica, posteriormente la comunidad de Yalú lo tomaría de ejemplo para actuar frente a un caso similar que se enfrentarían posteriormente, el cual se tratará en el apartado que sigue. Así, la memoria colectiva de resolución de problemáticas, incidirán en acciones futuras en los grupos sociales, que es un elemento fundamental para decidir las trayectorias de atención de cualquier enfermedad, padecimiento o situación de salud con requerimiento de cuidado.

El caso de Manuel

Manuel fue uno de los primeros habitantes de Yalú con los que tuvimos contacto en los primeros días de la visita a la comunidad para la búsqueda de don Oscar, el presidente de la comisión de salud. En el camino encontramos a un grupo de jóvenes que bajaba hacia Unión Juárez y al pasar al lado del grupo, uno de ellos grita “verga¹³³”, esta situación nos sorprendió por lo que preguntamos a Don Oscar y a su esposa sobre el chico que había proliferado dicha palabra.

¹³³ Forma popular de llamarle al pene.

La esposa de Don Oscar me sirve frijoles e inicia a tortear mientras hablamos. Entre lo que conversamos, sale a colación el episodio que acaba de suceder con ese chico y ellos me informan que, en la comunidad, hay por lo menos 6 o 7 casos de personas que no son “alentadas”¹³⁴, entre ellas la persona que me encontré en el camino. Según don Oscar y su esposa, este chico hasta hace un par de años era “normal” y cuando cumplió 23, cambió. (Diario de campo, diciembre 2015).

La explicación local sobre la condición mental de Manuel está asociada totalmente con una herencia de la cosmovisión de la cultura maya-mam, pues según la conversación con varios jóvenes de la zona, refirieron que Manuel está así, pues fue a la cueva de un cerro cercano a sacar el oro sin permiso del dueño del cerro y éste lo castigó de esa manera (diario de campo, diciembre 2015). A pesar de que las personas en Yalú ya no cuentan con marcadores culturales visibles que los asocie con lo maya-mam, las resistencias culturales permanecen escondidas en otros aspectos de la vida cotidiana y la forma de entender la salud y la enfermedad, evidencia su origen cultural. Así, por medio de su oralidad, podemos rastrear elementos propios de los grupos mayenses en esta idea del dueño del cerro que enferma a la gente, presente tanto en las culturas mayas de tierras altas como las bajas.

Afirma Calon (2017), dentro de la cosmovisión maya, hombre y naturaleza son interdependientes, los rituales y ceremonias funcionan como centro de comunicación con los espíritus de la tierra y del monte “aluxes o seres numiosos” para lograr tener sustento y/o recuperar la salud. Si no se cumple con el deber de alimentar a “sus dueños”, estos se alimentan de su alma, provocando enfermedad en el cuerpo. La existencia de los dueños de los cerros está documentada también para el área del volcán de Tacaná por múltiples autores, según muestra Alejandro Garay (2013) y para la zona del Soconusco, como un préstamo cultural, la idea de la existencia de Juan Noj, personaje de la cosmovisión k’iche’, a partir de la histórica movilidad humana existente entre territorios mames y k’iches, han superpuesto en la tradición oral mam a este personaje, como aquel que es dueño de los cerros en la zona del Tacaná (Mejía Roblero, 2012).

Así, la bibliografía existente sobre tradición oral en zona mam da cuenta de que la representación social sobre el castigo como elemento que determina la enfermedad del individuo a partir del no cumplimiento de ciertos rituales previos y, por ende, el enojo de la entidad protectora del cerro, ubica el caso de Manuel, indudablemente en un contexto de profundas raíces mayenses, dando así otra explicación en el pueblo sobre el cambio de comportamiento que tuvo Manuel ya en su etapa adulta.

¹³⁴ En Guatemala el término “alentado” es de uso común en las áreas rurales, para referirse a las personas que tienen sus capacidades cognitivas mermadas. Es así como a las personas con síndrome de dawn o las personas con trastornos psiquiátricos, se les denomine de esta forma.

En el barrido etnográfico del caserío de Yalú, se hizo un recuento de personas con alguna clase de discapacidad, encontrándose que por lo menos cinco personas sufrían algún padecimiento neurológico o psiquiátrico, en su mayoría no diagnosticado. Los datos encontrados en campo pueden coincidir también con el comentario de don Oscar y su esposa, cuando refieren la existencia de comunitarios “no alentados”.

A diferencia del caso anterior de la chica estigmatizada por la comunidad como “loca”, Manuel, a pesar de sus momentos de agresividad temporal, define bien los espacios en donde puede comportarse de una u otra forma, ya sea en los caminos, en su comunidad o en el espacio mexicano, que responde a su vez a un condicionamiento conductual de los procesos de socialización a los que ha estado expuesto a partir de los cambios en su comportamiento.

En el hogar de Manuel viven el padre, un hermano, la esposa e hijos de éste, así como una hermana con su hijo. Manuel presenta condiciones similares¹³⁵ a las descritas en los tratados médicos como “espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” (American Psychiatric Association, 2014, p.87), pero no está diagnosticado por ningún profesional. Tanto la hermana como su hijo tienen problemas del habla, pero tampoco tienen un diagnóstico y acceso a una terapia. Ella se dedica a las labores del hogar, mientras el resto de la familia sale a obtener recursos económicos por medio de diferentes empleos, sobre todo de tipo agrícola. El padre se dedica a ser mozo en una de las fincas de café cercanas, es decir, su trabajo no es estacional como los otros trabajadores que vienen de localidades más lejanas a la línea, pues cuando no es temporada de pisca, su labor es limpiar cafetales u otros oficios relacionados al campo en el espacio mexicano. Por el oficio de los integrantes de la familia, ninguno cuenta con ningún tipo de seguridad social y con un salario bajo, la prioridad es su trabajo, lo que incide en parte, en que no puedan ocupar tiempo y dinero para atender el padecimiento de Manuel, al cual su padre sí lo reconoce como “enfermito”.

El total de los integrantes de la familia, como la mayoría de yaluéenses, se dedican al cultivo de flores, que suelen ir a vender a los diferentes ejidos o la cabecera de Unión Juárez, a

¹³⁵ Se presume este padecimiento a partir del comportamiento que presenta Manuel referido en conversaciones con los pobladores de Unión Juárez, Yalú y lo observado personalmente.

Cacahoatán o en último caso en Tapachula, afuera del mercado San Juan en Tapachula. Por ello, Manuel normalmente baja a Unión Juárez con su “tanate”¹³⁶ de flores a la espalda los sábados y domingos, días en que se reactiva la vida social en el pueblo, pues la mayoría de la población se encuentra¹³⁷. Su conducta en el lado mexicano es relativamente normal y se restringe actualmente a este fin. Pero su conducta no es similar en los espacios mexicanos respecto a los guatemaltecos, creando mecanismos de adaptación en su socialización en territorio extranjero.

En el espacio mexicano, por ejemplo, ha tenido problemas con los dueños de las *combies*.

lo que nos hizo es que se subió y ya cuando llegamos allí por Santo Domingo hizo la parada, pero no quiso pagar. Nos gritamos, pero al final lo dejamos ir, lo que sí, es que ya todos saben que no hay que subirlo, entonces el camina hasta allá abajo y se regresa caminando (conductor de taxi colectivo, diario de campo 2016).

Este tipo de conducta ha dado como resultado que la autoridad de seguridad municipal mexicana le detenga, le amarre y lleven de regreso a su población, por lo que a cualquier sonido o persona que asocie como policía le tiende a huir y por ello, en el lado mexicano a pesar de caminar grandes distancias y estar permanentemente en el territorio, busca no meterse en problemas.

Esta situación no es igual para su estancia en territorio guatemalteco. Al vivir en un ambiente campesino, gusta de estar a la orilla de la trocha¹³⁸ descansando durante varias horas. Suele tener un machete con el cual asusta a las mujeres y también se esconde para tirarles piedras, situación que no realiza cuando a ellas las acompaña un hombre. Según los integrantes de la comisión de salud de la comunidad, estas actitudes son de preocupación comunitaria, pues dan a entender que existe una vulnerabilidad de sus hijas al momento que ellas salen de la escuela. A pesar de que no lo expresan de manera directa, por sus palabras la preocupación comunitaria va en el sentido de que las menores puedan ser víctimas de una agresión sexual

¹³⁶ Bulto o carga de diferentes cosas que requieren transportarse.

¹³⁷ El domingo es uno de los días de mercado.

¹³⁸ Según la RAE “Vereda o camino angosto y escusado, o que sirve de atajo para ir a una parte” <https://dle.rae.es/trocha>

por parte Manuel, pues los caminos de la comunidad para llegar a su casa suelen estar solitarios.

Esta preocupación coincide con el comentario de una anciana del pueblo, quien afirma que Manuel le ha externado su necesidad de satisfacerse sexualmente.

Yo siempre trato de hablarle. Yo le digo, Manuel ¿Por qué eres así?, ¿Qué es lo que quieres pues? Y él me dice, lo que pasa es que necesito hacerle algo a una mujer (Conversación informal con anciana yaluéense, diciembre 2015).

Por ello, la comisión de salud analizó una estrategia de cómo afrontar la situación que les aqueja, llegando a la conclusión que debían construirle una casa para recluirlo, siguiendo el ejemplo de la familia de la primera chica en el apartado anterior y que, al parecer, la familia accedió en un primer momento. Por medio de tequio, la comisión de salud organizó a la comunidad para construir una pequeña casa para que Manuel residiera en ella, pero al terminarla, la familia decidió que ya no estaba de acuerdo en encerrarlo, por lo que Manuel siguió con la misma dinámica (reunión con comisión de salud, agosto 2015). Esta situación lleva de nuevo a la comunidad a la búsqueda de otras estrategias que permitan controlar a Manuel, sin que hasta el momento hayan encontrado alguna. La comisión de salud dice haber gestionado que un especialista lo tratara, sin embargo, no lo lograron, pues ningún familiar está dispuesto a utilizar tiempo para llevar a Manuel, ya que esto significa perder un día de trabajo y, por tanto, no obtener recursos económicos, afirma su padre.

Tanto Manuel como la chica, están estigmatizados por su condición y las comunidades mexicanas y guatemaltecas en su lógica de control del posible daño que pueda causar a los habitantes, crean estrategias para el encausamiento y control de la conducta de los individuos a partir de restringirle su libertad.

Para Goffman (2006), la sociedad establece categorizaciones de las personas y sus atributos a partir de la percepción y el intercambio social que se produce entre ese “otro” con el resto de las personas que comparten los espacios de convivencia. Ello le impone al individuo estigmatizado, atributos individuales y atributos estructurales, éstos últimos definidos a

través de su funcionalidad social en la que se rigen, por medio del acatar las normativas sociales consensuadas en la lógica moral de la sociedad en la que está inmersa. El no regirse en los parámetros permitidos, le convierte en el diferente, un “otro no deseado”, “no apetecible”, siendo el elemento central del “estigma” definido por Goffman. Un concepto similar para etiquetar a las personas “que se alejan de la forma de vida convencional” lo utiliza Howard Becker cuando se refiere a los “outsider o marginales”, definiéndolos como “aquellas personas que son juzgadas por los demás como desviadas y al margen del círculo de los miembros “normales” de un grupo” (Becker, 2009, p.34).

Este atributo le carga con un significante de “persona con defecto, falla o desventaja” lo que le confiere una situación de marginal y desacreditación (Goffman, 2006, p.12). El caso de Manuel se enmarca en lo que Goffman denomina “defecto de carácter individual” y, por tanto, un ser discriminable, con invalidez social e inferioridad (Goffman, 2006, p.14-15).

En este sentido, hay en los dos espacios, diferentes formas de abordaje para reprimirle. En México, la represión de su conducta es más drástica y en Guatemala, su comunidad de origen y habitación, puede actuar con un poco más de libertad y fuera de la norma social. Es así como el individuo es consciente de que hay actos permitidos y no permitidos, sintiendo confianza en su comunidad, que le es más permisiva. El mantenerse al margen del conflicto es un esfuerzo para evitar actos punitivos de parte de representantes de instituciones mexicanas o de la misma población, siendo esta, una estrategia de adaptación del individuo a su medio social, es decir, ha internalizado las normas consumatorias¹³⁹.

Al contrario de la población mexicana, a pesar de estar estigmatizado como “no alentado”, la comunidad yaluéense le protege y lo asume como un problema colectivo y no individual de la familia de Manuel. El “ser alentado” responde así a un estigma de “una persona especial” a la cual debe controlarse, pero al mismo tiempo, se requiere integrarlo y cuidarlo colectivamente. La lógica micro comunitaria dicta en cierta medida un conjunto de valores comunes, basados en la solidaridad, expresado en el vínculo del individuo a través de los

¹³⁹ Alejandro Portes (1998) refiere que las normas consumatorias son aquellas internalizadas como la forma adecuada de comportarse con otros en sociedad.

lazos comunitarios de pertenencia que le proveen soporte, que puede ser posible únicamente por la construcción cultural de “comunidad” como un dispositivo de protección al “diferente, pero nuestro” e integrable en el tejido social.

Así, la diferencia del rol jugado en la integración a las comunidades entre la ausencia presente de la chica encerrada y Manuel, se centra en su socialización y su capacidad de armar un capital social, a pesar de su condición de diversidad funcional psíquica, pues el individuo ha internalizado las normas de los distintos espacios a partir de las diversas actividades de convivencia, lo que le provee la interacción necesaria para formar relaciones, más allá de las primarias y por tanto, entra a vincularse en el núcleo del tejido social, pues los configuradores comunitarios (el vínculo social, la identidad e identificación grupal y acuerdos) están presente en su vivencia comunitaria, regida por los configuradores institucionales.

Así, la tenencia del capital social del individuo no está en duda, pero funciona con diferentes lógicas en ambos lados, pues la fortaleza de sus vínculos es diferenciada entre el espacio de Yalú y Unión Juárez. En México, Manuel ha construido vínculos, aunque estos sean ausentes, que lo integra en el tejido social unionjuarencense en territorio mexicano. Esto le permite ciertos beneficios como el tránsito por todo su territorio para obtener su actividad de subsistencia, que es la venta de sus flores, aparte de que las sanciones al no cumplir con las normas sociales esperadas, no sean severas, como podría esperarse de un extranjero que viola las normas en territorio mexicano, pues saben que él es “loquito”¹⁴⁰, pero no hace nada.

Debemos decir que en la vida comunitaria que en Yalú se desarrolla, por la densidad de sus vínculos, puede considerarse como una comunidad con una red de cierre, en cuanto a las formas de habitar su territorio, así el control social permite que el padecimiento de Manuel sea considerado de interés colectivo comunitario, en parte, por la intensidad de la vivencia dada por la multiplicidad en los roles de los comunitarios. De esta forma puede decirse que, al interior de su comunidad sostiene lazos fuertes, lo que le da un sistema de protección, convirtiéndose el control social del individuo en una estrategia de supervivencia comunitaria al mismo tiempo que es un intento de gestión del riesgo identificado.

¹⁴⁰ Término que se usaba en la casa de la familia en donde se residió en Unión Juárez.

Las condiciones de desigualdad que ha construido el Estado guatemalteco a poblaciones, que aumenta con su situación de marginalidad por su ubicación fronteriza, da como resultado comunidades con poco acceso a todos los servicios públicos y que, en momentos, les limita herramientas culturales y simbólicas, que les permita tener un mejor tratamiento hacia el trastorno mental del individuo.

6.3.2 El caso de José: salud y multi territorialidad transnacional en la búsqueda de atención a los padecimientos derivados de la parálisis cerebral infantil

Uno de los últimos lugares para buscar a guatemaltecos siendo atendidos en México fue el espacio municipal del DIF en Unión Juárez, ya que uno de los pasantes del Centro de Salud era hermano del médico de esa instancia y había comentado que allí atendían a un paciente guatemalteco, lo que permitió acercarse al caso de José desde la visión de su familia, su terapeuta físico, su médico y otros trabajadores del DIF.

José, es un niño guatemalteco que al momento de la realización del trabajo de campo tenía seis años y dependiente total de su madre y hermanos, por padecer parálisis cerebral infantil, la cual fue diagnosticada y se encuentra en tratamiento médico y de rehabilitación constante en territorio mexicano. Sobre el inicio de su padecimiento, lo ubica doña Aura, su madre comenta:

El nació en casa sí, pero yo siempre, casi todos [los partos]. Lo que pasa es que como allí estamos hasta la orilla del Estado, está lejos para llegar al municipio de Sibinal donde allí hay doctores y luego trasladar para San Marcos. [Comadrona] allí no hay cerca, hay, pero están lejos.

[...]No, como de verdad, está lejos como le digo, está lejos de nosotros de estar cerca del hospital, el hospital está lejos, entonces yo la verdad, con mis hijos que he tenido, no tanto con los dolores, empezando y rápido, una hora, sí. Nadie quien me ayudó, entonces a la hora en que mi bebé nació, porque inició así de pronto, yo, para mí, que faltaba una semana.

Entonces nació rapidito y nació paradito y tardó un rato así colgadito, y cayó un poco fuerte, entonces a la hora de caer, ¡qué!, si cayó fuerte y como paradito, se golpeó. Entonces, en ese momento, cuando nació mi bebé estaba azul. Desde que nació, tres días de haber nacido cuando se me vio malito. Así de repente, nada más se me quiso como que desmayar y se me puso ya como que verdecito todo su cuerpo

y lo sacamos al hospital de San Marcos, pero no, no encontró ¿Cómo le dijera?, mejoría, como que regresó más complicado, regresamos allí unos 15 días después.

Donde quiera lo llevamos a curar, con doctores particulares, doctores privados, pero no, con nada, donde quiera le corrimos aquí en el lado de Guatemala y luego lo bajamos aquí [Unión Juárez]. Se fue a internar 15 días al hospital [de Tapachula] y de allí le hicieron estudios de su cabecita.

¿Qué problema tenía?, es que nació paradito, no logró sacar todo, se quedó allí, entonces me dijo el doctor que había tragado líquido o hemorragia y le llegó una manchita de sangre en el cerebro y es lo que le afectó (Doña Aura, madre de José. Entrevista PG-02/2018).

Es durante los años de 2012 al 2014, cuando entramos en contacto con el área marquense de frontera en los municipios de Sibinal, Tacaná, San José Ojetenam, Ixchiguán y Tajumulco, todos municipios pertenecientes a la zona montañosa del departamento de San Marcos, en donde se apoyó con asesoría técnica en el tema de interculturalidad al Ministerio de Salud de Guatemala y por tanto, hubo un acercamiento previo al conocimiento de las formas tradicionales de atender los partos en las distintas comunidades mencionadas. En algunas zonas de origen indígena mam de la zona marquense, los pobladores comentaron que las formas tradicionales de la atención de parto ocurren en el domicilio y sin la intervención, incluso, de terapeutas tradicionales, siendo común que las madres o las suegras sean la única compañía y apoyo de las mujeres en proceso de parto. Por ello, no es extraño que, en el relato, doña Aura mencione que la comadrona esté lejos y que haya estado sola en el parto de José, pues en Chocabj, no existe comadrona¹⁴¹. El Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Sibinal 2011-2023, confirma estadísticamente lo referido por los pobladores (ver anexo 9, cuadro 12), pues muestra que únicamente el 2.6% de atención del parto, se otorga por personal sanitario especializado (COMUDE Sibinal/SEGEPLAN, 2010).

De la misma manera, se evidencia que, ante una complicación de un parto en la localidad, la capacidad resolutoria del sistema de salud es nula en estas zonas de frontera. Puede notarse la ausencia de algún intento de Doña Aura de ir hacia una instancia sanitaria, a pesar de que identifica de que el parto tuvo complicaciones y no es sino hasta que se agrava el niño, que

¹⁴¹ Información que podemos validar en la figura No. 5, denominada mecanismos de búsqueda de atención población Chocabj, en donde no hay una asistencia a una terapéutica tradicional, ya que no existe ningún terapeuta en esa comunidad.

acude y la resolución la encuentra en el país vecino, pues la calidad de atención recibida en los hospitales públicos de San Marcos, no resolvió la urgencia. El seguimiento por parte del personal sanitario no está tampoco en el relato, incluso, el del seguimiento de un facilitador comunitario¹⁴². A pesar de que en su comunidad si existe por lo menos una unidad básica de salud y que esta comunidad era parte del programa de Extensión de Cobertura, donde una de sus prioridades eran las mujeres embarazadas, existe una ausencia de estos agentes de salud a lo largo de la vida de Manuel, por lo que se asume que se recibió poca o nulo seguimiento

Moviéndose entre Guatemala y México para curar a José:

Asustados y ante la urgencia de tratar a José, Aura y su esposo recurren en un primer momento al Hospital Nacional de San Marcos, que, dentro de la territorialización sanitaria, es su hospital de referencia, sin embargo; la lejanía del lugar, así como su inconformidad con lo que ellos pueden considerar como una buena atención, los hizo movilizarse hacia otros espacios de atención:

Porque yo que, de aquí a cinco años atrás que yo fui a San Marcos vi que si tienen mucha gente, que casi ya, como que la paciencia se les acaba, verdad, no lo atienden como debe ser porque hay tantas personas que lo necesitan, enfermos. ¡Ay!, tanto que llegan a ese hospital de allá de San Marcos, las enfermeras ya no dan abasto para eso, para tanto enfermedades de cualquier dolor que entre, allá en el hospital. Es que no dan abasto o no sé, eso yo vi en San Marcos, como que no hay mucha atención [...], no sé. Nuestro gobierno del lado de Guatemala, digo, no se apodera alrededor de donde están todos los lugares pues, en las orillas, no alcanza, no sé. No sé si es por lo mismo que mucha gente enferma, niños desnutridos, no sé si es porque no alcanza o no sé. Nosotros que estamos a la orilla, como que no, estamos olvidados. Ya más en el centro, más la cuidado, como que allí nomás donde ellos ven, donde ellos alcanzan protegerlos y eso vimos, pero gracias a que estamos cerca del lado mexicano, también (Doña Aura, madre de José. Entrevista PG-02/2018).

Al no encontrar solución en Hospital Nacional de San Marcos, doña Aura y su esposo deciden bajar, primero a Unión Juárez, donde posteriormente fueron referidos hacia el Hospital General de Tapachula, donde a José se le otorgó la atención diagnóstica y médica. Quedó

¹⁴² Dentro de la estructura del Programa de Extensión de Cobertura, el vigilante de salud era un agente local, formado en la atención básica de algunos padecimientos y que tiene a cargo el seguimiento de 20 casas.

internado durante un año, según relatan, etapa en la que doña Aura dejó a sus hijos varones y su esposo en la aldea de Chocabj, trasladándose junto a su hija a la casa de unos familiares en esa ciudad chiapaneca¹⁴³, es allí cuando Mari, hermana de José y en ese entonces de 7 años, deja de estudiar para apoyar a la madre en los cuidados de su hermano. En ese tiempo, la madre se emplea temporalmente en varios negocios o casas que permitieran además de encajar con los horarios hospitalarios para proveer los cuidados a José, apoyar en pagar las cuentas de su alimentación y el cuarto que alquilaban a unos familiares en Tapachula junto a su hija, costos que aumentaban las cuentas de los gastos de medicamentos y análisis clínicos, propios del proceso de enfermedad que mantenía a José internado.

Al darle de alta el hospital, ellas regresan a Chocabj junto a José y es cuando su padre decide migrar hacia los Estados Unidos, para poder enviar el dinero necesario, ya que los costos iban aumentando. Así, el papá de José es obligado a migrar ante la enfermedad de su hijo y su madre a ser la cuidadora primaria de José, además de seguir la dinámica familiar de cultivos para el autoconsumo y venta de su excedente agrícola en Unión Juárez, el cuidado de los otros tres hijos y la búsqueda de apoyo que le permitan sobrellevar los cuidados que debe otorgarle a José. La entrevistada refiere que otro de sus hijos tiene limitación de movilidad física en uno de sus pies, aunque puede ser independiente, reconoce que no le otorga la atención necesaria, pues Manuel es prioridad por su situación

Si bien, ella fue beneficiaria de los programas sociales en el gobierno de Álvaro Colón¹⁴⁴, en 2014, a la mitad del gobierno de Pérez Molina, estos programas son desfinanciados, por lo que el poco dinero de programas gubernamentales que recibía y con lo cual se aseguraban un ingreso monetario que usaban para costear gastos de José, dejan de recibirlo. Es necesario aclarar que estos programas¹⁴⁵ estaban destinados a mujeres habitantes de municipios priorizados por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia - SEGEPLAN- y eran fondos predestinados a población considerada vulnerable económicamente, los cuales llegaban a través del Ministerio de Desarrollo (MIDES).

¹⁴³ Plática informal con la hija de Doña Aura.

¹⁴⁴ 2008-2012.

¹⁴⁵ Con los nombres de Bolsa Solidaria en el Gobierno de Álvaro Colón y Bolsa Segura en el gobierno de Otto Pérez Molina.

Doña Aura inicia así un largo recorrido en instancias a nivel municipal en búsqueda de subsidios, apoyos económicos o donaciones de material médico para su hijo. Su búsqueda de atención en el lado guatemalteco es infructuosa y acude sin éxito a Visión Mundial, una organización internacional de ayuda humanitaria con presencia en San Marcos:

Como le digo, estoy buscando solución en el lado donde yo fui pero no, no he podido encontrar, no sé por qué motivo no pueden ayudar, yo digo, no sé, como yo digo, estamos hasta la orilla o no sé. Porque veo yo, en el centro de Sibinal hay apoyo, allá está la oficina de Visión Mundial que si ayudan a los niños discapacitados, niños desnutridos, pero la verdad voy a ser clara y sincera en decir de que me dijeron que no trabajaban por comunidades lejanas sino por áreas rurales allí cerca, entonces, pero déjanos pensar, vamos a platicar entre todo el grupo dijeron y después le vamos a ir a platicar a su casa, sólo nos deja su número y todo, pero pasó un año, pasó no sé cuántos meses, años y nunca. Donde quiera así me dicen “deje su número, vamos a ir a ver, pero nada, no han llegado, no llegan (Doña Aura, madre de José. Entrevista PG-02/2018).

