



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
ANTROPOLOGÍA EN SALUD

SALUD Y ENFERMEDAD DE HONDUREÑOS MIGRANTES INDOCUMENTADOS EN TRÁNSITO POR MÉXICO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA:

MARÍA DOLORES HERNÁNDEZ HUERTA

TUTOR: DR. GILBERTO HERNÁNDEZ ZINZÚN

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 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.

Resumen

En este trabajo de tipo cualitativo documento las concepciones de salud y enfermedad y las prácticas de atención que implementan un grupo de hombres hondureños transmigrantes por territorio mexicano quienes se desplazan sin documentos con la intención de llegar a Estados Unidos. Los datos los obtuve mediante observación participante, entrevistas semiestructuradas y consultas biomédicas de primer nivel de atención realizadas en un albergue para migrantes ubicado en la Ciudad de México de agosto a octubre de 2018. Presento un recorrido histórico para mostrar los vínculos entre Honduras, México y Estados Unidos, también empleo los enfoques teóricos de interculturalidad en salud, proceso salud-enfermedad-atención y modelos médicos, para comprender desde la mirada migrante, el entrecruce del proceso migratorio y del proceso salud-enfermedad-atención en el contexto del desplazamiento indocumentado, la información recabada da cuenta de la cultura de la migración de los hondureños y como desde su forma de comprender el mundo, la migración, la salud y la enfermedad, implementan estrategias de cuidado a la salud y atención a la enfermedad en concordancia con su proyecto migratorio. La información recabada es de utilidad para implementar estrategias de atención a la salud culturalmente pertinentes.

Palabras clave: salud, enfermedad, migración, tránsito indocumentado, hondureños.

A mi familia, amigos, profesores

y a todos los que colaboraron

compartiendo sus historias

Índice

1. Introducción	1
a. Antecedentes	1
b. Justificación	4
c. Preguntas de investigación	6
d. Objetivos general y específicos	7
e. Descripción de la metodología	7

2. Acercamiento teórico-conceptual	9
a. Breve historia de las migraciones humanas	9
b. Migración y salud en el corredor Mesoamérica-Estados Unidos	11
c. México y Estados Unidos: políticas migratorias de contención que repercuten en el acceso a los servicios de salud para migrantes indocumentados	14
d. Derecho a la protección a la salud y atención culturalmente pertinente para migrantes en México	17
e. México, país de tránsito: ¿Por qué los hondureños se desplazan vía terrestre por territorio mexicano?, características del desplazamiento indocumentado que repercuten en la salud de los migrantes y en las estrategias de atención	20
f. Honduras, país expulsor: características geográficas y demográficas, historia y relación con Estados Unidos, causas y consecuencias de la migración	24
i. Características geográficas y demográficas	24

ii. Historia: poblamiento nacional, economía de enclave, conflictos internos y relación con Estados Unidos	25
iii. Dinámica migratoria	33
iv. Causas y consecuencias de la migración: inseguridad, violencia, precariedad económica, falta de expectativas de futuro	33
g. Proceso salud-enfermedad-atención, modelo médico hegemónico y autoatención: comparación entre concepciones biomédicas y concepciones de mestizos hondureños	38
h. La relevancia de la interculturalidad en el proceso salud-enfermedad-atención	47
<hr/>	
3. Metodología	51
a. Formación biomédica	51
b. Elaboración de guía de entrevista y observación	53
c. Implicaciones éticas	54
d. Descripción del trabajo de campo	55
e. Condiciones en las que ocurrieron las entrevistas	64
<hr/>	
4. Presentación de resultados	69
a. Descripción de los colaboradores	69
b. Testimonios de los colaboradores	75
i. Proceso salud-enfermedad-atención durante el tránsito migratorio indocumentado por México: concepciones de salud y enfermedad y practicas de atención durante la infancia y la vida adulta resignificadas durante el desplazamiento	75
ii. Empacho	94
iii. Algunas plantas medicinales	99

c.	Discusión de resultados	100
i.	Concepciones de salud	100
ii.	Concepciones de enfermedad	105
iii.	Proceso salud-enfermedad-atención de un grupo de hombres migrantes hondureños en tránsito por México	106
d.	Reflexiones sobre mi elección de tema de investigación, mi formación biomédica y estrategias interculturales aplicadas a la clínica con población móvil	110
<hr/>		
5.	Conclusiones	115
a.	Recopilación de hallazgos	115
b.	Recomendaciones: los retos de implementar atención intercultural a la salud en el contexto de movilidad desde la experiencia de trabajo con un grupo de hombres jóvenes migrantes hondureños en tránsito por México	117
<hr/>		
6.	Referencias	124
<hr/>		
7.	Anexos	135
a.	Glosario	135
b.	Guía de entrevista y cuestionario del albergue	136
c.	Guía de observación	152
d.	Tipo de cambio	153

1. Introducción

1.a. Antecedentes

Mi interés de investigación es la salud y la enfermedad de población migrante, en este trabajo exploro el proceso salud-enfermedad-atención de hombres hondureños en tránsito por México.

La dinámica del fenómeno migratorio es el contexto dentro del cuál se inscriben la salud-enfermedad-atención-cuidado de los sujetos de estudio de esta investigación. El fenómeno migratorio, por su parte, puede ser estudiado desde múltiples enfoques: histórico, económico, demográfico, cultural, entre muchos otros; la migración internacional, es un fenómeno que excede los límites de los estados nacionales, por lo que es pertinente considerar los vínculos económicos, políticos, socioculturales y religiosos así como la formación de identidades que se establecen entre y a pesar de las fronteras geográficas (Levitt y Glick Schiller, 2004). En un sistema transnacional donde las fronteras físicas, ideológicas y culturales se desvanecen (García-Canclini, 2004:16) los encuentros interculturales forman parte de la realidad cotidiana.

En torno al proceso salud-enfermedad-atención y a la migración, los seres humanos hemos construido significados e implementado prácticas encaminadas a procurar la supervivencia y bienestar de los individuos y sus grupos. En la actualidad, favorecidos por los avances tecnológicos respecto a medios de transporte y comunicación, los desplazamientos humanos tienden a incrementarse; parte de estos desplazamientos con el objetivo de residir permanentemente o por un largo periodo de tiempo en un país distinto al de nacimiento. Favorecido por el dinamismo actual de los flujos migratorios, los temas relacionados con este fenómeno han cobrado relevancia a nivel internacional.

Si bien la migración interna es mayor y gran parte de los procesos de migración internacional se producen por vías documentadas, algunas de las principales situaciones de inseguridad que afrontan los migrantes, así como buena parte de la preocupación pública que suscita la inmigración, se asocian con la migración irregular (OIM, 2018:1), ya que, el

tránsito indocumentado expone a los individuos a circunstancias que potencialmente pueden repercutir en su salud.

Además de las características del desplazamiento sin documentación, las condiciones de vida en el país de origen y los motivos de salida, influyen en los posibles eventos de enfermedad durante el tránsito.

México es un país con una dinámica migratoria excepcional, somos el país con la segunda diáspora más numerosa del mundo, país de tránsito en el corredor Mesoamérica¹-Estados Unidos, el más dinámico a nivel mundial, además compartimos con Estados Unidos la frontera terrestre más grande. En este contexto la migración indocumentada constituye la única alternativa de movilidad internacional para miles de personas.

¹ El Diccionario Panhispánico de dudas (2005) de la Real Academia Española define Mesoamérica como denominación geohistórica que designa la parte de México y América Central en que se desarrollaron las grandes culturas prehispánicas.

Mesoamérica como concepto tiene que definirse según un momento histórico específico, desde la época colonial existía una idea de cohesión cultural entre algunas partes de los territorios conquistados. Antes de su aparición como concepto, figuraba como un lugar que representaba una macro área geográfica (Romero Contreras y Ávila Ramos, 1999).

Un antecedente para la formación del concepto, proviene de la antropogeografía, el término área mesoamericana incluía elementos geográficos y culturales comunes en parte de México y Centroamérica. El término área cultural, fue la base para la construcción del concepto, tomando como elementos de unión los grupos lingüísticos, Nahuatl y Maya, que identificaban una misma tradición de alta cultura (Romero Contreras y Ávila Ramos, 1999).

La delimitación espacial de la cultura, es decir establecer fronteras geográficas, entre los territorios que comparten elementos culturales y conforman el concepto Mesoamérica, ha sido tema de debate, al igual que los rasgos culturales a tomar en cuenta para la definición del concepto; diversos rasgos como el tipo de agricultura, cerámica, tejido, lengua, arte, religión, familia, gobierno, sistema social, guerra, comercio, entre otros, se han empleado para establecer similitudes y diferencias entre los pueblos que conforman Mesoamérica (Romero Contreras y Ávila Ramos, 1999).

Mesoamérica como concepto teórico ha sido complicado de definir, pero ha tenido una utilidad práctica y comprende aquellos pueblos que independientemente de sus rasgos culturales tienen una historia común que los constituyó como conjunto. Dista mucho de ser un territorio con homogeneidad cultural, es un complejo sistema integrado por múltiples subsistemas con dinámica propia pero que se influyen mutuamente, entre los que existen mecanismos de retroalimentación positivos y negativos, los cuales promueven la ampliación y modificación de sus componentes y presentan entre sí estados de equilibrio siempre cambiantes (Romero Contreras y Ávila Ramos, 1999).

Los rasgos culturales en el concepto Mesoamérica no funcionan como elementos explicativos de manera aislada, es mediante su historia compartida y la complejidad de sus interrelaciones que sociedades desiguales configuran cohesión regional (Romero Contreras y Ávila Ramos, 1999).

En esta investigación de tipo cualitativo documento las concepciones de salud y enfermedad y las formas de atención de un grupo de hombres migrantes hondureños en tránsito por México, presento un recorrido histórico, para mostrar los vínculos entre Honduras y Estados Unidos, la importancia de México como país de tránsito y las características del desplazamiento con potenciales riesgos a la salud de los transmigrantes²; este enfoque histórico también brinda contexto para comprender el entrecruce del proceso salud-enfermedad-atención y el proceso migratorio en el corredor Mesoamérica-Estados Unidos y cómo las concepciones de los hombres hondureños imprimen un sello distintivo en ambos procesos.

También presento los enfoques teóricos de interculturalidad en salud, proceso salud-enfermedad-atención y modelos médicos, ya que estas perspectivas me permitieron comprender las transacciones entre los migrantes y los servicios de salud a los que tienen acceso, también las prácticas que un grupo de hombres hondureños comparten y resignifican durante su trayecto migratorio.

Muestro fragmentos de entrevistas semiestructuradas obtenidas durante el trabajo de campo en un albergue para migrantes ubicado en la Ciudad de México y analizo las transacciones que estos individuos realizan con los servicios biomédicos y las estrategias que utilizan para adaptarse a las muy diversas condiciones que se presentan durante el desplazamiento, utilizando los saberes adquiridos desde su infancia respecto del cuidado de la salud y la atención de la enfermedad, aplicados al tránsito migratorio.

Finalmente presento propuestas para mejorar la atención a la salud de los transmigrantes hondureños por territorio mexicano tomando en consideración sus concepciones de salud y enfermedad. Anexo un glosario de palabras mencionadas por los colaboradores que

² Definido en la Ley General de Población como un tipo de No Inmigrante, aquel extranjero que con permiso de la Secretaría de Gobernación se interna en el país temporalmente, dentro de la denominación de transmigrante, persona en tránsito hacia otro país y que podrá permanecer en territorio nacional hasta por treinta días (Ley General de Población 2009:7). En la práctica permanecen más del periodo establecido por la legislación.

pueden resultar desconocidas para quienes lean este trabajo, también la guía de entrevista que empleé para obtener parte de la información aquí mostrada.

1.b. Justificación

Los estudios migratorios analizan múltiples temas, entre ellos los relacionados con la salud de población migrante, a pesar de los esfuerzos para robustecer el conocimiento en torno a esta área del conocimiento, el nexo entre salud y el proceso migratorio permanece insuficiente, más aun durante el tránsito migratorio, por la peculiaridad móvil de la población.

El estado mexicano reconoce el derecho a la protección de la salud de transmigrantes y ha implementado servicios para cubrir las necesidades de atención de esta población, también existen grupos no gubernamentales que brindan servicios de atención a la salud a población migrante en tránsito. Los reportes sobre este tema son mayormente de tipo epidemiológico e identifican patologías biomédicas prevalentes en población migrante en tránsito por México; la información sobre las concepciones de salud y de enfermedad de individuos que migran y las formas de atención que implementan, es aun escasa.

Tomando como referencia estudios de incidencia y prevalencia de enfermedades, en los reportes, en su mayoría de tipo epidemiológico, se documentan las enfermedades más frecuentes, sin desagregarlas por nacionalidad ni explicitar el tratamiento otorgado; haciendo mínima referencia al tipo de servicio de salud al que acuden y dejando de lado lo que las personas en tránsito consideran al respecto de su salud.

No suele considerarse cuáles son las estrategias de atención y prevención que implementan, ni los conocimientos colectivos acumulados que les permiten sortear el tránsito migratorio.

Algunos estudios reportan síndromes de filiación cultural acontecidos durante el tránsito y percepciones de salud mental, sin embargo la información al respecto de los servicios de salud a los que acceden los migrantes en tránsito es limitada. Lo anterior se acentúa, todavía

más, en cuanto a cómo conciben, desde su cultura, la enfermedad y las necesidades de atención.

La información proporcionada por parte del gobierno mexicano es de corte cuantitativo en su mayoría, presentando información cualitativa escasa. Existen reportes sobre la atención brindada en estaciones migratorias, también hay informes del Instituto Nacional de Salud Pública y trabajos generados desde la academia y organismos no gubernamentales; sin embargo, los datos de esos reportes resultan insuficientes para la implementación de estrategias interculturales de atención a la salud (MSF, 2017; Cervantes Martínez, 2016; López Arellano, 2014; Leyva Flores, Infante, Serván-Mori, Quintino y Silverman-Retana, 2015; Temores-Alcántara G, et al, 2015; Leyva Flores, Infante Xibillé, Quintino Pérez, 2016; Santos Padrón, Limón Mercado, Martínez Calvo, 2016; Diario de campo 19/08/10-26/08/18; Salaverry, 2010).

El gobierno mexicano a pesar de reconocer la diversidad cultural y la necesidad de implementar estrategias interculturales en los distintos servicios, privilegia un enfoque de atención biomédico, el cual promueve la falta de reconocimiento a los modelos de atención subordinados, esto se refleja en los datos plasmados en los reportes de salud referentes a población migrante en tránsito, en los que se hace poca o nula mención de formas de atención distintos al biomédico.

Los reportes plasman únicamente diagnósticos y se abstienen de registrar los motivos de consulta. Tampoco identifican a los individuos, y no se reconocen las necesidades culturales propias de sus grupos de origen; no se reconoce al otro cultural, y por esa razón su paso por los servicios de salud queda velado con la sola recopilación de datos estadísticos.

Al presentar los datos sin desagregar por nacionalidad de origen, el posterior análisis de las diferencias se vuelve imposible, si bien el mayor porcentaje de migrantes en tránsito es de nacionalidad hondureña, también acceden a los servicios de salud personas provenientes de diversos países de América Latina e incluso extra continentales, principalmente africanos y asiáticos.

Para que la atención sea pertinente tiene que guardar relación con las demandas del grupo al cual va dirigida. El desconocimiento de las concepciones de salud, enfermedad y atención de la población migrante indocumentada en tránsito por México en específico de los hondureños, dificulta y en ocasiones impide brindar atención culturalmente pertinente.

En suma; la atención a los migrantes, en este caso hondureños hombres jóvenes, concebida e instrumentada exclusivamente desde la biomedicina hace a un lado los factores culturales que podrían mejorar la calidad de la atención, facilitando el acceso a los servicios y la comunicación durante el encuentro clínico, además de contribuir a la mejora de otros determinantes de la salud como son la alimentación y el alojamiento; también, resulta en una atención discriminatoria, que dificulta o niega el derecho a la salud que México se ha comprometido a brindar a todas las personas que se encuentren en su territorio, incumpliendo lo plasmado en la constitución política y en los acuerdos internacionales que ha ratificado.

El presente trabajo documenta las concepciones de salud, enfermedad y atención y brinda información para mejorar los servicios de salud dirigidos a transmigrantes por territorio mexicano.

La documentación de dichas concepciones es de utilidad para las personas que día a día trabajan con población migrante entre ellos el personal de salud, quienes mediante la implementación de estrategias interculturales durante los encuentros clínicos contribuyan en el cumplimiento del derecho que todos los individuos tenemos a una vida digna.

1.c. Preguntas de investigación

¿Cómo viven el proceso salud-enfermedad-atención un grupo de hombres hondureños durante el tránsito migratorio por México?

¿Cuáles son las concepciones de salud de un grupo de hombres jóvenes hondureños transmigrantes por México?

¿Cuáles son las concepciones de enfermedad de un grupo de hombres jóvenes hondureños transmigrantes por México?

¿Qué prácticas implementan para preservar la salud?

¿Qué prácticas implementan para recuperar la salud o curar la enfermedad?

1.d. Objetivos

En esta investigación me he centrado en conocer las concepciones de salud-enfermedad-atención-cuidado de hombres jóvenes hondureños y cómo, desde su cultura migrante, configuran prácticas de atención y cuidado a la salud durante el tránsito.

Objetivo general

Describir y analizar el proceso salud-enfermedad-atención de un grupo de hombres migrantes hondureños en tránsito por México.

Objetivos específicos

- Describir y analizar las concepciones en torno al proceso salud-enfermedad-atención durante la infancia y la vida adulta.
- Describir y analizar las prácticas de cuidado a la salud y atención de la enfermedad durante la infancia y la vida adulta con énfasis en el tránsito migratorio.
- Analizar el entrecruce de las concepciones de salud y enfermedad y las prácticas de atención en el contexto del tránsito migratorio.

1.e. Descripción de la metodología

Este trabajo de tipo cualitativo lo realicé en un albergue para migrantes ubicado en la Ciudad de México, de agosto a octubre de 2018, los datos aquí mostrados los obtuve mediante observación participante y entrevistas semiestructuradas. Entrevisté a 8 hombres hondureños migrantes en tránsito por México con destino en Estados Unidos; todos los participantes tenían entre 18 y 30 años de edad al momento de la entrevista.

A pesar de que porcentualmente la diferencia entre población masculina y femenina es mínima, en esta investigación únicamente incluí a hombres que se desplazaron solos o en grupos de hombres. Las familias, mujeres y menores no acompañados quedaron excluidos de esta investigación.

La elección de los colaboradores para las entrevistas fue debido a que el albergue al que tuve acceso es un lugar, que en el momento del trabajo de campo, hospedaba a hombres mayores de edad exclusivamente y la mayoría de ellos de 30 años o menos. Además la mayor parte de transmigrantes por territorio mexicano al momento del trabajo de campo eran de nacionalidad hondureña y entre la población masculina se empleaba menos el servicio de traficantes de personas para cruzar por nuestro país; todas estas características facilitaban las entrevistas.

La exclusión de mujeres, me permitió documentar el cuidado a la salud que llevan a cabo los hombres hacia sí mismos o hacia otros hombres, tomando en cuenta que el cuidado a la salud y la atención de los enfermos en la cultura hondureña se le atribuye más a la mujer y esto se ve modificado durante el tránsito migratorio cuando los hombres se desplazan solos o en compañía de otros hombres.

Elegí realizar entrevistas en el centro del país por qué para ese momento del recorrido, las personas que se desplazan de manera indocumentada por México ya han cruzado el sur del país, región donde ocurre el mayor número de deportaciones y es considerada como muy riesgosa por los migrantes, ya que están expuestos a asaltos y violencia de múltiples tipos; pero al momento de la entrevista aún les faltaría la mitad del recorrido hacia la frontera norte lugar en el que algunos, para reducir los costos de la migración, contratan los servicios de un coyote³, ya que si lo hacen desde Honduras o desde el sur de México, el monto a pagar es mayor y el no contratarlo para cruzar la frontera México-Estados Unidos representa mayor riesgo de deportación.

Además el centro del país es una región de concentración, ya que muchos de los migrantes emplean el tren como medio de transporte y todas las rutas del tren confluyen en el centro antes de dividirse a distintas partes del norte de México, aun si no emplean el tren usan como referencia esa ruta, por último, algunos deciden llegar a la Ciudad de México y

³ También llamado Pollero. Forma coloquial de referirse a un traficante de migrantes. Traficante de migrantes: Persona que comete o tiene la intención de cometer el delito de tráfico (de migrantes). Tráfico de migrantes: Facilitación de la entrada irregular de una persona en un Estado del cual dicha persona no es nacional ni residente permanente con el fin de obtener, directa o indirectamente, un beneficio financiero u otro beneficio de orden material (OIM, 2019:235).

permanecer temporalmente en ella, para realizar trámites migratorios. En suma, la estancia temporal de esos migrantes en la ciudad me facilitó realizar las entrevistas.

En mi calidad de médica, también obtuve datos dando consulta general a los huéspedes y mediante charlas informales al participar en algunas actividades dentro y fuera del albergue; tales como la preparación de alimentos, la convivencia durante la comida y el acompañamiento a trámites migratorios y servicios hospitalarios.

2. Acercamiento teórico-conceptual

2.a. Breve historia de las migraciones humanas

La migración se define como el desplazamiento de personas de una unidad geográfica a otra, pero no es un simple desplazamiento físico, también es un “desplazamiento de emociones y significados”, del cual surgen nuevas prácticas espaciales y culturales que transforman la realidad social (Hirai, 2014).

El fenómeno migratorio como estrategia de sobrevivencia ha acompañado a distintas especies animales a lo largo del tiempo, a diferencia de otras especies, las migraciones humanas han presentado patrones muy diversos como respuesta a las necesidades de los grupos. Resultado de cambios climáticos mayores, flujos migratorios prehistóricos a gran escala, contribuyeron al poblamiento mundial, en busca de condiciones medioambientales más favorables para la caza y la recolección (OIM, s/f; Sutcliffe, 1998).

Paralelo a que el ser humano desarrolló la agricultura y la domesticación de animales, ocurrieron cambios socioeconómicos al transitar de sociedades semi-nómadas cazadoras recolectoras a sedentarias agrícolas ganaderas. Pequeños grupos humanos que dependían de recursos naturales presentes en el medio para cubrir sus necesidades de alimento, se organizaron en grupos más numerosos y transformaron culturalmente su entorno, consiguiendo una producción alimentaria que excedía sus necesidades de consumo (Bustelo, 1988; Puyoles, 1998).

Con las necesidades alimentarias cubiertas comenzó el aumento poblacional. La vida humana, que hasta entonces se dedicaba a la reproducción y la satisfacción de la necesidad

alimentaria además de la elaboración de instrumentos líticos rudimentarios para la caza, se empleó en actividades diversas.

Lo anterior no solo diversificó el trabajo, también constituyó un cambio en las fuerzas productivas; lo que generó mayores necesidades de consumo y mayor capacidad de producción.

Desde ese momento, la organización de la vida en sociedad giró en torno a la apropiación del excedente económico. Todo comenzó con el control humano sobre su entorno y sobre otras especies, tanto vegetales como animales, de ello devino el aprovechamiento del hombre por el hombre y la apropiación del trabajo ajeno (Bustelo, 1988).

La arqueología ha fechado algunos asentamientos humanos que nos permiten conocer un patrón general de la migración durante los últimos 100,000 años. Desde su origen en África hace aproximadamente 150,000 años, el ser humano se desplazó hacia Medio Oriente hace 90,000 años. Posteriormente, hace 50 000 años, hacia Europa occidental, Australia y Siberia. Luego hacia el continente Americano hace 15 000 años, y finalmente hacia Oceanía (Sutcliffe, 1998).

Durante la era de exploración y migración colonial, la migración transoceánica fue consecuencia de factores mercantiles y estratégicos, las principales potencias económicas y políticas europeas, compitieron por el acceso a fuentes de abastecimiento de productos de gran demanda y al control territorial del comercio (OIM, s/f).

Los Reyes Católicos de España, financiaron la exploración transoceánica que permitió la conquista de gran parte del continente americano y la formación de la Nueva España.

La revolución industrial iniciada en Inglaterra en 1780, permitió por primera vez superar la capacidad de producción asociada directamente a la población humana, al liberarse de los límites impuestos por las materias primas orgánicas como fuente de energía y comenzar a utilizar combustibles minerales (Aparicio-Cabrera, 2013).

La industrialización se extendió hacia Estados Unidos, Alemania y Japón a mediados del siglo XIX, consolidándose en el mundo económicamente desarrollado el modo de producción capitalista (Pries, 1999).

La construcción de ferrocarriles y de máquinas de vapor favoreció la movilidad de materias primas y mano de obra, propiciando una segunda fase de migraciones trasatlánticas (Pries, 1999).

América se convirtió en un receptor de migrantes europeos, principalmente hacia Estados Unidos que atrajo a población rural, la población que posteriormente posibilitaría el funcionamiento de fábricas y oficinas (Pries, 1999).

Es a partir de la formación de los Estados Nacionales que la migración internacional cobra sentido como la entendemos actualmente. El advenimiento de la industrialización y la creación de nuevas tecnologías dio inicio a una nueva movilidad socio-espacial (Aparicio-Cabrera, 2013; Pries, 1999).

El caso particular de la migración hondureña me permitió rastrear la genealogía que los constituye como pueblo (Gómez García, 2013). Desde esa misma perspectiva también comprendí la emergencia de México como país de tránsito y, además, a Estados Unidos como país de destino principal para los hombres mestizos hondureños.

Trabajando estos aspectos entendí cómo se configuran sus concepciones del mundo y cómo, desde un mundo humano en permanente movimiento, la salud y la enfermedad forman parte del trayecto migratorio.

2.b. Migración y salud en el corredor Mesoamérica-Estados Unidos

Preservar y recuperar la salud al igual que migrar, han estado presentes a lo largo de la evolución de la especie humana. Migrar en busca de mejores condiciones, ha representado una estrategia de supervivencia y las actividades encaminadas a procurar condiciones de salud que permitan llevar a cabo el desplazamiento, han articulado ambos procesos. En torno al proceso salud-enfermedad-atención y a la necesidad de migrar, los grupos humanos hemos construido significados y configurado un conjunto de prácticas,

adaptándonos a las necesidades que nuestro entorno nos exige. Actualmente la migración internacional tiende a mundializarse y a incrementarse en términos absolutos, gracias a la posibilidad de gran movilidad espacial en un breve lapso de tiempo. Estas condiciones han favorecido los encuentros interculturales, entre ellos, los relacionados con las necesidades de atención a la salud.

Los corredores migratorios que se han definido a lo largo del tiempo entrelazan diversos aspectos: proximidad geográfica, factores comerciales y económicos, antecedentes colonialistas, situaciones de conflicto e inseguridad, relaciones comunitarias y lazos étnicos, además del tráfico y la trata de personas (OIM, 2008:3), lo que confiere características particulares a cada flujo migratorio y repercute en la salud y el bienestar de los individuos que migran (OIM, 2014). Esta situación también se hace presente en los servicios de salud a los que tienen acceso los migrantes y en las prácticas que implementan.

Para asegurar el manejo apropiado de las migraciones, es vital reconocer las notables diferencias de los flujos migratorios para poder brindar respuestas diferenciadas (Reig-Botella, Clemente Díaz, Sangiao Bastida, 2018:28); en el caso de los servicios de salud, atención concordante con las necesidades de la población que conforma un flujo migratorio específico.

A nivel mundial el corredor Mesoamérica – Estados Unidos, es el más transitado. México funge como país de tránsito y en ocasiones de destino para personas procedentes de Honduras, El Salvador y Guatemala, región denominada triángulo Norte de Centroamérica.

Históricamente, la migración a nivel mundial había sido principalmente masculina, con fines económicos y laborales, en este siglo se ha feminizado y sus causas se han diversificado incluyendo la violencia como principal motivo para migrar. En la última década, se ha visibilizado el tránsito indocumentado de mujeres, niños no acompañados y grupos familiares completos por México (Pries, 1999, OIM, s/f, OIM, 2018).

Actualmente, aunado a los motivos económicos, las causas de la migración incluyen el desplazamiento secundario a fenómenos naturales o a situaciones de violencia (Garibo García, 2016:75, Martínez Pizarro, 2007).

En los últimos años han aumentado los desplazamientos, tanto internos como internacionales, debido principalmente a conflictos civiles y transnacionales; en particular actos violentos perpetrados fuera de las zonas de guerra efectiva. Las personas que se desplazan de manera indocumentada, en su mayoría, cuentan con pocos años de escolaridad y realizan trabajos de poca calificación (OIM, 2018:3, 31). Además de las causas mencionadas el escaso acceso a educación, salud y otros servicios, son factores que promueven los desplazamientos hacia países que tengan necesidad de mano de obra y brinden empleos, tal es el caso de Estados Unidos. También existe un número creciente de países denominados de tránsito, como México en el corredor Mesoamérica - Estados Unidos.

Un país de tránsito, se define en función de los flujos migratorios que se desplazan por su territorio, con la intención de llegar a un tercer país regularmente rico y con el cual comparte frontera (Garibo García, 2016:83). Anteriormente, la libre circulación era la norma y las migraciones laborales por tiempo indefinido se veían favorecidas. En la actualidad la migración es restringida y regulada (Arango, 2007).

Las dinámicas migratorias ocurren a pesar de las políticas de contención impuestas por los países de tránsito y receptores, mientras que en el mundo la movilidad humana pretende ser controlada bajo el argumento de seguridad nacional. En contraste con los obstáculos impuestos a los migrantes, el intercambio comercial, de información y de servicios, han sido favorecidos mediante la eliminación de las barreras internacionales (Franco-Giraldo, 2016; Cabieses, Gálvez y Ajraz, 2018)

De acuerdo con lo anterior, se han establecido criterios para el tránsito, entrada y permanencia a los distintos países. En este contexto se ha determinado el acceso a la salud diferenciado para nacionales y extranjeros.

2.c. México y Estados Unidos: políticas migratorias de contención que repercuten en el acceso a los servicios de salud para migrantes indocumentados

México ha sido un país de tránsito para migrantes principalmente regionales, es decir aquellos provenientes de América Latina y en menor medida de migrantes extraregionales. Las políticas públicas sobre migración se han caracterizado por su variación de acuerdo con los intereses de los países receptores y de tránsito.

Durante la década de 1980, México adoptó una postura flexible al conceder refugio a los nacionales de los países centroamericanos en conflicto; en la década de 1990 comenzó a gestarse un discurso de seguridad nacional y combate al crimen organizado, durante ese lapso de tiempo, México, adoptó políticas similares a las del gobierno estadounidense, criminalizando o invisibilizando al migrante para mostrar una imagen de control del flujo de indocumentados en tránsito (OIM, 2018:89; Garibo García, 2016).

Con el comienzo del milenio, el gobierno de Estados Unidos identificó el fenómeno migratorio como un problema exógeno e infractor, mientras que el gobierno de México lo identificó como un asunto de fuerza laboral. En 2001 México aprobó el Plan Sur, sumándose a los intereses de Estados Unidos y controlando el flujo de migrantes indocumentados. En 2014 se implementó el Programa Frontera Sur sucesor del Plan Sur, con el cual México recrudesció la vigilancia migratoria y se convirtió en una frontera vertical para migrantes que pretenden llegar a Estados Unidos, en su mayoría provenientes del triángulo norte de Centroamérica (Garibo García, 2016).

El término frontera vertical hace alusión a un tipo de externalización de las fronteras, es decir la extensión de una frontera más allá de los límites geográficos de un Estado Nación, con dimensión física en los países de tránsito subordinados a países receptores. México, mediante la implementación de políticas migratorias restrictivas, como la instalación de múltiples puntos de control migratorio para la deportación en todo el territorio, se suma a los obstáculos que los migrantes enfrentan durante su travesía con la intención de llegar a Estados Unidos (Garibo García, 2016; Yee Quintero y Torre Cantalapiedra, 2016; Torre-Cantalapiedra y Yee-Quintero, 2018).

En 2016, las detenciones de centroamericanos procedentes del triángulo Norte centroamericano superaron en número a las de mexicanos en la frontera de Estados Unidos de América y México, un rasgo característico de este corredor es el tráfico de migrantes y los desplazamientos indocumentados (OIM, 2018:90; Canales y Rojas 2017:11).

El gobierno mexicano ha adoptado posturas ambivalentes con respecto a la migración indocumentada centroamericana en tránsito, restringiéndola en la práctica, pero enunciando los derechos de los migrantes indocumentados que transitan por nuestro país, entre ellos el acceso a los servicios de salud, optando por políticas de control de flujos so pretexto de proteger a los individuos que migran de los ataques del crimen organizado y de las lesiones ocasionadas por el uso de trenes de carga. En los hechos, las medidas del gobierno mexicano, han orillado a los transmigrantes a optar por rutas más riesgosas.

En cuanto a salud se refiere, las autoridades mexicanas han implementado políticas con perspectiva de derechos humanos como el acceso a la salud, que en la práctica opera con limitaciones, relacionadas con la ubicación de los centros de atención, los recursos materiales y humanos y la pertinencia cultural de los servicios.

Por la frontera con México ingresan a Estados Unidos gran parte de los migrantes indocumentados. Históricamente el país del norte ha sido una nación de inmigrantes, siendo desde 1970 el principal destino a nivel mundial. Es el país, que en términos absolutos, recibe a la mayor cantidad de migrantes provenientes de todas partes del mundo (OIM, 2018:20,21); también es el país del que proceden la mayor cantidad de remesas. Cuenta con un sistema de visados para los visitantes temporales por distintos motivos, un sistema para adquirir la residencia permanente legal y la ciudadanía además de leyes de asilo y refugio y programas especiales como el TPS (Estatuto de Protección Temporal por sus siglas en inglés).

A partir de los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001, la política migratoria estadounidense se integró abiertamente a la política de seguridad nacional; además de las entradas documentadas, diariamente ingresan al país migrantes irregulares, otros más permanecen en territorio estadounidense posterior al término de su visa, engrosando así el

número de migrantes indocumentados residentes. Los inmigrantes en Estados Unidos son principalmente de América Latina y el Caribe, seguidos de asiáticos y europeos (OIM, 2018:92).

El sistema migratorio de Estados Unidos comprende la migración documentada, sistema sobrecargado que no satisface las necesidades del país, y la migración indocumentada, regulada por las necesidades del mercado laboral; la inmigración, aumenta y complementa la fuerza laboral, siendo la migración indocumentada un tercio del total de inmigrantes (Meissner et al, 2006).

La configuración del sistema migratorio de la nación norteamericana constituye una relación a ciegas entre la política de inmigración y las prioridades económicas y sociales del país y un grado excepcionalmente alto de tensión política y atención mediática (Meissner, et al, 2006).

Históricamente la migración indocumentada en Estados Unidos, ha sido regulada por las necesidades de mano de obra de su economía; actualmente el discurso oficial ha tratado la migración irregular como un tema de seguridad nacional, nombrando como ilegales a las personas que se desplazan de manera indocumentada.

Durante el periodo presidencial de Donald Trump, el gobiernos estadounidense ha adoptado un discurso de rechazo a la “invasión”. En este sentido la etiqueta de ilegal, impuesta a los migrantes indocumentados por parte de aquel gobierno, se ha traducido en un incremento del temor a la deportación y un aumento de los riesgos asociados a las actividades laborales “de migrantes”, principalmente en el sector de los servicios, en el campo de la construcción y en el terreno agrícola. Lo anterior disminuye el acceso a los seguros médicos debido a la falta de documentación y recursos económicos para contratarlos. Estos aspectos, aunados a las deficientes condiciones de existencia, especialmente en cuanto a vivienda y alimentación, donde pueden incluirse hacinamiento y presupuesto reducido para víveres, entre otros, configura un panorama de salud-enfermedad-atención verdaderamente complicado.

Por su parte el gobierno mexicano sostiene un discurso político en el que enuncia al migrante como sujeto de derecho a la protección de la salud y en la legislación se contempla el acceso a los servicios de salud para migrantes en tránsito; en los hechos los servicios para esta población son restringidos, no acuden a los servicios debido al temor a ser deportados, a la negativa de atención del personal sanitario, a la falta de información sobre su derecho y a la falta de recursos económicos, entre otros factores.

2.d. Derecho a la protección a la salud y atención culturalmente pertinente para migrantes en México

El gobierno mexicano vinculado a organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, concordantes con garantizar los derechos humanos de todas las personas, se encuentran conjunta y formalmente comprometidos con la necesidad de proveer servicios de salud a la población migrante en tránsito.

Entre las acciones sanitarias más destacables se consideran: la detección y control de enfermedades transmisibles, las campañas de vacunación y detección de VIH, así como tratamiento de enfermedades agudas transmisibles o aquellas condiciones catalogadas como urgentes, es decir, que pongan en riesgo la vida. Estas acciones son dirigidas principalmente a población centroamericana quienes transitan por nuestro país en mayor número (Lugo Garfias, 2015; Mandujano, 25/04/2019; MSF en la ruta de migrantes y refugiados, s/f; diario de campo 19/08/18).

Históricamente, el gobierno mexicano ha privilegiado el enfoque biomédico como modelo de atención para sus nacionales y, desde esa tradición institucional, lo ha hecho extensivo a la población extranjera que resida temporal o permanentemente en el territorio nacional o que transite por él.

El gobierno mexicano reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los migrantes en tránsito por el país independientemente de su situación migratoria, se denomina derecho a la protección de la salud al grado máximo de salud que se pueda lograr, y es parte fundamental de lo que entendemos por una vida digna.

Se trata de un derecho humano inclusivo que abarca la atención a la salud oportuna y apropiada, y el acceso a los principales factores determinantes de la salud. Tiene fundamento establecido en valores históricos e implícitos en la constitución del estado mexicano y organismos internacionales. Fue consagrado por primera vez en la constitución de la OMS en 1946. Se reiteró en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. La seguridad social enlaza el trabajo con el derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 9.2 del Protocolo de San Salvador y en el artículo 28 de la convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (OMS, 2002; OMS, 2008; Lugo Garfias, 2015).

Cuatro son los criterios con respecto a los cuales se puede evaluar el respeto del derecho a la protección de la salud: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad en el que se incluye la no discriminación, servicios éticos, respetuosos y culturalmente adecuados. Un enfoque de salud basado en los derechos humanos incluye reconocer las características concretas de los grupos de población, centrándose en los que se consideran más vulnerables, entre ellos migrantes. La discriminación incluye programas que no satisfagan las necesidades, incluyendo las de índole cultural, de grupos específicos (OMS, 2002; OMS, 2008).

La población migrante, principalmente la indocumentada, cuenta con información escasa y condiciones de vida insalubres y poco seguras; además de limitado acceso a los servicios de salud debido a barreras culturales y lingüísticas; adversas condiciones de desplazamiento, vivienda y trabajo; aunadas a su estatus migratorio que les dificulta ejercer su derecho a la protección de la salud (OMS, 2008).

La mayoría de los países han definido sus obligaciones en el sector de la salud hacia los no ciudadanos como "atención esencial" o "atención sanitaria de emergencia", dejando a la interpretación del personal de salud tales definiciones (Lugo Garfias, 2015).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estableció el derecho a la protección a la salud en 1983, reconociéndola como responsabilidad del estado, incluyendo

servicios de salud y otros servicios públicos que influyen en ella; este derecho es reconocido tanto para nacionales como para extranjeros, el artículo 4o. constitucional reserva a la ley las bases y modalidades para el acceso a la salud, y la Ley General de Salud establece la forma de concretar el derecho a la protección de la salud por medio de la prestación de servicios. En el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se prohíbe la discriminación y enumera sus causales entre ellas las asignadas socioculturalmente que incluye a población migrante (OMS, 2008; Lugo Garfias, 2015; Leyva Flores, Infante, Serván-Mori, Quintino y Silverman-Retana, 2015).

En materia migratoria la Ley de Migración en su artículo 8, establece el derecho a la atención médica a migrantes, independientemente de su situación migratoria, la atención podrá ser brindada en sectores públicos o privados de manera gratuita y sin restricción alguna para cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar la vida (Leyva Flores, Infante, Serván-Mori, Quintino y Silverman-Retana, 2015).

En el artículo 27 se establece que corresponde a la Secretaría de Salud proveer, coordinar y vigilar los servicios de salud así como diseñar y difundir campañas en los lugares destinados al tránsito internacional (Leyva Flores, Infante, Serván-Mori, Quintino y Silverman-Retana, 2015).

El Reglamento de la Ley de Migración en sus artículos 226 y 227 establece que las personas extranjeras presentadas en las estaciones migratorias tendrán derecho a recibir atención médica o psicológica de manera gratuita proporcionada por el Instituto Nacional de Migración o por terceros (Leyva Flores, Infante, Serván-Mori, Quintino y Silverman-Retana, 2015).

El Artículo 137 del Reglamento de la Ley General de Población, establece como función de los grupos de protección al migrante, brindar orientación y asistencia además de realizar acciones de rescate, primeros auxilios y traslados a centros hospitalarios. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud-Seguro Popular en su comunicado 2014 establece la incorporación temporal hasta por 90 días, de los migrantes indocumentados que ingresan

al país específicamente por los estados de Campeche, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco, sin necesidad de aportar documentos (Lothar Weiss y López Chaltelt, 2011).