Ante la falta de apoyo de Visión Mundial, doña Aura asistió a cualquier organización que conocía o le aconsejaron ir en Sibinal y finalmente, acude a la municipalidad:

En la municipalidad, en una oficina que es protección de la niñez, pero no. No sé si no les alcanza el tiempo, muchos se olvidan, pero no sé, la verdad no sé qué es lo que pasa. No, no he encontrado nada. Cuesta..., no sé.

Como yo les platicué alguna vez allá en la Municipalidad de Sibinal ¿Qué apoyo necesita usted? Pues para mi les digo, aunque una bolsita de cereal o lo que fuera para el niño, lo que fuera, no tanto, un apoyo que me dan así, para mi es algo, satisfecha, pero si... Y ahorita, igual no tiene mucho, como un mes subí allí en otra oficina y me decía, me decía también el muchacho, un muchacho que trabaja allí en la oficina me decía ¿Qué apoyo necesita usted?, ¿Qué es lo que ahorita está gastando usted más con el bebé?, pues lo que estoy gastando es una medicina que el doctor lo recetó en el otro lado [México], que lo va a tener en toda su vida, para sus convulsiones, que cuesta 155 pesos el frasquito de 100 miligramos que es sólo para 10 días, pero lo va a tener para toda su vida, entonces de verdad eso me va a causar un poco..., porque como están bajo recursos, entonces quiera que no cuesta para ganar el dinero, pero voy a ser lo posible, lo que yo quiero es que mi hijo se cura o esté en tratamiento, aunque no en el cien por ciento pero lo que se puede, mejorarlo. Y ahorita con lo que estoy gastando, con lo que estoy viendo también son con los pañales desechables. Ahorita día tras día el consume, está consumiendo más. Está creciendo, sí, pero es lo que veo que se está yendo más rápido, estoy gastando un poquito más, pero con eso. Ah bueno, entonces sólo déjeme su número

y a ver qué día la llegamos a visitar a su casa, a tomar unos datos y así ha pasado (Doña Aura, madre de José. Entrevista PG-02/2018).

Como puede observarse en el relato anterior, en procesos crónicos y con condiciones de limitación (física, intelectual, psíquica), la búsqueda de cuidados a la vida no está limitado únicamente a un punto específico de una enfermedad, ya que ocupan un proceso que involucra todos los aspectos de la vida y por el tiempo que dure la presencia del individuo a cuidar, por ello, los itinerarios terapéuticos de personas con grandes limitaciones físicas o mentales, como el caso de José, son muy diferentes a los itinerarios de atención de enfermedades con un ciclo de inicio y fin de corta duración o incluso, de ciertas enfermedades crónicas, dado por la dependencia absoluta del individuo al resto del núcleo familiar.

Así, en el relato podemos identificar que las necesidades de José, requiere de toda una gestión ampliada de cuidados, donde ante la vulnerabilidad no sólo por su situación de pobreza, sino ante la ausencia de un Estado que garantice acceso a servicios de salud, servicios de terapias de rehabilitación, provisión de insumos o equipo médico, la familia deba de buscar las formas de suplir esas necesidades. La conjunción de la alta vulnerabilidad social y los obstáculos en la circulación de apoyos se conjugan para conformar lo que Venturiello denomina *inhibidores de las redes de cuidado*: “falta de información para acceder a los servicios, demoras burocráticas y resistencia a brindar prestaciones que están garantizadas en ley” (Venturiello, 2012, p.1080).

Los costos del cuidado de José son altos, pues incluye rehabilitación, medicamento, insumos higiénicos (pañales), material de curación, alimentación complementaria, equipo médico y ante la pobreza, doña Aura debe buscar la forma de reducir sus costos, buscando subsidios, donaciones o acceso a programas sociales que permita a su familia cubrir algunas de las necesidades y por ello, el acudir de institución en institución, buscando esto, se convierte en parte de su itinerario familiar para el cuidado, proceso al que denominaremos *itinerario de la gestión institucional complementaria a los cuidados a la salud de las personas con diversidad funcional*.

En lugares de alta vulnerabilidad social, con grandes fallas del sistema público sanitario donde no garantiza a sus ciudadanos el derecho a la salud, esta y otras instituciones

nacionales se convierten en inhibidores del cuidado al retardar, negar u omitir la integralidad de la atención a las personas viviendo con diversidad funcional y esta integralidad incluye también la provisión de equipo médico de apoyo (prótesis, muletas, sillas de ruedas, etc) o terapias. Por tanto, el *itinerario de la gestión institucional complementaria a los cuidados a la salud de las personas con diversidad funcional* sería el circuito que recorre la *familia viviendo con discapacidad*¹⁴⁶ para gestionar de institución en institución ya sea locales, nacionales y a veces internacionales (dependiendo de la capacidad de gestión y la calidad de información obtenida¹⁴⁷), todo aquel apoyo que no recibe desde la instancia sanitaria pero que le permitirá complementar el cuidado, pudiendo ser este de carácter financiero, de bienes o servicios en instancias estatales, locales, asociaciones civiles o de beneficencia, acciones que son posibles bajo el principio de la creación de redes.

Sin embargo, como cualquier poblador de la zona, doña Aura mantiene relaciones de amistad o tiene clientes en el poblado mexicano de Unión Juárez, pues ella baja a vender sus flores y verduras a la cabecera municipal los fines de semana. En una de las charlas que mantenía con una de sus compradoras, tocó el tema de su hijo. La persona con la que hablaba es hermana de don Feliciano, uno de los médicos del pueblo y que en ese momento era el médico encargado de la clínica del DIF y por medio de ella, se facilitó la primera consulta para José.

Debe recordarse que en el itinerario terapéutico, las redes sociales proveen diversas formas de soporte y apoyo, entre ello, la información que permita ingresar a los servicios de salud, entre la que se encuentra lugares para atenderse, costo o gratuidad del servicio, tratamientos y terapias de los servicios y en algunas ocasiones, los derechos que amparan al paciente, la información sobre los lugares donde pueden atenderse, se constituyen como un bien que debe

¹⁴⁶ Sin dejar de lado la importancia de la cuidadora principal, María Venturiello (2012) toma el término de Miguel Ángel Verdugo para enfatizar que, especialmente en unidades domésticas en las que se convive con una persona con *discapacidad*, la familia se estructura como pieza clave en el bienestar y la rehabilitación y ya que la situación tiene impacto no sólo en la persona con la limitación, sino en cada una y uno de los integrantes de la familia, por ello, prefiere hablar de *familia viviendo con discapacidad*, pues esto denota una condición colectiva, (según Bellato, et al., (2016), cuidado familiar sostenido en red).

¹⁴⁷ Lo que dependerá también del capital social y cultural que posea la familia, ya que en eso incide la calidad de información que se tiene, el conocimiento de derechos, conocimiento del papel institucional, vínculos con las personas indicadas para el fin, etc.

saberse encontrar, pues no es fácilmente obtenible, nos dice Venturiello (2012). Es de esta forma que, la construcción de las redes informales (lazo ausente) de la madre de José a través del contacto directo con la comunidad mexicana para la venta de sus productos, tejió los vínculos indispensables para que el chico iniciara con su diagnóstico, tratamiento y posterior terapia de rehabilitación que facilitó el proceso de los cuidados.

El doctor Feliciano, tras hacerle la revisión correspondiente, lo ingresa como paciente en el DIF de Unión Juárez y es entonces que inicia con el seguimiento, además de la facilidad de ser referido a Tapachula, para sus seguimientos de exámenes diagnósticos en los espacios públicos de salud, proceso que se logra por los contactos de Don Feliciano con sus colegas en las instancias sanitarias, lo que evidentemente redujo los costos reales de estas intervenciones en los ámbitos privados. En su relato, nunca se visualiza la intervención de autoridades consulares guatemaltecas para apoyar el seguimiento de los casos, que es el espacio en donde los representantes consulares suelen captar a los connacionales.

Con el cambio de presidencia municipal, el Dr. Feliciano deja su puesto en el DIF y lo ocupa el Dr. Diego, un médico joven, originario de Unión Juárez y quien, a pesar de no contar con una especialización en neurología o ser capacitado en mhGAP, toma la decisión de medicar con anticonvulsivos a José, el cual se dio a la tarea de investigar con compañeros especializados sobre el proceder adecuado. Si bien, desde el nacimiento de José se habían presentado convulsiones, con el crecimiento empezaron a ser constantes y cesaron con la medicación recetada por este médico. Con la nueva gestión municipal en Unión Juárez, se contrata a una enfermera con especialidad en fisioterapia, por lo que el Dr. Diego lo deriva también a esa terapia complementaria.

Es importante resaltar el papel de los vínculos, el capital social y las ganancias adquiridas a través de estos. Si bien, doña Aura no tiene la vinculación directa con personas que pueda proveerle el beneficio el acceso al hospital o el conocimiento de la terapia adecuada para la convulsión de su hijo, las personas con las que ella tienen ese lazo directo si lo tienen y a través de ellos, obtendrá este beneficio, por eso, ella y sus hijos obtienen beneficios indirectos del capital social de otros, es decir, los médicos con los que tuvo contacto.

Bajando el volcán para la terapia

En Guatemala, FUNDABIEM es una de las ONG's que reciben fondos del estado para la subvencionar parcialmente la atención de personas con diversidad funcional y la única con una clínica de rehabilitación que da cobertura al departamento de San Marcos, ubicada en la cabecera departamental. Sin embargo, queda a 89 Km. de distancia, donde tendría que gastar mínimo Q.60 en pasaje, más los costos de alimentos y otros imprevistos, porque es un camino largo. Doña Aura, como todos los pobladores de la zona, venden sus productos sobre todo en el lado mexicano, por lo que sus ingresos monetarios los obtiene en pesos, que, con el tipo de cambio, ese viaje le significaría un mínimo de 150 pesos semanales. Por ello, el viaje a la cabecera departamental para que José recibiera terapia nunca fue opción. En cuanto se abrió la oportunidad en el DIF de Unión Juárez, José inició su terapia de rehabilitación, lo que significa que por lo menos una vez por semana su madre junto a uno de sus hermanos lo bajen cargando por las laderas del Volcán. A pesar de que con la terapia ha avanzado en su rehabilitación, su asistencia está vinculada al clima seco. Al ser terreno montañoso, en época de lluvia la ladera se pone muy resbalosa y para evitar caídas, evaden hacerlo en los días con precipitación pluvial. Además, por su condición, José es propenso a desarrollar procesos de afectación respiratoria y ese es otro impedimento para llevar su terapia con la constancia debida, si el clima enfría mucho o llueve.

A diferencia de la opción de llevar a terapia en la clínica de FUNDABIEM en San Marcos, el transitar por la montaña para ser atendidos en el DIF de Unión Juárez no les significa en términos monetarios, más que el pasaje de Talquián-Unión Juárez en la moneda que comúnmente usan:

Con los pesos digo, sí, porque venimos más cerca de este lado, no pagamos pasaje a la hora de salir, venir hasta aquí, sino ir a Sibinal si, en carro porque está lejos. Todo nos sale más cerca en este lado y más económico para mí. La verdad es que de este lado se siente muy apoyado. Desde donde yo vivo hasta la línea venirse caminando, como hora y media para abajo. Donde me cuesta un poco es a la regresada verdad, porque es pura subida, me cuesta sacarlo de Talquián a la línea (Doña Aura, madre de José. Entrevista PG-02/2018).

Tanto Doña Aura como los hermanos con los que pude conversar, sienten que, en el lado mexicano, se les ha provisto de más ayuda de la que han obtenido en su país.

Es muy bonito que acá en el lado mexicano hay más apoyo que en el lado guatemalteco y veo, así como ahorita pues, me siento muy feliz. Eso es lo que estoy viendo acá no veo allá en el lado guatemalteco, donde yo he ido. Me siento muy feliz que, ahora sí que están haciendo terapias a mi hermanito (Marvin, hermano de José. Entrevista PG-02/2018).

Desconocen el derecho al acceso a la salud en México que tiene también la población no mexicana, por lo que el acceso a la atención en los servicios, lo asumen como una expresión de caridad de quienes les atienden y eso incide que en algunos momentos su actitud en el espacio clínico, sea simbólicamente sumisa¹⁴⁸, según se observó¹⁴⁹, pudiendo ser que haya desarrollado esta estrategia para mantener las relaciones cordiales en territorio extranjero y asegurar así la continuidad en la provisión de la atención a su hijo. En el siguiente párrafo, observamos que una de sus preocupaciones es que piensen que es oportunista:

Es que la verdad, yo ya le he platicado a la seño de que con la trabajadora social. Hay un mi..., me duele contarle todo del apoyo que me están dando, como que me quiero aprovecharme de querer más apoyo (Doña Aura, madre de José. Entrevista PG-02/2018).

¹⁴⁸ En la comunicación no verbal, la forma de posicionar el cuerpo, gestos, la intensidad del movimiento, expresiones faciales, son parte del lenguaje corporal que comunica emociones, relaciones de poder, delimitación territorial, etc. El mensaje que se envía por medio de señales con el cuerpo estará determinado por el contexto social y cultural, el lugar donde está ubicado el individuo e incluso la identidad de género. Así, la sumisión tiene señales propias. “El patrón de sumisión se manifiesta inclinando la cabeza hacia adelante, entrecerrando los párpados, se flexiona la cabeza hacia un lado al tiempo que se gira al mismo lado, se evita mirar de frente a la persona a quien se comunica sumisión; se inclina el tronco hacia delante, de cintura hacia arriba-, se colocan los brazos junto al cuerpo; se entrelazan las manos por delante o por detrás de éste; en ocasiones se cubre parte de la cara con una mano (además que también indica vergüenza; bajar la intensidad de voz y exhibir expresión facial contrita y sonrisa conciliadora. Los patrones de dominio y sumisión pueden ser calificados como metaseñales que indiquen que el “dominio” o la “sumisión” no son auténticos o son parte de una interacción lúdica (Fernández, 2007, p.40).

¹⁴⁹ Formas en cómo se movilizan u ocupan espacios en la clínica. Por ejemplo, en Doña Aura, el sentarse en el sillón se observó que ocupa con su cuerpo la orilla, pegándose lo más posible al apoya brazo, tono de voz utilizada (tono muy bajo), posiciones de la mirada (casi nunca mira hacia el frente), silencios, formas de saludar (de la mano sin apretar demasiado), etc. Por ejemplo, la hermana de José es una adolescente muy activa, sonriente y platicadora, según pude observarla en su comunidad, sin embargo, en la clínica, suele tener silencios profundos, que rompe únicamente cuando uno de los trabajadores del DIF le habla, misma actitud que toma el hermano.

Cuidando y descuidando

Es a partir de que las condiciones socioeconómicas obligan al padre a migrar, que se refuerza en la familia sus roles de género, a través de la división de las responsabilidades de las esferas del cuidado, ubicándose el padre como proveedor económico, el hermano mayor aparece como cuidador secundario y casi exclusivamente su cuidado referirá al uso de su fuerza para la movilización, sobre todo en el acompañamiento a la madre al bajar el volcán con destino a Unión Juárez. Recae en la madre y la hermana la mayor carga del cuidado, sobre todo, aquel cuidado que refiere directamente al trabajo reproductivo de la familia. Para la hermana, el cuidado del hermano significó la deserción escolar.

Hoy día, la madre presenta según el relato, un caso de prolapso uterino, identificado popularmente como “caída de matriz”. A veces sus síntomas le impiden poder llevar a cabo todos los cuidados y es cuando su hija, toma su lugar. Es éste, otro costo de la desatención en salud, pues el no haber tenido el descanso postparto, al realizar ejercicios físicos de dificultad en su situación de puérpera, además del esfuerzo constante de estar cargando al niño para el cuidado en el hogar y a través de la montaña.

A pesar de que ha sido tratada por una comadrona, la terapia no ha tenido éxito y lo más seguro es que al ir empeorando los síntomas, la madre deba ser ingresada para cirugía, algo que reconoce, es imposible, por costos económicos y por el tiempo en su recuperación que esto demandaría y que implicaría dejar el cuidado de José. El DIF de Unión Juárez podría también asumir la atención de Marta para derivarla, pero ella se niega a recibir esta atención, porque “sus tiempos, no le pertenecen”.

Tras seis años, en toda la familia, la carga emocional y sus consiguientes efectos físicos de lo que significa el cuidado de una persona altamente dependiente con diversidad funcional ya es notoria, pues los cuidados personales y al resto de la familia han pasado a ser secundarios, debido a que, la condición del niño se constituyó desde su nacimiento en un disruptor de la dinámica familiar viviendo con un caso de diversidad funcional.

6.4 Transitar para combinar los sistemas médicos en la búsqueda de cuidados

La autoatención como eje de los cuidados domésticos, desde donde se decide toda aquella trayectoria de José es plenamente visible en su caso, el uso exclusivo de esa esfera en el parto es un ejemplo, sin embargo, en otros momentos puede observarse el uso plural de espacios atención biomédicos (clínicas privadas, clínicas y hospitales públicos), pero esa pluralidad también refiere al tránsito en diversos espacios territoriales, en donde para búsqueda de la atención, el desplazamiento por multiplicidad de espacios geo-territoriales, tomando en cuenta lo que esto implica, debe formar parte del análisis respecto al pluralismo para la salud y que, como hemos visto, es indispensable para entender las respuestas a las enfermedades o padecimientos.

Es importante hacer énfasis que la gobernanza de un territorio y, por ende, la presencia o ausencia del Estado con servicios públicos, en este caso de salud, tiene que ver con una planificación geo-política, imposible de entender sin la historia del territorio. Así, la decisión de la familia al optar por los espacios a transitar en sus trayectorias de atención, responde también a la configuración geo-territorial en donde habitan, elemento que no es tomado en cuenta comúnmente cuando se habla de pluralismos en salud.

Pero debemos recordar que previo a cualquier institucionalización salubrista de la atención médica y por ende, la instalación de espacios clínicos estatales en los territorios, ya existían y siguen vigentes los modelos comunitarios de atención a la salud que incluye la existencia de terapeutas consolidados con base a la cosmovisión de los pueblos (modelo médico alternativo subordinado), que han atendido y siguen atendiendo a pesar de la consolidación del sistema de salud público y su constante intento de control sobre la medicina doméstica y comunitaria y en la actualidad, ante la coexistencia de ambos modelos, son las personas las que hacen la síntesis de la atención en sus padecimientos por medio del tránsito entre ellos, situación que es conocida en la antropología médica como pluralismo en salud.

El pluralismo en salud que se desarrolla en las prácticas curativas llevadas a cabo en un territorio de frontera, como es el caso de José, implica que integren en su conocimiento la información y la puesta en práctica de una circularidad de acciones en los diversos modelos, en dos sistemas estatales diferentes, con distintas normas y controles, lo que les permitirá satisfacer el cuidado. Implica que los individuos en frontera logren conocer el sistema de

salud de ambos países y qué tanto esperar en ambos, así también como las lógicas terapéuticas tradicionales de un lado y del otro (En México existen mayores restricciones y controles a la terapéutica tradicional, frente al caso guatemalteco).

En el lado mexicano, la naturaleza de las consultas para José está centrada en los servicios biomédicos, sin embargo, existen otros padecimientos en los que se ha buscado solución y el uso de otros sistemas de salud, dando a la madre la capacidad de atender al niño desde otros espacios y otras lógicas. Es necesario hacer énfasis que la medicina tradicional en las zonas rurales guatemaltecas (naturistas, comadronas, curanderos, rezadores, etc) tiene una fuerte presencia y a veces, tiene mayor demanda incluso, que la medicina alopática. Como ya se ha mencionado, las afecciones recurrentes en José son aquellas de tipo respiratorio y en el siguiente relato que otorga doña Aura, podemos observar cómo en la búsqueda de atención de ese episodio, se sintetizan cuidados apoyándose en diversos modelos de atención:

Se me ponía peor, regresaba más jodido. Una vez que lo llevé, ¡ay!, yo veía que mi bebé ya no me aguantaba. Regresé... , cuando se fue no era tanto la cosa que llevaba, pero cuando regresó ¡ay, ¿dónde?!, como que se me ahogaba de una vez, se me ponía verdecito. Me vine en, en la camioneta¹⁵⁰, me vine y regresé, una señora que venía allí a mi lado dijo: -“ay señora, dijo, haga por su bebé, mire a su bebé, no que allí se va a quedar”-, si vengo del doctor, acá vengo del doctor, si acá vengo, lo que me dieron acá está, -¡Ay no!-, me dijo ella, -venimos por Ixchiguán, aquí está el centro de salud-, pero si del doctor vengo, no, voy para la casa, ya no tengo dinero para estar trasbordando, ya voy para allá. Vine al municipio, ay sí que cómo es Dios de verdad, una señora, yo vine, entré yo a una tienda, compré yo unos pañales y empecé a cambiarlo y dice ¡Ay señora! ¿Qué tiene su bebé?, bien malito que lo lleva ¿Ya lo llevó al centro de salud? Ay, si yo del hospital vengo ¿Y cómo, para dónde va ahorita? Para mi casa, ya me voy, 20 minutos – ay, véngase para aquí, tráigalo tantito, le voy a ver tantito, le voy a dar un poquito de agüita, tal vez calma la tos. Allí la señora lo agarró y con una pomada lo empezó a fletar¹⁵¹ y con un poco de agua, dijo ¿Qué medicamentos le dieron?, a ver enseñeme, ¡Ay!, puro antibióticos, entonces el bebé no le cae el antibiótico, ahorita le vamos a dar lo que es, una medicina pero que es natural, que son frescas, vamos a ver si está bien con hierbas y ahora vamos con el fresco. Y ya se quedó dormidito, cuando le dio su agüita calientita. Entonces fui y lo llevé. [la curandera] es de allí del municipio de Sibinal, es de por allí de San Andrés, de por allí. Tiene su puestecito en el centro, en el centro

¹⁵⁰ Transporte público.

¹⁵¹ Masaje terapéutico que se da frotando fuertemente el cuerpo.

porque es donde llegan todos. Llega..., día jueves es día de plaza allí, entonces la buscan.

Desde entonces, allí se quedó, se controló de la tos, se quedó dormidito. En la noche avíseme cómo va a estar el bebé, se va a mejorar, dijo, me llama por favor. -Mire-, ya se quedó dormidito, no sé si porque ya se cansó de tanta tos o le cayó bien el agua. Hasta la media noche despertó, yo haciendo lo posible de despertarlo para darle de comer, ¡acaso despertaba!, como tanto tos tenía pues mi niño, no quería dormir pues de tanta tos que no le dejaba dormir. Ahora sí que mi bebé bien dormidito, ya a media noche despertó y le dio bien fuerte y le dio diarrea, ya llamé a la señora y dijo ¡Hay!, dele gracias a Dios porque es pura infección que ahora la está sacando. Es infección que tenía, está bien, sólo me lo trae, lo voy a ver, a ver que le podemos dar otra vez y así lo siguió curando, pero allí ya se controló de la gripe, ahorita ya no le da gripe. Y después yo dije ¿Voy o no voy donde el doctor?, luego llamé a un hermano que hace oración. Yo le dije, se encuentra muy grave, le dije, no encuentra alivio en el hospital, primero de la tos, ahora tiene una fiebre, pero yo allí al hospital no lo quiero llevar porque allí le dan antibiótico y ahorita le estoy dado unos tecitos, pero la fiebre no se le pasa. No salga, dijo, usted cuando ve molesto salga corriendo, no salga a buscar al hombre, el doctor allí está, la medicina la tiene allí a la par, me dijo, ¿Qué es lo que debe hacer? Entre a la oración, escuche, Dios es grande, no hay otro doctor, sino solamente Dios, ah bueno, póngase a orar y va a lograr desde aquí, desde la capital. Mi bebé se quedó dormido, se puso a orar y así. ¡Ay!, dónde podía llorar y se quitó la fiebre, dijo, dele este tecito y estas pastillitas, tiene 5 años que ya no, yo me pongo a pensar, cómo le gusta cuando uno le canta, con eso se queda dormidito. Tiene mucho, el viernes lo iba a bajar a terapia, pero estaba malito, sólo le dio una calentura pero muy fuerte. No tenía ni tos ni gripe, que se veía mal y cuando siente calor en su cuerpo..., cuando tiene calor convulsiona fuerte (Doña Aura, madre de José. Entrevista PG-02/2018).

La madre, al tratar de atender específicamente un padecimiento, circula por diversos modelos, pero posicionándose desde la autoatención. Así, el modelo Médico Hegemónico representado por el hospital, en el que no obtuvo resolución y posteriormente en el Alternativo Subordinado, que se visualiza en la atención recibida por la curandera y el pastor es parte de la historia del cuidado. No es el objetivo de esta tesis ahondar en el análisis del uso de estos recursos terapéuticos, pero sí, el de analizar cómo la circularidad territorial se convierte en parte de las estrategias para la atención y cómo allí se insertan distintas formas terapéuticas.

En este sentido, la capacidad de tránsito a través de un extenso territorio como estrategia, da la posibilidad de acceder a variedad de terapéuticas complementarias, que no tendría sin la movilidad física, ya que en su comunidad y como hemos podido exponer, no existen

terapeutas tradicionales cerca. Las lógicas de curación obtenidas en la atención dada por la curandera, responde totalmente a la cosmovisión de los pueblos indígenas mayenses en Guatemala visibles en el relato en la racionalidad de la enfermedad y su terapia bajo una clasificación de frío-caliente.

Finalmente, y para cerrar el caso de José, es necesario poner atención que en todo el relato, desde el nacimiento de José hasta la curación de padecimientos ocasionales, la soledad en el cuidado y la carga de la enfermedad queda en manos de la madre, lo cual hace pensar que tiene vínculos internos en su comunidad muy frágiles, condición que afecta en las formas de los cuidados a personas con diversidad funcional con alta dependencia y sus cuidadoras. Sin embargo, eso se explica en el sentido del poco tiempo que posee para socializar, por la demanda de tiempo para el cuidado de José.

Resaltamos que en especial esta mujer posee una capacidad increíble de buscar información que le apoye en los cuidados del niño para lograr, en la medida de lo posible, una adecuada gestión del cuidado, a pesar de sus carencias económicas y de acompañamiento en el cuidado y esto tiene relevancia en su capacidad de generar vínculos y transformarlos a favor del cuidado de José.