En la Ciudad de México la Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal, vigente a partir del 07 de abril del 2011, establece la no discriminación por estatus migratorio, pudiendo gozar de todos los programas y servicios que el gobierno de la ciudad ofrece, incluyendo los servicios de salud, protegiendo los valores culturales propios del individuo que migra y reconociendo los procesos de hospitalidad, interculturalidad, movilidad humana y migración en el contexto de la otredad en un marco de receptividad, respeto, solidaridad y aceptación de la diversidad cultural hacia una convivencia y cohesión social (Lothar Weiss y López Chaltelt, 2011; Leyva Flores, Infante, Serván-Mori, Quintino y Silverman-Retana, 2015; Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal, 2011).

El derecho a la protección de la salud y al acceso a sus principales determinantes es un derecho humano fundamental, que para cumplirse pertinentemente han de tomarse en cuenta aspectos culturales; es decir, la atención a la salud con estrategias interculturales, que establezca durante el encuentro clínico cercanía en términos simbólicos y rescate el valor del origen del paciente (OMS, 2002; OMS, 2008; Lugo Garfias, 2015; Mombello, 2006).

2.e. México, país de tránsito: ¿Por qué los hondureños se desplazan vía terrestre por territorio mexicano?, características del desplazamiento indocumentado que repercuten en la salud de los migrantes y en las estrategias de atención

En el corredor Mesoamérica-Estados Unidos, México, juega un papel central y polifacético como país de tránsito para migrantes indocumentados; ello se debe a su gran extensión territorial, a la extensa frontera que comparte con el país del norte, a las políticas migratorias mexicanas con la posibilidad de tramitar refugio, o a los distintos tipos de visado como las visas humanitarias y de visitante transfronterizo, así como las cambiantes medidas adoptadas con las denominadas caravanas migrantes.

México, como país de tránsito en el corredor migratorio Mesoamérica - Estados Unidos, recibe anualmente 430,000 migrantes centroamericanos (Garibo García, 2016:75) en su

mayoría hondureños, estas cifras pueden cambiar rápidamente debido al dinamismo del fenómeno migratorio.

Las personas que transitan por México con la intención de llegar a Estados Unidos, históricamente han sido migrantes regionales en su mayoría, es decir aquellos provenientes de países de América central y Sudamérica, principalmente de los países del triángulo norte centroamericano (Guatemala, El Salvador y Honduras) que por su cercanía geográfica y vínculos con la región sureste de México tienen una larga tradición de movilidad circular, promovida por formar parte de la región Maya y los ciclos de trabajo agrícola en sus tiempos de siembra y cosecha o como en el caso del café el proceso de secado y tostado, entre otros (Castillo, 2003).

El conflicto armado centroamericano marcó un cambio en los patrones migratorios, pasando de migración circular e intrarregional a migración internacional que tiende a la residencia definitiva en el país receptor. Durante las décadas de 1970 y 1980, México, fungió como país de refugio principalmente para guatemaltecos y salvadoreños, mientras que Estados Unidos concedió asilo a los nacionales de los países centroamericanos en conflicto. Por otro lado, el desplazamiento de salvadoreños y guatemaltecos contribuyó al desplazamiento velado de hondureños que aunado a la dependencia económica y subordinación política de Honduras hacia Estados Unidos consolidó la ya existente migración que impulsada por la industria bananera inició durante la segunda mitad del siglo XIX (Castillo, 2003; Puerta, 2005)

El desplazamiento de hondureños hacia Estados Unidos se incrementó posterior a huracán Mitch (1998) con la concesión por parte del gobierno estadounidense del mencionado TPS y ha permanecido en aumento impulsado por las condiciones del país centroamericano, inestabilidad política, crisis económica y violencia; favorecido por la entrada en vigor del Acuerdo Regional de Procedimientos Migratorios (CA-4) el 1º de julio de 2005 que establece la libre movilidad para los nacionales de la república de Guatemala, república de El Salvador, república de Honduras y república de Nicaragua.

El desplazamiento de hondureños cobró relevancia mediática a partir de octubre de 2018 con las caravanas migrantes, que tienen sus inicios por lo menos a partir de 2008 con los denominados viacrucis migrantes, los cuales emergieron como acciones grupales que, empleando el *performance* religioso, pretenden exponer demandas políticas y hacer evidentes las condiciones de inseguridad y violencia durante el tránsito (Acuerdo Regional de Procedimientos migratorios CA-4 para la extensión de la visa única centroamericana alcances del tratado marco y la movilidad de personas en la región, 30/06/2005; López-Recinos, 2013; Puerta, 2005; Vargas Carrasco, 2018; García, 05/04/2018; Semple, 05/04/2018).

Los migrantes hondureños en tránsito por México en la última década han despertado interés por su importancia numérica y las condiciones del tránsito, siendo el grupo que emplea rutas más riesgosas, fuertemente controladas por el crimen organizado y por ser la población con menos experiencia migratoria generacional de las naciones que conforman el triángulo norte de Centroamérica (Yee Quintero y Torre Cantalapiedra, 2016), lo que involucra riesgos para su salud y condiciona la atención a la que tienen derecho.

Las condiciones del tránsito indocumentado por México también impactan en la salud y en las formas de atención que implementan aquellos que se desplazan.

Las características del desplazamiento abarcan diversas rutas, incluyendo la ruta del tren con destino a Tamaulipas, que a partir del huracán Mitch (1998) y hasta la implementación del Programa Frontera Sur (2014) fuera la más usada por los hondureños, además de rutas que involucran trayectos a pie y empleando autobuses o transporte público local.

Otras características que configuran el tránsito por México son los tipos de alojamiento, entre ellos: albergues, casas particulares y hoteles o dormir en calles y plazas públicas. Desafortunadamente, también la violencia por parte del crimen organizado y funcionarios públicos mexicanos y el difícil acceso a alimentos y servicios de salud, forma parte de este conjunto de características.

La alimentación durante el desplazamiento indocumentado, es muy variada, incluye comida comprada en las comunidades adyacentes a las vías del tren o por las que pasan caminando o empleando autobuses así como la comida brindada por sociedad civil y albergues.

El tiempo de traslado, es muy variable, desde un par de semanas hasta varios meses, en ocasiones residiendo temporalmente en localidades intermedias para trabajar o iniciar trámites de visa humanitaria o refugio que les permita continuar de manera más segura el viaje. Los trabajos son temporales e informales y les ayudan a sostenerse económicamente mientras dura el tránsito y a costear el pago de coyotes (traficantes de personas) llegando a la frontera norte.

Los eventos de inseguridad y violencia perpetrada por el crimen organizado, frecuentemente están asociados a la corrupción de autoridades migratorias y policiacas mexicanas, dichos eventos favorecen el tráfico de personas y la extorsión e impactan en la salud de los transmigrantes (OIM, 2018; Amnistía internacional, 2010; Muñoz, 14/03/2019; Casillas 2015; Heredia Zubieta y Durand, 2018; Ocaño, 23/04/2019; Sancho, 25/04/2019; Izcara Palacios, 2017).

Numerosos, son los aspectos del enjambre hiperdinámico de variables que repercute de muy diversas maneras en la salud de las personas indocumentadas en tránsito.

Es en este espacio-tiempo de los migrantes que pueden presentarse eventos de enfermedad y necesidad de atención; es bajo esas condiciones del tránsito donde se hacen evidentes algunas de ellas y documentarlas resulta de interés para esta investigación; otras, como las relacionadas con la violencia del crimen organizado, o las amputaciones por el uso de trenes de carga son extensamente mencionadas en los medios de difusión para la población; además las autoridades mexicanas, equiparan al migrante con un “vector transmisor de enfermedades”, esta idea también es difundida en medios de comunicación masiva como radio, televisión o periódicos (Navarro, 30/01/2019; Mandujano, 25/04/2019; Fuentes, 21/02/2019).

Múltiples son los factores que impactan en la salud y en las formas de atención que implementan los hombres jóvenes hondureños colaboradores en esta investigación y

variadas son las prácticas con las que enfrentan las condiciones del tránsito que representan un potencial riesgo para la salud, dichas prácticas responden al conocimiento que tienen respecto de la salud y la enfermedad, la atención y el cuidado, tomando en cuenta su concepción de lo que es salud y enfermedad en el contexto del desplazamiento indocumentado por México.

2.f. Honduras, país expulsor: características geográficas y demográficas, historia y relación con Estados Unidos, causas y consecuencias de la migración.

2.f.i. Características geográficas y demográficas

Honduras limita al norte y al este con el mar Caribe, al sureste con la república de Nicaragua, al sur con el Golfo de Fonseca y la república de El Salvador, y al oeste con la república de Guatemala. Tiene una extensión territorial de 112,492 Km² y una población de 9,012,229 habitantes, 51.3 % mujeres y 48.7 % hombres (INE, 2018).

Es un país multiétnico donde los mestizos constituyen la gran mayoría. Existen 6 pueblos indígenas: lencas, misquitos, tolupanes, chortis, pech, y tawahkas. Además de los garífunas y los negros de habla inglesa (PNUD, 2017).

Socioeconómicamente hablando, Honduras actualmente es un país con 62.8 % de su población viviendo en pobreza, mayormente en el área rural; y con una tasa de analfabetismo de 12.1 %. Con predominio de población rural desempleada, subempleada o que trabaja sin remuneración ayudando a sus familiares; la mayor parte de los ocupados se encuentran en el sector rural, realizando actividades agropecuarias por cuenta propia, otras actividades económicas son las relacionadas con el comercio, manufacturas, finanzas y servicios públicos (PNUD, 2017).

En 2015, 648 520 ciudadanos hondureños, 7.43 % de la población, vivían fuera del país; de los cuales la gran mayoría, 530 645, habitaba en Estados Unidos. Por otro lado, 0.35 % de la población residente en Honduras era inmigrante (IOM, 2017).

2.f.ii. Historia: poblamiento nacional, economía de enclave, conflictos internos y relación con Estados Unidos

Cristóbal Colón se topó con las costas de lo que hoy es Honduras en julio de 1502, en su cuarto y último viaje.

La colonización comenzó en 1522, al final del proceso de conquista, donde los diferentes grupos indígenas se vieron muy reducidos. Sin embargo, mestizaje entre mayas y otros grupos mesoamericanos; europeos, en su mayoría españoles, y esclavos africanos principalmente, conformaron la actual población hondureña.

Honduras formó parte de la Capitanía General de Guatemala durante gran parte de la colonia, independizándose de España en 1821 y anexándose brevemente al Imperio Mexicano.

En 1823 se unió a las recién formadas Provincias Unidas de América Central, que colapsaron entre los años de 1838 y 1839 debido a diferencias sociales y económicas. El General hondureño Francisco Morazán, condujo los esfuerzos fracasados a mantener la federación (PNUD, 2017).

La restauración conservadora, etapa comprendida entre la disolución de las Provincias Unidas de América Central y el proceso de reforma liberal en 1876, se caracterizó por una ausencia de consenso social. Durante ese lapso predominaron los grupos privilegiados surgidos durante la colonia. En esta etapa, Honduras se enfrentó a inestabilidad política, falta de legitimidad social de sus instituciones, aislamiento económico, desarticulación regional y la permanente injerencia de los Estados vecinos en sus asuntos interiores, elementos que continúan aquejando a la nación centroamericana (Barahona, 1995).

Desde sus orígenes la dinámica económico-social hondureña refleja un carácter autoritario, excluyente y elitista. Las constituciones políticas durante el siglo XIX excluían de la construcción del propio Estado a pobres, mujeres, indígenas y analfabetas; con un sistema político caracterizado por la expulsión de los miembros de la oposición como medida

preventiva. Fue en este contexto que la guerra civil llegó a ser una parte indispensable del sistema político, alentando la impunidad y el autoritarismo (Barahona, 1995).

E. Paz Aguilar, sostiene que la sociedad hondureña del siglo XIX aparece como el modelo ideal para favorecer el desarrollo del “caciquismo”, con nula movilidad social y una economía mayoritariamente de subsistencia y desarticulada tanto en el mercado interno como exterior. El proceso de constitución del Estado Nacional hondureño no fue autónomo y se produjo supeditado a la política de los gobiernos más fuertes de la región, especialmente de Guatemala (citado en Barahona, 1995).

Desde la independencia, Honduras ha sido sacudida por rebeliones internas, guerras civiles y cambios de gobierno, más de la mitad de ellos durante el siglo XX. Desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX dominaron el capital extranjero principalmente estadounidense, la economía de enclave en el sector agrícola y minero, y la política conservadora (PNUD, 2017).

El concepto de enclave económico, ha designado situaciones diversas según el contexto, conservando características que lo definen, hace referencia a territorios en los que se habilitan condiciones económicas especiales en relación al resto del Estado-Nación en que se ubican, para el desarrollo de actividades económicas de diverso tipo por parte de transnacionales en forma directa o indirecta, imponiendo situaciones de excepcionalidad donde los propios estados estipulan la suspensión de la legislación nacional para dar cabida a las normas impuestas por las empresas, separando los enclaves territoriales de la trama social en las que están insertos (Falero, 2015).

Este tipo de economía es una vieja lógica que profundiza como ninguna otra la reproducción asimétrica global, dissociada del comportamiento del sector productivo interno, intensificando la relación con el ciclo productivo de Estados Unidos para el caso hondureño y súper explotando la fuerza de trabajo local, reduciendo los costos de operación y configurando lógicas extractivas con poca o nula conexión con las cadenas de valor locales (Falero, 2015).

La economía de enclave interviene en el tejido social del territorio implicado, desarticulándolo del resto, generando desarraigo y subordinando a los habitantes del enclave al control por parte de las empresas, a pesar de la separación con el resto del Estado-Nación, el control del territorio cercano al enclave es central para la reproducción de esta forma de economía y para la contención del conflicto (Falero, 2015).

Honduras ha experimentado la economía de enclave en distintos sectores, entre ellos, el minero, el agrícola con el cultivo de banano y palma africana, la maquila y la propuesta de “ciudades modelo” que se proyecta sean construidas por inversionistas privados, manejadas de manera autónoma y cuenten con sus propias leyes, sistema tributario, política de inmigración y policía (Falero, 2015).

Existen antecedentes de extracción de oro y plata desde la época prehispánica, durante la Colonia fue el principal lugar de extracción de metales en Centroamérica. Tras la independencia disminuyó la actividad minera, con un repunte en 1880 bajo el esquema de economía de enclave, misma que imperó en el sector bananero.

Durante las últimas dos décadas del siglo XIX, América Latina experimentó cambios derivados de la transferencia de recursos provenientes de los países que habían desarrollado la revolución industrial (PNUD, 2017; Araya-Pochet, 1979).

Inversionistas, principalmente estadounidenses, formaron compañías. Honduras experimentó los altibajos propios del sector bananero y minero de enclave. Desde la Colonia el sector minero constituyó el primer renglón de exportación. A partir del siglo XX, comenzó a fortalecerse la agroindustria bananera, para colocarse como el primer producto de exportación hondureño.

Paulatinamente, el control económico del enclave minero fue ganado por el bananero aunado al control de múltiples servicios. Tanto en el sector minero como en el bananero, la mano de obra conformó un sistema laboral inestable afectado por disturbios políticos. Durante ese lapso el gobierno favorecía la entrega de tierras a empresas con capital suficiente para su explotación, desprotegiendo a pequeños capitalistas nacionales (Araya-Pochet, 1979; Laínez y Meza, 1973)

A pesar de que la industria minera proporcionaba salarios más elevados que otros sectores, en general, éstos permanecieron con pocos incrementos durante un periodo relativamente largo de tiempo (1890-1945). Con la regular disminución de la producción de alimentos básicos, la escasez era frecuente y los precios elevados. En este contexto, en lugar de incrementar los salarios, las compañías implementaron sistemas de incentivos alimentarios y de servicios como escuelas, vivienda, salud, entre otros (Araya-Pochet, 1979).

La economía de enclave comenzó a gestarse para el caso bananero. Las condiciones socioeconómicas generadas por ese sistema productivo favorecieron la migración por vía marítima de afro hondureños a Nueva Orleans, primer antecedente de emigración de Honduras a Estados Unidos (Puerta, 2005).

Gustavo A. Castañeda en *El dominio insular de Honduras* menciona: “Allá por 1860, llegaron a Nueva Orleans, llevados por las goletas de las Islas, los primeros racimos de bananos hondureños, procedentes de las propias Islas” (citado en Laínez y Meza, 1973).

El cultivo bananero recibió gran apoyo del estado, sin embargo la ausencia de vías de comunicación fue el principal impedimento para la comercialización del fruto. En este contexto, la industria bananera recibió concesiones de terreno para cultivo y, además, para la canalización de ríos que favorecieran la entrada de embarcaciones.

Las grandes empresas fueron desplazando a los pequeños productores hondureños gracias a la economía de enclave y el monopolio sobre el cultivo de la musácea de principios del siglo XX.

Las concesiones a la industria bananera de inversión norteamericana se extendieron a la construcción de un tranvía de vapor y posteriormente el libre uso de vías férreas, muelles, líneas telefónicas y telegráficas, dejando el control de los medios de comunicación en sus manos. Poco a poco los norteamericanos comenzaron a importar maquinaria y también a comercializar cerveza; además de productos derivados de oleaginosas, semillas de algodón, jabón, y abonos derivados del coco. Además obtuvieron concesiones para exportar recursos naturales entre ellos maderas que se encontraran en los terrenos desocupados (Laínez y Meza, 1973).

La plantación y comercialización del banano comenzó a ser complementaria, debido a la diversificación de las actividades dominadas por la industria de enclave.

Además de los medios de comunicación, las empresas norteamericanas controlaban la importación de víveres, las plantaciones de caña de azúcar, la elaboración de alcohol y aguardiente, la producción de calzado, aceites, y mantecas, hielo, cerveza, explotación de maderas y ganadería, así como instituciones bancarias y energía eléctrica (Laínez y Meza, 1973).

Las concesiones otorgadas por el gobierno de Honduras a la industria bananera siempre dejaron fuera la explotación de recursos minerales, dando cabida a la economía de enclave minero, cada vez mas supeditada a los servicios de comunicación y transporte, así como el control de alimentos impuestos por las compañías de bananos.

La estabilidad política hondureña dependía de la industria de enclave, las políticas laborales quedaban supeditadas aun por encima de las leyes del país centroamericano.

Los trabajadores de las compañías fruteras vivían en los campos al interior del enclave. Dentro del cual ocurría una limitada circulación monetaria; los salarios se pagaban cada cuarenta días, mediante fichas intercambiables por productos en los comisariatos del enclave. Los trabajadores, además, pagaban comisión para cambiar las fichas por moneda hondureña.

Estas condiciones laborales ocasionaron huelgas en los años de 1916, 1920, 1925 y 1930. Las exigencias de los trabajadores eran sueldo semanal en moneda local, ocho horas de jornada laboral, no uso de los comisariatos y servicios médicos tanto para trabajadores como para sus familias (Laínez y Meza, 1973).

Las condiciones laborales del enclave, por otro lado, impusieron modificaciones a los núcleos familiares. A pesar de las brutales condiciones del trabajo, aquél representaba casi la única alternativa de empleo.

Durante la primera mitad del siglo XX se crearon centros de trabajo, actividad económica que generó un desplazamiento masivo de población campesina. (Laínez y Meza, 1973).

Durante la Gran Depresión, el General autoritario Tiburcio Carias Andino controló Honduras. Sus lazos con dictadores de países vecinos y con compañías de plátano estadounidenses le ayudaron a mantener el poder hasta 1948 (PNUD, 2017).

Durante la década de 1960, aún incentivada por la economía de enclave, la emigración de hondureños hacia los Estados Unidos alcanzó el primer lugar de la región (Flores-Fonseca, 2014; López-Recinos, 2013).

En julio de 1969, Honduras fue invadida por El Salvador en la denominada Guerra corta de Fútbol. A partir de 1963, los militares conservadores al mando de las Fuerzas Armadas, establecieron un gobierno militar que se extendería hasta 1981, exceptuando el período 1971-1972 en que asumió brevemente el poder un presidente civil, Ramón Cruz. Se realizaron elecciones en 1981 y se promulgó una nueva constitución en enero de 1982, la cual se ha mantenido vigente al día de hoy (PNUD, 2017).

En el periodo comprendido entre 1950 a 1970, Honduras siguió con la tendencia regional a surtir las importaciones de bienes de consumo básico (ropa, calzado, etcétera) y de integrarse a un mercado regional. En la década de 1980, la economía hondureña estuvo sostenida por una demanda cautiva de bienes de consumo de los países vecinos que afrontaban conflictos guerrilleros internos. Por otro lado, recibió refugiados y extranjeros indocumentados de El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Además sufrió una crisis económica secundaria al contexto de guerra regional (López-Recinos, 2013; Flores-Fonseca, 2014).

Durante las décadas de 1970 y 1980, los grupos familiares ya modificados por el enclave experimentaron un periodo de migración interna que contribuyó a modificar la percepción de arraigo, periodo que en palabras de Puerta (2005) “aflojó raíces”.

Los acuerdos de paz en Centroamérica, específicamente con el “Acuerdo de Esquipulas” en 1987 propició otro flujo de migración hondureña hacia Estados Unidos, quienes haciéndose pasar por salvadoreños buscaron residir de manera regular en la Unión Americana. Durante varios años, la migración hondureña quedó velada por los grupos mayoritarios de

centroamericanos en particular (El Salvador y Guatemala) y latinos en general (México) (Puerta, 2005).

Honduras representaba, durante los años setenta, un lugar de tránsito para el trasiego de drogas. Durante los 80 se incrementó la narcoactividad, a la cuál se unió el tráfico de armas en el marco de la guerra de baja intensidad en Centroamérica. Posteriormente, en los 1990, como resultado de las condiciones de violencia imperantes en ese país, surgieron el pago de servicios de protección con dinero y drogas que incrementaron el consumo interno y las organizaciones delictivas (Flores-Fonseca, 2014).

Entrado el siglo XXI, proliferaron las *Maras Salvatrucha* y *18*. Estas organizaciones transnacionales surgidas, con inmigrantes centroamericanos en Estados Unidos, se extendieron a Centroamérica mediante la deportación y se convirtieron en grupos de socialización y pertenencia ante un escenario de precariedad económica, erosión del imaginario de futuro y crisis de legitimidad política (Flores-Fonseca, 2014; Reguillo, 2008; Sampó, 2013).

Las *Maras* crearon economías subterráneas de generación de ingresos a través de la protección, extorsión, secuestros y robos a los ciudadanos en sus comunidades. Lo anterior provocó cierre de comercios y migración. Además de obligar a los jóvenes a unirse a las pandillas (Flores-Fonseca, 2014), las *Maras* también se involucraron en la falsificación de documentos y tráfico de migrantes y de armas.

También se implicaron en el narcomenudeo y el sicariato al trabajar para narcotraficantes como una manera de terciarización del trabajo (Sampó, 2013).

A partir de la década de 1990, secundario a la implementación de políticas neoliberales y la debacle económica, gran cantidad de jóvenes desempleados, subempleados o con empleo informal, buscaron oportunidades laborales en las zonas urbanas de Honduras o en regiones más desarrolladas del exterior del país, principalmente en Estados Unidos de América.

Entre 1990 y 2010 la emigración presentó un incremento acelerado, la mayoría con destino a Estados Unidos pero también a Canadá, México, España, Italia, El Salvador y Guatemala (Flores-Fonseca, 2014; López-Recinos, 2013).

El azote del huracán Mitch en 1998, desencadenó la emigración como estrategia de vida. Diversificó los destinos migratorios tradicionales, así como las rutas y medios de transporte utilizados. La ruta marítima tradicionalmente empleada para llegar a Estados Unidos se sustituyó por la terrestre, incrementando el flujo de hondureños en tránsito indocumentado por México, mayoritariamente la ruta del tren con destino a Tamaulipas (Flores-Fonseca, 2014; López-Recinos, 2013; Puerta, 2005).

A pesar de las consecuencias devastadoras de aquel fenómeno natural, no se consolidó una percepción histórica, social y política de la tragedia natural que precarizó las ya complicadas condiciones de vida de la sociedad hondureña (García Maradiaga, 2015).

El tránsito indocumentado por México y el tráfico de migrantes desde Honduras hacia Estados Unidos, se ha convertido en un negocio transnacional y lucrativo para organizaciones criminales y sociedad civil, generando una economía de la migración irregular, fundamentada en la violencia y en la criminalización del migrante por parte de los Estados (Ríos Vargas, 2014: 160-163)

Como consecuencia del huracán Mitch, el gobierno estadounidense aprobó el TPS que permitió trabajar de manera regular a miles de hondureños dentro de Estados Unidos, mismo que sigue vigente hasta la actualidad.

El flujo irregular de hondureños hacia Estados Unidos se ha mantenido en niveles importantes desde 2005 debido a las condiciones de violencia, inseguridad, desigualdad y crisis política (golpe de estado en 2009) en Honduras (Flores-Fonseca, 2014; López-Recinos, 2013; Puerta, 2005; Yee Quintero y Torre Cantalapedra, 2016), incrementándose en términos absolutos y cobrando relevancia mediática a partir de octubre de 2018, aunque los flujos se consideran “principalmente de naturaleza laboral” (Acuña, Herra y Voorend *et al.*, 2011), también son a causa de la violencia que aqueja a la región (MSF, 2017).

2.f.iii. Dinámica migratoria

Honduras al igual que la mayoría de países en el mundo presenta más migración interna que internacional, algunos de los migrantes internacionales lo hacen a otros países de la región como El Salvador, Guatemala, Costa Rica y Belice; además México se está convirtiendo en un país de destino cada vez más atractivo (OIM, 2018:89). Los destinos extraregionales por excelencia para los hondureños son Estados Unidos y España.

Como se señaló previamente, los hondureños que migran hacia Estados Unidos transitando por México de manera indocumentada, emplean en parte o en todo el trayecto los servicios de traficantes de personas o pueden prescindir de sus servicios optando por las rutas del tren, caminata o transporte público además del uso de albergues. Las principales causas de migración son por motivos de violencia y económicos. Honduras es el segundo país latinoamericano que más personas expulsa a Estados Unidos después de México (López-Recinos, 2013:73).

2.f.iv. Causas y consecuencias de la migración: inseguridad, violencia, precariedad económica, falta de expectativas de futuro.

En palabras de Mario R. Argueta, historiador hondureño, “Honduras vive una combinación letal de inseguridad física, jurídica, económica y laboral que crea un estado mental de angustia y zozobra, terror, fatalismo e impotencia entre jóvenes y adultos que también contribuye al diario éxodo de hondureños que deciden encontrar paz y refugio fuera de sus fronteras” (Argueta, s/fa).

Para los hondureños que deciden migrar, el desplazamiento significa una forma de salvaguardar la integridad física o incluso de preservar la vida tras una historia de extorsión y amenazas por parte de pandillas. Para otros más, se trata de la única opción posible para cubrir las necesidades económicas personales y de su grupo familiar, tras una historia de inestabilidad laboral, sueldos precarios, desempleo y subempleo secundaria a la concentración de riquezas y al despojo de la tierra. (Argueta, s/fb; Argueta, s/fc; Ortega Souza, 04/11/2018)

La migración hondureña en tránsito por México hacia Estados Unidos, y los procesos de salud-enfermedad-atención vividos por esa población durante el trayecto, son resultado de un conjunto de factores donde se incluyen las posibilidades y expectativas que emergen de las actuales condiciones de la nación centroamericana.

Honduras es un país afectado por la pobreza, inestabilidad política, corrupción y violencia (PNUD, 2017; Ramírez Urra, 2013). La población que actualmente ocupa el territorio hondureño, comenzó a construir vínculos migratorios con Estados Unidos desde finales del siglo XIX; posteriormente también se generó subordinación económica y política hacia ese país. Hasta la actualidad, la población es altamente dependiente de remesas.

Debido a su ubicación geográfica, Honduras ha sido afectada por fenómenos naturales y es ruta para el trasiego de drogas; siendo la población estadounidense la principal consumidora de los estupefaciente que se trafican por Centroamérica y México.

A lo largo de la historia de Honduras han existido inseguridad y violencia de múltiples tipos, desde la conquista española con el despojo de tierras y el sometimiento de indígenas y africanos con fines de explotación laboral; esclavitud, encomienda, repartimiento y tributo, fueron modalidades de acumulación de la riqueza (Argueta, s/fa). Posterior a su constitución como Estado-Nación se ha dado una historia de inestabilidad política, corrupción, impunidad y represión de los distintos gobiernos que han adoptado políticas subordinadas a la inversión extranjera, principalmente de Estados Unidos (Argueta, s/fa; Argueta, s/fb). Como consecuencia, se incrementó la desigualdad económica en detrimento de la mayoría de la población hondureña y se ha vivido una escalada de violencia, incluyendo persecución ideológica, secuestros, homicidios, asaltos, reclutamientos y extorsiones. Los efectos de la desigualdad social y económica se hacen visibles en un malestar social generalizado que incluye disminución de la salud, aumento de la violencia, disminución de la solidaridad y desarraigo, entre otros (Argueta, s/fa; Ap, 14/05/2019; Martínez, 22/01/2019; Heredia Zubieta y Durand, 2018).

En Honduras la violencia ha penetrado completamente, al igual que en el resto de países del triángulo norte de Centroamérica. Esta violencia es una forma de expresión de

insatisfacción y un mecanismo de resolución de conflictos que rompe la convivencia, la tolerancia y el derecho a disfrutar de los espacios públicos (Sampó, 2013).

Si entendemos la violencia como una ruptura desordenada y explosiva del orden jurídico y social que da lugar a la marginalidad, a la delincuencia y a múltiples actividades ilegales como el narcotráfico y la extorsión, entre otras, entonces, la historia de Honduras da cuenta de la democratización del miedo y la inseguridad; de políticas punitivas que no solucionan la violencia; de la omnipresencia de la violencia y de la muerte que juegan roles centrales en la construcción de la idea de inseguridad. El miedo aparece como el sentimiento más recurrente en la sociedad hondureña y la violencia como una dimensión identitaria para aquellos que la practican (Sampó, 2013).

Maras, narcotraficantes y el propio Estado hondureño, ejercen múltiples formas de violencia; como la violencia física manifiesta en las altas tasas de lesiones y homicidios; además de la inseguridad económica, alimentaria, de salud y educación. En este contexto, la salud es entendida como seguridad física, económica y alimentaria; y la enfermedad como su ausencia.

A partir de 2006, cuando el gobierno mexicano inició la guerra contra el narcotráfico algunos carteles de la droga, entre ellos Los Zetas, desplazaron sus actividades a Centroamérica, hecho que acarrió un incremento de la violencia en zonas donde las *Maras* no tienen un alcance tan importante.

El crimen organizado desafía la gobernabilidad democrática y afecta principal y directamente la vida de las personas, ya que las convierte en víctimas que viven en un clima de miedo, sin que exista un Estado capaz de protegerlas (Sampó, 2013).

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) menciona que los altos índices de pobreza, inequidad, desigualdad y desempleo en la región del triángulo norte no explican por sí mismos el aumento de la delincuencia y de la violencia; para ello también contribuyen los vínculos históricos y culturales entre los países de la región y Estados Unidos, generando expectativas de consumo, que aunadas a la falta de oportunidades laborales y la difícil movilidad social, han contribuido a cambiar la estructura familiar al

desplazarse a centros laborales, con una estructura familiar y comunitaria que no ofrece protección y favorece el desarraigo.

Debido a ello, algunos jóvenes optan por integrarse a las *Maras* como unidad de pertenencia. Todos estos factores, unidos al portar armas de fuego, al alto consumo de estupefacientes y al tráfico de drogas, impulsan la violencia (Astorga Morales, 2017), incrementan el sentimiento de inseguridad y desarraigo y favorecen la migración.

La normalización de la violencia, ha deteriorado considerablemente el capital social y la participación comunitaria, incrementando el aislamiento y la vulnerabilidad, generando en la población autocensura y falta de libertad de expresión como mecanismo de defensa ante el Estado hondureño y el crimen organizado (Astorga Morales, 2017).

Criminalidad, lesiones y muertes, tortura, extorsión, secuestros y toques de queda no oficiales, han generado temor en la población, quienes saben de la corrupción y el limitado acceso a la justicia.

Dicha población ha generado estrategias de supervivencia que incluyen el pago de extorsiones, confinamiento, abandono de espacios públicos, respeto de toques de queda y migración (Astorga Morales, 2017), que en años recientes, además de una estrategia para incrementar los recursos económicos emerge como una estrategia para conservar la vida.

Aunado al desempleo, empleo mal remunerado, extorsiones, robos, entre otros muchos factores ya comentados, Puerta (2012), menciona que la mayoría de los hogares hondureños (65 %) tiene necesidades básicas insatisfechas, peor en el área rural (78 %), los servicios públicos mantienen una cobertura incompleta y de mala calidad, visible en educación y salud. Además, muchos de los hondureños que tienen mayor escolaridad no trabajan en sus áreas de especialización generando erosión del imaginario de futuro y prosperidad frustrada, elementos que subyacen al deseo de migrar.

Algunos de los factores que atraen a los hondureños a desplazarse hacia Estados Unidos son, la admiración que sienten hacia ese país, en ocasiones alimentada por las historias de migrantes exitosos o de familiares y amigos; además de lo mostrado por los medios de

difusión masiva, la migración afro hondureña propiciada por la economía de enclave bananero y el turismo de nostalgia de los hondureños residentes en los Estados Unidos que retornan durante periodos vacacionales.

Otros factores son el deseo de aventura y el considerar que en Estados Unidos encontrarán estabilidad laboral, buena paga, oportunidades de crédito y servicios (educación, salud) de mejor calidad. El efecto demostrativo y algunas políticas migratorias tales como el TPS, la lotería de visas y los programas de trabajo temporal, contribuyen a incentivar la migración tanto documentada como indocumentada. Todo lo anterior conforma expectativas, deseos, impulsa la decisión de migrar y constituye el sueño americano a la hondureña (Puerta, 2005; Puerta, 2012).

Entre las consecuencias de migrar están el endeudamiento, el riesgo que constituye la migración indocumentada, la explotación laboral ya sea durante el tránsito o a su llegada a Estados Unidos, en dónde mayoritariamente desempeñan “trabajo de migrantes” es decir agrícolas, en la construcción o en los servicios; empleos que los nacidos en el país del norte no están dispuestos a realizar. Los hondureños recién llegados sí los desempeñan por un salario que genera ganancias extraordinarias a las empresas, a cambio de años de vida saludable de los trabajadores. Aunado a las condiciones laborales, está la denominación de ilegal impuesta por el gobierno norteamericano a los migrantes indocumentados que residen dentro de su territorio.

El fenómeno migratorio, por otro lado, propicia la construcción de nuevas identidades tanto para los sujetos que se desplazan como para los que permanecen en el país de origen (Puerta, 2005).

Como refiere Puerta (2005), “no migran los más pobres, sino los que viven entre pobres”, es decir aquellos que tienen los suficientes recursos personales y colectivos, tanto materiales como de salud e información para llevar a cabo el desplazamiento. Dependiendo de la capacidad de agencia del individuo y el poder de organización dentro de su grupo familiar y sus distintas redes de apoyo, se toma la decisión de migrar o de quedarse y se valoran los costos de cumplir su deseo concebido como el sueño americano y la necesidad

de partir, principalmente huyendo de la violencia o buscando recursos económicos para la manutención personal y del grupo familiar.

La sociedad hondureña vive una profunda crisis resultado del autoritarismo y el caciquismo local tradicional, la debilidad institucional y la falta de recursos para operar políticas públicas, represión por parte de las fuerzas armadas, inestabilidad política, consolidación de los grupos del crimen organizado, reparto arbitrario de dinero público favoreciendo a élites económicas y corrupción entre otros factores. Configurando un ambiente de múltiples inseguridades, que incluyen ingresos económicos bajos, servicios como educación y salud deficientes e insuficientes y el inminente riesgo físico de vivir en uno de los países con la tasa de homicidios más alta del mundo, donde los robos, las extorsiones y la corrupción forman parte de la cultura (Barrachina Lisón, 2016; García Maradiaga, 2015).

La corrupción es el principal desafío que enfrenta el país, convirtiéndose en el obstáculo más serio para el desarrollo del sector privado, según los empresarios, y el tercer problema más serio, después del crimen y el alto costo de la vida, según los ciudadanos. Los hondureños perciben que la corrupción es generalizada, uno de cada cinco hondureños ha sido víctima de ella (García Maradiaga, 2015).

La inseguridad vivida por los hondureños favorece el desarraigo y la migración, que aunado a los factores de atracción de la economía estadounidense, la relativa cercanía geográfica y a los profundos vínculos migratorios con el país del norte, hace que sea el destino predilecto para los hombres que deciden desplazarse vía terrestre sin documentos y que tienen que cruzar por México.

2.g. Proceso salud-enfermedad-atención, modelo médico hegemónico y autoatención: comparación entre concepciones biomédicas y concepciones de mestizos hondureños

El proceso salud enfermedad atención es un proceso social universal, dentro del cual se establece subjetivamente la colectividad, al interior de un grupo los padecimientos constituyen uno de los principales ejes de construcción de los significados. Éste proceso, al igual que el proceso migratorio, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico y supone

la existencia de representaciones y prácticas que explican e intentan solucionar la enfermedad (Menéndez, 1994).

A lo largo de la historia se configuraron sistemas explicativos y de acción sobre la enfermedad que se constituyeron como dominantes, mas no eliminaron el resto de las prácticas, estableciendo relaciones de hegemonía y subalternidad. Es así que la biomedicina representa una determinada manera de pensar sobre las enfermedades individuales y colectivas y coexiste e interacciona con otros sistemas explicativos y de acción al respecto se la salud y la enfermedad (Menéndez, 1994).

Todas las medicinas son procesos sociales e ideológicos saturadas de valores culturales, el saber de todo curador inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas en torno a un proceso (Menéndez, 1994).

En la biomedicina el proceso salud-enfermedad-atención es entendido desde un enfoque biologicista, este enfoque comenzó a implementarse a partir del siglo XIX y ha prevalecido a nivel mundial. Además rescata la idea cartesiana del dualismo cuerpo mente y el mecanicismo, estas ideas favorecen el trato del cuerpo como objeto de estudio y la intervención clínica y quirúrgica (Escobar Triana, 2010:94; Llinàs Begon, 2016; Rojas Jiménez y Chamizo Domínguez, 2019).

El modelo médico hegemónico fue creado para describir y analizar la institucionalización de la biomedicina en términos de las relaciones de hegemonía subalternidad y constituye el conjunto de saberes generados por la medicina científica que a hegemonizado a los demás saberes. Dentro de las funciones que cumple el modelo médico hegemónico se encuentran las curativas, preventivas y de mantenimiento; también cumple funciones económicas, de control, normalización, medicalización, legitimación (Menéndez y Di Pardo, 1996).

La biomedicina está en un proceso de cambio y expansión constante basado en la investigación biomédica, la producción farmacológica y la medicalización de las enfermedades y comportamientos; el biologicismo inherente a la ideología médica es uno

de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales (Menéndez, 2005).

En nuestro intento por legitimar el ejercicio clínico biomédico, hemos cosificado a las personas, procurando acercar nuestra práctica clínica a la racionalidad científica. Debido a lo anterior, en los hechos la profesión médica constituye una racionalidad técnica, que cumple un papel articulador entre la racionalidad científica que tiende a cosificar a los sujetos y la racionalidad de los conjuntos sociales que ideologiza los procesos (Escobar Triana, 2010:94; Menéndez y Di Pardo, 1996).

Formas de atención a la salud distintas a la biomedicina, fueron dominantes en algún momento histórico y actualmente se les considera tradicionales o subordinadas; es así que existe una distancia temporal entre los grupos sociales; los grupos que se mantienen más cercanos al conocimiento hegemónico son aquellos que cuentan con mayores recursos para su subsistencia, los conjuntos sociales que se apropian del conocimiento válido para la biomedicina, tienen una mejor comunicación con los médicos (Bolstanski, 1974 citado en Castro Pérez 2000:36-37).

Diversos son los entendidos al respecto de que es una medicina tradicional y que tipos de prácticas la integran, ocurre lo mismo al respecto de la medicina científica, por lo cual es importante el estudio de las prácticas médicas de una manera relacional, ya que, para entender el tipo de saber de un grupo específico es importante considerar la forma en que sus individuos articulan su saber médico con el saber de los otros sectores (Menéndez, 1994).

Mientras que desde la perspectiva biomédica empleamos un enfoque ahistórico y biologicista, haciendo de lado aspectos sociales y culturales, y cosificando a los sujetos (Menéndez y Di Pardo, 1996), la actual forma de entender y de ser en el mundo de los mestizos hondureños, está configurada por su historia.

Historia que da cuenta de un conjunto de sistemas tanto médicos como migratorios, que fundamentados en una cosmovisión de origen han integrado y ordenado elementos de distintas culturas en torno a una idea inicial del mundo, el dinámico sistema de creencias

de los mestizos en Honduras se ha transformado de manera creativa y contextual configurando nuevas maneras de entender la salud y la enfermedad, en las que el proceso migratorio forma parte de su realidad cotidiana (DGPLADES, 2005; Vargas Montero, 2010).

La cosmovisión es un elemento fundamental en la construcción de la vida cultural, se significa en la manera de ser y pensar de los individuos que pertenecen a determinado pueblo y cultura, la dinámica del quehacer histórico y cultural forma y transforma el sistema de creencias y las representaciones colectivas (Vargas Montero, 2010: 107, 108).