En su comunidad pareciera que, para el cuidado, los lazos fuertes no son suficientes, reduciéndose al de su núcleo primario y una familiar que vive cercana a ella, sin embargo, ha logrado tejer en el espacio mexicano, sobre todo en Unión Juárez, lazos ausentes¹⁵² que, al momento de exponer el caso de su hijo, logra obtener de ellos información y con ello, intensificar la convivencia hasta convertirlos en lazos débiles. La obtención de información fue en su caso, la vía para fortalecer y transformar los lazos ausentes, además de tejer nuevas vinculaciones que le permitiera ir obteniendo pequeñas resoluciones en los cuidados que requiere José.

El caso de doña Aura puede utilizarse para ejemplificar la idea de Burt (2001) del flujo de información. Ella se mueve en los agujeros estructurales de los vínculos y con ello, sus fuentes de información son muy variadas y, por tanto, la información fluye y es muy diversa,

¹⁵² Lazo ausente, como lo referido por Granovetter

la cual usa adecuadamente para la obtención de un beneficio, el acceso a recursos para facilitar o resolver los cuidados de José

El abrirse a contar su historia, en la camioneta, a la curandera, a la hermana del médico le ha permitido tejer lazos que le han provisto de información, pero la búsqueda de información la realiza también ella misma, aunque no conozca a nadie, en las instancias que intuye, tendrían que apoyarle, como la asistencia a la oficina de la niñez y adolescencia en la municipalidad de Sibinal.

6.5 Expresión biológica de la desigualdad

La relación de casos sobre salud mental y la condición de diversidad funcional, fueron hechos emergentes que surgieron en campo y se necesitaron integrar a la investigación por la relevancia de las condiciones materiales de existencia en la frontera y su relación con la salud en zonas rurales y el hábitat liminal. De ahí que, los casos de Manuel y José, resaltaron de inmediato y muestran exactamente dos extremos distales en el tema atención a la salud en situación de exclusión, volviéndose de por sí en un ejemplo claro de cómo las comunidades crean colectivamente estrategias que les permitan satisfactorios mínimos de vida, a partir de todo elemento que esté a su alcance, como respuesta a la omisión del Estado.

Los casos de Manuel y la otra chica yaluéense, quienes aún sin diagnóstico, su comunidad de origen percibe que padecen algún trastorno mental y que, indudablemente tiene un fuerte vínculo con el análisis del estigma o el caso de José, podría enfatizarse en análisis del papel de los roles de género en los cuidados del enfermo y su trayectoria de atención, sin embargo, mi interés personal se centra en ubicar los nodos que nos lleven a pensar que más allá de la trayectoria de atención o el análisis de los costos del cuidado existen condiciones que determinan sus formas en cómo ellos, sus cuidadores y sus comunidades viven esas condiciones y conocer su historia para entender su vinculación con procesos más amplios. ¿Qué vinculación existe entre el caso de los chicos yaluéenses y de José?, ¿Qué relación tiene el ser una persona con una condición de diversidad funcional de tipo psíquica o intelectual en la zona montañosa de Guatemala en frontera con México? y cómo pueden analizarse estos casos bajo la lupa de la territorialidad, la exclusión y la violencia.

El hilo conductor de todos estos casos es que independiente de su condición, ellas y ellos son víctimas de la violencia estructural del estado guatemalteco.

El término violencia estructural es aplicable en aquellas situaciones en las que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) como resultado de los procesos de estratificación social, es decir, sin necesidad de formas de violencia directa. El término violencia estructural remite a la existencia de un conflicto entre dos o más grupos de una sociedad (normalmente caracterizados en términos de género, etnia, clase, nacionalidad, edad u otros) en el que el reparto, acceso o posibilidad de uso de los recursos es resuelto sistemáticamente a favor de alguna de las partes y en perjuicio de las demás, debido a los mecanismos de estratificación social (Tortosa y La Parra, 2003, p.57).

Esta vulnerabilidad social les ha construido como poblaciones altamente rurales aisladas que aún sigue sosteniendo condiciones de exclusión en la zona del altiplano occidental de Guatemala, región a la que pertenece el área de estudio, es una construcción histórica, que, a mediados del siglo pasado derivó en un conflicto armado interno y que, en 1996, con la firma final de los Acuerdos de Paz, el Estado se comprometió a dar cumplimiento a través de leyes, políticas y programas “financiados”, destinados a provocar cambios estructurales que dieran como resultado, la búsqueda de una progresiva superación de las profundas desigualdades en el país y el tema de salud, fue uno de los elementos abordados en varios de los convenios.

24 años después, vemos que los cambios profundos a los que el Estado se comprometió no han llegado y siguen afectando en la vida de las poblaciones guatemaltecas, en especial en poblaciones rurales e indígenas. Es de esta manera que puede considerarse como violencia, a esta persistencia del Estado guatemalteco por mantener mecanismos sistemáticos que permiten a las élites, asegurar privilegios a costa del detrimento de las condiciones de vida del resto de la población, perpetuando un modelo de desarrollo desigual, pero útil a esas élites “para sostener la concentración, reproducción y ampliación de sus riquezas” (Gauster, Romero, & Botella, 2019).

Así, la negación sistemática de proveer los elementos para que la población pueda introducirse al sistema, o bien la omisión estatal de otorgar satisfactores compensatorios a las mayorías minorizadas, se constituye como una violencia estructural, afectando como bien sabemos, diferencialmente por género, adscripción y pertenencia a grupos culturales

ancestrales, localidad de habitación, etc. De esta forma, cobra relevancia el concepto “expresión biológica de la desigualdad” de Nancy Krieger que define como las maneras en que “las personas incorporan (literalmente) y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciendo así desigualdades sociales en una amplia gama de aspectos de la salud” (Krieger, 2002, p.480).

Por ello, las estrategias de las comunidades, los individuos y los cuidadores están contruidos a partir de la expresión biológica de la desigualdad que les impregna y que se sintetizan en procesos de vida, tal y como han quedado ejemplificados en los casos presentados, en los que su historia de confluir en un territorio liminal, por ser poblados de frontera les permite construir estrategias en las unidades domésticas para su subsistencia y sobrevivencia. En los casos podemos observar cómo los vínculos, ya sean parentales, de amistad o comunitario son indispensables para que los individuos con las condiciones de neuro divergencia y diversidad funcional, así como a su red de soporte, que traspasa, por su ubicación geográfica, espacios nacionales puedan construir su cotidianidad.

Conclusiones.

Para expresar las conclusiones a las cuales se llegó en el presente estudio, es necesario retomar que hipótesis como objetivos estaban planteados dentro de los ámbitos descriptivos.

La primera hipótesis planteaba que las políticas en salud en la frontera están hoy determinadas por ser un punto geoestratégico y de amplio interés por el hecho de conformarse como una zona de tránsito de flujos migratorios en lo que hoy denominan como el corredor migratorio. Para poder establecer como verdadero o falso éste planteamiento, nuestro objetivo nos llevó a describir y documentar las políticas, planes, programas, normas, reglamentos que nos permitieran establecer si efectivamente era el fenómeno que sucedía.

Definitivamente podemos dar por cierta esta hipótesis, pues a lo largo de todo el texto, podemos ver las complicaciones que viven las personas guatemaltecas viviendo en la frontera de la zona alta del Soconusco, para poder acceder a los servicios de salud, ya que todo aquel aspecto normativo o legal los encasilla en la categoría de “migrantes”, que como se ha podido desarrollar, no engloba la realidad de estas personas que tienen tránsitos en los territorios liminales. Se establece que, en materia de organización sanitaria, existe un vacío enorme en las acciones que se llevan a cabo como parte de la gerencia en la zona fronteriza, ya que no hay un reconocimiento de una figura de habitante de frontera que diste a la categoría de migrante, como aquel individuo en tránsito y con destino a adentrarse en el territorio para alcanzar llegar hacia los Estados Unidos. En materia de organización territorial y gerencia sanitaria el no poder contar con esa característica propia impide entender que la relación de la frontera está conformada por realidades múltiples más allá de la del control fronterizo que impulsa el Instituto Nacional de Migración, que es la que pareciera regir, frente a la gerencia salubrista. Por ello, definitivamente queda comprobado que toda las estrategias están homogenizando las intervenciones en salud, pensando en un único perfil migratorio.

La segunda hipótesis planteaba la existencia de un gran desconocimiento de parte del personal de salud del acceso del derecho a la salud por parte de los no mexicanos, así como las obligaciones que tienen como funcionarios públicos para poder otorgar el mismo y que más bien, en el juego de otorgar el servicio, se estarían jugando una serie de procesos determinados por la identidad territorial, mandatos morales o el peso de los vínculos vecinales. Fue sorprendente la cantidad de información que logró recopilarse y que llevó

hacia un análisis en el que efectivamente se pudo determinar que las vinculaciones y adscripciones territoriales y sobre todo, la identidad compartida, juegan un papel indispensable en el otorgamiento de los servicios de salud a la población de frontera y que se rompe en el personal que viene de territorios más lejanos al de la adyacencia, al que le pesan muchas de las representaciones sociales del “buen y mal migrante”. Pudo determinarse que el sano tejido social perifronterizo determinará la calidad de atención en salud que los pobladores guatemaltecos gozan en los servicios de salud en la zona alta del Soconusco.

La última hipótesis proponía que la situación de el “habitar zonas fronterizas”, que en estos casos se asocia a lo periférico, determina en sus pobladores estrategias específicas que difieren de la de aquellos pobladores que se encuentran alejados de la línea fronteriza. Se pudo comprobar a lo largo del texto que las estrategias de sobrevivencia y subsistencia de los pobladores fronterizos tienen como eje central la circularidad territorial entre Guatemala y México, en la que para obtener beneficios, ponen a funcionar su capital social que permita acceder a espacios y condiciones en las comunidades vecinas. La función de las redes sociales se constituye como elementos fundamentales para poder habitar los “espacios liminales”-

Reflexiones finales

Guatemala, por su historia política y económica se ha posicionado como un país periférico, con muchas desigualdades sociales que afectan a una buena parte de sus habitantes. Estas desigualdades se ven agravadas en lugares con gran número de población indígena y, sobre todo, en espacios rurales. El país ha ejercido por años una política centralizada, afectando esto la provisión de servicios mínimos del estado en lugares lejanos a la ciudad capital y las cabeceras municipales, uno de estos servicios esenciales es la salud. Así, en Guatemala, el pertenecer a poblaciones con mayoría indígena, rural y territorialmente, estar ubicados en las fronteras, es una sentencia a la exclusión estatal y, por ende, las poblaciones tienen que hacer uso de todos los elementos que estén a su alcance para poder cubrir satisfactores de vida, incluyendo la atención a sus enfermedades y padecimientos y esto incluye, traspasar los límites nacionales de su país de adscripción.

Por ello, cuando se planteó el problema de investigación, la motivación inicial estuvo referida a la indagación sobre las estrategias que las unidades domésticas utilizan para poder cubrir sus satisfactores, En el caso de nuestro estudio, lo relativo a la atención a la salud, pensando que se encuentran ubicadas en los límites territoriales de su país, en una situación de alta exclusión, sin embargo, con una relativa facilidad de acceso a otro territorio en el que no son nacionales.

A pesar de no ser ciudadanos, estos habitantes fronterizos tienen como ventaja el que exista una vinculación histórica e identitaria de larga duración con el Soconusco, por lo que no era difícil imaginar que esas vinculaciones eran claves para la creación de mecanismos que fueran útiles para acceder a los servicios de salud en territorio extranjero y donde los servicios de salud, a pesar de sus carencias, aún son públicos y están en mejores condiciones que en Guatemala, todo ello logrado por su capacidad de circular en los territorios de frontera entre ambos países.

Así, más que buscar analizar una enfermedad, nos interesamos por comprender los procesos colectivos que inciden posteriormente en la resolución a nivel individual de las enfermedades y los padecimientos. Ante ello, planteamos la indagación de 3 ideas base que se sintetizan así:

- 1- Las estrategias de los habitantes de frontera (Guatemala-México) para enfrentar sus problemas de salud en donde su circularidad es base para lograrlo.
- 2- Las prácticas y representaciones que tiene el personal de salud en el espacio mexicano respecto a los habitantes guatemaltecos buscando atención en la zona.
- 3- La incidencia o no de las políticas internacionales, regionales y nacionales en materia salud y migración y su impacto en la forma de atender a los guatemaltecos que circulan en la zona del Soconusco alto.

Con algunas categorías iniciales y otras que fueron emergiendo, nuestro análisis tuvo como ejes: 1) la unidad doméstica, 2) comunidad, 3) liminalidad, 4) estrategias, 5) redes, 6) ruralidad, 7) condiciones materiales de existencia, 8) territorio y su vinculación con la última categoría, (9) la circularidad o movilidad, las cuales analizamos.

Así, en la hipótesis referida a las estrategias de los habitantes de la frontera, proponíamos que la periferia era un determinante fundamental en las condiciones de vida de los habitantes fronterizos. Planteábamos que la periferia estaba asociada con procesos de desigualdad, provocado por un centralismo de las acciones políticas del estado guatemalteco y que era en ese sentido, que los pobladores hacían uso de recursos a su alcance, entre ellos, el fortalecimiento de las redes al otro lado de la frontera, siéndoles útil para obtener bienes y/o servicios y que eran posibles gracias a la circularidad a través del territorio, no sólo de ellos físicamente, sino circularidad de simbolismos y elementos materiales, tejiendo sentidos de vinculación, que para los guatemaltecos, significaría una de sus estrategias de subsistencia más importantes, creando sentido de respuesta mutualista y de esta forma, solventar sus necesidades a través de estos satisfactores.

Dicha hipótesis ha quedado comprobada pues se logró observar que, para las poblaciones fronterizas guatemaltecas, su ciudadanía no les significa beneficio por su ubicación en las periferias, lo que les ha obligado a creación de estrategias que suplan las carencias del goce del derecho ciudadano. Incluso en los momentos de resolver problemas de salud, su adscripción como nacionales guatemaltecos les juega en contra, ya que los adscribe a una representación a la que hemos denominado como “Estado de presencia ausente” y que les niega derechos y al mismo tiempo bloquea el acceso a derechos en el otro país, en el cual

históricamente han vivido y se han refugiado económica y socialmente sin derecho a ser ciudadanos.

El *Estado de presencia ausente* es la forma de vinculación simbólica de un ideario de pertenencia a un estado en lugares con alta marginación y exclusión, pero sin una vinculación práctica y de presencia física del mismo que dé lugar a la resolución de sus problemas como nacionales. Es también su forma de negarles derechos, haciéndoles invisibles, ya sea porque no hay caminos, no hay trabajo, no hay servicios o no hay una respuesta ni si quiera, a las necesidades ciudadanas más elementales de la población, “su derecho a vivir con dignidad”. Para ejemplificar el caso de salud, que es el tema que nos compete, una expresión del Estado de presencia ausente sería el que las personas con diversidad funcional, enfermos renales y personas con problemas psiquiátricos no estén identificadas y menos, que sean parte de estadísticas, lo que le justifica al Estado la carencia de intervención especializada en las decisiones a nivel central de la planificación sanitaria que permita atender y resolver requerimientos de estas poblaciones o bien, que en esas u otra enfermedades, los “ciudadanos” estén obligados a jugar dentro de la burocracia de la institucionalidad, pero nunca obtengan resolución, a tal punto de obligar a buscar esa solución en un país extranjero.

La centralización de todo provoca en las comunidades más cercanas a las fronteras esa idea de Estado de presencia ausente y que son expresadas en categorías locales como “nosotros que estamos en la orilla” o un “estamos olvidados”. Estas expresiones sintetizan muy bien todo el sentimiento que en los habitantes les provoca esta exclusión y la poca resolución de sus requerimientos de vida que el Estado guatemalteco tendría obligación de proporcionar según su Constitución, su legislación y en especial, en el pacto social que en 1996 se concretó, a partir de la firma de la paz, en donde se comprometió atender esas desigualdades que llevaron en su momento al conflicto armado guatemalteco, por condiciones similares a las que los pobladores hoy en estas comunidades siguen padeciendo y donde la provisión de servicios de salud a poblaciones lejanas, que era uno de los principales compromisos, nuevamente fueron relegados.

Ante esta negación sistemática del aseguramiento de un estado de bienestar, las personas diariamente realizan una serie de acciones que llevan a consolidar estrategias de sobrevivencia o supervivencia, a veces en condiciones de subsistencia. Es de recordar que

fuera de los cultivos de autoconsumo, sin un trabajo formal y, por ende, seguro social, deben de sobrellevar su subsistencia familiar con ingresos mínimos, para familias extensas, ingreso monetario que obtienen de vender su excedente agrícola o movilizarse hacia el Soconusco bajo y alto para laborar y/o vender.

Es entonces que empieza a cobrar importancia las estrategias que los pobladores van realizando y la circularidad y movilidad en espacios liminales para lograr algunos satisfactores y que se vuelve fundamental en sus procesos de vida. De esta manera, el ir al otro lado es su estrategia principal para sortear la periferia y activar mecanismos que permitan sostener la vida en condiciones muy desiguales. Así, el Estado de presencia ausente sería la expresión de lo que Tortosa y La Parra-Casado conceptualizan como violencia estructural (2003) a las poblaciones de frontera y las estrategias de movilidad a través del territorio perifronterizo, estarían reflejando la expresión biológica de la desigualdad (Krieger, 2002).

Respecto a salud, sabemos que, tanto en México, como en Guatemala, el primer nivel real de atención responde definitivamente a la autoatención, tal y como la conceptualiza Menéndez (1992), sin embargo, la forma en cómo se expresa la autoatención en lugares fronterizos es relevante analizarla, por su vínculo a la constante movilidad transnacional a través de un espacio binacional. Por ello, ligar autoatención, circularidad, movilidad transfronteriza y territorio liminal nos lleva a análisis múltiples procesos desde una visión micro, que analice a su vez procesos macro. Además, la dinámica de proveer cuidados de autoatención en frontera va más allá de movilizarse la cuidadora y la persona enferma. Como sabemos, la autoatención puede estar compuesto de la automedicación y en este sentido es importante tomar en cuenta que una simple acción como la autoamedicación nos lleva a la posibilidad de analizar la realidad local como un reflejo de interacción del sistema global de las movilidades. También, logramos observar las dinámicas de economía de frontera asociadas a la salud y las estrategias de atención a la salud ya que existen personas que suben y recorren los territorios con una farmacia auestas, para vender en las comunidades (economía informal de frontera), sin embargo, esto forma a su vez un circuito de mercado regional de medicamentos salvadoreños, guatemaltecos y mexicanos, muchas veces sin licencia, para ser vendidos en algunos de estos países.

El mercado y la movilidad del medicamento pertenece a un análisis de los flujos económicos a pequeña escala que alcanza grandes territorios. Estos procesos no serían posibles sin el amparo de suceder estos intercambios económicos en un territorio liminal, donde la norma es más laxa y es utilizado a su favor por aquellos que habitan la frontera y a pesar de que son procesos que se expresan a nivel local, en realidad es reflejo del sistema mundo. Se conectan procesos micro, expresada en la compra-venta del medicamento a nivel comunitario con procesos meso que eleva el análisis a sistemas económicos y las economías de frontera, que a su vez se conectan con procesos muy amplios como las economías regionales. Fenómeno que es una veta futura de investigación necesaria y pocas veces analizadas en los estudios de la salud fronteriza. Sin embargo, cuando la enfermedad lo amerita, es importante para los habitantes salir de sus comunidades y elevar la atención más allá del espacio doméstico, donde requieren transitar en búsqueda de la atención de los servicios y es entonces que inicia la estrategia de la unidad doméstica de asistir al espacio mexicano y es a partir de ella que el análisis antropológico de la salud, quedó corto y a partir de esto, fue necesario retomar elementos de la teoría social, la psicología social y la salud colectiva para enlazarlos con la teoría de frontera y complementar así nuestra base analítica.

El acercamiento teórico permitió vincular la importancia que tiene el flujo de información y la conformación de redes con el otro lado, para poder ser atendidos en México. La fácil aceptación del guatemalteco en el territorio mexicano no sería posible sin una fuerte vinculación de sentido de pertenencia al territorio y a una historia compartida en un proceso de armado binacional del tejido social transfronterizo. La zona alta, a diferencia de la baja, no se ha visto afectada por procesos sociales que hayan generado alto impacto y, por ende, cambios en las dinámicas de la comunidad de destino (Unión Juárez, Chiapas), como si ha pasado en la zona baja con el flujo constante de la migración con destino a Estados Unidos, siendo este un elemento indispensable para que sean recibidos sin mayor problema.

Si bien el tema que abordábamos era el acceso a los servicios de salud, estos no podrían ser pensado en forma aislada, pues en realidad la estrategia de la movilidad se da para cada aspecto de la vida, no sólo el de la salud. Lo que hizo evidente que la estrategia de la circularidad no es sólo para el cuidado de la salud, sino que es para el cuidado de la vida y en ésta, se incluye la salud.

La poca relación de los habitantes fronterizos con Guatemala a causa de la exclusión histórica ha ido convirtiendo a Unión Juárez y sus ejidos en comunidades de refugio socio- económico de los guatemaltecos, ya que estas comunidades dan a las poblaciones guatemaltecas los sustentos sociales, solidarios y económicos para su subsistencia, en ella comercian, se curan, se refugian, trabajan, obtienen satisfactores e incluso materiales que desde Guatemala les es difícil obtener.

Fuera de la comunidad de donde son originarios, Unión Juárez se convierte en su próxima comunidad de referencia y a pesar de que no tienen los elementos que les reconocen como ciudadanos, estos se han visto sustituidos por su capacidad de adaptar sus relaciones con el país vecino y los habitantes de este país, lo que les facilita la creación de lazos débiles (Granovetter, 1973), útiles en la obtención de un capital social transfronterizo; de ahí que surge la interrogante de que si esta situación de los guatemaltecos no estaría siendo, de manera solapada un desplazamiento forzado, a pesar de que siguen viviendo en su lugar de origen, ya que los requerimientos para su vida y su salud están condicionados a su desplazamiento a un lugar relativamente ajeno por condiciones propias de violencia, si nos posicionamos desde la visión de que la exclusión es una violencia estructural; problemática abierta para futuras investigaciones.

A pesar de que en general los guatemaltecos realizan su cotidianidad en el espacio mexicano sin mayor problema, sin que su nacionalidad les signifique mayores diferencias, esta ventaja se termina a pocos kilómetros del paso de la línea y es allí, donde empieza a ejercerse el control fronterizo, termina también su identificación territorial y adscripción etnoterritorial.

Vemos la vinculación que sigue sosteniendo la región como un territorio de continuidades culturales, pero no podemos dejar de lado que la construcción de la frontera sur ha tenido momentos históricos importantes que han hecho efectivos una división y uno de los nodos históricos más recientes de construcción de la frontera es el que se generó a partir del aumento de los flujos migratorios y la constitución de la parte baja del Soconusco como punto de entrada de la migración irregular.

A partir de esta idea, se planteaba como hipótesis que la existencia de los programas y planes de salud a nivel de frontera surgen a finales del siglo XX, como parte del interés geopolítico a partir de la reconfiguración del Soconusco como “frontera a cuidar” y que por lo mismo,

las políticas, planes y programas surgidos para la frontera sur van a responder única y exclusivamente a este fenómeno social y que otras formas de movilidad humana como la observada en las comunidades del volcán, no son tomadas en cuenta en la planeación sanitaria (su frontera aún no es de interés nacional e internacional respecto a la seguridad humana y seguridad nacional). Nuestro objetivo para este extremo solicitaba describir y documentar las políticas en salud que impactan en las dinámicas institucionales y comunitarias de la zona fronteriza ubicada en el Tacaná. La hipótesis fue comprobada desde el inicio de la investigación. Las movilidades perifronterizas que se dan en la población en la que trabajamos, no son similares ni tienen los mismos efectos que las movilidades que se dan en la zona baja y el total de las normas, leyes, políticas están realizadas para esa última. A la par se analizó que las políticas destinadas a atender la salud de los migrantes sólo tomaban en cuenta tres modalidades de flujo migratorio: la migración internacional de tránsito, migración interna (mexicanos) y la población de retorno (mexicanos que retornaban de los Estados Unidos). La población de la frontera del Tacaná no comparte características de ninguna de ellos, ya que son guatemaltecos, ingresando cotidianamente a hacer su vida en el espacio mexicano y no extranjeros que intentan llegar hacia Estados Unidos, por ello, es muy raro su movilización hacia la zona baja. Por eso, cualquier normativa o política de esas, aplicada a su tipo de migración en la zona alta es infructuoso.

Emerge la necesidad metodológica de hacer una separación de la región del Soconusco en zona alta, con dinámicas de movilidad perifronteriza, de corta duración y que se adentran poco en los territorios (llegan máximo a Tapachula) separándolo de lo que denominamos el Soconusco bajo, que es la zona que recibe la fuerte carga de flujos migratorios de tránsito. Así, programas como el “vete sano, regresa sano” y el “programa de acción específico 2007-2012” de la Secretaría de Salud, eran pensados en México como país de origen (es decir, un programa hecho para nacionales que migran y retornan), el resto eran para el flujo migratorio en tránsito, dejando de lado cualquier otro tipo de movilidad; lo que permitió comprobar que el interés geo-político del Soconusco bajo, es lo que dicta las políticas de salud a extranjeros en todo el país, por lo que homogeniza en un solo tipo de flujo, toda la migración y por tanto sus políticas a estos grupos poblacionales.

Con acciones de colaboración binacional, se ha tratado de coordinar con el país vecino algunas actividades a nivel de la frontera, sin embargo, esa colaboración sólo existe para la zona baja, pero no para la zona de estudio pues, al no contar con datos de los otros movimientos peri fronterizos, es casi imposible hacer análisis de salud que determinen si existe o no necesidad de proponer acciones a nivel de la frontera de la zona alta del Soconusco o el resto de la línea fronteriza entre Chiapas y San Marcos.