La forma de comprender y ser en el mundo de los mestizos en Honduras, está relacionada con la cosmovisión mesoamericana, los procesos de mestizaje en América Latina y la historia reciente de la región centroamericana, que han propiciado la “migración de los desarraigados” personas huyendo de violencia extrema y pobreza ancestral (Heredia Zubieta y Durand, 2018:8).

La condición humana resulta de procesos y estructuras que interiorizan y exteriorizan información; es decir, para saber bien quién soy yo mismo, habría que rastrear la genealogía de lo que me constituye, poseemos la herencia que nos posee y lo que nos determina es a la vez lo que nos brinda autonomía (Gómez García, 2013).

Actualmente en los países americanos la mezcla racial, entendida como mezcla genética y mezcla cultural se ha acelerado a través de los procesos de urbanización, industrialización y grandes movimientos de población constituidos por migraciones individuales y masivas, que propician los intercambios raciales (Esteve Fabregat, 2013). Resulta necesario recurrir a las dinámicas de los contextos locales, toda vez que la identidad étnica es una realidad relacional y cambiante que constituye y moviliza a los grupos (Mena Cabezas, 2008).

El mestizaje hace referencia al proceso de mezcla racial y a la génesis del mestizo como un tipo racial y étnico, el fenómeno racial y el sincretismo son expresiones del mismo proceso y forma parte de la historia de América (Soto Quirós y Díaz Arias, 2007; Esteve Fabregat, 2013).

Las culturas indígenas mesoamericanas no eran uniformes, el mestizaje ya era una tradición común de los pobladores de la América precolombina; con el encuentro colombino-americano se inició un proceso de mestización intensiva (Soto Quirós y Díaz Arias, 2007; Esteva Fabregat, 2013), entre mesoamericanos, europeos y africanos principalmente, constituyendo la actual población mestiza hondureña, configurando su forma de entender y ser en el mundo, estructurando la vida cotidiana y las prácticas relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención y con el proceso migratorio.

La actual medicina popular latinoamericana tiene influencia de culturas mesoamericanas, antillanas y sudamericanas, además tras la conquista española múltiples saberes traídos de Europa fueron incluidos en el acervo de información de la medicina popular; los conocimientos traídos de España, se remontan a los elementos de la medicina folklórica española de los siglos XV y XVI, además a la medicina oficial española, influenciada por las teorías de la patología humoral de Hipócrates (460-370 a.C.), los aportes de Galeno (131-201 a.C.) y contribución de la medicina árabe resultado de casi ocho siglos de ocupación musulmana en la Península Ibérica (Maldonado C., 2016, Estudio sobre la medicina Popular en el valle de Comayagua en Campos Navarro (comp.), 2016: 230-231).

A lo anterior se le agregan los saberes traídos por otros flujos migratorios como los acontecidos con los esclavos africanos; la conjunción de conocimientos configuran las actuales concepciones al respecto del proceso salud-enfermedad-atención de los mestizos en Honduras y forma parte integral de sus sistema de saberes y de su manera actual de entender y ser en el mundo, a la que se le denomina cosmovisión.

Cosmovisión es la categoría que contiene a los elementos ordenadores de la existencia humana, es la concepción que un grupo humano tiene al respecto de su entorno, dicha concepción norma la vida cotidiana y le confiere sentido a lo que acontece día a día (Vargas Montero, 2010: 107, 108), incluyendo las prácticas relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención.

En la denominada forma mesoamericana de concebir la vida, los productos culturales y objetos naturales se ordenan en diversos planos y niveles del universo (Vargas Montero,

2010: 107), el interior del cuerpo es un mundo en sí mismo, la dualidad frío/caliente, en parte, explica el funcionamiento del cuerpo humano, las personas pasan por estados calientes y fríos, en función de la edad, la salud y las tensiones emocionales, entre otras; dicha dualidad destaca entre las explicaciones causales de las enfermedades por desequilibrio y está relacionada con algunos tratamientos. En la cosmovisión mesoamericana la alimentación está íntimamente vinculada con la salud, tomando en cuenta ingredientes y formas de preparación en relación con el ciclo vital (Lorente-Fernández 2012).

Las instituciones biomédicas y educativas, difunden reglas de nutrición, higiene y cuidado personal (Bolstanski, 1974 citado en Castro Pérez 2000:36) que difieren en parte del conjunto de conocimiento que actualmente tienen los mestizos en Honduras.

En grupos con recursos económicos limitados y baja escolaridad, la fuerza física es central en la concepción de salud, privilegiando los alimentos fortificantes, lo que permite que empleen sus cuerpos de manera intensiva para el trabajo; la concepción de enfermedad se relaciona con la debilidad física y la incapacidad para trabajar. La relación que los individuos mantienen con su propio cuerpo se vincula con su actividad laboral y con la importancia de la fuerza física para desempeñar el trabajo; lo anterior también repercute en las concepciones de salud y de enfermedad (Bolstanski, 1972 citado en Castro Pérez 2000:38, 39, 46).

En la concepción biomédica la enfermedad, en términos de desequilibrio, se establece midiendo constantes vitales y sustancias en el cuerpo humano, cifras fuera del parámetro de normalidad estadística son consideradas como desequilibrio y por lo tanto como enfermedad.

Con el desarrollo de la medicina clínica, surgió la capacidad de examinar al cuerpo internamente; en la actualidad la mayoría de las enfermedades se decodifican en términos mecanicistas y en el interior del cuerpo y no en su superficie (Castro Pérez 2000:53). Con los avances en tecnología para el diagnóstico médico, el clínico ha ido dejando de lado su propia capacidad y posibilidad de detectar y analizar síntomas respecto de los

padecimientos, al referirlos cada vez más a indicadores objetivos numéricos (Menéndez, 2005).

En la concepción mesoamericana la dualidad frío /caliente, no hace referencia al atributo térmico de los cuerpos, entendido en términos físicos, en biomedicina, hablar de hipo o hipertermia hace referencia a la medición de la temperatura corporal usando una unidad de medida y un instrumento de medición.

Las concepciones de las culturas populares corresponden a modos como el propio ser humano se entiende a sí mismo, una expresión del ser humano a lo largo de su historia, un pensar del ser humano entre otros seres humanos (Holzapfel, 2014).

Las concepciones influyen y configuran el curso de la humanidad, cada época está marcada por el sello inconfundible de las concepciones humanas, correspondientes a modelos exitosos que han permitido la supervivencia, a las concepciones corresponde verlas en relación con su realización efectiva y no con su mera formulación abstracta (Holzapfel, 2014).

El modelo biomédico ha resultado exitoso en el control y erradicación de múltiples patologías, aumentando la esperanza de vida humana. El saber médico expresa lo que los profesionales han sintetizado durante su proceso de socialización profesional, incluye aspectos científicos, sociales, económicos, institucionales y culturales que convierten en técnicos los aspectos socioculturales de una intervención (Menéndez y Di Pardo, 1996).

El conjunto de representaciones y prácticas que integran el saber médico, evidencian procesos de estructuración colectiva; dicho saber se adquiere formal e informalmente, está cargado de objetividad diferencial y consiste en la homogenización de las habilidades adquiridas durante la formación profesional, configurando una racionalidad técnica al respecto del proceso salud – enfermedad - atención (Menéndez y Di Pardo, 1996).

Migrar también ha resultado un modelo exitoso que ha permitido la supervivencia, el proceso salud-enfermedad-atención vinculado al proceso migratorio, es visible en las prácticas que implementan los hombres hondureños que se desplazan por México y

sintetizan un conjunto de saberes introyectados mediante un proceso de socialización con su grupo familiar y su comunidad. Las concepciones al respecto del entorno guardan íntima relación con la concepción del ser humano, como ser consciente de su medio y de sí mismo (Márquez-Guevara, 2017).

El conjunto de saberes, configuran la cultura de la migración de los mestizos en Honduras, incluyendo información sobre el proceso salud-enfermedad-atención en el contexto del tránsito migratorio indocumentado. El acervo intelectual creado y recreado por el propio grupo se comparte y se transmite modificándose con la adición de nuevas formas que les permite hacer frente a las condiciones de vida siempre cambiantes (Vargas Montero, 2010:107).

Tomando en cuenta los procesos y factores culturales es como podemos observar la existencia de otras formas de atención de la enfermedad, cuyas principales diferencias radican en la explicación causal de la enfermedad, y en las técnicas utilizadas y su sentido y significado cultural, residiendo en ello gran parte de su función cultural más allá de su eficacia específica (Menéndez, 2005).

Para poblaciones móviles, que priorizan el desplazamiento, la autoatención es la mejor opción para hacer frente a los eventos de enfermedad, ya que les permite continuar en movimiento mientras que implementan prácticas para solucionar o paliar los síntomas.

La autoatención es una de las actividades básicas del proceso salud-enfermedad-atención. Hace referencia a 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 los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad (Menéndez, 2005).

Es un proceso continuo e intermitente orientado en un nivel amplio a asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y los microgrupos; no puede ser considerada un acto que los sujetos y grupos desarrollan aislada y autónomamente, es un proceso transaccional entre los individuos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes.

La decisión de ir a consultar a un curador profesional y una parte de las actividades, que se realizan tras la consulta, constituyen también parte del proceso de autoatención (Menéndez, 2005).

Existen circunstancias durante el tránsito, que obligan a los migrantes a detenerse temporalmente, una de ellas es presentar una enfermedad que persiste a pesar de la autoatención, y dificulta o imposibilita el tránsito; en el caso de mis colaboradores, debido a la necesidad de realizar trámites migratorios en la Ciudad de México o para conseguir algún trabajo y obtener los recursos económicos necesarios para continuar el tránsito.

Debido a la premura por cruzar México, al miedo a la deportación o al secuestro y a la escasez de recursos económicos; debido también a los servicios de salud alejados de la ruta migratoria que tienen programada, a la falta de información sobre su derecho a la salud y la negativa para brindar los servicios por parte del personal sanitario; los migrantes en ocasiones deciden ignorar alguna enfermedad como “forma de atención”. Las condiciones del tránsito, en su conjunto, son factores que limitan el uso de los servicios de salud proporcionados por el gobierno mexicano, instituciones privadas o no gubernamentales.

Desatenderla es inherente a la determinación social de la enfermedad, los procesos específicos de desatender se articulan a nivel individual y grupal en un entorno socioambiental y relacional específico, en tanto que los procesos de desatención han sido estudiados en poblaciones fijas con miras a comprender los daños evitables a la salud (Hersch-Martínez y Pisanty-Alatorre, 2016:552), ignorar la enfermedad permite sortear el desplazamiento por México ya que en ese momento lo prioritario es el proyecto migratorio.

Ignorar la enfermedad representa una forma de atención durante el tránsito, haciendo uso del conocimiento que los individuos que se desplazan de forma indocumentada tienen al respecto del proceso migratorio y de la atención y evolución de las enfermedades, algunos deciden postergar la atención, por falta de recursos económicos o porque buscarla, acudiendo a centros de salud o acercándose a comunidades para obtener medicamentos u otros elementos para la atención, es considerado riesgoso, lo que significa comprometer potencialmente su integridad corporal o su proyecto migratorio con la posibilidad de

deportación; en otras ocasiones el conocimiento sobre la evolución de la enfermedad los hace concluir que se resolverá sin necesidad de atenderla.

2.h. La relevancia de la interculturalidad en el proceso salud-enfermedad-atención

La cultura es el campo que el médico y el paciente comparten, comprender la experiencia de la migración y la ponderación de la salud en ese contexto, facilita la comunicación entre el personal de salud y la persona que solicita la atención (Mombello, 2006).

Una forma en la que se manifiesta la cultura durante el encuentro clínico es mediante la interacción comunicativa (OIM, 2017), en el caso de los migrantes hondureños en tránsito por México, a pesar de compartir el mismo idioma, el personal de salud y los pacientes empleamos giros idiomáticos distintos dificultando el acceso al servicio, el encuentro clínico y el posterior apego al tratamiento, que, aunado al modelo de salud enfermedad no compartido y a los recursos materiales para la atención, limitan el derecho a la protección a la salud.

Además del lugar que ocupa la salud y la atención de enfermedades en función del objetivo principal que es sortear el tránsito por México, actividades cotidianas como la alimentación y el aseo están íntimamente ligadas a la concepción de salud.

¿Cuáles son alimentos saludables y cuáles no, qué hábitos higiénico dietéticos ayudan a preservar o recuperar la salud y cuáles son las posibilidades reales de acceso a esos recursos durante el tránsito?, alojamiento y comida que, en concordancia con la perspectiva cultural de la población migrante, contribuyen a mejorar, recuperar o preservar la salud de los individuos.

La religiosidad, por otra parte, es un elemento más que se suma para afrontar los eventos ocurridos durante el tránsito entre ellos las enfermedades y necesidades de atención a la salud (Cervantes Martínez, 2016). El conjunto de prácticas en torno al cuidado de la salud y a la atención de la enfermedad se articulan dentro de un sistema de concepciones que dan cuenta de una cultura de la migración (Massey, et al. 2000; Salaverry, 2010), cultura

concebida como medio para relacionarse, como sistema de relaciones de sentido que identifica diferencias, contrastes y comparaciones (García-Canclini, 2004:20).

Cultura no es más que una forma de describir el comportamiento humano, reflejado en formas complejas de comportamiento que se aprenden socialmente. Los grupos culturales son conjuntos de personas que comparten una serie de características sociales, y por ello esperamos que tengan conocimientos y formas de actuar similares, sin embargo ningún grupo cultural es homogéneo, la cultura y sus pautas comportamentales que son aprendidas de forma inconsciente y práctica, cambian con el transcurso de la historia, de acuerdo a los aprendizajes cotidianos y a los contextos, los recursos culturales empleados durante la interacción con el otro forman parte de las pautas de comportamiento aprendidas a lo largo de nuestra vida (Meñaca, 2007:104-111).

Conceptualmente ubicada entre culturas, la interculturalidad es un proceso que opera entre sujetos y grupos en diversos contextos. Ello implica que adoptar una perspectiva intercultural es tomar en cuenta la interacción de todos los actores involucrados, proporcionando como ventaja epistemológica equilibrio descriptivo e interpretativo (García-Canclini, 2004:21); observar, describir y analizar qué procesos de interculturalidad están operando en el día a día de los actores sociales, específicamente los procesos referentes al proceso salud-enfermedad-atención es indispensable para generar intervenciones (Menéndez, 2017:55).

Interculturalidad es un concepto que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y su derecho a la identidad cultural, también reconoce el derecho a la diferencia entre culturas que conviven en un mismo territorio; se define como el proceso relacional que se establece entre dos culturas que conviven en una misma sociedad, en el área de la salud hace referencia a las relaciones que se establecen entre el personal de salud y los pacientes que tienen una cultura distinta (Campos-Navarro, 2007; Salaverry, 2010).

Hablar de la relación entre dos sujetos culturalmente diferenciados es hablar de interculturalidad, hace referencia a la interacción, al intercambio, a la confrontación y al entrecruzamiento de dos o más individuos o grupos culturalmente distintos, los diferentes

son lo que son en relaciones de negociación, préstamos recíprocos y conflictos (García-Canclini, 2004:15), perceptible en grupos culturalmente muy distintos al propio, como indígenas o migrantes pero también existente entre los individuos de distintas zonas de un mismo país o entre los integrantes del gremio médico, aún en un grupo de individuos con una cultura de origen compartida, la formación biomédica forja en sus agremiados una manera particular de comprender y actuar al respecto de la salud y la enfermedad.

Al final de su proceso formativo, el ahora médico tiene mayores o menores discrepancias culturales con respecto de su cultura de origen. En todas las intervenciones biomédicas se ponen en juego múltiples interpretaciones cuando son vistas desde la perspectiva de otra cultura. Debido a ello, implementar servicios de atención a la salud con competencia cultural, implica un cambio de paradigma, significa trabajar de una manera que se contrapone a las características estructurales del modelo biomédico (Campos-Navarro, 2007; Salaverry, 2010).

Aunado a las diferencias culturales, el desconocimiento político, económico y social de la población con la que el médico trabaja, dificulta la aceptación del grupo al que pretende brindar atención (Campos Navarro (comp.), 2016:230); también hace poco atractivo el ejercicio de la profesión médica con ese grupo, ya que las diferencias y el desconocimiento dificultan la interacción, favorecen los malos entendidos o desacuerdos y limitan el acceso a los servicios de salud.

La interculturalidad en salud significa incorporar de forma explícita la carga colectiva cultural del paciente en su relación con el personal de salud, y se define como “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional” (Oyarce e Ibacache, 1996 citado en Campos-Navarro, 2007), también profundiza en la apropiación que los sujetos y los grupos desarrollan como parte de su estrategia de vida y la resignificación a través de sus propios rituales de los productos biomédicos (Menéndez, 2017:67).

La autoatención de las enfermedades, desde otro punto de vista, articula múltiples saberes y constituye una guía para comprender la interculturalidad y orientar las intervenciones (Menéndez, 2017:75). Un encuentro clínico satisfactorio depende de la capacidad de las partes integrantes de establecer interacciones y llegar a acuerdos, tomando en cuenta las diferencias étnico culturales y aceptando como legítimo el no compartido modelo de salud enfermedad con percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas (Campos-Navarro, 2007), la pertinencia cultural de los servicios de salud es tomada en cuenta para el cumplimiento del derecho humano a la protección de la salud.

La atención a la salud con estrategias interculturales tiene un impacto positivo en la salud de la población a quien va dirigida ya que facilita el encuentro clínico y la evolución de los eventos de enfermedad, repercute en la percepción de calidad de la atención y reduce las barreras culturales de acceso a los servicios.

Tanto en los informes como en la práctica, gran parte de la atención médica brindada a la población en México, incluida población migrante en tránsito, entre ellos a hondureños, es una atención estandarizada mediante las características estructurales del modelo biomédico, aglutinando la diversidad y tratándola como única, homogénea y estática (Salaverry, 2010; Menéndez, 2017), velando cualquier diferencia cultural, que lejos de contribuir a la no discriminación, dificulta o impide el acceso a los servicios de salud.

Los hondureños que transitan por México con la intención de llegar a Estados Unidos, se enfrentan a las barreras que el sistema de salud impone, tanto a nacionales como a extranjeros, con sus peculiaridades según las regiones del país; agregándose las barreras por su condición de tránsito indocumentado y una brecha cultural con respecto al personal biomédico a cargo de la atención en el sector salud, dificultando el acceso y pertinencia de los servicios sanitarios y otros servicios como alojamiento, alimentación y trámites migratorios; implementar estrategias interculturales puede contribuir a armonizar el derecho a la salud con el reconocimiento a la diferencia (Mombello, 2006:116).

3. Metodología

3.a. Formación biomédica

Al terminar el bachillerato decidí estudiar medicina, tenía 18 años y me gustaban muchas actividades, conocía la profesión médica ya que mi padre realizaba ese trabajo y me parecía interesante; aunque no sabía bien que camino seguir nunca pasó por mi mente dejar de estudiar y darme un tiempo para pensar mi decisión.

Durante 6 años y 6 meses estudié para ser médica, los primeros dos años estudié materias básicas como histología, anatomía, bioquímica, embriología, biología molecular, microbiología y fisiología, entre otras. Después estude 3 años y 6 meses asignaturas clínicas en conjunto con las prácticas en instituciones públicas de salud, durante ese tiempo también cursé las asignaturas de historia y filosofía de la medicina, ética, antropología médica y salud pública; finalmente realicé un año de servicio social en un laboratorio de genética molecular en la Ciudad de México.

Durante mis años de formación biomédica, muchos temas llamaron mi atención, la mayoría de las asignaturas me parecían interesantes, en ese mundo había muchas reglas y jerarquías, yo no estaba acostumbrada a nada de eso; sin embargo las asignaturas me gustaban y encontraba interesante y divertido estudiarlas, también me agradaba conocer los servicios de salud desde el punto de vista del estudiante de medicina, un sujeto que no es trabajador de las instituciones de salud pero si trabaja en ellas y que esta subordinado a una larga cadena jerárquica.

Disfrutaba mucho la parte teórica de la formación biomédica, también observar la interacción entre los sujetos que estaban en una institución de salud, en general platicar y escuchar historias eran actividades que me entusiasmaban, observar procedimientos me gustaba mucho, practicarlos un par de veces me parecía entretenido y emocionante sin embargo repetirlos una y otra vez nunca llamó mi atención.

Al inicio mi forma de pensar al respecto de la salud era bastante parecida a la de las personas que acudían en busca de atención; poco a poco, durante la formación biomédica

eso se fue modificando y adquirí una nueva forma de entender la salud, de organizar información y ponderarla; también aprendí otra manera de interactuar con mis compañeros, con mis superiores en la estructura jerárquica y con los pacientes.

Gracias a mi formación como médica, pude brindar atención médica de primer contacto e incluirla dentro del trabajo de campo. En esos momentos, parte de mi interés se centraba en la relación médico-paciente y mi manera de comportarme, de recopilar datos y procesar información. Si bien el cuestionar y analizar mi rol como médica no formó parte de los objetivos de esta investigación, el meditar sobre mi forma de trabajo durante la consulta e intentar reconstruir cómo había aprendido a pensar y actuar de esa forma, es parte importante a tomar en cuenta al leer este trabajo.

El dar consulta como parte del trabajo de campo, supuso cuestionar mi formación académica como médica, es por este motivo que a lo largo del texto, incluyo algunos relatos en primera persona, plasmando comentarios sobre mis experiencias y reflexiones durante el trabajo de campo al comparar mi formación biomédica con la experiencia de trabajo clínico con población migrante.

Al plasmar mis experiencias y opiniones, retomo la epistemología feminista que destaca el punto de vista desde el conocimiento situado, ya que el sujeto que conoce está condicionado por sus experiencias sociales y es desde esa mirada que se sitúa para observar, interpretar y generar conocimiento (Blazquez Graf, 2012). También retomo la autoetnografía como estrategia metodológica para dar cabida a mis experiencias como investigadora (Blanco, 2012:172, 177) y contemplo la interrelación con quienes colaboraron en este trabajo (Ellis, Adams y Bochner, 2019:28, 29) mediante entrevistas, acudiendo en busca de atención médica y con la convivencia cotidiana durante el trabajo de campo.

3.b. Elaboración de guía de entrevista y observación

Con el objetivo de conocer las concepciones de salud y enfermedad además de las prácticas de atención y cuidado que implementan los hombres hondureños que se desplazan por México con la intención de llegar a Estados Unidos, diseñé una guía de entrevista, indagando tres temporalidades, vida en Honduras, tránsito migratorio considerando su inicio a partir de planear el desplazamiento y la partida física hasta el momento de la entrevista en una casa para migrantes ubicada en el centro del país y la proyección a futuro con miras a radicar en Estados Unidos.

El primer bloque temporal, tuvo por finalidad describir cuáles eran los conocimientos que habían adquirido a lo largo de su vida al respecto del proceso salud-enfermedad-atención, en el segundo bloque temporal indagué cómo adaptan esos conocimientos al mismo proceso durante el tránsito migratorio y en el tercero sobre información al respecto de las enfermedades y las formas de atención de los migrantes en Estados Unidos que regularmente proveniente de otros hondureños residentes en el país del norte.

La distribución de temporalidades, me permitió organizar la información transmitida de generación en generación sobre la salud y la enfermedad, las vivencias y las referencias al respecto del proceso migratorio y como los saberes en su conjunto configuran las concepciones que tienen al respecto del proceso salud-enfermedad-atención durante el tránsito.

Parte del trabajo de gabinete para realizar la guía de entrevista, fue indagar teóricamente sobre la forma de entender el mundo de la población hondureña, lo que además de ayudarme a formular las preguntas para la guía, me fue útil para activar los sentidos de una manera distinta a la que aprendí en la Facultad de Medicina.

Elaborar la guía de entrevista tomando en cuenta la información recopilada durante el trabajo de gabinete, fue el primer enlace entre mi forma de concebir el proceso salud-enfermedad-atención, muy influida por mi formación biomédica, y la manera en que los colaboradores de esta investigación conciben la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado durante el tránsito.

También elaboré una guía de observación en la cual prioricé la descripción del espacio físico, la infraestructura y la gente presente en ese espacio y sus funciones. La primera parte de la guía de observación la realicé antes de conocer el albergue, después incluí más características posterior a la primera visita.

3.c. Implicaciones éticas

Dentro del albergue se han llevan a cabo algunas otras actividades académicas y protocolos de investigación; a pesar de eso las consideraciones éticas quedan a criterio de la persona o personas que realicen dicho trabajo; por parte del albergue no existe un protocolo establecido al respecto de este rubro. En los servicios médicos se resguarda la confidencialidad de los pacientes en el marco del encuentro clínico, existe una libreta donde se anotan nombre, edad y nacionalidad y se asignan un número de expediente, después de esa asignación los demás registros se hacen únicamente con el número asignado.

La coordinación del albergue, registra a todos los huéspedes a su ingreso, recabando algunos datos de identificación como nombre, edad, lugar de nacimiento y otros datos como motivo de salida, fecha de ingreso a México y albergues visitados, además se les toma una fotografía; todos los datos recabados están a disposición de la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (REDODEM) para finalizar el proceso de ingreso al albergue firman el reglamento y son buscados en la base de datos de REDODEM para verificar que en los demás albergues pertenecientes a la red no existan reportes de incumplimiento al reglamento.

Los voluntarios también firman un reglamento a su ingreso al albergue, los voluntarios médicos quedan exentos de este requisito. La exención se debe a que los médicos a pesar de estar en coordinación con la administración del albergue, son un grupo independiente, además influye el respeto que en nuestra sociedad se le tiene al gremio médico y las normas éticas propias de la profesión.

Los huéspedes del albergue saben que el funcionamiento del lugar depende de los voluntarios y en general conviven con agrado con ellos; para esta investigación no incluí consentimiento informado escrito, la observación participante la realicé sin la formalidad

del consentimiento informado; aún que sí explicité a los huéspedes mediante charlas informales las actividades que tenía planeado realizar, dichas actividades incluían la convivencia, la consulta y las entrevistas.

En este texto el nombre del albergue, de la clínica, grupo de *facebook* “Medicos Humanitarios” y REDODEM no fueron modificados, ya que son organizaciones de la sociedad civil que ofrecen públicamente atención a migrantes y explicitan como parte de sus actividades la atención a la salud, incluso cuentan con página de internet y redes sociales en donde muestran públicamente su información.

Para realizar las entrevistas, contemplé un consentimiento informado; las entrevistas fueron audio grabadas incluyendo un consentimiento verbal, en el audio en ningún momento se hace mención del nombre del entrevistado, únicamente se toman como datos de identificación edad y lugar de nacimiento, posteriormente se asignaron nombres para facilitar la presentación de resultados. Este tipo de consentimiento informado se emplea para resguardar el anonimato de las personas que se desplazan de forma indocumentada, quienes en algunos casos no cuentan con documentos de identificación o se muestran reacios a mostrarlos, también se muestran reacios a firmar documentos que contengan sus datos personales.

3.d. Descripción del trabajo de campo

Decidí realizar trabajo de campo en un albergue del centro del país ya que esa ubicación estratégicamente presenta varias ventajas. Una de ellas es que a pesar de la gran diversidad de rutas, todas confluyen en el centro y varias de las personas que transitan por México, aunque usan distintos medios de transporte, tienen como referente la ruta del tren. Desde otro punto de vista, los albergues son lugares de reunión para descansar por algunas horas, días y en algunos casos incluso meses.

Inicialmente intenté realizar trabajo de campo en algún albergue adyacente a las vías del tren ya que en esos lugares existe un tránsito mayor de personas, aunque también la estancia es breve, regularmente de tres días como máximo. Traté de establecer contacto

mediante correo electrónico con los coordinadores de los albergues ubicados en Huehuetoca, Estado de México y Apizaco, Tlaxcala.

Decidí no comentar de inicio que soy médica. En el primero de los albergues me contestaron 2 días después de enviado el correo: no estaban interesados en tener voluntarios ni en la realización de trabajo de campo en sus instalaciones. A pesar de que con anterioridad se han realizado trabajos en ese lugar.

Del albergue ubicado en Apizaco no recibí respuesta en dos semanas, así que realicé una visita al lugar; durante mi visita de aproximadamente 30 minutos conocí a uno de los voluntarios quién me mostró las instalaciones. Ese día no había huéspedes y me comentó que el coordinador del albergue estaba de vacaciones pero regresaría pronto y contestaría a mi correo, recibí respuesta 3 meses después.

En espera de alguna respuesta busque más opciones de albergues ubicados en Puebla y en la Ciudad de México. Mandé un correo a un albergue de la Ciudad de México el 25 de julio de 2018. Esta vez mencioné mi formación médica y mi intención de realizar trabajo de campo. Recibí respuesta de la coordinadora el mismo día por la tarde para formar parte de los servicios médicos y concertamos una reunión para conocer el albergue el 2 de agosto y platicar sobre las actividades allí realizadas.

En el albergue, *Casa Tochan*, además de las ventajas antes mencionadas, a diferencia de los que se encuentran junto a las vías del tren, los huéspedes se quedan por más tiempo. A pesar de que el período de estancia varía mucho, algunos de ellos se quedan el tiempo que dure su trámite de solicitud de refugio y, otros más, realizan trámites migratorios como estrategia de tránsito lo que propicia que estén temporalmente en la Ciudad de México. Ellos permanecen un periodo aproximado de 3 meses, lapso que facilitó la realización de mis entrevistas.

Vía correo electrónico, la coordinadora del albergue me puso en contacto con la responsable del personal médico voluntario, con quien concerté una entrevista vía telefónica para el día 31 de julio al mediodía. Durante la comunicación telefónica de

aproximadamente 40 minutos, conversamos sobre mi experiencia clínica, el tipo de investigación que pretendía realizar y el funcionamiento de “*Clínica Tochan*”.

La coordinadora médica ha trabajado desde hace 6 años en la creación de “*Clínica Tochan*”. En un inicio con interés en estudiar infecciones de transmisión sexual, principalmente VIH en mujeres migrantes en tránsito por México. Estudió medicina interna, urgencias médicas y una maestría en salud global, actualmente trabaja en *UC San Diego, USA*. Imparte diplomados de ultrasonido en el Hospital General de Tijuana y es la coordinadora de Cruz Roja Tijuana. Desde hace 4 años coordina a distancia la Clínica.

Durante la conversación telefónica me comentó, a grandes rasgos, cómo funcionan los servicios médicos dentro del albergue: todos son médicos voluntarios, muchos de ellos amigos que se conocieron durante el estudio de la especialidad en los diversos institutos nacionales de salud de la Ciudad de México y se coordinan mediante un grupo de *Facebook* denominado “*Médicos Humanitarios*”.

Normalmente la consulta médica se lleva a cabo los domingos, es el día en que la mayoría de los huéspedes están en la casa. Los demás días, algunos de ellos trabajan y otros más hacen tramites en el Instituto Nacional de Migración o en la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, COMAR, además de ir a otras instituciones como Sin Fronteras I.A.P. o Programa Casa Refugiados, en donde les dan asesoría legal y apoyo para realizar algunos trámites.

La mayor parte de médicos que realizan su actividad profesional en *Clínica Tochan* son especialistas y subespecialistas. Una de sus prácticas consiste en llevar a la Clínica medicamentos, principalmente muestras médicas y fármacos del sector salud, pruebas de VIH; además de material de curación y equipo médico.

La comunidad virtual “médicos humanitarios” brinda, por otro lado, la posibilidad de hacer interconsultas con distintos especialistas.

Los servicios que se dan dentro de *Clínica Tochan* son consulta médica general, pruebas de VIH, entrega de preservativos, atención psicológica y en ocasiones odontológica; sin

embargo “Médicos humanitarios” solo incluye al personal médico y no al resto de personal de salud.

Al platicar con la coordinadora médica sobre mi experiencia clínica le comenté que había hecho servicio social en investigación en biología molecular y qué había trabajado durante un año y medio en salud ocupacional. Me preguntó si me sentía a gusto dando consulta. Me ofreció orientación en tiempo real mediante videollamadas, en caso de tener dudas.

Mi experiencia en la consulta era muy limitada: únicamente algunas rotaciones durante la carrera. Debido a ello, tenía algunas reservas al respecto. Sin embargo, no tenía claro si me sentiría cómoda o no haciéndolo. A mi mente venían recuerdos vagos de dar consulta durante el internado médico y eran agradables.

En cuanto al tipo de investigación a realizar le comenté que estaba estudiando la maestría de Antropología en Salud en la UNAM; le informé acerca del carácter cualitativo de mi investigación y de la necesidad de realizar entrevistas semiestructuradas. Le conté que indagaría sobre las concepciones de salud, de enfermedad y las formas de atención de los huéspedes y le envié la guía de entrevista.

También expresé mi interés de convivir con los huéspedes en las diversas actividades que se realizan en el albergue. A la guía de entrevista le añadí algunas preguntas de interés para la coordinadora médica; durante la llamada acordamos realizar una video-llamada el día que conociera el albergue para que las coordinadoras tanto del albergue como de los servicios médicos pudieran platicar conmigo.

En el periodo comprendido de agosto a noviembre de 2018 el albergue experimentó varios cambios: amplió las instalaciones para alojar a más huéspedes y habilitó espacios para actividades recreativas.

Construido en un lomerío, para acceder a la casa hay que subir escaleras por un pasillo estrecho y largo. Al finalizar las escaleras en el primer nivel del albergue se encuentran planta baja y primer piso de dormitorios y en un segundo piso, construido con láminas

metálicas, un salón de uso múltiples que por temporadas funciona como invernadero para la siembra de hortalizas.

Tras subir otras escaleras de aproximadamente 10 escalones, en el segundo nivel de la casa se encuentra una zona al aire libre que se usa como taller de carpintería y pintura; y como gimnasio para levantar pesas; también se encuentra el baño para los dormitorios del primer nivel y un área para lavar ropa, en la que hay dos lavaderos y una lavadora que se usa exclusivamente para la ropa de cama.

En el tercer nivel de la casa se ubica un cuarto en el que vive el “encargado de la noche” y frente a él se encuentra el consultorio. A todos los niveles se accede por escaleras de entre 10 y 15 escalones.

El cuarto nivel lo ocupan un espacio de 8 por 5 metros aproximadamente, dividido en 2 partes; uno de ellos es una sala de usos múltiples y el otro es la oficina.

Frente a la oficina se encuentran el comedor, la cocina, un área para lavar platos y un baño para el dormitorio del quinto y último nivel; en el que además hay una ludoteca, con una mesa pequeña de billar, dos computadoras, una televisión y algunos libros. También se ubica allí una bodega donde se almacenan alimentos y artículos de limpieza; y otra zona al aire libre para lavar ropa en donde únicamente hay un lavadero y espacio para tender ropa.

El día que conocí el albergue me sorprendió lo largo y angosto del pasillo con escaleras que permiten el acceso. *Casa Tochan* está ubicada al poniente de la Ciudad de México en calle Pavorreal #41 colonia José María Pino Suárez delegación Álvaro Obregón. Fue inaugurada el 15 de junio de 2012, producto de un trabajo iniciado en 2009 por Casa de los Amigos A.C. en coalición con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Sin Fronteras I.A.P., la Dimensión Pastoral de la Movilidad Humana, Programa Casa Refugiados y el Comité Monseñor Romero (Casa de los amigos 21/06/2012).

Durante la década de 1980, en el contexto del conflicto armado centroamericano, el gobierno de México brindó refugio principalmente a guatemaltecos y salvadoreños. El

espacio que actualmente ocupa *Casa Tochan*, propiedad del Comité Monseñor Romero, fue construido para darles alojamiento.

La casa perteneciente a la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes, REDODEM, actualmente cuenta con instalaciones para hospedar a 35 personas. Los huéspedes llegan referidos por otros albergues pertenecientes a la REDODEM, antiguos huéspedes y consulados principalmente, aunque también llegan personas sin referencia a los que se les da cabida.

La mayoría de huéspedes son varones centroamericanos menores de 30 años. Ocasionalmente llegan parejas y muy raramente familias. A partir de octubre de 2018, sin embargo, aumentó el número de familias hospedadas temporalmente en el albergue. Permanecen allí solo el tiempo indispensable para reubicarlos en el lugar destinado para familias, también perteneciente a la REDODEM.

Los apoyos brindados son hospedaje, comida, ropa y zapatos, un kit de aseo personal, boletos de metro y asesoría para los trámites migratorios. Se les ofrecen trabajos temporales en lugares pertenecientes a REDODEM o al Comité Monseñor Romero. Se les coloca laboralmente en casas de algunos de los voluntarios, en restaurantes, realizando tareas de limpieza; gracias a la red construida entre los pasados huéspedes y los que llegan día con día.

El albergue funciona en su totalidad con donaciones, parte de las donaciones que llegan al Comité Monseñor Romero y otras de distintas instituciones o personas físicas, dichas donaciones son monetarias, en especie, o en tiempo de voluntariado. Los huéspedes, coordinados por los distintos voluntarios, realizan el aseo de la casa y la comida. Por otro lado, parte de la ropa y zapatos donados al albergue son vendidos en los tianguis para solventar los distintos gastos de la casa.

Anualmente por parte de la Iglesia Luterana llega un voluntario de entre 20 y 30 años, cuya lengua materna es distinta al español, quien dona 40 horas de trabajo a la semana, encargándose de coordinar las labores de aseo y preparación de alimentos y sirviendo de

enlace con los distintos voluntarios que al igual que los huéspedes están en continuo movimiento.

Quienes han brindado continuidad al trabajo que se lleva a cabo en *Casa Tochan* son: la coordinadora del albergue, el encargado de las noches y la coordinadora del personal de salud.

El encargado de las noches vive en el albergue, un salvadoreño de aproximadamente 65 años de edad quien llegó a México posterior al conflicto armado centroamericano.

En relación con el número de voluntarios, hay mucha fluctuación: en el periodo comprendido entre agosto y noviembre de 2018 osciló entre 7 y 19, de los cuales 5 fueron hombres y el resto mujeres. Algunos acudieron únicamente en una o dos ocasiones y algunos más por periodos largos, desde 3 meses hasta un par de años.

El día que conocí el albergue pasé directamente al espacio que ocupaban la oficina y el consultorio, sin conocer el resto del lugar. Dos semanas después empezó a reorganizarse el uso del espacio: se asignaron un cuarto exclusivamente para el consultorio y un area independiente para la oficina; se ampliaron los dormitorios, los baños, y algunas áreas comunes; también cambiaron de lugar la cocina y el comedor.

Iniciamos la video-llamada entre la coordinadora del albergue, la coordinadora médica y yo. En parte platicamos temas iniciados durante la llamada telefónica mencionada previamente; a lo que agregamos algunos datos sobre el funcionamiento del consultorio y preguntas sobre cómo me había enterado del albergue. “Mediante una búsqueda en internet”, les respondí.

Las especificaciones sobre el funcionamiento del consultorio fueron acerca del registro de pacientes y la elaboración del expediente clínico; muy al estilo institucional desde mi punto de vista y en concordancia con la reglamentación mexicana para la conformación del expediente clínico. La historia clínica inicial, la nota clínica y la hoja de registro diario.

Creamos una carpeta compartida de *Dropbox* para que la coordinadora médica y el personal médico voluntario pudiéramos ver los expedientes. También me comentaron sobre la

realización de pruebas de VIH, las cuales eran proporcionadas por una infectóloga, amiga de la coordinadora médica, que trabaja en el Instituto Nacional de Cancerología y en Clínica Condesa.

Las pruebas de VIH se registran en un archivo Excel con preguntas previas a la realización, indagando sobre violencia sexual y sexo transaccional así como otros contactos sexuales de riesgo o empleo de drogas intravenosas durante el tránsito.

De las pruebas que realicé durante el trabajo de campo, sólo registré algunas en el archivo de Excel, debido a que muchos huéspedes no eran candidatos a realizársela ya que personal de “Médicos Sin Fronteras” ubicados en la frontera Sur de México se las habían realizado en un lapso menor de un mes.

Pensando que los domingos estaban cubiertos por el resto de médicos voluntarios, me comprometí a dar consulta todos los lunes durante tres meses que se prolongaron a cuatro en un horario de 12 a 18-20 horas.

Acordamos trabajar algunas consultas en equipo mediante video-llamada. Solo ocurrió una vez, ese mismo día, a un guatemalteco a quien le diagnosticamos una infección gastrointestinal, tratándolo con rehidratación oral y analgésicos.

Acordamos generar los registros de las consultas brindadas, hasta ese momento inexistentes, incluyendo datos demográficos como sexo, nacionalidad y edad, además del diagnóstico y el tratamiento.

La coordinadora del albergue me comentó sobre la bitácora electrónica diaria en la cual se pretendía que todos los voluntarios escribieran lo relevante del día y estuviera a disposición de los demás voluntarios como forma de enterarse de lo ocurrido. En la práctica nadie escribía en la bitácora y cayó en desuso.

Con el paso del tiempo noté que los demás médicos acuden esporádicamente y se involucran únicamente en la consulta; además, al igual que los huéspedes, los voluntarios también están en movilidad continua. Vinculada a la movilidad de las personas, cambian las

actividades y se configuran distintas dinámicas grupales dependiendo de los huéspedes que comparten por un periodo de aproximadamente 3 meses el mismo espacio.