Lo que hasta el momento se ha planteado, nos lleva a situarnos contextualmente en la última hipótesis: “la existencia de programas y planes de salud para la zona de frontera, así como las normativas migratorias en el tema de salud son desconocidas por el personal de salud” y ante su desconocimiento, su actuar se regirá por un mandato moral de dar la atención por caridad. En este sentido planteamos como objetivo el conocer las representaciones del personal de salud respecto a las normativas y la práctica del personal para otorgar el acceso a los no mexicanos. Se comprobó la hipótesis de que el personal desconoce en su mayoría los puntos legales en donde se hace mención de la obligación del personal de salud de otorgar los servicios médicos a la población migrante, pero ninguno de los entrevistados o del personal que se observó requirió saberlo para otorgar el servicio oportunamente y con calidez. No se encontró queja alguna de la población guatemalteca para el servicio público mexicano, pero si del guatemalteco, por lo que existe una evidente satisfacción de los y las guatemaltecas por poder acceder a servicios de salud que en su lugar de origen no tienen.

Es interesante ver cómo se configura en esta zona de frontera una evidente diferencia en la representación social del guatemalteco como paciente y en especial el guatemalteco de esa frontera, frente al resto de centroamericanos que demandan salud en la zona baja del Soconusco. El personal sanitario originario de la zona tiene vínculos directos o indirectos con los guatemaltecos y eso le permite crear vinculaciones y empatías hacia el que llega a consultar, sin embargo, las personas originarias del Soconusco bajo, tienen en su representación social muy marcada la idea sobre el buen y el mal paciente, vinculado con el buen y mal migrante y a través del paciente guatemalteco de la zona alta, miden lo que tendría que considerarse como un buen paciente/migrante, situación que contempla la racialización del guatemalteco y su posición social como “sirviente”, así como la estigmatización del migrante. El campo de las representaciones de la migración vista a partir de los accesos

sanitarios, es otra de las vetas de investigación que quedan abiertas y que es ahora, más que nunca, es necesario abordar, pues las nuevas oleadas de migrantes de otras nacionalidades, viene a complejizar el panorama de las migraciones en el Soconusco bajo.

La clasificación de estas personas en el buen paciente y buen migrante al guatemalteco de esta frontera, se basa en que no hay mecanismos de queja a su labor como personal de salud en la zona alta. En el Soconusco bajo, la instalación de organizaciones sociales de defensa de los derechos a los migrantes incide en que el migrante conozca sus derechos y que, en ocasiones, pueda denunciar al personal de salud. Este mal migrante y mal paciente lo asocian directamente con el hecho de ser nacional salvadoreño u hondureño, mientras que la población guatemalteca, es considerada como “buen paciente porque no se queja”, “no es vividora”. Así se llega a observar cómo las políticas de contención de migración en la frontera sureste, ha internalizado en la población de zona baja, un rechazo hacia cierto tipo de migrantes y que ha reconfigurado en el ideario del personal de salud el discurso sobre el derecho a la salud y los derechos humanos. Mientras que para la zona alta sus dinámicas de flujo diferente y no ser una frontera de interés geoestratégico ha permitido la continuidad de la vida vecinal y comunitaria de colaboración y codependencias, lo que les construye un ideario y prácticas diferentes en la práctica médica.

Llevar a cabo esta investigación significó una serie de desafíos personales, técnicos y metodológicos que obligó a superarlos a través de vincularse con otras disciplinas, más allá de la antropología y el método etnográfico. El estudio fue construido en una dinámica de diálogo constante entre los procesos microestructurales para lograr comprender las lógicas comunitarias, con procesos meso, es decir la incidencia de la institucionalidad en los espacios de atención, en los prestadores de servicios y las personas que intentaban acceder.

A pesar de estar posicionada desde una perspectiva de la antropología en salud, el circuito de herramientas que nos aportó no era suficiente para analizar el panorama general de lo que el estudio pretendía “posicionarse en un diálogo entre conocimientos”, acercarse a la medicina social y salud colectiva, la sociología e incluso la salud pública fue necesario ya que para el estudio de mecanismos de atención (Peña, 2012) y el análisis de frontera liminal (Valenzuela, 2005), el marco teórico de la antropología medica fue limitativo en el sentido de no poder ser adaptable *per se*, a una metodología de análisis multinivel de los procesos de

vida transfronteriza que se utilizaron y que desde la antropología en particular con enfoques bioculturales hay experiencias exitosas, que valdría la pena retomarse en futuras investigaciones.

Sin embargo, las limitaciones no parten sólo desde la teoría, ya que tratando de analizar la experiencia de estudiar la frontera Guatemala-México, en un área rural, lejana al centro del país, siendo bi-nacional, debo llevar esta reflexión hacia lo que el posgrado significó en el proceso de la elaboración de este trabajo de investigación. A pesar de que se contó con la libertad de elaborar el estudio que se deseaba, reconocemos que el posgrado se ha dirigido a la formación de investigadores que analicen procesos desde dentro de las instituciones clínicas y hospitalarias, sobre todo a nivel de la Ciudad de México, por lo que tanto las materias como los tiempos están pensados en este sentido, limitando sin intención y de diversas maneras todo aquel estudio que no entre en este estándar, como es el caso de la salud rural y perifronda.

Las investigaciones de este tipo las consideramos necesarias y complementarias a los procesos investigativos de un posgrado de Ciencias Sociomédicas, porque si bien tenemos una tendencia a la transición epidemiológica, en los estados del sureste aún no se supera la epidemiología propia de la pobreza y hacer estudios de salud en frontera, también nos obliga a pensarnos como una región, más allá de los límites estatales y nacionales y comprender las interconexiones de la salud poblacional, que no inicia ni termina en una línea imaginaria denominada frontera sur o frontera norte.

La ventana de posibilidades de nuestro posgrado inserto en un programa de medicina es muy amplia, por lo que el uso endogámico de marcos teóricos en la enseñanza e investigación, limita las posibilidades de dialogar con las otras líneas de la sociomedicina y de esta forma ir construyendo nuestra línea en antropología de la salud con identidad propia.

Fue un desafío estudiar la frontera sin posicionarme como un estudio de México estudiando a su “otro” y tratar de posicionar el mismo como un estudio de interconexión regional Guatemala-México siendo una de mis contradicciones más importantes en el estudio. De esta manera nuestras nuevas interrogantes nos llevan a dos acciones básicas: la necesidad de ampliar los estudios de “las otras fronteras” con un enfoque binacional y, sobre todo, un requerimiento de hacer análisis sanitarios que nos lleven a ampliar los conocimientos desde

un análisis multinivel, siendo a su vez las recomendaciones académicas pertinentes. Al mismo tiempo, las recomendaciones para las instancias sanitarias van en el mismo sentido, es necesario integrar estudios de frontera para poder realizar políticas y programas basados en evidencia, sin embargo, estas deben ser realizadas de manera binacional y transdisciplinaria.

Referencias

- Abadía Barrero, C. E., & Oviedo Manrique, D. G. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: La burocracia neoliberal, su estado y ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 86-102. Recuperado el 5 de marzo de 2020, de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2650>
- ACCESA. (2015). EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD. Algunos elementos para la discusión. En I. I. Alianza por el acceso Universal a la Salud (URL. Guatemala.
- Albuquerque, J. I. (2015). Procesos de fronterización y sentido de pertenencia entre Brasil y Paraguay. En A. Campos-Delgado, & A. Hernández Hernández, *Líneas, límites y colindancias. Mirada a las fronteras desde América Latina* (págs. 81-114). México: COLEF-CIESAS.
- Alejos García, J. (1995). Los choles en el siglo del café. Estructura agraria y etnicidad en la cuenca del río Tulijá. En J. P. (eds.), *Chiapas, los rumbos de otra historia* (págs. 319-328). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filológicas, Coordinación de Humanidades, Centro de Estudios Mayas, Universidad de Guadalajara, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Centro de Estudio.
- Alonso, J. (julio-diciembre, de 2016). eonstrucción del tejido social: una apuesta por la paz, México, Centro de Investigación y Acción Social por la Paz del Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro, 2016. (Reseña de libro). *Nueva Antropología*, XXIX(85), 145-149. Recuperado el 3 de marzo de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159/15953522008>
- Álvarez, M. S. (2012). Patrimonio biocultural de los pueblos originarios de Chiapas: retos y perspectivas. En A. Á. (coordinadores), *Patrimonio biocultural, saberes y derechos de los pueblos originarios* (págs. 83-92). México: UNICH, CLACSO, PROMEP, INALI. Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20121127111932/PatrimonioBiocultural.pdf>
- Álvaro, D. (2017). La metáfora del lazo social en Jean-Jacques Rosseau. *Papeles del CEIC*, 1, 1-26. doi:<http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15726>
- American Phychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (Quinta edición ed.). España: Editorial Médica Panamericana.
- Ángeles-Cruz, H., & Martínez Junco, S. (2006). Violencia social y pandillas. Las maras en la región fronteriza del Soconusco, Chiapas. En D. y Villafuerte Solís, *Geoeconomía y geopolítica en el área del Plan Puebla-Panamá* (págs. 265-283). México, Distrito Federal: CIESAS / Miguel Ángel Porrúa / H. Cámara de Diputados, LIX Legislatura.
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- Aranda Reynoso, A. E. (2016). *Estigma y discriminación: Narrativas de migrantes centroamericanos en tránsito por México hacia Estados Unidos*. Tesis de maestría, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana.
- Área de Salud de San Marcos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2013). *Sala Situacional 2012 (Documento interno)*. Guatemala: MSPAS.
- Armendáriz, E., de Michele, R., Manzano, O., & Martel, P. (. (2013). *Reflexiones sobre el desarrollo de la economía rural de Guatemala*. Washington, D.C.: BID. Recuperado el 19 de febrero de 2019, de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Reflexiones-sobre-el-desarrollo-de-la-econom%C3%ADa-rural-de-Guatemala.pdf>
- Arriola P., A. M. (2007). La frontera sur de México: el derecho a la ciudadanía multicultural. *Cultura y representaciones sociales*, 1(2), 121-135. Recuperado el 8 de julio de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-81102007000100006&script=sci_arttext
- Arriola, A. M. (2003). *La religiosidad popular en la frontera sur de México*. Distrito Federal, México: Plaza y Valdez.
- Arriola, L. (2008). Frontera-frente y territorialidad en el noroccidente de Petén, Guatemala. *Revista Ciencias Sociales*.(21), 7-28. Recuperado el 8 de julio de 2017, de http://www.revistacienciasociales.cl/archivos/revista21/pdf/rcs_21_1.pdf
- Arriola, L. (2009). Seguridad y migración en el espacio fronterizo Tabasco-El Petén. *Migración y desarrollo*, 13, 27-45. Recuperado el 8 de julio de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-75992009000200002&lng=es&tlng=es.
- Barabas, A. (2004). a construcción de etnoterritorios en las culturas indígenas de Oaxaca. *Desacatos*(14), 145-168. Recuperado el 25 de febrero de 2019, de <http://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1091/939>
- Barabas, A. M. (2002). Enoterritorio y espacios rituales en Oaxaca. (C. N. Técnicas, Ed.) *Scripta Ethnologica*, 24, 9-19.
- Barajas Escamilla, M. d., & Aguilar, L. F. (2013). *interdependencia, cooperación y gobernanza en regiones trasnfronterizas*. Tijuana: Colegio de la Frontera Norte.
- Barreto, B. (19 de Abril de 2015). *Plaza Pública*. Recuperado el 8 de julio de 2017, de “La Línea”: una red de corrupción y una crisis política: <https://www.plazapublica.com.gt/content/la-linea-una-red-de-corrupcion-y-una-crisis-politica>
- Bartolomé, M. (2004). *Gente de costumbre y gente de razón. Las identidades étnicas en México*. . México: Siglo XXI.
- Bauman, Z. (2007). Capítulo III: Los extranjeros. En Z. Bauman, & T. May, *Pensando sociológicamente*. Argentina: Nueva visión. Recuperado el 23 de 4 de 2017, de <http://ssociologos.com/2014/08/08/zygmunt-bauman-pensando-sociologicamente-los-extranjeros/>

- Becerril-Montekio, V., & López, L. (2011). Los sistemas de salud en Guatemala. *Salud Pública de México*, 53(2), 197-208. Recuperado el 15 de mayo de 2014, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/15.pdf>
- Becker, H. (2009). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Beilh, J. (2013). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*(31 Suplemento), S13- S27.
- Bell A, ,. C. (2002). ¿Fronteras abiertas, fronteras cerradas? *Papeles de geografía, enero- junio*(35), 5-15.
- Bellato, R., Santos de Araújo, L. F., Felipe Mufato, L., & Dos Anjos Musquim, C. (2011). Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. En P. H. Roseni Pinheiro, *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde* (págs. 177-183). Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC.
- Bellato, R., Santos de Araújo, L. F., Valeria Dolina, J., Dos Anjos Musquim, C., & Corrêa, G. H. (2016). Experiência familiar de cuidado na situação crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 81-87. Recuperado el 5 de febrero de 2020, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016001100081&script=sci_arttext&lng=pt#aff4
- Berrio, L. (2015). Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la costa chica de Guerrero. En Á. S. (coord), *Desigualdades en la procreación. La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio y las trayectorias de atención de las mujeres mexicanas en el Siglo XXI*. (págs. 211-244). México D. F: UAM-Xochimilco.
- Bilbeny, N. (2002). *Por una Causa Común. Ética para la diversidad*. Barcelona: Gedisa.
- Blanco, B. (2012). *No me puedo dejar”: negociación y resistencia en el empleo doméstico. Aproximación a la capacidad de agencia de las empleadas domésticas guatemaltecas en Tapachula, Chiapas*. Tesis para obtener grado de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Unidad Sureste, San Cristóbal de las Casas.
- Borrell, C. (2014). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 20 de enero de 2018, de https://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf
- Bovin, P., & Dauzier, M. (1994). *Las Fronteras del Istmo. fronteras y sociedades en el sur de México y América Central. Prólogo*. México: CEMCA- CIESAS.
- Bovin, P., & Dauzier, M. (1997). Prólogo. En P. B. (Coordinador), *Las Fronteras del Istmo. Fronteras y sociedades entre el sur de México y América Central* (págs. 9-14). México: CEMCA-CIESAS.

- Braudel, F. (1997). *El Mediterráneo y el mundo del Mediterraneo en la época de Felipe II (T.I)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Brena Becerril, J. (2012). Espacio y territorio: Una mirada sociológica. En Á. I. Ramos, *Explorando territorios: una visión desde las ciencias sociales*. (págs. 81-103). UAM-X, CSH.
- Brenna B, J. E. (2010). De la frontera nacional a la frontera pluricultural. *Frontera Norte*, 22(44, Julio-diciembre), 265-276.
- Breton, A. (2013). Mam/Ajaw: tiempo largo, coyunturas y resiliencia en las sociedades mayas actuales. En M.-C. A. Breton, *Millenary maya societies: Past Crises and Resilience* (págs. 304-312.). Electronic document in mesoweb. doi:www.mesoweb.com/publications/MMS/20_Breton.pdf.
- Brunet-Jailly, E. (15 de abril de 2015). Teorización de la frontera. fragmentación de los Estados, los conflictos fronterizos y la tecnología. Cd. México.
- Burt, R. S. (2001). Structural holes versus network closure as social capital. En N. Lin, & K. S. Cook, *Social Capital. Theory and Research* (págs. 31-56). London: Routledge.
- Bustamante, J. A. (enero-marzo de 1979). *Foro Internacional*, 19(3), 471-516. Recuperado el 15 de 1 de 2017, de <http://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/835/825>
- Cabrera, A., Camacho, I., Cortés, N., Eibenschutz, C., González, R., Ortiz, L., Reza, J., Tamez, S. (2011). Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana. En C. Eibenschutz Hartman, S. Tamez González, & R. (. González Guzmán, *Determinación social o determinantes sociales de la salud* (págs. 25-44). Distrito Federal: Universidad Autónoma de México. Recuperado el 23 de 4 de 2017
- Calon, A. (2017). *El susurro del Mayab: la relación entre cuerpo y territorio en El abuelo Gregorio, un sabio maya (2012)*. Tesis para grado de maestría, Universidad de Leiden. Obtenido de <https://core.ac.uk/reader/82997580>
- Campos-Delgado, A. E., & Hernández Hernández, A. (2015). Introducción. Límites, líneas y colindancias. En A. E. Campos-Delgado, & A. Hernández Hernández, *Límites, líneas y colindancias. Miradas a las Fronteras desde América Latina* (págs. 7-19). México: COLEF-CIESAS.
- Campos-Delgado, A., & Hernández Hernández, A. (2015). Vivir en la frontera: Una mirada a las prácticas socioculturales en la región Tijuana- San Diego. En C.-D. A. E., & A. (. Hernández Hernández, *Líneas, límites y colindancias. Una mirada hacia América Latina* (págs. 143-176). México: COLEF- CIESAS.
- Canales, A. I., Vargas Becerra, P. N., & Montiel Armas, I. (2010). Migración y Salud en zonas fronterizas: Guatemala-México. (CEPAL, Ed.) *Población y desarrollo*(91).
- Canales, A. I., Vargas, P., Montiel, I., & Luz Rojas, M. (2013). Migración, género y salud en zonas fronterizas. En A. I. Canales, P. Vargas, I. Montiel, & M. Luz Rojas, *Frontera doliente. Migración, género y salud en la región México- Guatemala*. UDG.

- Canales, A., Vargas, P., & Montiel, I. (2010). Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México. *Serie población y desarrollo*. Santiago, Chile: CEPAL- ONU.
- Capdeville, J. (septiembre de 2014). Capital social: debates y reflexiones en torno a un concepto polémico. *revista de Sociología e Política*, 22(51), 3-14. Recuperado el 1 de marzo de 2020, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782014000300001&script=sci_abstract&tlng=es
- Castells, P. (2011). *Soconusco: Mujeres cruzando fronteras*. Chiapas: CESMECA-UNICAH.
- Castillo, M. Á., Toussaint, M., & Vázquez Olivera, M. (2006). *Espacios diversos, historia en común. México, Guatemala y Belice: la construcción de una frontera*. Distrito Federal: Secretaría de Relaciones exteriores.
- Castro, R. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. (U. N. Lanus, Ed.) *Salud Colectiva*, 121, 71-83. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/731/73144643006.pdf>
- CECMED. (2017). *Centro para el control estatal de medicamentos y dispositivos médicos*. Recuperado el 16 de agosto de 2017, de Anexo- Vino de Carne y Hierro: http://www.cecmed.cu/sites/default/files/adjuntos/rcp/075-15d3_vino_de_carne_y_hierro.pdf
- CEMCA. (octubre de 2014). Cahiers. cuadernos CEMCA: Más que una línea: Historias y dinámicas en la frontera Guatemala- México. Guatemala: CEMCA.
- Cernovsky, Z. Z., Landmark, J. A., & O'Reilly, R. L. (julio- septiembre de 2002). Edad de inicio y modelos clínicos en la Esquizofrenia. (E. J. esp.), Ed.) *The European journal of psychiatry (edición en español)*, vol.16 (no.3). Recuperado el 20 de diciembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000300006
- Chandomí, P. (31 de diciembre de 2012). *Cima Noticias*. Obtenido de Inoperante, Cartilla de Salud del Migrante en Chiapas: <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/inoperante-cartilla-de-salud-del-migrante-en-chiapas/>
- CIDH-CONGECOOP. (S/F). *Manual para el monitoreo del presupuesto del Estado*. Guatemala.
- CIESAS-Sureste. (2013). *RISAF*.
- Clyde Mitchell, J. (1969). The concept and use of social network. En C. M. (ed), *Social network in social situations. Analyses of person relationship in Central African towns* (págs. 8-44). Manchester: Manchesters University Press. Institute for Africans Studies. University of Zambia.
- COLEF. (2014). *Encuesta Sobre Migración en las Fronteras Norte y Sur de México*. Recuperado el 5 de 5 de 2015, de Catálogo de Departamentos, Municipios y Lugares Poblados de Guatemala. Información Proveniente de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), con datos del censo de 2002 Guatemala: <https://www.colef.mx/emif/metodologia/catalogos/emifsur/2014/CATALOGO%20DE%20>

DEPARTAMENTOS%20MUNICIPIOS%20Y%20LUGARES%20POBLADOS%20DE%20GUATEM
ALA%20%20(CENSO%202002).pdf

COLEF. (2014). *Encuesta Sobre Migración en las Fronteras Norte y Sur de México*. Obtenido de Catálogo de Departamentos, Municipios y Lugares Poblados de Guatemala. Información Proveniente de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), con datos del censo de 2002 Guatemala:
[https://www.colef.mx/emif/metodologia/catalogos/emifsur/2014/CATALOGO%20DE%20DEPARTAMENTOS%20MUNICIPIOS%20Y%20LUGARES%20POBLADOS%20DE%20GUATEMALA%20%20\(CENSO%202002\).pdf](https://www.colef.mx/emif/metodologia/catalogos/emifsur/2014/CATALOGO%20DE%20DEPARTAMENTOS%20MUNICIPIOS%20Y%20LUGARES%20POBLADOS%20DE%20GUATEMALA%20%20(CENSO%202002).pdf)

Coleman, J. S. (1990). Comisión de determinantes sociales de la salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>

Foundations of Social Theory. Cambridge: Harvard University Press

Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014: oportunidades y retos para México*. Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, OPS, UNFPA, Ciudad de México.

COMUDE Sibinal- SEGEPLAN. (2010). *Plan de desarrollo municipio Sibinal, San marcos*. Recuperado el 07 de diciembre de 2015, de
[file:///C:/Users/veronica/Downloads/PDM_1208%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/veronica/Downloads/PDM_1208%20(6).pdf)

COMUDE SIBINAL- SEGEPLAN. (2010). *Plan de Desarrollo, Sibinal San Marcos 2011- 2015*. Guatemala.

COMUDE Sibinal/SEGEPLAN. (2010). *Plan de Desarrollo, Sibinal San Marcos 2011- 2015*. Guatemala.

CONALFA. (s.f.). *Comité Nacional de Alfabetización. Gobierno de la República de Guatemala*. Obtenido de <http://www.conalfa.edu.gt/estadis.html>

CONAPO. (2016). *Migración y Salud. Perspectivas sobre la población inmigrante*. Ciudad de México. Recuperado el 2 de marzo de 2020, de
<https://www.gob.mx/conapo/documentos/migracion-y-salud-perspectivas-sobre-la-poblacion-inmigrante-migration-and-health-perspectives-on-the-immigrant-population>

Congreso de la República de Guatemala. (31 de mayo de 1985). Constitución Política de la República de Guatemala. (Reformada por Acuerdo legislativo No. 18-93 del 17 de Noviembre de 1993) . Ciudad de Guatemala, Guatemala. Recuperado el 26 de julio de 2017, de https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf

Consulado General de Guatemala en Tapachula, Chiapas, México. Ministerio de Relaciones Exteriores. . (2018). Datos generales de casos de hospitalizados 2018. Consulado General de Guatemala en Tapachula, Chiapas, México.