Cuando llegué mi antecesor médico había trabajado dos meses atrás, el 27/05/2018. Obtuve esta información de una libreta donde se asignan los números de expediente. Con el paso de los días y la posibilidad de que más médicos asistieran a dar consulta, me pareció conveniente usar un único archivo electrónico a manera de expediente clínico, en el cual poner todos los datos. Elegí la hoja diaria conteniendo además de datos demográficos, los principales antecedentes personales patológicos y algunos otros datos de importancia clínica.

En el albergue el cambio continuo es lo común, la constante es no saber qué ocurrirá. En el escenario incierto del albergue hay algunas actividades y algunas personas que se mantienen mientras duran sus trámites migratorios; ellos dan continuidad al trabajo que allí se realiza.

Los horarios de comida son siempre los mismos, desayuno a las 8 horas, almuerzo a las 14 horas y cena a las 20 horas. Lo variado del menú depende de las donaciones al albergue y la pericia de los cocineros que, la mayoría de las veces, son los mismos huéspedes. La puerta del acceso principal se abre a las 6 y se cierra a las 21 horas.

Los huéspedes son principalmente hondureños, salvadoreños y guatemaltecos; aunque también son cubanos y haitianos y, en fechas recientes, venezolanos y raramente extra regionales. Presentan diversos grados de escolaridad que van desde primaria inconclusa hasta muy escasos posgraduados. En su mayoría son hispanohablantes, pero también se presentan hablantes de inglés, francés, creole haitiano y garífuna.

Los voluntarios son nacionales y extranjeros. Algunos pertenecientes a distintas Iglesias; también hay estudiantes, periodistas y artistas gráficos.

Además de las actividades obligadas, relacionadas con el aseo y la elaboración de alimentos, se presentan otras muy diversas que dependen de los voluntarios y los huéspedes: pintura,

elaboración de pulseras, llaveros, separadores, carpintería, siembra de hortalizas, elaboración de composta, clases de inglés, alemán y turco, entre otras.

La primera parte de mi trabajo consistió en limpiar y organizar medicamentos y material de curación para lo cual realicé un inventario con la ayuda de tres de los huéspedes, además de organizar el equipo médico, después otro huésped pintó una parte del consultorio.

El cuarto que está destinado para el consultorio mide aproximadamente 3 por 4 metros dividido en dos por una pared, en la primera parte hay un escritorio con una computadora, en la otra parte una cama que sirve de cama de exploración. Estantería hecha de madera con medicamento y material de curación, estuche diagnóstico, termómetro, oxímetro de pulso y glucómetro. Gran parte de los medicamentos son muestras médicas del sector salud: antihipertensivos, hipoglucemiantes, antibióticos, algunos de amplio espectro, analgésicos, antihistamínicos, medicamentos homeopáticos, entre otros. Además una sección de pomadas; pomada de pan puerco para el “enpacho” y algunos goteros con tinturas o extractos de plantas, entre ellas flores de Bach y geles de sábila.

Mis primeras impresiones sobre el espacio:

En general el espacio se ve sucio, como una bodega con muchas cajas apiladas y olor a humedad; muchas cosas por todos lados, pareciera que no se asea con frecuencia. Los medicamentos a pesar de que en la estantería hay letreros que los agrupan, por ejemplo: alergias, antibióticos, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, hipertensión, diabetes, dermatología, analgésicos; están desorganizados, fuera de sus cajas en empaques que no corresponden al medicamento y caducos (Diario de campo 02/08/2018).

3.e. Condiciones en las que ocurrieron las entrevistas

Trabajar la consulta médica, ordenar el consultorio, y convivir durante la comida con los huéspedes me permitió acercarme y relacionarme para después proponerles su participación en las entrevistas.

Las respuestas en las entrevistas formales fueron matizadas por mi papel como médica, sin embargo con la convivencia surgió más información durante charlas no formales.

Los nombres de los entrevistados están modificados con fines de confidencialidad.

Realicé 8 entrevistas semiestructuradas, audio grabadas incluyendo consentimiento verbal; las entrevistas a Marcos, Christian, Carlos, Ismael y Johan fueron realizadas en el consultorio, tras concertar fecha y hora con los colaboradores, con duración de entre 1 y 3 horas.

El primer entrevistado fue Marcos, el viernes 24 de agosto de 2018 a las 2 de la tarde. Ese día tenía programado entrevistar a Christian a las 12:00 del día pero no lo encontré, lo habían cambiado de dormitorio.

Marcos pasó a consulta y me dijo que quería participar en la entrevista. La segunda entrevista la realicé a Christian, el domingo 26 de agosto de 2018 a las 16:00 horas, ambas duraron 1 hora aproximadamente.

Las primeras dos entrevistas las realicé más dirigidas; probablemente acotando las respuestas.

Marcos en general se mostró triste, un poco melancólico, aunque reía por ratos. Christian fue muy reservado, un poco tímido, intentando reír con la mayor frecuencia posible, un tanto desconfiado y triste; ambos entrevistados tenían menos de un mes en México y era su primer viaje.

La entrevista con Marcos, resultó interesante por varios motivos, al ser el primer entrevistado me permito probar la guía de entrevista, él me comentó que la lista de asociación de palabras se le había hecho difícil lo cual se repitió con todos los colaboradores.

Al pedirle que me contara algún día durante el trayecto, él me preguntó: feliz o triste, yo le contesté que me podía contar el día que quisiera; me contó que el día triste fue cuando se despidió de su familia, esta respuesta da cuenta del inicio del proceso migratorio antes del inicio del desplazamiento físico, al planear migrar el individuo comienza el desplazamiento de emociones y significados en preparación para la movilidad corporal. También narró como un momento triste el día que su ex esposa se llevó a su hijo para Estados Unidos. Inmediatamente después de terminado su relato le pregunté cuál había sido el día más feliz, me respondió que fue el día en que le dieron el permiso para poder transitar por México.

Marcos durante toda la entrevista se sentó erguido con los hombros hacia atrás y la mirada hacia el frente. Al hablar de los momentos tristes se encogió de hombros, la expresión de su rostro cambió y sus ojos se llenaron de lágrimas, dijo que regularmente no hablaba de eso porque lo hacía llorar. Al concluir la narración de los momentos tristes, paulatinamente volvió a sentarse erguido y con la mirada en alto, también el tono de su voz volvió al tono anterior y continuamos con las preguntas.

Durante la entrevista con Christian me comentó que sabía sobar para curar empacho, además de las respuestas de la entrevista pude ver cómo sobaba a Marcos y entre ambos me platicaron sobre las causas del empacho y cómo se presenta durante el tránsito por México, durante la entrevista Christian se mostró reservado, pero cuando me enseñó cómo sobar fue más descriptivo.

Carlos fue el tercer entrevistado, el lunes 3 de septiembre de 2018 a las 13 horas con una duración aproximada de hora y media. Alegre, expresivo, respuestas descriptivas, con aproximadamente 2 años de residencia en el país y su tercer intento de cruce; yo me sentía más cómoda, y con las preguntas a realizar mucho más claras.

Durante la entrevista Carlos realizó comparaciones entre sus distintos intentos de cruce, las personas con las que había realizado el trayecto, las enfermedades que habían presentado y los objetos para el cuidado de la salud que traían consigo.

Además mencionó una gran variedad de plantas que emplean en su lugar de origen para curar, mientras que las preguntas sobre las formas de atención y cómo se ven y se comportan las personas sanas las contestó rápidamente, al preguntarle cómo se ve y cómo se comporta una persona enferma se mostró más reflexivo.

Ismael fue mi cuarto entrevistado, el jueves 6 de septiembre de 2018. Habíamos acordado vernos a las 12 del día. La entrevista comenzó a las 13:00 horas. Con 3 meses de estancia en el país, su tercer intento de cruce y pocos días para continuar su camino. Alegre, divertido, entre serio, resignado y triste al mencionar la muerte de uno de sus amigos a causa de un grupo de delincuentes cerca de Tenosique Tabasco, la entrevista duró 2 horas aproximadamente.

Ismael, al igual que Carlos, al hablar del tránsito por México realizó comparaciones entre sus distintos intentos de cruce. En múltiples ocasiones mencionó que se viven situaciones “bien difíciles” al hablar sobre la muerte de su amigo y sobre la despedida familiar, pero al comentar los momentos complicados no cambió su expresión corporal ni su tono de voz. Mencionó que tenía una tía enfermera y en algunas de sus respuestas se refirió a microorganismos como transmisores de la enfermedad.

El quinto entrevistado fue Edgar, el lunes 24 de septiembre de 2018 con una duración de 3 horas: seis intentos de cruce, dos cruces exitosos, 3 años de residencia en Estados Unidos, 6 días de estancia en México, alegre, muy descriptivo.

Realizó comparaciones entre sus distintos intentos de cruce y su estancia en Estados Unidos; así como la estancia de sus hermanos, las enfermedades que padecen y la manera en que las atienden. También habló ampliamente sobre sus compañeros en los distintos trayectos que realizó por México: explicó el tipo de enfermedades, las formas de atención, los cuidados y los objetos que traen consigo.

Edgar, cree en Dios, al igual que sus compañeros, excepto Carlos, mencionó tener mucha fe, atributo fundamental para el trayecto migratorio.

El sexto entrevistado fue Ariel, esa entrevista la realicé en un cuarto vacío que lo estaban arreglando para ser una ludoteca, el jueves 18 de octubre a las 17 horas, con una duración de hora y media. Segundo intento de cruce y una estancia en México de mes y medio aproximadamente. Compañero de viaje del entrevistado anterior, poco descriptivo, presentó dificultad para entender algunas preguntas; tímido, con poca información.

Mencionó venir solo siguiendo a sus compañeros, sin prestar mucha atención a la ruta o lo que ocurría durante el tránsito. Yo rápidamente comencé a desesperarme, fue la única entrevista en la que me sentí así, tenía que buscar varias maneras de explicar las preguntas para que pudiera contestarlas, intenté no mostrarme impaciente. Ariel por momentos pareció disfrutar la entrevista, en general se mostraba confundido aunque cooperador, se esforzaba por contestar las preguntas, con respuestas breves y reiterativas.

El séptimo entrevistado, Densy con un intento de cruce, 11 días de estancia en la Ciudad de México pero 3 meses de haber ingresado al país. Al principio me pareció tímido pero durante la entrevista contestó ampliamente a las distintas preguntas. De habla pausada, descriptivo: un tránsito largo que coincidía con el inicio de las caravanas y el antecedente de haber trabajado como promotor de salud en Honduras.

La entrevista cursó con múltiples interrupciones; el consultorio estaba ocupado comenzamos la entrevista en un cuarto destinado para sala de juntas y después nos tuvimos que mover al invernadero ya que iban a ocupar ese espacio. A pesar de las múltiples interrupciones me pareció una entrevista muy interesante y agradable. La entrevista fue realizada el domingo 21 de octubre a las 13 horas con una duración de 3 horas aproximadamente.

Durante la entrevista reflexionaba sobre su trabajo como colaborador de salud en Honduras y realizaba comparaciones de lo que había vivido durante su tránsito por México. Al igual que Carlos, hizo mención de varias plantas medicinales, también comentó sobre diversos medicamentos alópatas que él administraba en su trabajo como colaborador de salud.

El último entrevistado fue Johan, con un tránsito de 8 días hasta la Ciudad de México, coincidió también con las caravanas migrantes y se transportó ayudado por un conductor de tráiler, la entrevista duró 3 horas y fue realizada el miércoles 31 de octubre de 2018 a las 16 horas, con él no negocié la entrevista.

Christian fue quién organizó todo, ya que ellos son amigos desde hace varios años, un poco reservado al principio y con el transcurrir de la entrevista cada vez más expresivo.

El caso de Johan resulta distinto de los demás, ya que al ser ayudado por un conductor de tráiler, su tránsito fue distinto al del resto de los entrevistados y de la mayoría de migrantes, sin embargo sus respuestas dan cuenta de la información que él tenía sobre el trayecto migratorio, obtenida por pláticas con los otros huéspedes, familia y amigos que han realizado el viaje.

Las respuestas de las distintas entrevistas son el reflejo del conocimiento que los entrevistados tienen al respecto del trayecto migratorio. Conocimiento directo o recibido de las pláticas con familiares y amigos que han realizado el viaje. Sus narraciones dan cuenta de un conocimiento generacional al respecto del tránsito por México, de la importancia de la salud en el proceso migratorio, los posibles riesgos y las estrategias para solucionar las enfermedades que se presentan durante el recorrido por territorio mexicano.

4. Presentación de resultados

4.a. Descripción de los colaboradores

En Honduras al igual que en otras partes del mundo, anterior a la migración internacional algunas personas intentan migración interna, ya sea en grupos familiares o solos, en el caso los colaboradores para buscar trabajo o escapar de la violencia, también, tienen historias de migración circular en busca de empleo sobre todo en el sector agrícola y turístico; otros no tienen historia personal de movilidad interna pero sí historia familiar, ya sea de migración interna o internacional, incluso narran múltiples intentos de cruce y estancias en Estados Unidos.

Todas las vivencias personales o las referencias que reciben de familiares, amigos y vecinos, incluso de redes sociales electrónicas y medios de comunicación masiva, forman parte de las concepciones de salud-enfermedad y de los saberes al respecto de la atención y el cuidado.

Marcos

Marcos, católico de 27 años, nació y creció en Olanchito de Oro, Yoro, Honduras, lugar que en palabras del colaborador “es un pueblo pequeño dónde *casimente* no existe mucho la extorsión, por que a los que van ahí los matan luego”. Creció al cuidado de su madrastra, a la que él quiere como madre: “ella supo darme el amor de una verdadera mamá pues, por eso es que le guardo bastante respeto y también un gran amor porque aunque no sea mi mamá la amo, porque mamá no es la que pare sino la que cría”. Trabajó como pintor para solventar sus estudios de bachillerato y posteriormente se encargó de la carnicería familiar.

Él migró con el deseo de reunirse con su hijo en Estados Unidos tras un intento de reclutamiento por parte de las *Maras*.

“El problema principal fue que intentaron reclutarme. Había otros motivos también, yo había tenido una esposa y un hijo, entonces la esposa mía me llevó al niño pa’ Estados Unidos sin decirme nada y entonces yo planeo estar aquí en México y algún día poderlo volver a ver” (Entrevista Marcos).

Christian

Christian de 18 años de edad, cristiano devoto quien en repetidas ocasiones me comentó “lo que algunos llaman suerte, yo le llamo milagro”, nació y creció en la colonia Rivera Hernández, San Pedro Sula, Cortez, una de las ciudades mas violentas del mundo.

Desde la muerte de su madre cuando tenía 11 años, terminó la secundaria y empezó a trabajar “a lo que viniera” viviendo en su propio departamento, se desempeñó como cocinero, salvavidas en un parque acuático donde aprendió primeros auxilios y reanimación cardio-cerebro-pulmonar básica y como operario de fábricas; además su abuela materna le ha enseñado de tés para curar algunas enfermedades y cómo curar empacho. “Sí sé cómo quitarme todas las enfermedades”, él combina medicamentos alópatas sintomáticos con algunos tés para solucionar malestares estomacales o dolor de cabeza.

Salió de Honduras por que la Mara MS intentó reclutarlo:

“... en mi colonia se quedaron mochos (cuando la mara pierde a parte de sus miembros y requieren reclutar mas gente)... los metieron a la cárcel entonces, todos los que vivían en la colonia la Rivera Hernández, los jóvenes los que están desde pequeños yo tenía 18 años de vivir allí, yo vivía sólo en mi apartamento ... me hicieron la propuesta de unírmeles ... por eso decidí emigrar para acá porque si no lo hacía me van a estar hostigando, hostigando, hostigando hasta que me iban a matar, por que ya lo habían hecho, porque ya habían matado a otros cipotes, cipotes, a otros güirros así como nosotros, chamacos que les dicen aquí” (Entrevista Christian)

Carlos

Carlos de 21 años, originario de la comunidad rural Las Juntas en Concepción, Copán, de familia caficultora vivió en distintos departamentos hondureños previo a la migración internacional. Con tres intentos de cruce, 2 de ellos indocumentado y uno más con visa humanitaria, con dos años de residencia en México, nunca ha asistido a atención médica en el país a excepción de realizarse prueba de detección de VIH en Clínica Condesa con resultados negativos. Sin concluir la secundaria decidió migrar por falta de recursos económicos para seguir estudiando:

“Yo desde chico quise estudiar y te digo todo es muy caro, entonces llegó un instituto al lugar, porque es una zona rural pero era privado ... yo pagaba hasta medio año y luego no podía pagar y me quedaba ahí ... siempre iba al mismo grado ... fue cuando ya me di cuenta que no podía y para dedicarse al campo toda la vida pues tampoco hay futuro, entonces pues me sentí por esa parte obligado a salir, eso fue la segunda vez, la primera vez pues fue más por aventura...” (Entrevista Carlos)

Ismael

Ismael católico de 22 años, nació en Yoro, se desplazó a San Pedro Sula, denominada capital comercial, para estudiar. Al concluir el bachillerato se desplazó a Atlántida para trabajar como mecánico, con 3 intentos de cruce indocumentado, los primeros “por experimentar cosas nuevas, por conocer”, el último por amenaza:

“... me ofrecieron que trabajara en un taller, el dueño, jefe de una pandilla, igual le dije que no, pero luego igual yo fui ... a trabajar normal, yo no me voy a meter con ellos, me dejaron trabajando un día, si no te gusta pues no regresas y pues no regresé, entré muy temprano, salí casi a la una de la mañana, el trabajo en el día normal, revisar carros cosas así, ya en la noche todo totalmente diferente, ya donde empiezan a llegar trocas y todo, armas, droga, se roban carros y llegan al taller para desmantelar, un día estuve yo, en ese día yo miré, porque no es uno, son muchos los que trabajan allí ... yo sí trabajé normal, yo trabajé, me pagaron ese día y el siguiente, te lo pagan diario y el siguiente día yo no regresé ... entonces pues sí, yo les dije que no, y me dijeron, ya te voy a decir, una semana para que me moviera de allí ... suerte tuve ... hable con unos amigos vámonos les dije, entonces ellos ya también tenían planes de salir, pero no tenían problemas con la mara, ni yo tampoco les dije nada, yo ya les vine a decir ...” (Entrevista Ismael).

Edgar

Edgar de 30 años, originario de Los Pintores, Lamaní, Comayagua, una comunidad rural dedicada a actividades agrícolas y ganaderas, ha realizado en 6 ocasiones el trayecto migratorio de manera indocumentada y en dos de ellas a logrado cruzar a Estados Unidos viviendo en el país del norte durante 3 años, intentó sin éxito tramitar visa para Canadá, Estados Unidos y México, como técnico agropecuario no tenía un salario que le permitiera solventar sus necesidades:

“... más que todo la situación económica, la pobreza, ... esa te impulsa, o sea haz de cuenta que allá tú eres profesional, pero no tienes un empleo, pero no tienes un pago justo, entiendes, como te explicaba yo, un ingeniero imagínate, manejando un taxi, una mototaxi, o sea es, no hay fuentes de empleo y si te dan empleo te aprovechan laboralmente y no te quieren pagar.” (Entrevista Edgar)

Ariel

Ariel un hombre de 20 años, originario de La Paz, Lamaní, Comayagua. Compañero de viaje de Edgar, en su segundo intento de crucé indocumentado, de religión evangélica dice “creer mucho en Dios” fue criado por su abuelo materno, estudió hasta tercer año de primaria y siempre se a dedicado al campo, principalmente cultivando hortalizas, su padre quien emigró a Estados Unidos cuando Ariel era pequeño es quien está enviándole dinero para desplazarse por México y es quien “lo ayudará a cruzar”. Él manifiesta que el motivo de la migración es por razones económicas además desea reunirse con su padre y conocerlo:

“... en este viaje salí de Honduras por razones económicas ... mi papi cuando salió de Honduras estaba muy pequeño, yo estaba chamaco por lo menos tenía unos 5 años, no me acuerdo nada de él, sólo por fotos los conozco a él, sí tengo ganas de conocerlo en persona de convivir con él ...” (Entrevista Ariel)

Densy

Densy de religión evangélica, es su primer intento de cruce, dice que en sus papeles tiene 25 años pero realmente tiene “como unos 23”:

“Pues fíjese que yo nunca me enfermé pero un hermano mío que se murió sí se enfermó, le hicieron, nosotros le decimos qué le pega, le hacen ojo, ... no lo sacaron ... no lo trataron de curar ... se murió al año ... imagínese a dónde son las cosas porque los papeles de él me quedaron a mí, a mí no me fueron a asentar, nosotros le decimos asentar o denunciar al registro, era mayor que mí, después fui yo, pero yo quedé con los papeles de él, o sea mi nombre era el nombre de él y la edad también, yo soy más chico realmente, los papeles dicen que tengo 25 años, pero realmente no, yo digo que tengo como 23 ... por eso le digo que casi la gente de antes no sé, no apartaba un tiempo para uno, para enterrarlo allí había un cementerio y así lo enterraron, pero no denunciaron nada por eso le digo que no sé cómo era la gente, era bastante distinto.” (Entrevista Densy)

Originario de Colón pero la mayor parte de su vida ha vivido en Olancho el departamento más grande de Honduras, estudió bachillerato comercial siempre ha trabajado el campo y ha sido colaborador de salud como empleo complementario.