- Contreras, G. (27 de julio de 2016). Lucrecia Hernández Mack, nueva ministra de Salud. Obtenido de <http://www.prensalibre.com/guatemala/politica/lucrecia-hernandez-mack-nueva-ministra-de-salud>
- COOPI. (2014). *Evaluación Rápida de Daños y Análisis de Necesidades. Sismo 4 de Julio de 2004. Municipios de Sibinal y Tacana*. Cooperazine Internacionale -COOPI_. Recuperado el 16 de 8 de 2016, de http://www.redhum.org/uploads/documentos/pdf/Redhum-GT-Evaluacion_rapida_Sismo_2014_San_Marcos-COOPI-20140728-GG-15191.pdf
- Corona, R. y. (2009). Identificación, caracterización y cuantificación de los flujos laborales guatemaltecos en la Frontera Sur de Méxic. En M. E. Anguiano Téllez, *Flujos migratorios en la frontera Guatemala-México*. México, Distrito Federal: México, inm, coléf.
- Cruz Salazar, T. (2011). Racismo cultural y representaciones de inmigrantes centroamericanas en Chiapas. *Migración internacional [Online]*, 6(2), 133-157. Recuperado el 20 de febrero de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062011000200005
- De la Roca, P., Paredes, V., & Jiménez, E. (2015). *Proyecto 4.8.63.9.68 "Condicionantes para la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención en salud (Guatemala-México)"*. Informe final de investigación proyecto, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- De Vos, J. (2011). *Caminos del Mayab. Cinco incursiones en el pasado de Chiapas*. (Primera edición ed.). México: Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social.
- DIF. (2012). DIF Nacional. *Manual de organización del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*. Obtenido de <http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wp-content/Archivos/Normateca/Manuales/ManualGeneralOrganizacionSNDIF.pdf>
- DIF Nacional. (22 de febrero de 2017). *DIF Nacional. Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social - DNIAS*. Recuperado el 28 de febrero de 2020f, de Noticias: Modelo Operativo Institucional de los Sistemas Municipales DIF: <http://dnias.dif.gob.mx/modelo-operativo-institucional-de-los-sistemas-municipales-dif/>
- ECURED. (2012). *ECURED. Conocimientos con todos y para todos*. Recuperado el 16 de agosto de 2017, de Aceite de Tiburón: https://www.ecured.cu/EcuRed:Enciclopedia_cubana
- Epstein, A. L. (1967). The networks and urban social organization. En C. Clyde Mitchell, & U. o. Institute for Africans studies. (Ed.), *Social Networks in urban situations. Analyses of personal relationship in Central African towns* (págs. 8-44). Manchester: Manchester University Press. Recuperado el 1 de febrero de 2020, de https://books.google.com.mx/books?id=8RrpAAAAIAAJ&pg=PA117&lpg=PA117&dq=social+network+in+urban+situation+Epstein&source=bl&ots=nqQ20tTjTQ&sig=ACfU3U3A_fPhUBOGOzB-lxbPFt_Q6rdaRg&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjO1bz5s6LpAhUSC6wKHRZGA9MQ6AEwAnoECAkQAQ#v=onepage&

- Epstein, A. L. (1969). The network and urban organization. En J. (. Clyde Mitchell, *Social Net* (págs. 77-116). Manchester: Manchester University Press. Institutw for African Studis. Univessity of Zambia.
- Estrada Herrera, E. E., & López Gómez, W. A. (2008). *Paso fronterizo Sibinal, Departamento de San Marcos*. Tesis de Licenciatura, Falcultad de Arquitectura, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. Recuperado el 20 de 04 de 2017, de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_2077.pdf
- Estrada Herrera, E. E., & López Gómez, W. A. (2008). *Paso fronterizo Sibinal, Departamento de San Marcos*. Tesis de Licenciatura, Falcultad de Arquitectura, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_2077.pdf
- Fábregas, A. (1994). Hacia un concepto de frontera. En I. C. Gobierno del Estado de Chiapas, *XXII Mesa de antropología* (págs. 21-37). Chiapas: Sin Editorial.
- Fábregas, A. (2015). la frontera sur de méxico. En A. C.-D. Alberto hernández Hernández, *Límites, líneas y colindancias* (págs. 63-77). Tijuana, BC. : El Colegio de la Frontera Norte.
- FACMED-UNAM. (octubre de 1998). *Biblioteca Médica Digital*. (Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México) Recuperado el 16 de agosto de 2017, de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Complejo%20B.htm
- FAO -Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-. (2015). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica y República Dominicana 2014*. Panamá: FAO.
- FAO-OPS-PNUD. (2010). *PROGRAMA CONJUNTO. REDUCCIÓN DE VULNERABILIDADES PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO RURAL EN CINCO MUNICIPIOS DE LAS CUENCAS DE LOS RÍOS COATÁN Y ALTO SUCHIATE EN EL DEPARTAMENTO DE SAN MARCOS*". Documento interno.
- FARKOT-HELOS Laboratorio. (2017). *FARKOT HELOS*. Recuperado el 22 de agosto de 2017, de <http://www.farkot-heloslaboratorios.com/index.php/deka-c.html>
- Feo, O., & Tobar, K. (2013). *Informe de evaluación del Modelo Incluyente en Salud*.
- Fernández, V. M. (Abril- junio de 2007). Aspectos no verbales de la comunicación. *Elementos: Cienia y cultura*, 14(66), 34-40.
- Fernández-Casanueva, C. (2009). Experiencias de mujeres migrantes que trabajan en bares de la frontera Chiapas-México. (UAEM, Ed.) *Papeles de población*, 15(59), 172-192.
- Flores, W. (2008). *El Sistema de Salud en Guatemala, 4, ¿Así funcionamos?* (Vol. 4). (P. d. Desarrollo, Ed.) Guatemala.
- French, L. (2016). De la política a la economía en la frontera entre Tailandia y Comboya: entre más cambia... En J. A. Martson, *La antropología de las fronteras en Tailandia como espacios de flujo*. (págs. 33-103). México: El Colegio de México.
- Frenk, J., Bobadilla, J., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., & Marco, J. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. *Bold of Sanit panam*, 6(111), 481-496. Obtenido de

http://www.incap.paho.org/portaleducativo/index.php/es/recursos/reservorio-san/doc_view/492-3-la-transicion-epidemiologica

- Fuentes, M. H. (2015). *Las memorias del proceso de mexicanización del pueblo mam en el Soconusco, Chiapas*. Tesis de maestría, Colegio de la Frontera Sur, Tapachula.
- Gall, F. (1983). *Diccionario Geográfico de Guatemala* (Vol. III). Guatemala: Instituto Geográfico Nacional.
- Garay, A. (2013). Un acercamiento a “El Dueño del Cerro” dentro de la tradición oral de los mayas de las tierras altas de Guatemala. Comentarios en torno a un personaje que puebla el imaginario indígena. *Estudios Digital*, 1. Obtenido de <http://iihaa.usac.edu.gt/revistaestudios/index.php/ed/article/view/154>
- García-Valdecasas Medina, J. I. (2011). Una definición estructural del capital social. *Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 133-160. Recuperado el 2 de diciembre de 2019, de <https://revistes.uab.cat/redes/article/view/v20-n1-garcia-valdecasas/411-pdf-es>
- Gauster, S., Romero, W., & Botella, C. (2019). *Entre el suelo y el cielo . Radiografía multidimensional de la desigualdad en Guatemala*. Guatemala: OXFAM Guatemala. Recuperado el 2 de febrero de 2020, de https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file_attachments/entre_el_suelo_y_el_cielo_0.pdf
- Geertz, C. (1997). *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de los datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Girón Hernández, M. (2012). Reapropiación de la cultura del pueblo mam y ejido La Hacienda del municipio de Bellavista, Chiapas. En A. Ávila Romero, & L. D. Vázquez, *Patrimonio Biocultural, Saberes y Derechos de los Pueblos Originarios* (págs. 225-258). San Cristóbal de las Casas, Chiapas: Universidad Intercultural de Chiapas.
- Gobierno de México. (mayo de 2019). *Gobierno de México-IMSS*. Recuperado el 26 de febrero de 2020, de IMSS-BIENESTAR Programa Exitoso que Atiende a Comunidades Rurales e Indígenas del País sin Seguridad Social: Zoé Robledo No.134/2019: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/134>
- Gobierno del Estado de Chiapas. (19 de diciembre de 2012). *Comisión Estatal de información estadística y geográfica de Chiapas*. Recuperado el 3 de 12 de 2011, de http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/Secciones/InfoPorNivel/InfoRegional/Contexto/REGION_X_SOCONUSCO_Post.pdf
- Gobierno del Estado de Chiapas. (s.f). *Programa Regional de desarrollo 2013-2018. Región X. Soconusco*. Recuperado el 15 de 4 de 2017, de <http://www.planeacion.chiapas.gob.mx/ProgramasRegionales/10%20PDR%20X%20Soconusco.pdf>
- Gobierno Federal, COLEF. (2012). *Encuesta sobre migración en la frontera sur de México 2009*. México: Gobierno Federal, El Colegio de la Frontera Sur.

- Goestenkors, N. (2012). *Desarrollo y uso del voseo en Centroamérica*. Research Papers Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Arts , Southern Illinois University Carbondale, Illinois.
doi:http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1241&context=gs_rp
- Goffman, E. (1964). The neglected Situation. *American Anthropologist. New Series*, 66(6), 133-36.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada* (Primera edición ed.). (L. G. (traductora), Trad.) Buenos Aires: Amarrourtu Editores.
- González Candia, J. A., & Mendoza Zárate, G. (2016). *Un camino para la paz: experiencias y desafíos en la reconstrucción del tejido social*. México: CIAS PAZ, IDRC Canadá, CRS México, Fundación FAFI.
- González Reyes, R. (2009). Capital social: una revisión introductoria a sus principales conceptos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.*, 72, 1731- 1747.
Recuperado el 10 de marzo de 2020, de
<https://www.google.com/search?q=Capital+social%3A+una+revisi%C3%B3n+introductoria+a+sus+principales+conceptos&oq=Capital+social%3A+una+revisi%C3%B3n+introductoria+a+sus+principales+conceptos&aqs=chrome..69i57.1182j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>
- González, V. (2000). *La política exterior de México hacia Centroamérica* (Vol. Colección Alborada Latinoamericana). Hidalgo: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Granovetter, M. S. (1973). "the strength of weak ties" (La fuerza de los vínculos débiles). *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360- 1380. Recuperado el 11 de marzo de 2020, de
http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_MGranovetter_LAfuerzaDE.pdf
- Grimson, A. (2001). Fronteras e identificaciones nacionales. Diálogos desde el cono sur. *Iberoamericana, Nueva época, año 5*(17), 91-99. Obtenido de :
<http://www.jstor.org/stable/41675677>
- Grupo multicolor. (18 de agosto de 2017). *Vademecum IP bdm online*. (E. M. C.V, Editor)
Recuperado el 2017, de <http://www.medicamentos.com.mx/systems/Sign.asp>
- Guillen, D. (2003). Redimensionamiento de una frontera largamente olvidada: Chiapas 1973-1993. *Frontera Norte*, 15(30), 121-149. Recuperado el 3 de marzo de 2020, de
<https://www.redalyc.org/pdf/136/13603005.pdf>
- Gutierrez, M. (2001). San Marcos. Frontera de Fuego. En M. V. (Coordinador), *Guatemala. La infinita historia de las resistencias* (págs. 243- 316). Guatemala: Secretaría de la Paz de la Presidencia de la República.
- Gutierrez, M. (2011). San Marcos. Frontera de Fuego. En M. V. (Coordinador), *Guatemala, La infinita historia de las resistencias* (págs. 243-316). Guatemala: SEPAZ.
- Halperin, D., & de León, H. (1996). *Salud en la frontera. Guatemala-México*. El Colegio de la Frontera Sur.

- Haro, A. (2008). Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. . Argentina: Editorial Lugar.
- Hernández Castillo, R. A. (2014). Migración y procesos culturales en la frontera sur mexicana. En J. M. (Coordinador), *Transfronteras. Fronteras del mundo y procesos culturales* (págs. 15-236). Tijuana: COLEF.
- Hernández, C. R. (Abril de 1994,). Identidades colectivas en los márgenes de la nación: etnicidad y cambio religioso entre los mames de Chiapas. *Nueva Antropología*, XIII(45), 83-105.
- Hernández, R., & María, S. (julio-diciembre de 2004). La antigua vialidad andina-venezolana y la progresiva penetración española (siglo XVI). Primeras exploraciones en la cuenca alta del Rio Chama. *Presente y Pasado. Revista de Historia*, 9(18), 29-50. Recuperado el 4 de junio de 2015, de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/22956/articulo2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández-Álvarez, M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate. *Revista Salud Pública*, 1, 72-82. Recuperado el 3 de marzo de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a07.pdf>
- Herrera Gómez, M. (2000). La relación social como categoría social de las Ciencias Sociales. *Revista Española de Investigación Sociológica*, 90(00), 37-77. Recuperado el 5 de marzo de 2020, de <https://www.jstor.org/stable/40184251>
- Hersch-Martínez, P. (septiembre-octubre de 2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública*, 55(5), 512-518. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55n5/512-518>
- Hospital Nacional de Malacatán. (20 de octubre de 2013). *Blog "Hospital Nacional de Maacatán"*. Recuperado el 19 de octubre de 2017, de <http://hospitalnacionaldemalacatan.blogspot.mx>
- Hurtado Paz y Paz, M. (2010). *Petén ¿La última frontera?* Tesis para obtener grado de Doctora, Wageningen University, The Netherlands. Recuperado el 3 de junio de 2014, de <https://edepot.wur.nl/138649>
- IGSS. (2012). *Instituto Guatemalteco de Seguridad Social/Boletín estadístico de afiliación 2011*. Recuperado el 3 de 4 de 2012, de <http://www.igsgt.org/subgerencias/Boletin%20de%20Afiliacion%202011.pdf>
- IICA. (1996). *Diagnóstico preliminar de las cuencas fronterizas Guatemala- México*. Guatemala: Instituto Interamericano de cooperación para la agricultura. Recuperado el 18 de 6 de 2016, de <https://books.google.com.mx/books?id=7d4qAAAAYAAJ&pg=PA50&lpg=PA50&dq=rio+coatancito+guatemala&source=bl&ots=UUUMzjcm3z&sig=bN7ATCwdLMM8DROFejyswyUnsZU&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiGoMm3gtNNAhVI34MKHQUMBbgQ6AEIHAB#v=onepage&q=rio%20coatancito%20guatemala&f>

- IICA. (1996). *Diagnóstico preliminar de las cuencas fronterizas Guatemala- México*. Guatemala: Instituto Interamericano de cooperación para la agricultura. Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?id=7d4qAAAAYAAJ&pg=PA50&lpg=PA50&dq=rio+coatancito+guatemala&source=bl&ots=UUUMzjcm3z&sig=bN7ATCwdLMM8DROFejyswyUnsZU&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiGoMm3gtnNAhVI34MKHQUMBbgQ6AEIHzAB#v=onepage&q=rio%20coatancito%20guatemala&f>
- IMSS. (24 de Diciembre de 2014). Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2015. *Acuerdo del Instituto Mexicano de Seguro Social*. México.
- IMSS. (15 de 12 de 2017). Acuerdo mediante el cual se establecenn las Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2018. Ciudad de Mpxico: Diario Oficial de Estado. Recuperado el 26 de febrero de 2020, de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5508950&fecha=26/12/2017
- IMSS. (10 de 01 de 2020). ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2020. Ciudad de México, México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 27 de febrero de 2020, de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5583723&fecha=10/01/2020
- INE. (2013). *Mapas de Pobreza Rural en Guatemala*. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística. Obtenido de <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/09/28/V3KUhMhfgLJ81djtDdf6H2d7eNm0sWDD.pdf>
- INEGI. (2016). *Anuario Estadístico y geográfico de Chiapas 2016*. México.
- INFASA. (2017). *Industria farmacéutica S.A*. Recuperado el 29 de agosto de 2017, de <http://infasa.net/broxolvan-compuesto/>
- Informed. (2014). *P.R. Vademecum*. (Informed S.A de C.V.) Recuperado el 16 de agosto de 2017, de http://mx.prvademecum.com/que_es.php
- Instituto de Estudios Críticos. (s/f). *Bajo el Tacaná: La otra frontera*. México: Editorial Sin Nombre.
- Iriart, C., Elias Merhy, E., & Waitzkin, H. (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 95-115. Recuperado el 30 de enero de 2020, de <https://www.scielosp.org/article/csp/2000.v16n1/95-105/#>
- Juárez García, J. A. (2007). *Plan Maestro 2,008 – 2,012 Área Protegida Parque Regional Municipal Sibinal*. Asociación Suiza para la Cooperación Internacional Helvetas Probosques -GEF-, Municipalidad de Sibinal.
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de medicina interna*, 33(1), 11-14. Recuperado el 29 de febrero de 2020, de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

- Kadushin, C. (2013). *Comprender las redes sociales: Teorías, concepto y hallazgos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Recuperado el 2 de enero de 2020, de [https://books.google.com.mx/books?id=8R_gAgAAQBAJ&pg=PA58&lpg=PA58&dq=ronald+burt+agujeros+estructurales&source=bl&ots=mnwisFJh2T&sig=ACfU3U0GgB66rv8L6iePN6HzSH1AUNEMjQ&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKewjOzOCpqMDpAhURA6wKHZlhAvQQ6AEwCXoECA4QAQ#v=onepage&q=ronald%](https://books.google.com.mx/books?id=8R_gAgAAQBAJ&pg=PA58&lpg=PA58&dq=ronald+burt+agujeros+estructurales&source=bl&ots=mnwisFJh2T&sig=ACfU3U0GgB66rv8L6iePN6HzSH1AUNEMjQ&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKewjOzOCpqMDpAhURA6wKHZlhAvQQ6AEwCXoECA4QAQ#v=onepage&q=ronald%20)
- Kohn, R. (s.f). *La brecha del tratamiento en la región de las américas. Documento Técnico*. Recuperado el 27 de noviembre de 2017, de Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23177&Itemid=270&lang=es
- Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 480-490. Recuperado el 02 de febrero de 2020, de Glosario de epidemiología social
- Krieger, n. (mayo de 2012). Methods for the Scientific Study of Discrimination and Health: An Ecosocial Approach. *American Journal of Public Health*, 102(5), 936–944.
- Kymlicka, W. (2006). *Fronteras territoriales*. Madrid: Trotta.
- Laboratorios López. (2012). *Laboratorios López, El Salvador*. (Web Marketing Central America) Recuperado el 16 de Agosto de 2017, de <http://www.lablopez.com/test-otc/pulmocalcio-jarabe>
- Lee W., T. A. (1994). Fronteras Arqueológicas y realidades étnicas en Chiapas. En I. C. Gobierno del Estado de Chiapas, *XXI mesa de Antropología* (págs. 41-49). Chiapas: sin editorial.
- Legrand Oliva, C. S. (2014). *Evaluación de riesgos sísmicos de las principales edificaciones públicas de la cabecera municipal de San Marcos Guatemala*. Tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ingeniería, Guatemala. Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/08/08_3797_C.pdf
- Legrand Oliva, C. S. (2014). *Evaluación de riesgos sísmicos de las principales edificaciones públicas de la cabecera municipal de San Marcos Guatemala*. Tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ingeniería, Guatemala. Recuperado el 20 de 4 de 2017, de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/08/08_3797_C.pdf
- Leyva Flores, R., Infante, C., Quintino, F., Gómez Zaldívar, M., & Torres Robles, C. (2016). Migrantes en tránsito por México: situación de salud y acceso a servicios de salud. En C. N. Población, *Migración y Salud. Perspectivas sobre la población inmigrante* (págs. 85-94). Ciudad de México. Recuperado el 1 de marzo de 2020, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/166446/Migracion_y_Salud_2016.pdf
- Leyva, R., Infante, C., Quintino, F., Gómez, M., & Torres, C. (2016). Migrantes en tránsito por México: Situación de salud y acceso a servicios de salud. En C. P. SEGOB, *Migración y salud: Perspectivas de la población migrante* (págs. 85-94). CdMx: SEGOB, CONAPO. PIMSA.

- Leyva, R., & Quintino, F. (2009). *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, UNFPA, Cooperación Española.
- Llanos-Hernández, L. (Septiembre- diciembre de 2010). El concepto de territorio y la investigación en las Ciencias Sociales. *Agricultura, sociedad y Desarrollo*, 207-220.
- Llanos-Hernández, L. (2013). *Territorios y apropiaciones del espacio social en las tierras indias de Chiapas*. México : Plaza y Valdez.
- Loaiza, J., & Sánchez Polo, V. (2017). Situación de la enfermedad renal crónica en Guatemala. *Revista de la Asociación de Medicina Interna de Guatemala*, 21(Suplemento No. 1), 22-25.
- López Austin. (1996). La cosmovisión mesoamericana. En S. Lombardo, & E. (. Nalda, *Temas Mesoamericanos* (págs. 471-507). México: INAH. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/46476230/Lopez-Austin-La-cosmovision-mesoamericana>
- López Reyes, Y. A. (junio de 2012). Niños, niñas y adolescentes: Migrantes trabajadores guatemaltecos en la ciudad de Tachula, Chiapas. *LiminaR*, 10(1), 58-74. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272012000100005
- Lugo Garfias, M. E. (2015). *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recuperado el 20 de enero de 2018, de http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf
- Manzano Fernandes, B. (2008). Sobre la tipología de territorios. En c. p.-C.-2. Mirta (Ed.). San Pedro, Paraguay. Recuperado el 30 de mayo de 2016, de http://www.acciontierra.org/spip/IMG/pdf/BERNARDO_TIPOLOGIA_DE_TERRITORIOS_esp_anol.p
- Marcus, G. (julio-diciembre de 2001). Etnografía en/del el sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111-127. Recuperado el 2 de enero de 2020, de http://iidypca.homestead.com/Ingreso/Marcus_-_Etnograf_as_endel_sistema_mundo.pdf
- Marcus, G. E. (2008). El o los fines de la etnografía: del desorden de lo experimental al desorden de lo barroco. *Revista de Antropología Social*, 17, 27-47.
- Martín-Baró, I. (1982). *Psicología social: Entre el individuo y la sociedad. La naturaleza social, clase y conciencia de clase* (Vol. 1). San Salvador: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.
- Martín-Baró, I. (1990). *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA Editores.
- Martins, P. H. (2008). usuários redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. En R. Pinheiro, & R. (. Araujo de Matos, *cuidar do cuidado responsabilidade com a integralidade das ações de saúde* (págs. 115-141). Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.

- Martins, P. H. (2008). Usuarios, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. En R. A. Roseni Pinehiro, *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde* (págs. 115-141). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO.
- Mc Elroy, A. (Septiembre de 1990). Biocultural models in studies of human health an adaptation. Steps toward an integrative medical anthropology. *Medical anthropology quarterly, New series*, 4(3), 243-265.
- Mejía Roblero, C. N. (2012). *Tradición oral de los mames del volcán de Tacana de Chiapas. Recuperación e interpretación de la narrativa oral*. tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Humanidades Campus VI, Tuxtla Gutierrez, Chiapas.
- Mejía, R. C. (2012). *Tradición Oral de los Mames del Volcán de Tacaná*. Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Chiapas, Tuxtla Gutierrez.
- Menamig. (2015). *MENAMIG. Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala*. Recuperado el 8 de agosto de 2017, de <http://www.menamig.org/mision-y-vision/>
- Mendoza Zárate, G. (3 de abril de S.F). *Centro de Investigación y Acción Social por la Paz*. Obtenido de <https://www.ciasporlapaz.com/>
- Mendoza Zárate, G. (s.f.). La configuración del tejido social. Ciudad de México.
- Menéndez, e. (1982). La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. (C. d. Sociales, Ed.) *Cuadernos Médicos Sociales*(21), 25-41.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto-atención; caracteres estructurales. En R. (. Campos Navarro, *La antropología médica en México*. (págs. 97-114). Distrito Federal : Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (1992). Modelo Hegemónico, Modelo Alternativos Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En R. C. (compilador), *La antropología Médica en México* (págs. 97-114). México: Instituto Mora y Universidad Autónoma de México.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. Recuperado el 2 de marzo de 2020, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207.
- Mercado, F. J., & Torres, T. M. (2000). Un tema olvidado en el ámbito de la salud. El análisis cualitativo de los datos. En F. J. Mercado Martínez, & M. T. Torrez López, *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. (págs. 11-30). Guadalajara, México.: Plaza y Valdez.

- Mercado, F., & Torres, T. (2000). Un tema olvidado en el ámbito de la salud. El análisis cualitativo de los datos. . En T. M. Francisco Javier Mercado Martínez, *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. (págs. 11-30). México: Plaza y Valdez.
- Merck Sharp & Dohme Corp. (abril de 2016). *Manual MSD. Versión para público general*. Recuperado el 5 de marzo de 2020, de personal sanitario: profesionales de la salud: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/prestaci%C3%B3n-de-atenci%C3%B3n-sanitaria-a-las-personas-de-edad-avanzada/personal-sanitario-profesionales-de-la-salud>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2017). *Financiamiento y gasto en Salud. Guatemala periodo 2016-2017*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ciudad de Guatemala. Recuperado el 7 de enero de 2020, de [https://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/CNyES\(2017\)Analisticnicogastoensalud.pdf](https://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/CNyES(2017)Analisticnicogastoensalud.pdf)
- Montañez, G. G., & Delgado Mahecha, O. (1998). Espacio, Teritorio y Región. Conceptos básicos para un Proyecto Nación. *Cuadernos de Geografía, VII(1-2)*, 121-134.
- Montiel, L. (2004). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. (I. I. Humanos, Ed.) *Revista IIDH, 401*, 291-313. Recuperado el 3 de diciembre de 2018, de <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R08064-9.pdf>
- Montiel, L. (2014). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. (C. L. Humanos, Ed.) *Revista Internacional de Derechos Humanos, 40*, 291-313. Recuperado el 8 de febrero de 2018
- Morales, A., Acuña, G., & Li Wing-Ching, K. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: Nicaragua y Costa Rica*. CEPAL_CELADE. Santiago de Chile: CEPAL_CELADE.
- Morales, A., Acuña, G., & Wing-Ching, K. L. (2010). Migración y salud en zonas fronterizas: Colombia y el Ecuador. *población y desarrollo, 92*. Recuperado el 30 de Marzo de 2014, de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7234/S1000583_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mosquera Aguilar, A. (1990). *Trabajadores guatemaltecos en México*. Guatemala: Tiempos Modernos.
- Mosquera Saravia, M. T., & Paredes Marín, V. H. (2008). *Legislación de la medicina alternativa en Guatemala. Criterios de "validez" y "cientificidad" desde la perspectiva de los grupos étnicos en Guatemala*. Informe final de Investigación, Universidad de San Carlos de Guatemala, Institutot de Estudios Interétnico- Dirección General de Investigación de, Guatemala. Recuperado el 1 de marzo de 2020
- Mosquera, A. (1990). *Los trabajadores guatemaltecos en México*. Guatemala: Tiempos modernos.
- MSPAS. (24 de febrero de 1999). Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, Guatemala. Recuperado el 31 de julio de 2017, de

<http://transparencia.minfin.gob.gt/transparencia/BibliotecaDigital/Documentos%20Area%20Social/RSalud.pdf>

- MSPAS. (2013 (a)). Generalidades. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, Guatemala. Recuperado el 27 de Julio de 2017, de <http://www.mspas.gob.gt/images/files/acercadelmpas/historiadelMSPAS.pdf>
- MSPAS . (2013 (b)). *Indicadores básicos de Análisis de situación de Salud 2013*. Memoria estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica, Departamento de Vigilancia epidemiológica. Centro Naciona de Epidemiología.
- MSPAS. (octubre de 2015). Lineamientos para el proceso de territorialización y creación de unidades notificadoras territoriales. *Sistema Gerencial de Información en Salud -SIGSA-*. Guatemala. Recuperado el 12 de julio de 2017, de [http://sigsa.mspas.gob.gt/files/descargas/ActualizacionSistema/2015/octubre/Lineamiento%20%20territorializacion%20y%20creacion%20unidades%20notificadoras%20territoriales%20\(V1.0-10-2015\)%20%20\(1\).pdf](http://sigsa.mspas.gob.gt/files/descargas/ActualizacionSistema/2015/octubre/Lineamiento%20%20territorializacion%20y%20creacion%20unidades%20notificadoras%20territoriales%20(V1.0-10-2015)%20%20(1).pdf)
- MSPAS. (2015). *Reporte de Guatemala al Sistema de Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Documento de informe nacional, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Guatemala. Recuperado el 30 de julio de 2017, de [http://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/MSPAS\(2015\)CuentasNacionalesdeSaluddeGuatemala.pdf](http://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/MSPAS(2015)CuentasNacionalesdeSaluddeGuatemala.pdf)
- MSPAS. (mayo de 2017). *SIGSA-Datos de salud*. Recuperado el 10 de agosto de 2017, de <http://sigsa.mspas.gob.gt/datos-de-salud-en-guatemala.html>
- MSPAS- DAS San Marcos. (2013). *Área de Salud de San Marcos: Sala Situacional 2012 (Documento interno)*. Informe estadístico, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, San Marcos, Guatemala.
- MSPAS. (s.f.). Modelo de Atención Primaria en Salud. Guatemala. Obtenido de http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518
- MSPAS-OPS. (16 de junio de 2011). Formato de sectorización actualizado 16/06/2011. San Marcos, Guatemala.
- Municipalidad de Sibinal, S. M. (2013). *Plan Municipal de salud 2013-2017*. Documento de gobierno, Guatemala.
- Municipalidad de Sibinal, San Marcos. (2013). *Plan Municipal de salud 2013-2017*. Gubernamental, Municipalidad de Sibinal, San Marcos, Guatemala. , Sibinal, San Marcos. .
- Muñoz, G. (2015). Procesos y trayectorias reproductivas de mujeres jóvenes en situación de calle en la Ciudad de México. En Á. S. (coord), *esigualdades en la procreación. La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio y las trayectorias de atención de las mujeres mexicanas en el Siglo XXI* (págs. 245-287). México D.F: UAM.

- Muñoz, G. P. (9 de julio de 2016). PDH reporta 276 denuncias por falta de medicamentos en el IGSS. *Prensa Libre*. Recuperado el 25 de mayo de 2017, de <http://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/pdh-reportan-276-denuncias-por-falta-de-medicamentos-en-el-igss>
- Navarrete Cáceres, C. (1973). El sistema prehispánico de comunicaciones entre Chiapas y Tabasco. *Anales de la Antropología*, 10, 34-92. Recuperado el 5 de mayo de 2013, de http://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/23279/pdf_716
- Navarrete Cáceres, C. (2017). Reflexiones arqueológicas a partir de un libro: Esculturas de Tajumulco y el Soconusco, Guatemala y Chiapas. *Revista Estudios de Cultura Maya*, 50, 29-60. Recuperado el 4 de marzo de 2020, de <https://revistas-filologicas.unam.mx/estudios-cultura-maya/index.php/pecm/article/view/862/1046>
- Navarrete, C. (sf). Cuentos del Soconusco. sd.
- OIM- OMS-Alto Comisionado de Derechos Humanos. (2013). *Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos*. OIM.
- Ola, A. L. (29 de enero de 2019). Guatemala invierte poco en población con discapacidad. *Prensa Libre*. Recuperado el 19 de febrero de 2020, de <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/guatemala-invierte-poco-en-poblacion-con-discapacidad/>
- OMS. (2008). *mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Versión provisional en español*. Geneva, Switzerland : Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1
- OMS. (2010). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Geneva: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 3 de noviembre de 2019, de <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- OPS. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas 2018*. Organización Panamericana de la Salud, Washinton D.C. Recuperado el 19 de enero de 2020, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- OPS Guatemala. (2012). *censo de terapeutas divididos por especialidad en los municipios de Sibinal, Tacaná, Tajumulco, San José Ojetenma e Ixchiguan*. informe inédito, Guatemala.
- OPS Guatemala. (2014). *Situación actual sobre el relacionamiento de las y los terapeutas indígenas con servicios de salud*. Representación en Guatemala de la Organización Panamericana de la Salud. Guatemala: Documento Inédito.
- OPS México. (s.f.). *OPS México. Respuesta del Sector Salud*. Recuperado el 29 de febrero de 2020, de

https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=218:respuesta-sector-salud&Itemid=387

- OPS-GUT. (16 de 06 de 2011). *Formato de sectorización actualizado 16-06-2011 (Documento interno)*. Organización Panamericana de la Salud- Dirección de Área de Salud de San Marcos. Sibinal: no publicado.
- OPS-OMS. (2005). *Especificaciones técnicas para la construcción de letrinas de procesos secos*. Informe técnico, Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias Ambientales, Lima. Obtenido de http://www.bvsde.paho.org/bvsacg/guialcalde/2sas/d24/049_Construcci%C3%B3n_letrinas_secas/Construcci%C3%B3n_letrinas_secas.pdf
- OPS-OMS. (s.f). *PLISA. Plataforma de Información de Información en Salud de las Américas*. (Pan American Health Organization) Recuperado el 31 de julio de 2017, de Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Sistemas de Salud: <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores/sistemas-de-salud/495-expenditure-es.html>
- Organismo legislativo, C. d. (1997). Código de Salud. Decreto No. 90-97. Guatemala. Recuperado el 1 de junio de 2014, de <http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/leyn/docs/GUA-Decreto-90-97-Codigo-Salud.htm>
- Organización Mundial de la Salud -OMS- Comisión de Determinantes Sociales en Salud -CDSS-. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Buenos Aires: Ediciones Journal. Recuperado el 10 de 4 de 2017, de www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/
- Ortiz Díaz, E. (2009). El camino real del Soconusco: eje de articulación comercial entre la provincia de Oaxaca y la audiencia de Guatemala en el Siglo XVI. En J. L. (coordinadoras), *Caminos y mercados de México* (Vol. Serie Histórica 23, págs. 241-260). México D.F: Instituto de Investigaciones Históricas -UNAM-, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Osorio, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INI, INAH.
- Peña Piña, J., Salvatierra Izaba, E. B., Martínez Velasco, G., & Zuñiga López, R. E. (enero- marzo de 2000). DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA MIGRACIÓN LABORAL: EL CASO DE LOS INDÍGENAS MAMES DE LA SIERRA MADRE DE CHIAPAS. *Papeles de Población*(23), 153-179.
- Peña S, Y. (2012). *Procesos bioculturales: Alimentación- nutrición y salud-enfermedad. Del continuum de Mexico*.
- Peña Sánchez, E. (2003). *Los entornos de las sexualidades en las personas con discapacidad*. México D.F: Conaculta - INAH.

- Peña Sánchez, E., & Hernández Albarrán, L. (2015). *Entre cuerpos y placeres. Representaciones y practicas sexuales en personas con discapacidad adquirida*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Peña, E. Y. (julio- septiembre de 2010). Bueno para comer y... ¿malo para decidir qué consumir? *Diario de campo*, 55-60.
- Peña, E. Y. (2012). *Enfoque biocultural en antropología. Alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo*. México: CONACULTA- INAH.
- Pérez de los Reyes, M. A. (1980). El Soconusco y su mexicanidad (breves consideraciones). *Jurídica ibero*(12), 473-501. Recuperado el 3 de julio de 2014, de <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/juridica/article/view/10865/9938>
- PLM. (2016). *Diccionario de Especialidades Farmacéuticas PLM* . (P. Medicamentos, Productor) Recuperado el 16 de agosto de 2017, de http://www.medicamentosplm.com/home/productos/treda_suspension/160/101/10172/194
- PNUD. (2011). *Cifras para el Desarrollo Humano, San Marcos*. Guatemala.
- PNUD. (2011). *Cifras para el desarrollo humano. San Marcos*. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala.
- Portes, A. (1998). Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, 24(1-24). Recuperado el 26 de enero de 2020, de [Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology](https://www.jstor.org/stable/2085418)
- Portes, A. (s.f). *PDF Humanidades*. Obtenido de <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/43%20-%20Portes%20-%20Capital%20Social%20origenes%20y%20aplicaciones.pdf>
- Portes, A., & Vickstrom, E. (2012). Diversidad, capital social y cohesión. *Revista Española de Sociología*, 17, 83-107. Recuperado el 14 de marzo de 2020, de <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/65295>
- Prensa Libre. (16 de julio de 2014). Sismo botó 30 casas en el caserío Yalú, Sibinal, San Marcos. Guatemala. Recuperado el 20 de 3 de 2017, de https://twitter.com/prensa_libre/status/489397658906140672
- Prensa Libre. (16 de julio de 2014). Sismo botó 30 casas en el caserío Yalú, Sibinal, San Marcos. Guatemala. Obtenido de https://twitter.com/prensa_libre/status/489397658906140672
- Prosalus- Cruz Roja de Espala. (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. España. Recuperado el 20 de enero de 2018, de [http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20\(2\).pdf](http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf)

- Pujadas, J. J. (2014). Estado-Nación, movimientos autónomos y procesos transfronterizos en España. En J. M. Valenzuela Arce, *Transfronterzas. Fronteras del mundo y procesos culturales* (págs. 59-93). Tijuana: COLEF.
- Quintana Hernández, F., & Rosales, C. L. (2006). *Mames de Chiapas*. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- RICYT. (s.f). *Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología Iberoamericana e Interamericana*. Recuperado el 8 de julio de 2017, de <http://db.riicyt.org/query/AR,BO,BR,CA,CL,CO,CR,CU,EC,ES,GT,HN,JM,MX,NI,PA,PE,PR,PT,PY,SV,TT,US,UY,VE,AL,IB/1990%2C2014/GASTOxPBI>
- Rodas Nuñez, I. (octubre de 2014). Las colonizaciones y la frontera nacional en la selva petenera, Guatemala. (C. d. Centroamérica, Ed.) *Cuadernos CEMCA*(7), 7-9. Recuperado el 3 de enero de 2015, de <http://cemca.org.mx/wp-content/uploads/FMig-07-Mas-que-una-linea.pdf>
- Rodríguez Díaz, S., & Ferrerira, M. (mayo-agosto, de 2010). Desde la dis-capacidad hacia la diversidad funcional. Un ejercicio de Dis-Normalización. (C. S. Científicas, Ed.) *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 289-309. Recuperado el 20 de enero de 2020, de [file:///C:/Users/VHPM/Downloads/333-583-3-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/VHPM/Downloads/333-583-3-PB%20(1).pdf)
- Rodríguez Vásquez, E. (2008). Asentamientos antiguos en el volcán Tacaná, Chiapas-Guatemala. *XXI Simposio de Investigaciones Arqueológicas en Guatemala (2007)* (pág. 10). Guatemala: Museo Nacional de Arqueología y Etnología de Guatemala y Asociación Tikal. (DIGITAL). Recuperado el 14 de febrero de 2016, de http://www.asociaciontikal.com/pdf/73_-_Elias.07.pdf
- Rodríguez Vázquez, E. (2012). *Geografía Arqueológica de México 2012*. México D.F: INAH-CONACULTA.
- Rodríguez, J. J., Barrett, T., Narváez, S., José Miguel Caldas, L. I., & Saxena, S. (2007). Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. *Revista Panamericana de Salud Pública.*, 22(5), 348–357.
- Rojas Wiesner, M. L. (2007). Mujeres y migración en la frontera sur de México. (L. C. línea], Ed.) *Amérique Latine Histoire et Mémoire*, 14 . Obtenido de <https://journals.openedition.org/alhim/2252#quotation>
- Romañach, J., & Lobato, J. (2007). Diversidad funcional. Nuevo Término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. En J. V. : Lois Álvarez Pousa, *Comunicación y discapacidades. Actas do Foro Internacional* (págs. 321-330). España: Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia : Observatorio Galego dos Medios. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=275103>
- Rosales, C. L. (2008). Aproximación a la noción de persona en Mam. *Pueblos y Fronteras*(4 Dic. 2007 – Mayo 2008), 1-35.
- Ruiz, J. C. (2013). *Comercio transfronterizo informal y dinámicas socioeconómicas-espaciales en dos zonas fronterizas de México y Guatemala*. Tesis para grado de maestría, El Colegio de

la Frontera Sur (ECOSUR), San Cristobal de las Casas. Recuperado el 20 de 11 de 2016, de http://aleph.ecosur.mx:8991/exlibris/aleph/a22_1/apache_media/LHRJSAGCMTMM8BN2EQ6YEERNN8VRAC.pdf

- Ruiz, L. R. (2006). *El jchi'iltik y la dominación jkaxlan en Larráinzar, Chiapas*. Chiapas: Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas.
- Sánchez, Á., & Miguel. (2012). Patrimonio biocultural de los pueblos originarios de Chiapas: retos y perspectivas. En A. Á. Romero, *Patrimonio biocultural, saberes y derechos de los pueblos originarios* (págs. 83-98). México: CLACSO- Universidad Intercultural de Chiapas. Recuperado el 12 de junio de 2016, de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20121127111932/PatrimonioBiocultural.pdf>
- Sánchez, R., Téllez, G., & Jaramillo, L. E. (2012). Edad de inicio de los síntomas y sexo en pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico. (I. N. Salud, Ed.) *Biomédica*, 32(No. 2). Recuperado el 6 de diciembre de 2017, de <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/423/1572>
- Sandoval Palacios, J. M. (2011). La securitización de la migración y de las fronteras en América del Norte. En A. (. Aragonés, *Mercados de trabajo y migración internacional* (págs. 253-288). México, Distrito Federal: Instituto de Investigaciones Económicas- UNAM.
- Scheper-Hughes, N., & Bourgois, P. (2004). *Violence in War and Peace: An Anthology*. Wiley-Blackwell.
- Secretaría de Salud. (2013). *ACUERDO por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y ...* Acuerdo publicado en el diario oficial, Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 29 de febrero de 2020, de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5300256
- SEDESOL-GobiernoFederal. (2012). *SEDESOL*. Recuperado el 15 de 1 de 2017, de <http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/1511/1/images/MMAM.pdf>
- SEGEPLAN. (2005). *Plan de Reconstrucción Departamental San Marcos*. Informe de dependencia gubernamental, Secretaría General de Planificación. Gobierno de Guatemala, Guatemala. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de <http://www.segeplan.gob.gt/stan/Reconst/ReconstSanMarcos.pdf>
- SEGEPLAN. (2005). *Plan de Reconstrucción Departamental San Marcos*. Informe de dependencia gubernamental, Secretaría General de Planificación. Gobierno de Guatemala, Guatemala. Obtenido de <http://www.segeplan.gob.gt/stan/Reconst/ReconstSanMarcos.pdf>
- SEGEPLAN. (15 de 02 de 2010). *Planificación y ordenamiento territorial. Municipio Sibinal*. (S. d.-G. Guatemala, Productor) Recuperado el 15 de octubre de 2016, de [http://sistemas.segeplan.gob.gt/sideplanw/SDPPGDM\\$PRINCIPAL.VISUALIZAR?PID=ECONOMICA_PDF_1208](http://sistemas.segeplan.gob.gt/sideplanw/SDPPGDM$PRINCIPAL.VISUALIZAR?PID=ECONOMICA_PDF_1208)

- Sepúlveda, J., & Casillas, R. (1994). Interés regional : frontera sur: la salud de la vecindad. *Cuadernos de salud* 4, 60.
- Servicios de Salud de Morelos. (2020). *Servicios de Salud. PROGRAMA ESTATAL DE NUEVA CULTURA EN SALUD*. Recuperado el 28 de febrero de 2020, de <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/noticias/9-programas/26-programa-estatal-de-nueva-cultura-en-salud>
- Sheper-Hughes, N., & Borgois, P. (2004). *Violenci in war and peace*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Silva Esquinas, A. (s..f.). Etnografía [des]encubierta. Una mirada a la práctica etnografía encubierta del ultra realismo criminológico. *Tesis de Master*. Madrid: UNED- Facultad de filosofía.
- Sosa Velazquez, M. (2012). *¿Cómo entender el territorio?* Guatemala: Cara Parens- Universidad Rafael Landivar-.
- Spinelli, H., & Alazraqui M. (2008). *Desigualdad en salud a nivel local/municipal*. Buenos Aires : Universidad Nacional de Lanús.
- Tapachula Notimex. (15 de enero de 2010). *La Gente. Radio la Primerísima*. Recuperado el 28 de febrero de 2020, de <http://www.radiolaprimerisima.com/noticias/inmigrantes/68649/presentan-cartilla-de-salud-del-migrante-en-frontera-sur-de-mexico/>
- Tellez Murcia, E. I. (julio-diciembre de 2010). El sentido del tejido social en la construcción de comunidad. (C. U. Dios, Ed.) *Polisemia*, 9(23), 9-23. Recuperado el 4 de enero de 2020, de <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/POLI/article/download/170/169/>
- Torrado, S. (1982). El enfoque de las estrategias familiares de vida en América Latina. Orientaciones teórico metodológicas. *Cuadernos del CEUR*, 2.
- Tortosa Blasco, J. M., & La Parra-Casado, D. (2003). Violencia estructural, una ilustración del concepto. *Documentación social*, 57-72.
- Toussaint, M. (2009). Soberanía y límites entre México y Guatemala: actores, estrategias, intereses y geopolítica regional. En M. Pérez Domínguez, & E. N. Mijangos Díaz, *Voces del Antiguo régimen Representaciones, sociedad y gobierno en México contemporáneo* (págs. 223-246). Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Mora.
- Tovar, M. E. (2006). *Los finqueros extranjeros en el Soconusco durante el Porfiriato*. Tesis de Doctorado, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras.
- Trivelli, C., & Berdegué, J. A. (2019). *Transformación rural. Pensando el futuro de América Latina y el Caribe. 2030 - Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, No. 1*. Santiago de Chile: FAO.
- Turner, F. J. (enero-abril de 1987). El significado de la frontera en la historia americana. *Secuencia*(7), 187-207. doi:<http://dx.doi.org/10.18234/secuencia.v0i07.170>


- URL. (1998). *El sistema jurídico maya. Una aproximación*. Guatemala: Instituto de Estudios Económicos y Sociales. Universidad Rafael Landívar.
- USAID. (abril de 2008). Serie de noticias técnicas sobre Extensión de Cobertura- Artículo I. *Calidad en Salud. Guatemala*. Guatemala, Guatemala. Recuperado el 27 de julio de 2017, de <http://bvssan.incap.int/local/URC/URC00210.pdf>
- USAID. (2009). *El gasto de bolsillo en salud: implicaciones para la pobreza y la equidad en Guatemala*. Publicación de análisis, USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala, Guatemala. Recuperado el 31 de julio de 2017
- USAID. (2015). *Guatemala. Análisis del sistema de salud 2015. Resumen ejecutivo*. Guatemala: USAID.
- USAID. (7 de julio de 2016). Estrategia de AIEPI AINM-C revitalizada. *Estrategia de AIEPI AINM-C revitalizada*. Guatemala. Recuperado el 27 de julio de 2017, de <http://nutri-salud.org/printpdf/349>
- Valdéz Gordillo, M. E. (2006). Cap. IV. De la región imaginada a las "localidades" de la selva. En M. E. Valdéz Gordillo, *Desencuentros y enciuentros de fronteras: El Petén guatemalteco y el sureste mexicano 1895-1949* (págs. 259-286). Tuxtla Gutierrez, México: UNICAH- UNICH.
- Valenzuela Arce, J. M. (2015). Transfrontera y límites liminales. En J. M. (coordinador), *Transfronteras, fronteras del mundo y procesos culturales* (págs. 17-41). Tijuana, B.C.: El Colegio de la Frontera Norte.
- Varela, H. (1997). Definición de convergencias y divergencias a partir de las fronteras. Estudio comparado: África Occidental-Istmo. En P. B. (Coordinador), *Las fronteras del Istmo. fronteras y sociedades entre el sur de México y América Central* (págs. 55-62). México: CEMCA- CIESAS.
- Vargas Guadarrama, L.A. (2006). Antropología y medicina. Una contribución para conciliar un doble recorrido, en *Revista italiana de studi americanistici*, (20-21), pp. 77-87. Italia
- Vargas Ulate, G. (2012). El territorio como un concepto político. *Reflexiones*, 91(1), 313-326.
- Vautravers Tosca, G. (2005). *Estudio comparativo de la frontera Tabasco, México - El Petén, Guatemala*. Villahermosa: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Venturiello, M. P. (2012). itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1063-1083. Recuperado el 5 de febrero de 2020, de <https://www.scielo.org/article/physis/2012.v22n3/1063-1083/es/>
- Vidal Group. (s.f). *Vademecum.es*. Recuperado el 16 de agosto de 2017, de https://www.vademecum.es/principios-activos-a_1
- Vila, P. (2001). Versión estadounidense de la teoría de frontera: una crítica desde la etnografía. *Papeles de población*, vol. 7(núm. 30, octubre-diciembre), 11-30.

- Villafuerte Solís, D., & García Aguilar, M. d. (2014). Tres ciclos migratorios en Chiapas: interno, regional e internacional. . *Migración y desarrollo*, 12(23), 03-37. Recuperado el 15 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-75992014000100001&lng=es&tlng=es.
- WHO. (2014). *WHO Region of the Americas: Guatemala Statics summary (2002- present)*. . Recuperado el 11 de abril de 2014, de <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-GTM?lang=e>
- WHO. (10 de julio de 2017). *Portal de Información - Medicamentos Esenciales y Productos de Salud*. Recuperado el 18 de agosto de 2017, de World Health Organization-Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2924s/3.2.4.html>
- WHO. (S.F). *Enfoque de la salud basado en Derechos Humanos*. Recuperado el 5 de 3 de 2017, de http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf
- Winton, A. (2012). Analysing the geographies of the ‘transnational’ gangs of Central America: The changing spaces of violence. *Investigaciones geográficas*, 79, 136-149.
- Wolf, E. (2005). *Europa y la gente sin historia*. Fondo de Cultura Económica.
- Zempléni, A. (1988). Entre Sickness e Illness. De la socialización de la “enfermedad”. *Social Science & medicine*, 27(11), 1171-1182.

ANEXOS

Oficios

Anexo 1: Carta de autorización de la USAC para uso de datos



Universidad de San Carlos de Guatemala
Instituto de Estudios Interétnicos

Guatemala 12 de septiembre de 2017

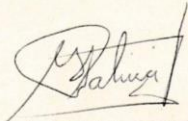
Posgrado de Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud
Universidad Nacional Autónoma de México

Respetables autoridades:


Por este medio y en mi calidad de coordinadora del proyecto **“Condicionantes para la movilidad transfronteriza en la búsqueda de atención en salud. Guatemala-México”** registrada en la Dirección General de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala con el número: **4.8.63.9.68**, autorizo a la Maestra Verónica Haydeé Paredes Marín a revisar y utilizar los datos de dicha investigación.

Dada la participación de la interesada en dicha investigación y su conocimiento de los procesos que dieron origen a los datos, se tiene la certeza de que sabrá interpretarlos. La utilización de los datos queda condicionada únicamente, a la respectiva y adecuada cita de la fuente bibliográfica.

Atentamente,



Licda. Patricia de la Roca
Antropóloga
Colegiada 21834
IDEI-USAC



Instituto de Estudios Interétnicos
Universidad de San Carlos de Guatemala

www.idei.usac.edu.gt | 10 Calle 9-37, zona 1
Tel. 2251-2391/92 | Guatemala, Centro América

Anexo 2: Autorización de Comité de Bioética de Jurisdicción VII de Salud de Chiapas para desarrollar la investigación en sus servicios de salud



GOBIERNO DEL
ESTADO DE CHIAPAS



OFICIO No. JS7/CEI/ 7200 2018.
Respuesta: **Aceptación de Protocolo de Investigación**
Tapachula, Chiapas; a 08 de Junio del 2018.

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD
JURISDICCION VII
COORDINACION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

DR. ARTURO EDGAR ZENTENO GALIANO
COORDINADOR DE PROGRAMAS DE MAESTRIA
Y DOCTORADO EN CIENCIAS MEDICAS, ODONTOLOGICAS
Y DE SALUD (UNAM)
PRESENTE.-

Como parte del seguimiento al protocolo de investigación que presento la alumna **Verónica Haydee Paredes Marín** a la Coordinación de Enseñanza e Investigación de esta JSVII:

03/2018: "SALUD EN TERRITORIO DE FRONTERA: CIRCULARIDAD, ESTRATEGIAS Y POLITICAS".

Tipo de Estudio: Investigación documental critica, con método etnográfico
Director de Tesis: Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez
Coordinador del campo de estudio: Dr. Roberto Campos Navarro

Le informo que el Comité de Ética e Investigación de la Jurisdicción Sanitaria VII, Dictamina lo siguiente:

- 1.- Fue aceptado por este Comité de Ética e Investigación de la JSVII.
- 2.- Se realizaron observaciones para correcciones de los protocolos de investigación.
- 3.- Al finalizar la investigación se sugiere entregarse en forma de artículo científico para su publicación de la misma.

Sin otro asunto en particular le envío, un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. ALFONSO ALBERTO RAMIREZ ALVAREZ
ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA JURISDICCION SANITARIA No. VII.



C.C.P. INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ETICA E INVESTIGACION - PARA SU CONOCIMIENTO
C.C.P. ARCHIVO
Visto DR. ALEXIS DE LA CRUZ ALVAREZ - PRESIDENTA DEL COMITE DE ETICA E INVESTIGACION - JSVII
ELABORO: LIC. DARIO MENDOZA LOPEZ - RESP. DE INVESTIGACION EN SALUD - JSVII



SECRETARIA
DE SALUD

GOBIERNO DEL
ESTADO DE CHIAPAS
Jurisdicción Sanitaria No. VII
Tapachula, Chiapas.

Anexo 3: Formato de carta consentimiento

 **Consentimiento informado** 
Habitantes guatemaltecos de frontera que asisten a los servicios de salud mexicanos.

Estimada(o) participante:

Mi nombre es Verónica Hayde Paredes Marín, soy guatemalteca, estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de México en el Posgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina en la Ciudad de México. Me encuentro haciendo mi investigación doctoral denominada "*Salud en territorio de frontera: Circularidad, estrategias y políticas*". Mi investigación trata sobre las personas guatemaltecas que vienen a Unión Juárez a atenderse en la Casa de Salud, el Centro de Salud o al médico privado, las formas en cómo logran que les atiendan, si son bien o mal tratados, cómo se enteraron de que acá los atendían y por qué vienen acá y no a los puestos o centros de salud en Guatemala.

Mi intención es poder conversar y entrevistarlo mientras espera pasar a su turno de consulta. Para mí, su opinión es muy importante, pues con ella, podré hacer mi trabajo de investigación para la tesis y al terminarla, informar tanto al Ministerio de Salud en Guatemala, como a la Secretaría de Salud en México lo que está haciendo bien o mal y recomendarles cambios que permitan otorgar una mejor atención a los usuarios.

Ya que conversaremos varios temas, necesito su autorización para que sus respuestas queden grabadas en audio, pero en ningún momento yo mencionaré su nombre al momento de escribir la tesis. La entrevista está pensada para que dure no más de 30 minutos, pero si el tiempo que me puede atender es menor, yo trataré de reducir algunas de las preguntas para que pueda contestar las más importantes.

Esta carta al que nosotros le llamamos consentimiento informado es tiene como objetivo el asegurar que ha entendido el objetivo de la investigación y acepta a ser entrevistado y grabado en audio, por lo que le solicitaría que firmara en la parte de abajo. Así mismo, yo también firmaré como compromiso de que respetaré lo ofrecido y en especial, no mencionarlo con su nombre.

Este consentimiento informado consta de original y copia, la cual se te entregará como constancia de los acuerdos que has firmado.

Nombre del Entrevistada(o) _____ Firma _____

Verónica Paredes Marín
Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociomédicas PCMOS-UNAM
Cta UNAM: 515011681

14

Instrumentos

Anexo 4: Instrumento para realizar entrevista a personal de salud del servicio público mexicano

Objetivo general al que responde el instrumento.

2. Analizar las representaciones y prácticas del personal de salud respecto a políticas y normas que institucionalmente se desarrollan e implementan para la atención de población de frontera

Dirigido a personal de salud en espacios de atención pública

Conocimiento sobre la existencia de normativas

1. ¿Cuál es la razón por la que el servicio de salud en el que trabaja atiende a personas guatemaltecas?
2. Conoce usted si existe normativas nacionales, programas, planes (etc), que permitan que las personas no nacionales accedan a los servicios de salud
3. ¿Conoce usted si existen normas internas (escritas o verbales) en el servicio de salud que permitan que los no nacionales puedan acceder a servicio?
4. Por qué cree que México da esa opción a los no nacionales
5. ¿Cuál es la razón por la que lo hacen?
6. Qué es lo que una persona no nacional debe hacer para ser atendido en el servicio de salud (¿Pago?)
7. ¿A qué le da derecho el pago de la cuota de recuperación?
8. ¿Qué diferencia de proceso hay entre esta acción de los guatemaltecos y aquellos que no cuentan con seguro popular y vienen de la misma forma a buscar servicios de salud?
9. ¿Cree conveniente que las personas guatemaltecas vengan a tratarse a este lado de la frontera?
10. ¿Por qué?
11. Sabe usted si existe coordinación con los servicios de salud guatemaltecos para abordar este problema

Sobre sus problemas de salud

12. ¿De qué enfermedades vienen a tratarse?
13. ¿Varían las enfermedades de los habitantes del otro lado de la frontera a las de este lado?
14. Si usted pudiera clasificar a los no nacionales que suelen atenderse salud al servicio ¿Cómo los describiría?
15. En este servicio de salud ¿Qué atención les proveen?
16. Cuando no les pueden proveer lo que requieren ¿Qué es lo que ustedes hacen como personal de salud?, ¿Es posible derivarlos hacia el siguiente nivel o acá se acaba la posibilidad de atender a los no nacionales?
17. Ha atendido usted emergencias de no nacionales ¿Qué emergencia ha atendido? ¿Cuál es el procedimiento?

Anexo 5: Instrumento para realizar entrevista a médicos privados que atienden en Unión Juárez

Objetivo general al que responde el instrumento.

2. Analizar las representaciones y prácticas del personal de salud respecto a políticas y normas que institucionalmente se desarrollan e implementan para la atención de población de frontera

Dirigido a médicos privados

1. ¿Atiende usted a personas guatemaltecas?
2. ¿desde cuándo lo hace?
3. ¿De dónde vienen las personas que usted atiende?
4. ¿Por qué asisten con usted?, ¿Cómo se enteraron de usted?
5. ¿Cómo caracteriza (Socioeconómica) a la población que atiende usted?
6. ¿Qué tipo de enfermedad o motivo de consulta tiene la población guatemalteca en su consultorio?
7. ¿Ha cambiado con los años el motivo de consulta?
8. De la población que viene a su consultorio ¿Qué porcentaje es guatemalteco?
9. ¿Cuánto cobra por consulta?
10. ¿Qué día viene a la consulta?
11. ¿Existen determinantes de la salud diferenciados en la zona guatemalteca a la mexicana?
12. ¿Hay enfermedades diferenciadas en los guatemaltecos a la de los mexicanos (de tipo contagioso)?
13. ¿Cree usted que la población guatemalteca busca el servicio público de salud o prefieren venir con usted?
14. ¿Es positivo o negativo el paso de guatemaltecos por la zona?
15. ¿Hay reglamentos o normas que le prohíban atender a los guatemaltecos?
16. ¿Vienen médicos guatemaltecos a la zona para atender mexicanos? ¿Por qué?

Anexo 6: Instrumento “Censo Comunitario”

Tipo de Instrumento:

- Entrevista de pregunta cerrada.

Población a la que va dirigida

- Habitantes adultos de Yalú, Guatemala.

Cantidad de instrumentos a aplicar:

- Uno por casa existente en el poblado, a contestar por un representante de la familia.

Producto a obtener:

- Caracterización sociodemográfica comunitaria

Autorizo a ser entrevistada y que se utilice lo datos de este estudio en la investigación

Nombre de la persona que contesta _____

1. ¿Cuántas personas habitan ésta vivienda?

	Edad	escolaridad	Estado civil	Nacionalidad	Adscripción étnica
Padre					
Madre					

2. Vivienda

Propia _____ Alquilada _____

3. Cantidad de mujeres embarazadas en la casa _____

4. Enfermedades crónicas en la familia _____

5. ¿Sufró o sufrió TB alguien en la familia? _____

6. ¿Existen en la familia personas con discapacidad? (no ve, no escucha, no puede caminar, le falta algún miembro)

7. ¿Cuenta con IGSS, ISSTE, SP, u otro seguro de salud?

8. ¿Recibe algún apoyo de gobierno? _____ ¿De cuál?

9. Cuando enferman ¿A dónde acuden a curarse? (Mx o GT)

TT _____
Salud _____

Comadrona _____

Otros curanderos _____

Servicio de

10. ¿Hay alguien en la familia que haya muerto en los últimos 6 meses? SI___ No___ Motivo _____

11. ¿Recibe remesa? SI___ NO___ ¿De quién? _____ ¿De dónde la envía?

12. Actividad Económica de la Familia:

13. Lugar en donde realizan la actividad económica:

14. Ingreso promedio de la familia:

Anexo 7: Instrumento para realizar entrevista a guatemaltecos que asisten a los servicios públicos mexicanos

Guatemaltecos que son atendidos en México

De dónde vienen ustedes

1. ¿Cuántos lugares han visitado antes de venir al centro de salud de Unión Juárez para tratar su malestar?
2. ¿Cómo llegaron hasta acá?
3. ¿Por qué decidieron venir a atenderse acá a México?
4. ¿Es diferente la atención que le dan en Guatemala a la que le dan en México? ¿Por qué?
5. ¿Cómo se enteró que acá lo podían atender?
6. ¿Desde cuándo viene usted o su familia a que lo atiendan en el centro de salud de Unión Juárez?
7. ¿Por qué cree que lo atienden acá?
8. ¿Únicamente usa este servicio o va a otros como a Cacahoatán, Tapachula, etc? (hospitales, médicos privados, farmacias similares)
9. ¿Tiene los mismos derechos que los mexicanos en la forma en como lo atienden?
10. ¿En qué se diferencia la atención que recibe acá en México a la que recibe en Guatemala? ¿Por qué cree que pasa eso?

Anexo 8: Guía de entrevista a madre a cargo de un infante con parálisis cerebral

Objetivo de la investigación al que responde el instrumento:

Analizar las estrategias de subsistencia y sobrevivencia de los habitantes de frontera México-Guatemala para enfrentar problemas en salud a través del fenómeno de la circularidad territorial.

1. ¿De qué comunidad viene usted del lado de Guatemala?
2. ¿Cuál es el oficio de la familia?
3. ¿Podría contarme la historia de su hijo y por qué está aquí en el DIF atendiéndolo?
4. ¿A qué lugares fue para curarlo?
5. ¿A qué instituciones acudido para solicitar ayuda?
6. En su familia ¿Cómo ha impactado el caso de su hijo?
7. A Usted ¿Cómo le ha afectado?
8. ¿Cómo supo que podía venir al DIF?
9. ¿no ha tenido problema por el hecho de ser guatemalteca el que la atiendan acá?
10. ¿Cómo la atienden?
11. ¿Podría hacer lo mismo en el lado guatemalteco?
12. ¿Lo ha llevado a otros lugares para que sane?
13. ¿Cómo lo traslada desde Guatemala para acá?
14. ¿Qué dificultades encuentra en el tratamiento y el traslado?
15. ¿Ha recibido apoyo de las autoridades guatemaltecas/mexicanas?

Anexo 9: Instrumento “Guía de observación”

Guía de observación

2. Analizar las representaciones y prácticas del personal de salud respecto a políticas y normas que institucionalmente se desarrollan e implementan para la atención de población de frontera.

- Definir las prácticas del personal de salud respecto a la aplicación de políticas o normas implícitas o explícitas en el momento de otorgar atención a la población residente del espacio de frontera.

Tipo de persona que asiste (mujer, hombre, con traje indígena ¿Cómo se les reconoce que son extranjeros)

Llegan individual o en grupo, llegan con carga o sin carga

día/horario es el que asisten con mayor frecuencia

Procedimiento para ser atendidos

Se les da/niega medicamento

Existe o no cobro

Anexo 10: Guía e instrumento para cónsul de Guatemala en Tapachula

Objetivo de investigación que cubre el instrumento

Describir y documentar las políticas en salud y migración que impactan en las dinámicas institucionales y comunitarias en la zona fronteriza Guatemala/México de la región del Volcán de Tacaná.

1. ¿Por qué la gente guatemalteca utiliza el servicio de salud mexicano?
2. ¿En qué áreas ocurre este fenómeno?
3. ¿Cuál es el costo del servicio?
4. ¿Cantidad de personas cruzan la frontera para buscar este tipo de servicio?
5. ¿Qué tipo de servicio de salud suelen buscar o es el más frecuente?
6. ¿De qué poblados suelen cruzar la frontera para buscar salud?
7. ¿Cómo identifican que son extranjeros?
8. ¿A qué retos se enfrentan, como consulado, que los guatemaltecos busquen estos servicios en México?
9. ¿Cómo tramitan los guatemaltecos el seguro popular para ser atendidos?
 - Migrantes de tránsito
 - Trabajadores temporales
 - Características tiene el convenio que el consulado tramita?
 - Programas de salud que beneficien a migrantes

Anexo 11: Guía e instrumento para defensora de derechos humanos de migrantes

Objetivo de investigación que cubre el instrumento

Describir y documentar las políticas en salud y migración que impactan en las dinámicas institucionales y comunitarias en la zona fronteriza Guatemala/México de la región del Volcán de Tacaná.

Analizar las representaciones y prácticas del personal de salud respecto a políticas y normas que institucionalmente se desarrollan e implementan para la atención de población de frontera.

1. De las denuncias que ustedes reciben ¿Cuáles son las razones de esas denuncias en relación con salud?
2. ¿Crees que hay una diferencia en el trato al usuario por no ser mexicano?
3. ¿Ha habido alguna consecuencia hacia algún servicio de salud, alguna sanción de parte de ellos o algo que esté relacionado o a algún servidor?
¿Qué tipo de sanción?
4. ¿Saben los trabajadores que deben atender a la población migrante?, ¿Tiene algún tipo de formación sobre estos temas, relacionado al servicio universal a la salud?
5. ¿Existen programas de salud para población migrante?

Anexo 12: Guía de entrevista a Delegado de CONRED

Objetivo de la investigación al cual responde este instrumento:

Analizar las estrategias de subsistencia y sobrevivencia de los habitantes de frontera México-Guatemala para enfrentar problemas en salud a través del fenómeno de la circularidad territorial.

1. ¿Cuál es su puesto en la CONRED?
2. ¿Cuál es el papel de CONRED?
3. ¿Cuál es la diferencia entre alarma y alerta?
4. A partir de esto, me podría decir ¿Cuál es la situación de Yalú tras el terremoto?
5. ¿Qué significa que Yalú sea inhabitable y eso en que le afecta a la población?
6. ¿Cuál es la recomendación que hace la CONRED a la población?
7. ¿Se cumplirán las medidas dictadas tras el desastre para la comunidad?

Anexo 13: Entrevista con funcionaria de Organismo Internacional en Salud. Representación Guatemala

1. ¿Cuál es la situación actual del sistema de salud de Guatemala?
2. ¿Por qué sostiene esa situación el sistema de salud guatemalteco?
3. Los constantes cambios que sufre el ministerio ¿Cómo afectan la planificación sanitaria a nivel nacional?
4. Respecto al modelo de atención primaria en salud ¿Cuáles son los cambios que ha tenido?, ¿Hacia dónde se dirigen los esfuerzos actualmente?
5. ¿Qué sucedió con el programa de extensión de cobertura (prestadoras de salud)?
6. Frente a la desaparición de las prestadoras de servicios en salud ¿Cuál es la apuesta actual para la atención de las comunidades lejanas a los centros de atención?
7. ¿Cuál sería el ideal de un modelo para estas comunidades y qué es lo que se encuentra actualmente?
8. ¿Existe una coordinación entre ambos países para el tema de salud de frontera?
9. ¿Qué podría hacerse en conjunto y no se está realizando?

Medicamentos comprados por los pobladores

Anexo 14: Tipos de medicamentos de consumo en las comunidades

Cuadro 8: Tipos de medicamentos que los pobladores de frontera refirieron consumir

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
Complejos vitamínicos o minerales/ suplementos nutricionales				
	Ácido Fólico	Ácido Fólico	Complemento vitamínico (Informed, 2014).	Toniná
	Sulfato ferroso	Sulfato ferroso heptahidratado	“Para casos de anemia hipocrómica y como profiláctico en niños prematuros, niños en época de crecimiento, niños con dietas especiales, embarazo, etc. Estimula la producción de hemoglobina” (FACMED-UNAM, 1998).	Toniná
	Emulsión Scott, Ballena Azul	“Aceite de Hígado de Bacalao, Palmitato de Vitamina A y Vitamina D3” (Informed, 2014).	“En los estados que se requiera mayor aporte de vitaminas A y D, calcio y fósforo para: crecimiento, dentición, embarazo, lactancia, mala nutrición, menopausia y senectud. En los estados de deficiencia de vitamina A y D, de Calcio y Fósforo: Raquitismo, Hipocalcemia, Osteoporosis, Hipovitaminosis A y D”. (Informed, 2014).	Chocabj, Tibancuche
	Hierro Vitaminado, Vitabrox*	Hierro, complejo B, calcio, L-Lisina y levadura.	Anti anémico, potenciador de sistema inmunológico, auxiliar en recuperación por déficit vitamínico.	Yalú, Tibancuche
	Pulmo-calcio	“Vitamina A, vitamina D, vitamina C, guayacol sulfonato de potasio, clorfeniramina maleato, vehículo c.s” (Laboratorios López, 2012).	“Tos crónica, tos seca e irritante asociada con inflamación de laringe y faringe. Calma la tos y permite sueño reparador” (Laboratorios López, 2012).	Chocabj, Toniná
	Provida	No especificado.	Deficiencia vitamínica.	Chocabj
	Aceite de Tiburón	Aceite de hígado de tiburón.	Se le atribuyen propiedades curativas en el caso de heridas, inflamación, irritaciones, tanto de las vías respiratorias y el tracto digestivo, así como en el caso de inflamación de los nódulos linfáticos” (ECURED, 2012).	Chocabj

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
	Vino de Hierro	“Citrato de Hierro y Amonio Extracto de hígado de res” (CECMED, 2017).	“Deficiencia de hierro, dispepsia atónica, estimulante del apetito, en la convalecencia vigoriza la digestión, tónico estomacal” (CECMED, 2017).	Chocabj
	Complejo B (Helofox, Neurobión Neurotropas, cápsulas de campolón)	“Clorhidrato de tiamina (vitamina B1), Clorhidrato de piridoxina (vitamina B6) Cianocobalamina (vitamina B12)” (FACMED-UNAM, 1998).	COMPLEJO B está indicado en neuritis, polineuritis por deficiencia vitamínica, trastornos metabólicos (diabetes mellitus, embarazo, alcoholismo) y anemia (sideroblástica, megaloblástica). (FACMED-UNAM, 1998).	Chocabj, Tibancuche
	Pharmaton	“Ginseng, vitamina a, vitamina B2, vitamina B vitamina C, vitamina D3, vitamina E, vitamina Pp, biotina, ácido fólico, sulfato ferroso desecado, sulfato de cobre , selenito de sodio, sulfato de manganeso, sulfato de magnesio desecado, sulfato de zinc monohidratado, fosfato dibásico de calcio, lecitina, excipiente cbp” (Grupo multicolor, 2017).	“En el tratamiento relacionado con la disminución de la capacidad física y mejoramiento de las condiciones de respuesta al estrés manifestadas como: debilidad, cansancio, falta de atención” (Grupo multicolor, 2017).	Yalú
	Tiamina	Vitamina B1.	“prevención y/o tratamiento de la deficiencia por aumento de los requerimientos diarios o por aumento del gasto metabólico de las vitaminas contenidas en su fórmula. Auxiliar en el manejo de radiculitis, polineuritis de etiología alcohólica y diabética; neuritis del embarazo, polineuritis por isoniazida, neuralgias periféricas, faciales del trigémino y herpéticas, coadyuvante en el manejo del Síndrome de Korsakoff” (Informed, 2014).	Yalú
	Vitamina C Cebión -C	Vitamina C.	Antiinfeccioso y antioxidante (Informed, 2014).	Tibancuche

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
	Deka C	Vitamina A, D, E y C.	“Disminuye la frecuencia, intensidad y duración de los catarros y estados gripales, deficiencias y carencias de la vitamina A, D, E y C, normalización de la visión, refuerzo a nivel broncopulmonar, raquitismo, problemas de crecimiento, favorece el desarrollo normal de los huesos y dientes” (FARKOT-HELOS Laboratorio, 2017).	Tibancuche
	FRAVIT	Ergocalciferol; retinol (vitamina A).	“Tratamiento de las deficiencias vitamínicas de la fórmula: raquitismo, hemeralopía, coadyuvante en la regeneración normal de los epitelios en las queratosis, úlceras corneales y afecciones respiratorias” (PLM, 2016).	Toniná
	Otros suplementos vitamínicos o alimenticios no especificados			Chocabj
Antinflamatorios/antipiréticos /analgésicos				
	Piroxicam	Piroxicam.	“Antiinflamatorio. Analgésico. Antirreumático” (Informed, 2014).	Toniná
	X-RAY	Condroitín; Glucosamina; Paracetamol (Acetaminofén); Vitamina C (Ascórbico, Ácido).	“Tratamiento, control y prevención de los signos y síntomas relacionados con la osteoartritis” (PLM, 2016).	Toniná
	Acetaminofen*	Acetaminofeno.	Antipirético y analgésico.	Yalú, Toniná, Tibancuche
	Clevium*	Dexketoprofeno.	Antiinflamatorio.	Tibancuche

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
	Calmadol*	Ácido Acetil Salicílico.	Antipirético y antiinflamatorio.	Tibancuche
	Naproxeno	Naproxeno.	Analgésico y antiinflamatorio. (FACMED-UNAM, 1998).	Yalú, Tibancuche
	Ibuprofeno	Ibuprofeno.	“analgésico y antiinflamatorio utilizado para el tratamiento de estados dolorosos, acompañados de inflamación significativa como artritis reumatoide leve y alteraciones musculoesqueléticas (osteoartritis, lumbago, bursitis, tendinitis, hombro doloroso, esguinces, -torceduras, etc.). Se utiliza para el tratamiento del dolor moderado en postoperatorio, en dolor dental, postepisiotomía, dismenorrea primaria, dolor de cabeza.” (FACMED-UNAM, 1998).	Chocabj, Tibancuche, Toniná
	Tantum verde	Bencidamina hidrocloreuro.	“Afonía, amigdalitis, estomatitis, faringitis, gingivitis, laringitis, laringotraqueítis, nasofaringitis, úlcera de la boca” (Vidal Group, s.f).	Yalú
	Diclofenaco	Diclofenaco sódico.	Posee actividades analgésicas y antipiréticas y está indicado por vía oral e intramuscular para el tratamiento de enfermedades reumáticas agudas, artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante, artrosis, lumbalgia, gota en fase aguda, inflamación postraumática y postoperatoria, cólico renal y biliar, migraña aguda, y como profilaxis para dolor postoperatorio y dismenorrea” (FACMED-UNAM, 1998).	Chocabj, Toniná, Yalú, Tibancuche
	Paracetamol	Paracetamol.	Antipirético y analgésico. (Grupo multicolor, 2017).	Yalú, Toniná
	Marigüanol *	Base de gel, salicilato de metilo, alcanfor, hojas de marihuana.	Dolores reumáticos, articulares, malestares musculoesquelético para aplicación externa.	Yalú
	Dolovitanervo, dolo- neurobión	Diclofenaco sódico, mononitrato de tiamina (vitamina B1), clorhidrato de piridoxina (vitamina B6), cianocobalamina (vitamina B12) (Grupo multicolor, 2017).	“Antiinflamatorio con acción analgésica. Antineurítico, lumbalgias, cervicalgias, braquialgias, radiculitis. Neuralgia facial, del trigémino, intercostal y herpética. Neuropatía alcohólica y diabética; síndrome	Yalú, Toniná

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
			del conducto del carpo, fibromialgia, espondilitis” (Grupo multicolor, 2017).	
	Alcanfor*	Alcanfor.	Tratamiento externo para dolor musculoesquelético.	Toniná
	Pomada china*	Alcanfor, mentol.	Tratamiento externo para dolor musculoesquelético.	Toniná
	Clonixinato	Clonixinato de lisina.	Para dolor agudo o crónico (Informed, 2014).	Toniná
Antibióticos y antimicrobianos				
	Neobol	Clostebol, neomicina.	“indicado en enfermedades de la piel y mucosas como: dermatosis infectadas, erosiones, úlceras, quemaduras, heridas infectadas, abrasiones, retrasos de la cicatrización, sequedad, fisuración, descamación y radiodermitis” (PLM, 2016).	Toniná
	Cloranfenicol	Cloranfenicol.	Antibiótico de amplio espectro (Informed, 2014).	Tibancuche, Toniná
	Furaltamicina	Furazolidona.	Bactericida y anti-giardiasico para infecciones intestinales (FACMED-UNAM, 1998).	Tibancuche
	Amoxicilina	Amoxicilina.	Tratamiento de infecciones agudas y crónicas de las vías respiratorias superiores e inferiores; para meningitis, infecciones genitourinarias, de la piel y tejidos blandos, gastrointestinales, biliares y en general para el tratamiento de padecimientos causados por bacterias sensibles. Las bacterias que más frecuentemente presentan sensibilidad a la amoxicilina son: Haemophilus influenzae, Escherichia coli, Salmonella spp y typhi, Proteus mirabilis, Staphylococcus aureus y epidermidis, Streptococcus faecalis, Neisseria gonorrhoeae, Staphylococcus pneumoniae, Staphylococcus viridans, Peptococcus	Tibancuche, Toniná

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
			spp, Peptostreptococcus spp, Helicobacter pylori y estreptococos de los grupos A y B” (Informed, 2014).	
	Eritromicina	Eritromicina.	“Gonorrea producida por Neisseria gonorrhoeae, neumonía por Mycoplasma pneumoniae, fiebre reumática, infecciones de piel y tejidos blandos producidas por S. epidermidis y Staphylococcus aureus, uretritis no gonocócica, difteria producida por Corynebacterium diptheriae, endocarditis bacteriana en pacientes alérgicos a la penicilina, faringitis bacteriana por Streptococcus epidermidis. Infecciones producidas por Chlamydia trachomatis: conjuntivitis del recién nacido, neumonía de la infancia, infecciones urogenitales durante el embarazo” (Informed, 2014).	Chocabj, Tibancuche, Toniná
	Bencil	Bencilpenicilina benzatina.	“Profilaxis de la fiebre reumática y portadores de estreptococo beta-hemolítico, cardiopatías reumáticas, glomerulonefritis, amigdalitis de repetición, sífilis en sus diferentes estadios” (Informed, 2014).	Yalú
	Treda	Caolín y neomicina.	“tratamiento de las diarreas agudas, producidas por cepas susceptibles de Escherichia coli, Salmonella, Shigella, Enterobacter y Proteus” (PLM, 2016).	Chocabj
	Trimetroprin	Trimetroprin/sulfametoxazol.	“Infecciones urinarias, como pielonefritis, cistitis, uretritis, prostatitis aguda y crónica, bacteriuria asintomática y profilaxis de infecciones recurrentes. Infecciones gastrointestinales como enteritis, gastroenteritis, diarrea del viajero, shigelosis, salmonelosis y fiebre tifoidea. Infecciones respiratorias superiores e inferiores, como otitis media, sinusitis, faringitis, amigdalitis, bronquitis aguda y agudizaciones de bronquitis crónica. Tratamiento y profilaxis de la neumonía causada por Pneumocystis carinii en pacientes inmunodeprimidos. En infecciones de transmisión sexual causadas por Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia	Yalú, Tibancuche

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
			trachomatis y Haemophilus ducreyi. También en osteomielitis e infecciones de la piel y tejidos blandos” (FACMED-UNAM, 1998).	
	Facelit	Cefalexina.	“infecciones debidas a microorganismos sensibles: infecciones del aparato respiratorio, otitis media, infecciones de piel y tejido subcutáneo, del tracto urinario (incluida prostatitis aguda) e infecciones dentales” (Vidal Group, s.f).	Yalú
	Barmicil	Dipropionato de Betametasona, clotrimazol, sulfato de gentamicina (Informed, 2014).	“antiinflamatorio, antiprurítico y vasoconstrictor sostenido por el dipropionato de betametasona con la acción antimicótica de amplio espectro del clotrimazol y el efecto antibiótico de la gentamicina. El clotrimazol parece actuar sobre la membrana celular de los hongos, causando pérdida del contenido celular. La gentamicina provee un tratamiento tópico altamente efectivo en las infecciones bacterianas primarias y secundarias de la piel” (Informed, 2014).	Yalú
	Tetraciclina	Tetraciclinas.	“Actinomicosis, infecciones del tracto genitourinario causadas por <i>N. gonorrhoeae</i> , faringitis, neumonía, otitis media aguda y sinusitis causada por <i>H. influenzae</i> ; infecciones de piel y tejidos blandos causadas por <i>S. aureus</i> , sífilis, uretritis no gonocócica, infecciones del tracto urinario causadas por <i>Klebsiella</i> y <i>Escherichia coli</i> .” (FACMED-UNAM, 1998).	Yalú, Tibancuche
	Butimaxil	Dicloxacilina	Bactericida “indicado para infecciones del tracto respiratorio superior e inferior como: amigdalitis, faringitis, otitis, sinusitis, bronquitis subaguda, neumonías y bronconeumonías, así como en infecciones de la piel, tejidos blandos como abscesos mamarios y cutáneos, furunculosis, celulitis, heridas y quemaduras infectadas; también tiene aplicación terapéutica en otras infecciones en las que se sospecha	Toniná

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
	Otros derivados de penicilina		de cocos piógenos, incluyendo osteomielitis, septicemia y artritis séptica.” (Informed, 2014).	
Antiespasmódicos				
	Buscapina, Hiosultrina	Butilescopolamina.	“Espasmos agudos gastrointestinal, biliar, y del tracto genitourinario (p. ej., colon irritable) incluyendo cólico renal y biliar. Como un apoyo en los procedimientos terapéuticos y de diagnóstico, donde el espasmo puede ser un problema (p. ej., endoscopia gastroduodenal y en radiología)” (Informed, 2014).	Chocabj, Yalú, Toniná
	Espadiva	Butilhioscina/Ibuprofeno.	“Antiespasmódico-analgésico. Cólicos y dolores antes, durante y después de la menstruación. Cólicos biliares. Cólicos de vías renales” (Informed, 2014).	Chocabj
Antagonistas de Receptor H2- anti ulceroso				
	Gastrón Cápsulas	Hoja de guayaba (psidium guayaba) hierbabuena (mentha sativa) Cuacharalate (amphipterygium) Anís de estrella (illicium verum) Hinojo (foeniculum vulgare miller) Sábila aloe vera (aloe barbadensis) ¹⁵³ .	Control de gastritis y colitis.	Chocabj

¹⁵³ <http://lovenatural.com.mx/producto/gastron-x-2/>

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
	Pantoprazol	Pantoprazol.	“Úlcera gástrica, úlcera duodenal, esofagitis por reflujo, gastritis erosiva, síndrome de Zollinger-Ellison.” (Informed, 2014).	Yalú
	Sucrassy ¹⁵⁴	Sulcrafato.	“Gastritis aguda y erosiva, reflujo gastroesofágico y gastroduodenal, úlcera gástrica y duodenal”. (Informed, 2014).	Yalú
	Ranitidina	clorhidrato de ranitidina.	“tratamiento de la enfermedad ácido-péptica en sus diversas formas: como úlcera gástrica, úlcera duodenal, esofagitis por reflujo, hernia hiatal, gastroenteritis erosiva y síndrome de Zollinger-Ellison” (Informed, 2014).	Yalú
Antihelmíntico y antiparasitarios				
	Flagosil	Diyodohidroxiquinoleína, Metronidazol.	“Amebicida, Indicaciones terapéuticas en el tto. de la amebiasis intra y extraintestinal. Absceso hepático amebiano” (Vidal Group, s.f).	Chocabj
	Conbactrin	Pamoato de Pirantel.	Infestaciones de oxiuros, lombrices, uncinaria y otros. (Grupo multicolor, 2017).	Toniná
	Albendazol	Albendazol.	“antihelmíntico benzimidazólico que posee actividad frente a trematodos, cestodos y nematodos” (Informed, 2014).	Toniná
	Citrato de piperazina	Piperazina.	“Tratamiento de la ascariasis y la enterobiosis” (WHO, 2017).	Yalú
	Albendazol	Albendazol.	Tratamiento para “oxiurasis, ascaridiasis, anquilostomiasis, necatoriasis, trichuriasis,	Tibancuche

¹⁵⁴ <http://www.paill.com/productos-paill#/productos/>

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
			estrongiloidiasis, teniasis, himenolepiasis. Parasitosis intestinales múltiples. Hidatidosis” (Informed, 2014).	
	Lombriniños*	Clorhidrato de Levamisole.	Eliminar lombrices.	Toniná
Antidiarreicos				
	PeptoBismol	Subsalicilato de bismuto (Informed, 2014).	Antidiarreico y antiácido (Informed, 2014).	Chocabj Yalú
	Enteroguani*1	Furazolidona.	Microbicida (diarreas bacterianas).	Tibancuche
	Alka A-D*	Loperamida.	Diarreas infecciosas.	Tibancuche
	Otros no especificados			Toniná
Antigripales, broncodilatadores, mucolíticos y expectorantes				
	Bromexhina	Clorhidrato de bromexhina.	“afecciones bronquiales agudas o crónicas como traqueobronquitis, bronquitis enfisematosa, neumoconiosis, neumopatías crónicas, inflamatorias, bronquiectasias, bronquitis espástica” (FACMED-UNAM, 1998).	Yalú, Tibancuche
	Surdril	Dextrometorfano/ guaifenesina.	“Alivio de la tos y para facilitar la expulsión del exceso de mocos y flemas en catarros y gripes” (Vidal Group, s.f).	Yalú, Tibancuche
	Tabcín*	Ácido acetilsalicílico, Maleato de Clorfeniramina, birtrato de fenilefrina, tartracina.	Auxiliar en resfriados.	Yalú, Tibancuche

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
	Salbutamol	Sulfato de salbutamol.	“Tratamiento del asma bronquial, broncoespasmo reversible y otros procesos asociados a obstrucción reversible de las vías respiratorias como bronquitis y enfisema pulmonar, bronquiectasia e infecciones pulmonares. Alivio de la crisis de disnea aguda debido a broncoconstricción” (FACMED-UNAM, 1998).	Yalú
	Broxolvan	Ambroxol y clenbuterol.	“casos de bronquitis aguda o crónica, asma y en general en aquellos procesos pulmonares que cursen con retención de secreciones y broncoespasmo”. (INFASA, 2017).	Toniná.
	Anti grip*	Acetaminofén, Clorfeniramina, fenilefrina, dextrometorfano, cafeína	Nariz mucosa, ojos llorosos debido a gripe, resaca y tos.	Toniná.
	Agrifen	Paracetamol, Cafeína, Clorhidrato de fenilefrina, Maleato de clorfenamina.	“Analgésico, antipirético y antihistamínico” (Grupo multicolor, 2017).	Toniná
Fórmulas magistrales (Preparados populares)¹⁵⁵				
	Vino Tinto*	Alcohol, jarabe, ácido acético, esencia de fresa, color vegetal rojo fresa.	Sobadas corporales y mal de ojo.	Chocabj
	Loción Violeta*	Esencia de violeta, alcohol 40°, gay-lussac, verde vegetal.	Susto, calentar matriz de púrpuras.	Chocabj
Otros				
	Hongo michoacano.	A pesar de ser un medicamento comercializado en los mercados y es de consumo popular, no se encontró en internet casa farmacéutica o un registro para conocer contenido y usos.		Toniná
	Suero*	Cloruro de sodio, citrato de sodio, citrato de potasio, glucosa.	Deshidratación.	Chocabj Yalú

¹⁵⁵ Contenido de preparados populares otorgado por Farmacia Roca Antigua Guatemala (recetario propio).

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
	Lasix*	Furosemida.	Diurético.	Tibancuche
	Vick Vaporub (Ungüento)*	Mentol, alcanfor, aceite de eucalipto, aditivos, timol, aceite de trementina, mirística, hoja de cedro, petrolato como base.	Auxiliar externo en el tratamiento de resfriados.	Yalú, Tibancuche
	Alcohol		Uso variado.	Chocabj, Tibancuche, Toniná
	Aceite español*	Aceite de oliva.	Empachos, sobadas.	Chocabj
	Agua oxigenada			Yalú
	Purgante *		Limpiar estómago, empachos.	Yalú, Toniná
	Procaína*	Procaína.	Anestésico local, eutrófico celular.	Yalú
	Alcanfor/ balsámico*		Desinflamante local.	Tibancuche
	Malox*	Hidróxido de aluminio / Hidróxido de magnesio	Antiácido.	Tibancuche
	Alka- Seltzer*	Hidrogenocarbonato de sodio.	Antiácido.	Tibancuche
	Citrato*	Bicarbonato, ácido cítrico, sulfato de magnesia.	Laxante.	Toniná
Plantas medicinales				
	Zorrillo			Chocabj
	Hinojo			Chocabj, Yalú
	Moringa			Yalú
	Linaza molida			Yalú
	Hierbabuena- menta			Toniná, Tibancuche

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
	Ajo			Toniná
	Manzanilla			Chocabj
	Ruda			Chocabj, Toniná
	Mirto			Toniná
	Llantén			Chocabj, Toniná
	Tilo			Chocabj
	Fenogreco			Chocabj
	Ulpachín			Chocabj
	Lengua de Venado			Toniná
	Sal			Tibancuche
	Eucalipto			Chocabj, Toniná, Tibancuche
	Ciprés			Toniná
	Pino			Toniná
	Borraja			Toniná
	Té de Limón			Chocabj, Toniná, Tibancuche
	Verbena			Chocabj, Yalú, Toniná
	Canela			Toniná
	Pasiflora			Yalú.

Tipos de Medicamento, elemento medicamentoso, suplemento vitamínico o nutricional.	Medicamento Nombre comercial o genérico referido	Contenido	Uso	Comunidad que reportó su uso
	Durazno			Toniná
	Hoja de banano			Chocobj
	Sábila			Toniná
	Apazote			Toniná
	Café amargo			Tibancuche
	Azúcar quemada			Toniná
	Papa			Toniná
	Pimienta			Toniná, Tibancuche
	Manzanilla			Toniná, Tibancuche
	Ajenjo			Tibancuche

Fuente: Datos de archivo de proyecto 8.63.9.68 IDEI-DIGI-USAC 2015.

Estadísticas municipales en salud

Anexo 15: Estadísticas sanitarias del municipio de Sibinal, San Marcos, Guatemala

Cuadro 9: Veinte primeras causas de morbilidad general en el municipio de Sibinal

No.	Veinte (20) Primeras Causas de Morbilidad General	Frecuencia	%*	Frecuencia	%*	Total
		Masculinos		Femeninos		
1	Infecciones respiratorias agudas	964	17.01	1314	14.58	2,278
2	Resfriado común	686	12.11	926	10.27	1,612
3	Diarreas	389	6.87	458	5.08	847
4	Amebiasis	331	5.84	447	4.96	778
5	Parasitosis Intestinal	342	6.04	390	4.33	732
6	Cefalea	148	2.61	500	5.55	648
7	Gastritis	139	2.45	449	4.98	588
8	Neumonías y bronconeumonías	313	5.52	241	2.67	554
9	Infección de las vías urinarias	73	1.29	430	4.77	503
10	Conjuntivitis	204	3.60	268	2.97	472
11	Infección intestinal bacteriana	197	3.48	219	2.43	416
12	Trastorno de la piel y del tejido subcutánea	171	3.02	206	2.29	377
13	Dolor abdominal	77	1.36	168	1.86	245
14	Neuralgia	66	1.16	136	1.51	202
15	Dermatitis	88	1.55	112	1.24	200
16	Anemia	54	0.95	135	1.50	189
17	Escabiosis	64	1.13	74	0.82	138
18	Herida de región no especificada del cuerpo	74	1.31	61	0.68	135
19	Candidiasis	57	1.01	64	0.71	121
20	Mialgia	34	0.60	69	0.77	103
	Resto de Causas	1,195	21.09	2,347	26.04	3,542
	TOTAL DE CAUSAS	5,666	100	9,014	100	14,680
*	Porcentaje del total de casos por sexo					

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013.

Cuadro 10: diez primeras causas de morbilidad infantil en Sibinal

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Infantil	Número de Casos	%*
1	Resfriado Común	381	19.94
2	Infecciones respiratorias agudas	377	19.73
3	Diarreas	216	11.30
4	Neumonías y bronconeumonías	205	10.73
5	Infección Intestinal bacteriana	104	5.44
6	Conjuntivitis	61	3.19
7	Dermatitis	54	2.83
8	Dolor abdominal	48	2.51
9	Amebiasis	46	2.41
10	Trastorno de la piel	46	2.41
	Resto de Causas	373	19.52
	TOTAL DE CAUSAS	1,911	100
	* Porcentaje del total de casos por sexo		

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013.

Cuadro 11: Diez primeras causas de morbilidad de 1 a 4 años en Sibinal

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad de 1 a 4 años	Número de Casos	%*
1	Infecciones respiratorias agudas	623	19.15
2	Resfriado común	474	14.57
3	Diarreas	385	11.84
4	Amebiasis	259	7.96
5	Neumonías y bronconeumonías	236	7.25
6	Parasitosis Intestinal	222	6.82
7	Infección intestinal bacteriana	171	5.26
8	Conjuntivitis	97	2.98
9	Trastorno de la piel y del tejido subcutáneo	92	2.83
10	Falta de desarrollo fisiológico normal	57	1.75
	Resto de Causas	637	19.58
	TOTAL DE CAUSAS	3,253	100
	* Porcentaje del total de casos por sexo		

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Cuadro 12: Diez primeras causas de morbilidad materna

No.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Materna	Número de Casos	%*
1	Cefalea	162	20.25
2	Gastritis	148	18.50
3	Infección de vías urinarias	89	11.13
4	Trastorno de la piel y del tejido subcutáneo	42	5.25
5	Conjuntivitis	41	5.13
6	Lumbago	40	5.00
7	Anemia de tipo no especificado	31	3.88
8	Otros trastornos específicos no inflamatorios de la vagina	31	3.88
9	Amebiasis	24	3.00
10	Mialgia	23	2.88
	Resto de Causas	169	21.13
TOTAL DE CAUSAS		800	100
* Porcentaje del total de casos por sexo			
NOTA: Control de embarazo y/o prenatal no es MORBILIDAD MATERNA			

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Cuadro 13: Diez primeras causas de mortalidad general en Sibinal

No.	Diez Primeras Causas de Mortalidad General	No. Muertes		%*	No. Muertes		Total
		Masculinas	Femeninas		Femeninas	Total	
1	Neumonía y bronconeumonía	7	2	20.00	7.14	9	
2	Septicemia	2	3	5.71	10.71	5	
3	Insuficiencia cardiaca congestiva	2	2	5.71	7.14	4	
4	Infarto agudo del miocardio	4	0	11.43	0.00	4	
5	Insuficiencia respiratoria	3	1	8.57	3.57	4	
6	Enfermedad hepática alcohólica	1	2	2.86	7.14	3	
7	Hemorragia gastrointestinal	1	1	2.86	3.57	2	
8	Tumor maligno de sitios no especificados	1	1	1.00	3.57	2	
9	Traumatismo de la cabeza	2	0	5.71	0.00	2	
10	Alcoholismo	2	0	5.71	0.00	2	
	Resto de Causas	10	16	28.57	57.14	26	
TOTAL DE CAUSAS		35	28	100	100	63	

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Cuadro 14: Tipo de atención recibida en el parto en Sibinal

No.	Atención recibida	Frecuencia	%*
1	Médica	121	30.95
2	Comadrona	95	24.30
3	Empírica	175	44.76
4	Ninguna	0	0.00
5	Total de partos	391	100
* Porcentaje del total de partos			

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Cuadro 15: Casos de tuberculosis en Sibinal 2013

Tuberculosis	Masculino	Femenino	Total
Consultantes mayores de 10 años	2,869	8,099	10,968
Sintomáticos respiratorios detectados	39	61	100
Sintomáticos respiratorios examinados	39	61	100
Baciloscopias de diagnósticos realizadas	114	178	292
Baciloscopias de diagnósticos positivas	3	1	4
Casos pulmonares nuevos BK positivos	1	1	2
Casos pulmonares nuevos Bk negativos	2	0	2
Casos pulmonares nuevos pediátricos (< 10 años)	0	0	0
Casos de recaídas	0	0	0
Casos de abandonos recuperados	0	0	0
Casos de fracaso	0	0	0
No. de pacientes con tratamiento antituberculoso	3	1	4

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Cuadro 16: Prestadores de servicio con presencia en Sibinal

Prestación de servicios de salud	Población cubierta	
	2013	2012
Institucional del Ministerio de salud*	10,334	12,103
Extensión de cobertura (PSS, ASS)	6,251	4,183
IGSS		
Otras instituciones (sanatorios, hospitales privados, etc)		
Sin acceso a servicios de salud	0	299

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Cuadro 17: Tipo de servicio de salud existente a nivel municipal de Sibinal

Tipo de Servicio de Salud	No. Funcionando		
	Si	No	Total
Hospitales (Total):	0	0	0
- Hospitales Distritales			0
- Hospitales Departamentales			0
- Hospitales Regionales			0
- Hospitales Generales de referencia nacional			0
- Hospitales Especializados			0
Centros de Salud Tipo "A" (Centro de Atención Permanente)	1		1
Centros de Salud Tipo "B"			0
Puestos de Salud	2		2
UMS (unidad mínima de salud)	3		3
CAIMI			0
Jurisdicciones	1		1
Centros Comunitarios			0
Prestadoras de Servicios	1		1
Administradoras de Servicios (ASS)			0
No. unidades notificadoras			0
No. clínicas médicas particulares			0
No. hospitales y/o sanatorios privados			0
No. de farmacias			6

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Cuadro 18: Producción de programas: Otros servicios

Actividad	Total
Hipodermias	6,444
Curaciones	701
Cirugía menor	247
Número de emergencias	681
Muestras papanicolau tomadas	266
Muestras papanicolau positivas	0
No. de AIEPI en < 2 meses	240
No. de AIEPI de 2 meses a < 1 año	749
No. de AIEPI de 1 año a < 5 año	1,652
No. consultantes AIEPI < 2 meses	243
No. consultantes AIEPI de 2 meses a < 1 año	741
Pacientes VIH con quimioprofilaxis	0
Reconsultas de VIH	0
No de tratamientos con AZT a embarazadas	0
No embarazadas examinadas VIH	279
No embarazadas con VIH positivo	0
No pacientes infectados VIH vía madre a hijo	0
No pacientes infectados VIH vía relaciones sexuales	1
No casos discapacidad física	0
No casos discapacidad mental	0
No casos discapacidad auditiva	0

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Cuadro 19: Producción de programas (Atención al ambiente)

Atención al ambiente	Urbano	Rural	Total
No. total de viviendas	608	2,156	2,764
No. de viviendas con acceso a agua intradomiciliar	578	2,022	2,600
No. de viviendas con acceso a agua por llenacantaros	0	0	0
No. de viviendas con letrina y/o inodoro	361	2,122	2,483
No. de viviendas con servicios de alcantarillado	247	82	329
No. de comunidades con acueducto funcionando	3	33	36
Total de acueductos	3	49	52
Total de acueductos con sistema de cloración funcionando	2	3	5

Cobertura de acueductos con sistema cloración funcionando	66.67	6.12	9.62
No. total de comunidades	3	34	37
No. de comunidades con tren de aseo	0	0	0
Cobertura de comunidades con tren de aseo	0.00	0.00	0.00

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Cuadro 20: Datos de interés en salud municipio de Sibinal

Otros datos de interés en Salud	Total
Población Urbana	3,649
Población Rural	12,936
Porcentaje de población Indígena	7.34
Población mayor de 15 años	9,750
Población mayor de 15 años analfabeta	975
Tasa de analfabetismo	10
Extensión territorial en Km ²	176
Habitantes por Kilómetro cuadrado	94
No. de Municipios conforman su área de salud	1
No. de Distritos de Salud de su área de salud	1
Total de comunidades de su área de salud	37
No. de comunidades con médico ambulatorio	0
No. de comunidades con vigilantes de la salud	15
No. de vigilantes de la salud	15
No. de Comadronas adiestradas (CAT)	48
No. de Médicos ambulatorios	0
No. de Médicos de la brigada Cubana	1
No. de comunidades con médicos brigada Cubana	8

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Cuadro 21: Recurso Humano en Salud en Sibinal

PUESTOS	Personal por Contrato		Total Personal	
			(Presupuestado + Contrato)	
	Área de Salud	Hospitales	Area de Salud	Hospitales
	Número	Número	Número	Número
Médicos*	3		4	0
Enfermeras Profesionales	3		4	0
Enfermeras Auxiliares	17		23	0
Enfermero(a) psiquiátrico*****			0	0
Inspectores Saneamiento			1	0
Técnicos en Salud Rural			1	0
Técnicos en vectores			0	0
Trabajador Social			0	0
Trabajador Social en el área de psiquiatría o en salud mental			0	0
Odontólogos			0	0
Psicólogos			0	0
Psiquiatría			0	0
Técnico de laboratorio	1		1	0
Nutricionista			0	0
Químicos Biólogos			0	0
Técnicos Rayos "X"			0	0
Químicos Farmacéuticos			0	0
Encargados de farmacia			0	0
Estadígrafos	3		3	0
Oficinistas			0	0
Pilotos	2		2	0
Técnicos en mantenimiento			0	0
Personal Intendencia			0	0
Contabilidad			0	0
Trabajador operativo dietética			0	0
Gerentes administrativo-financiero			0	0
Educadoras en salud	5		5	0
Encargados de Compras			0	0
Técnicos Fisioterapia			0	0
Técnicos terapia ocupacional			0	0
Técnicos administrativos			0	0
Camareras			0	0
Guardianes			0	0
Bodeguero (guarda Almacén)	1		1	0
Técnicos Anestesiastas			0	0
Trabajador operativo lavandería			0	0
Jefe técnico II admon hospitales			0	0
Operativo Corte y Confección			0	0
Operativo mantenimiento	2		3	0
Operativo admon alimentaria			0	0
Resto de personal***	1		1	0

Fuente: Memoria de Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica, indicadores básicos de análisis de situación de salud, Municipio Sibinal, DAS- San Marcos 2013

Normas de migración relacionadas con la salud

Anexo 17: Marco jurídico- normativo de México en materia migratoria

Marco Normativo Nacional en materia migratoria	
Leyes	Ley de Migración. Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político. Reglamento de la Ley de Migración. Opinión Consultiva OC-21/14 Corte Interamericana en Derechos Humanos. CIDH, Opiniones consultivas, Documentos original.
Otras normas Federal	Ley de Migración. Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político. Reglamento de la Ley de Migración. Reglamento de la Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria.
Instrumentos internacionales	Convenio sobre los Trabajadores Migrantes. Convenio sobre las Migraciones en Condiciones Abusivas y la Promoción de la Igualdad de Oportunidades y de Trato de los Trabajadores Migrantes. Protocolo Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire. Convención sobre el Estatuto de los Refugiados. Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados. Opinión Consultiva OC-21/14 Corte Interamericana en Derechos Humanos.
Estatales	<u>Baja California</u> Ley para la Protección de los Derechos y Apoyo a los Migrantes del Estado de Baja California. <u>Chihuahua</u> Ley de Protección y Apoyo a Migrantes del Estado de Chihuahua. <u>Ciudad de México</u> Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal. Reglamento de la Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal <u>Durango</u> Ley de Protección a Migrantes del Estado de Durango. <u>Estado de México</u> Ley de Apoyo a Migrantes del Estado de México. <u>Guanajuato</u> Ley para la Protección y Atención del Migrante y sus Familias del Estado de Guanajuato. <u>Oaxaca</u> Ley para el Reconocimiento y Atención de los Derechos de los Migrantes y sus Familias para el Estado de Oaxaca. <u>Michoacán</u> Ley de los Migrantes y sus Familias del Estado de Michoacán. Reglamento de la Ley de los Migrantes y sus Familias del Estado de Michoacán. <u>Hidalgo</u> Ley de Protección a Migrantes del Estado de Hidalgo. <u>San Luis Potosí</u> Ley de Migración de Estado de San Luis Potosí. <u>Sonora</u> Ley de Protección a Migrantes del Estado de Sonora. Reglamento de la Ley de Protección a Migrantes del Estado de Sonora. <u>Tlaxcala</u> Ley de Protección y Atención a Migrantes y sus Familias del Estado de Tlaxcala. Reglamento de la Ley de Protección y Atención a Migrantes y sus Familias del Estado de Tlaxcala.

Fuente: CNDH <https://www.cndh.org.mx/programas/marco-normativo-migrantes>

Anexo 18: Leyes federales que obligan a funcionarios de Estado a otorgar servicios de salud a población no mexicana, independiente de su estatus legal.

<p>Constitución Política de la República Mexicana¹⁵⁶</p>	<p>Capítulo I De los Derechos Humanos y sus Garantías Denominación del Capítulo reformada DOF 10-06-2011 Artículo 10. En los Estados Unidos Mexicanos <u>todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.</u> (Párrafo reformado DOF 10-06-2011). <u>Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.</u> (Párrafo adicionado DOF 10-06-2011) Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. (Párrafo adicionado DOF 10-06-2011). Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.</p> <p>Capítulo III De los Extranjeros Artículo 33. <u>Son personas extranjeras</u> las que no posean las calidades determinadas en el artículo 30 constitucional y <u>gozarán de los derechos humanos y garantías que reconoce esta Constitución.</u></p>
<p>LEY DE MIGRACIÓN¹⁵⁷ Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de mayo de 2011 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada 03-07-2019</p>	<p>CAPÍTULO III de las autoridades auxiliares en materia migratoria Artículo 27. Corresponde a la Secretaría de Salud: I. <u>Promover en coordinación con las autoridades sanitarias</u> de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de <u>servicios de salud que se otorgue a los extranjeros,</u> se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables;</p> <p>CAPÍTULO VI De los derechos de los alojados en las estaciones migratorias Artículo 107. Las estaciones migratorias, deberán cumplir al menos los siguientes requisitos: I. Prestar servicios de asistencia médica, psicológica y jurídica; II. Atender los requerimientos alimentarios del extranjero presentado, ofreciéndole tres alimentos al día. El Instituto deberá supervisar que la calidad de los alimentos sea adecuada. Las personas con necesidades especiales de nutrición como niñas, niños y adolescentes, personas de la tercera edad y mujeres embarazadas o lactando, recibirán una dieta adecuada, <u>con el fin de que su salud</u> no se vea afectada en tanto se define su situación migratoria. Asimismo, <u>cuando así lo requiera el tratamiento médico que se haya prescrito al alojado,</u> se autorizarán dietas especiales de alimentación. De igual manera se procederá con las personas que por cuestiones religiosas así lo soliciten;</p>

Fuente: Elaboración propia

¹⁵⁶ http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

¹⁵⁷ http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LMigra_030719.pdf