Un colaborador de salud trabaja en su casa algunas horas al día repartiendo medicamentos principalmente sintomáticos que el gobierno hondureño les deja a resguardo recibiendo capacitación semanal y un manual para saber qué medicamentos proporcionar y a qué dosis según los síntomas y edad de los atendidos.

Salió de Honduras por extorsión después de pagar durante dos años la mitad de su sueldo a las *Maras* y tras un intento de reclutamiento:

... mi decisión de migrar fue por las *Maras* por extorsión, porque si uno sacó un pago como hasta la misma policía la tienen dominada, las *Maras* allí en Honduras no se meten ellos ya saben cuánto le pagan a cada quien y si no da lo que le toca, la mitad, entonces llegan directamente a la casa y no llegan a reclamar ni nada sino que llegan directamente a matar. Recibí una amenaza porque querían que yo allí donde la moto en veces que los fuera a dejar a partes así y yo no iba, entonces me amenazaban ya por último llegué a un punto que yo ya dejaba la moto en la casa y mejor agarraba una bicicleta para que no se echaran de ver que yo iba, querían que yo les fuera a hacer viajes de noche.” (Entrevista Densy)

Johan

Johan de 30 años, es su primer intento de cruce, originario de Jutiapa en el departamento de Atlántida, ha vivido gran parte de su vida en San Pedro Sula, terminó segundo año de secundaria y ha trabajado como dependiente de la pulpería (tienda de abarrotes) de su tía y en el bar de su abuela, primero eran católicos pero cuando se volvieron evangélicos su abuela cerró el bar y empezó a trabajar como chofer, ocupación que ha tenido la mayor parte de su vida. Decidió migrar por extorsión y amenaza:

“Como te dije, trabajaba en un restaurante de chofer ... mi trabajo era darle abastecimiento al restaurante ... y pues ir a dejar a los trabajadores en la noche ... eran tres restaurantes ... pero yo le decía a mi patrón que yo estaba corriendo bastante peligro ... cada vez que entraba a donde tenía que ir al restaurante tenía que pagar las pandillas ... y yo le decía a él que me tenía que reembolsar eso porque ese no era rollo mío, entonces el patrón, sí tranquilo no hay problema, a los tipos esos les pagaba 300 lempiras así por lo menos ... lo que no me gustó a mí fue que ellos del sueldo que yo tenía, tenía que estar pagándoles a ellos.”

“Bueno yo ganaba 1500 lempiras a la semana ... tenía que estar dando semanal 250 ... tenía que pasar por donde ellos a pagarles, entonces tenía ya yo por lo menos 2 cuotas de que no les había pagado, ... porque yo tenía que ayudar a mi mamá y tenía mis hijos pues ... esos tipos me amenazaron a muerte y me pusieron un arma y me dijeron que si la próxima semana que venía no les pagaba pues me iban a matar ... De un día para el otro hice el viaje ... le dije al patrón pues me voy, qué te pasó ... no pues sí te creo ... el dinero que traía pues me lo dio mi patrón, sí, por el tiempo que trabajé, porque sí, yo pensaba venirme sin nada o sea agarrar camino e irme, pues yo le dije a él, yo allí tengo gente con que voy al mercado y ellos van de un solo a Guatemala ...”

4.b. Testimonios de los colaboradores

4.b.i. Proceso salud-enfermedad-atención durante el tránsito migratorio indocumentado por México: concepciones de salud y enfermedad y practicas de atención durante la infancia y la vida adulta resignificadas durante el desplazamiento

En este apartado expongo los testimonios de los colaboradores al respecto del cuidado de la salud y la atención de la enfermedad durante el tránsito por México y analizo las acciones que implementan, resultado del conjunto de saberes adquiridos a lo largo de su vida al respecto del proceso salud-enfermedad-atención en el contexto de la migración indocumentada.

El interés central de mi investigación fue conocer las concepciones de salud y de enfermedad, su importancia durante el tránsito por México y algunas de las prácticas que implementan a la luz de lo que para ellos es salud y enfermedad.

Las concepciones de salud y enfermedad expresadas durante las entrevistas y las formas de atención que implementan durante el tránsito, tienen como eje conductor el movimiento expresado como capacidad de trabajo, también están vinculadas con seguridad de múltiples tipos, siendo elementos centrales del cuidado la alimentación, la higiene y el cariño.

Una persona sana tiene la piel rosada está gordo y es capaz de trabajar, es capaz de moverse y de transmitir conocimiento, de enseñarle a otros y también aprender de ellos. En oposición una persona enferma se le nota en la piel está flaco, inmóvil, la enfermedad le impide trabajar.

La concepción de una persona saludable como aquella que trabaja y es capaz de llevar a cabo actividades “pesadas”, demandantes físicamente, guarda relación con los empleos habituales en su país de origen y los empleos que probablemente desempeñarán al llegar a Estados Unidos, como obreros y trabajadores agrícolas y, cómo expresó Densy, “muleros” (cargadores), de la capacidad física de los colaboradores para llevar a cabo dichas actividades depende su subsistencia y la de su grupo familiar, autoempleándose o

trabajando sin contratos, les resulta indispensable conservar su fuerza física, su integridad corporal y su movilidad.

Saben que al realizar trabajos pesados el cuerpo se calienta y una forma de cuidarse para poder seguir trabajando es descansar y bañarse una vez que el cuerpo se haya enfriado, de lo contrario pueden tener afecciones en los huesos, como pérdida de calcio, que les provoque dolor intenso y les impida llevar a cabo sus actividades laborales.

En sus relatos está presente la necesidad de moverse, moverse asociado con salud, moverse asociado a la búsqueda de oportunidades laborales y de seguridad física, moverse para migrar, en las descripciones de los cuerpos sanos y los cuerpos enfermos, representan al cuerpo sano cómo gordo, y al cuerpo enfermo como flaco, aquel al que se le notan las costillas, deshidratado, con el estómago hinchado, esta descripción me recuerda a un niño desnutrido con una infección parasitaria gastrointestinal. Mencionan características relacionadas con enfermedades asociadas a la desnutrición y a la falta de servicios públicos como agua potable.

Su manera de concebir salud, enfermedad y las formas de atención que llevan a cabo, dan cuenta de su forma de ser y de entender el mundo; donde el movimiento está asociado con vitalidad y con salud, con capacidad de trabajo y ganar dinero, también con bienestar, felicidad e interacción con su grupo de pertenencia, “ayudar a la familia” . La decisión de migrar representa la búsqueda de bienestar, en una sociedad acostumbrada a la inseguridad de múltiples tipos como delincuencia e inestabilidad laboral, la violencia, la pobreza y la enfermedad están relacionadas entre sí y les resulta indispensable moverse.

Iniciaré con la descripción sobre sus concepciones de salud, complementando posteriormente con su contraparte la enfermedad.

“La salud es una prioridad más que todo no tanto para nosotros migrantes, sino para todas las personas en general, es lo más primordial si no tienes salud no tienes nada, si estoy enfermo no valgo nada porque ya bueno yo puedo hacer muchas cosas, lo más primordial en tu vida porque de eso dependen muchas cosas más ... había un chavo que estaba enfermo y se quería venir con nosotros y le digo yo, si estás mal de tu cuerpo viejo, si tenés algún problema, te aconsejo que no te vayas ... la parte más esencial, bueno en mi caso me considero que me siento bien, mi cuerpo, estoy

bien de salud, para hacer lo que sea ... puedo trabajar de lo que sea ... Imagínate que hay gente que viene discapacitada allí, que no tiene un brazo y viene para Estados Unidos y están bien de salud y ellos vienen, me voy para Estados Unidos, a ver qué hago allá” (Entrevista Edgar).

Consideran la salud como algo indispensable para migrar y como una prioridad, todos los colaboradores expresaron ser hombres “sanos” al momento de decidir migrar y a lo largo de su vida, como expresa Densy “... me siento sano porque no tengo ninguna enfermedad solo la gripa que son enfermedades leves que se quitan ligero ...” Asocian salud con bienestar y alegría; Carlos fue el único que además de lo anterior la asoció con belleza.

Bienestar a su vez lo asocian con tener recursos económicos para cubrir satisfactores, fortaleza, superación, estabilidad familiar, alegría, paz y como relata Edgar con un futuro mejor.

“por lo que estamos aquí, luchando ... lo que todos soñamos, es por lo que salimos de nuestro país ... un futuro mejor ... ser alguien mejor en la vida ...” (Entrevista Edgar).

En las asociaciones de bienestar al igual que en las concepciones de salud, hacen referencia a varias dimensiones: emocional, física y económica, también personal y familiar.

“estar bien significa estar alentado, estar sin ninguna enfermedad ... en la rama emocional estar bien es estar feliz, contento, sin preocupaciones y en la económica es ... es económicamente estar normal” (Entrevista Christian).

“estar bien de salud, estar bien económicamente, bienestar también es estar en una posición en la que uno pueda valerse por sí mismo, eso es bienestar para mí” (Entrevista Marcos).

“sentirme bien, estar feliz, alegre, sentirme con ganas de desempeñar un trabajo” (Entrevista Ismael).

“es estar sano, me imagino que es estar bien con los amigos, con la familia por ahí va, para mí es un buen trabajo” (Entrevista Ariel).

“Bueno estar bien, me imagino es tener todo, traer, estar solvente pues, tener tus cosas, tu casa, tú familia, todo y todo marcha bien” (Entrevista Johan)

Al preguntar sobre las características de una persona sana, todos mencionaron a una persona alegre, trabajadora y limpia; intercambiando en el caso de los niños la capacidad de trabajo por el juego y la convivencia con los adultos.

En todas las entrevistas hacen referencia a dos dimensiones de salud; una física en la que el cuerpo sirve para trabajar y una dimensión emocional. Christian incluye en su descripción el tener buena autoestima, Densy se refiere a sentirse capaz de realizar actividades y los demás colaboradores hacen referencia a motivación y alegría. Se describen a sí mismos como niños sanos, y describen a los niños sanos a su alrededor:

“... cuando estaba sano ya yo brincaba, me sentía motivado, tenía ganas, me bañaba, me cambiaba, ya me iba a jugar pelota, el mismo cuerpo le da a uno la respuesta cuando uno está bien ... un niño sano anda por toda la casa quebrando cosas, haciendo travesuras... hiperactivo” (Entrevista Marcos).

“Yo sabía que estaba sano porque nunca me sentí tan mal, en el aspecto de que se me bajaba toda la autoestima, la moral.” (Entrevista Christian)

“Yo feliz ... cuando estaba sano iba a la escuela y trabajaba con mi papá en el campo ... y jugábamos todo el día ... se ve muy bien un niño sano, tú vez que anda muy alegre ... jugando, limpio ... se pone rosadito, sus ojos están muy alegres, muy vivos ...” (Entrevista Carlos)

“...un niño hiperactivo es un niño sano que se desenvuelve bien y todo te platica ...” (Entrevista Edgar)

“Un niño ... lo vas a ver gordito así bien bonito no sé hasta en la piel ... alegres, se le mira una piel como bien delicada ... va a estar alegre, activo, hiperactivo ... no deja descansar a nadie.” (Entrevista Ismael)

“Un niño sano se echa de ver ... se ve alegrito, bien gordito ... pasa jugando y riéndose ...” (Entrevista Densy)

“... les gusta jugar con nosotros los mayores y caminan, corriendo ...” (Entrevista Ariel)

Mis colaboradores también se describen como adultos sanos y describen a conocidos que han migrado como personas sanas y fuertes. Para Densy “... descansar la mente y trabajar es estar sano.”

Además de la capacidad de trabajo, asocian salud a no consumir alcohol o drogas, a ser responsables y dar consejos a los menores; así un niño sano convive con los adultos y un adulto sano transmite información a los pequeños, de interés en este trabajo, la transmisión del conocimiento al respecto del proceso salud–enfermedad–atención, las condiciones del tránsito migratorio y la salud y la enfermedad en ese escenario.

Caso ilustrativo es Christian y su abuela materna quien le enseñó a sobar empacho y le ha servido para curarse a él mismo y a algunos de sus compañeros en el albergue, este ejemplo lo abordaré al describir las enfermedades que ocurren durante el tránsito.

Un adulto que está sano siempre tiene energías ... es trabajador y responsable (Entrevista Marcos).

“... un adulto sano se siente feliz ... es amigable, se ríe ...” (Entrevista Christian)

“...una persona sana siempre se ve bien, siempre anda bien vestido, limpio, alegre, ... tranquilo, contento, relajado.” (Entrevista Carlos)

“... estoy sano porque me siento bien, o sea, no fumo, no tomo, no consumo drogas, mi organismo está bien ... si estás bien de salud puedes trabajar, puedes hacer tu dinero ...” (Entrevista Edgar)

“Un adulto cuando está sano platica mucho lo aconseja bastante a uno verdad, dice muchas cosas graciosas, nos cuenta de la vida ... les dan ganas de comer ...” (Entrevista Ariel)

Estar sano es tener energía para trabajar, también incluye la capacidad de ganar dinero, en un contexto de trabajos precarios como dan cuenta los testimonios mostrados, migrar se torna necesario para estar sano y para garantizar la salud de su grupo.

Al describir a las personas que migran ya sea sus compañeros de viaje o conocidos que realizaron el trayecto en momentos distintos describen a hombres sanos, fuertes, decididos.

“Los tres que veníamos juntos de Honduras éramos las tres personas sanas lo único que ...los tres éramos fuertes, sanos, nada más que uno era miedoso y los otros dos no, éramos normal, de hacha y machete como decimos en Honduras” (Entrevista Marcos).

“Amigos más grandes, un amigo emigró tenía 32 años... Él era una persona como yo, o sea sí miraba que se enfermaba de la cabeza, el iba a una pulpería, así le dicen a las tiendas, para conseguirse una pastilla para el dolor de cabeza o una pastilla para la alergia o cosas así, una persona saludable, fuerte, porque aunque anduviera a veces dolores de cabeza ni se molestaba, porque usted sabe que cuando tiene dolores de cabeza le molesta la bulla y todo eso y él no, aunque le molestaba ... una persona fuerte es una persona que aguanta ... bien de salud, que no le pase nada ...” (Entrevista Christian)

“De mi lugar casi el 100% están migrados ... los más jóvenes porque imagínate, que ya viejo, qué te vas a venir a hacer, te puedes quedar en el camino ... personas jóvenes de 20 a 30 años, y más que todo están bien de salud y vámonos” (Entrevista Edgar).

“Sí, conozco a un señor ... tiene como 40 años ... era un hombre fuerte, una persona que le gusta andar en las montañas, tirando animales, trabajando en la montaña con motosierras, tumbando montaña, un hombre que amansador de bestias, un hombre rústico ... él gran amigo mío, pegador de carga, porque allá hay partes donde seleccionan la persona para trabajar de mulero, le dicen, de mulero, de cargador, de bestia. Es un hombre bastante humilde y decidido ... él sólo ha hecho el viaje una vez, una y llegó, a puro tren la hizo” (Entrevista Densy)

Para los colaboradores, dos son los elementos esenciales para cuidar su salud, la alimentación y la higiene, aspectos que en las condiciones de desplazamiento se ven modificados y causan alteraciones, durante las entrevistas se evidencia al hablar de las enfermedades que ocurren durante el tránsito, que abordaré en las páginas siguientes. También hacen referencia al cuidado relacionado con el cariño como un elemento para preservar la salud, ya sea brindado por terceros o por el individuo mismo.

“... más que todo depende de la comida y de los cuidados, de la higiene ...” (Entrevista Ismael)

“... mi mamá, más que todo, es más cariñosa, siempre nos mimaba, nos hacía los calditos, sopitas, consomé de pollo, siempre teníamos esos cuidados gracias a Dios, los cuidados eran casi en todos los aspectos, que no nos faltara ropa, que no nos faltara comida ...” (Entrevista Edgar)

Al preguntar sobre la preparación para migrar, el único que se preparó físicamente fue Marcos:

“... yo dejé todo preparado allá y estuve como un mes en el gimnasio porque yo pensaba que iba a caminar bastante, entonces pensé ‘el camino va a ser pesado’

pero nada que ver, pero todo fue diferente porque uno tiene unos planes pero Dios tiene otros entonces gracias a Dios no me tocó caminar nada porque hay personas que caminan hasta 2 días ahí por el monte, o tal vez no tienen para pagar pasaje o no tiene nadie que les ayude, entonces a esas personas les toca sufrir más que a uno. Me preparé físicamente yendo al gimnasio y tuve que ahorrar unas cuantas lempiras para venirme para México...” (Entrevista Marcos).

Independientemente de la premura de la partida, algunos obligados por amenazas hacia su integridad física, todos de alguna forma realizaron acciones de preparación para migrar. Estas acciones incluyen conseguir información y dinero para el desplazamiento, actos religiosos, preparación de objetos de utilidad durante el viaje y despedida familiar.

La información la obtienen paulatinamente a lo largo de su vida, mediante historias de familiares y amigos que narran sus experiencias migratorias, también a partir de la propia experiencia y de medios electrónicos, al preguntarle sobre la preparación Edgar contesta:

“Pues yo no me preparé, yo solo dije pues me voy, así fueron todas las veces, o sea yo traía mi ideología, mis sueños ... no se puede vivir allá pues, pues tal vez vivir sí, pero vives mal económicamente y mal socialmente, o sea, es bien complicado, la única opción que tú ves, dices ‘no pues me voy a ir para Estados Unidos’, o sea es lo único que se te viene a la cabeza y si tú haces estas entrevistas, todos los que entrevistaste te van a decir lo mismo, la única opción que tú ves, me voy a ir para el norte ... la única solución que miramos al final, es cruzar indocumentadamente hacia Estados Unidos.”

A pesar de que Edgar dice no haberse preparado implementa una serie de prácticas que dan cuenta de su experiencia migratoria, tanto personal como colectiva “yo traía mi ideología, mis sueños”; todo el conocimiento al respecto del proceso migratorio y del proceso salud-enfermedad-atención, se ve materializado en objetos para sortear el tránsito y se evidencia en las prácticas como elección de rutas, medios de transporte, hospedaje y comida.

Edgar coincide con el resto de sus compañeros, a excepción de Carlos, en orar para pedir éxito en el proyecto migratorio y que no les “pase nada” en el tránsito.

“Me puse en oración antes de salir de mi casa, de poner un pie en la calle, me puse en oración con Dios, solo esa preparación, de allí nada más ... nunca me pasó nada, nunca pasé hambre ni nada, estuve bien de salud gracias a Dios.” (Entrevista Christian)

“... nosotros desde que salimos venimos con esa fe ... ir bien en el camino, ... yo desde que salgo me pongo en oración ... eso es lo más primordial que tenemos que tener en este camino: creer en Dios, después de Dios están las personas que te pueden ayudar...” (Entrevista Edgar)

Todos expresaron la relación de salud con seguridad física, es decir cubrir necesidades básicas como alimentación, descanso e higiene pero también cuidar su integridad y su vida; qué objetos es necesario llevar consigo, la elección de rutas y de medios de transporte están íntimamente ligados con el cuidado de la salud, en relación con lo que ellos consideran causa de determinadas enfermedades como los cambios bruscos de temperatura, mojarse o comer cosas heladas.

“... durante el camino hay gente que se previene y trae medicina ... acetaminofén ... panadoles (paracetamol 500 mg comprimidos) y unos Alka Seltzer (Hidrogenocarbonato de sodio 2.1g comprimidos) ... llegué a punto de usar el tren pero no me subí porque siempre he escuchado decir que en partes sólidas que pase el tren allí hay gente que asaltantes, todo, que bajan a la gente del tren, por precaución no use el tren ...” (Entrevista Densy)

“... traía mi chumpa (chamarra), mi buzo (pantalón para dormir, algo caliente) y mi gorro ... he viajado varias veces, traigo mi lámpara para alumbrar en la noche ... nunca opté a entrar a un albergue ... hay mucho flujo de personas y allí se queda de todo y luego contraes enfermedades de los hongos ... traía en mi mochila eran mis zapatos que estaban buenos, una muda de ropa puesta y otra muda más y una linterna, mi celular ese lo traía en la bolsa y traía 4 de Vitaflenaco (MR) (diclofenaco 50 mg/ Complejo B comprimidos) ... hay personas que traen una bolsa de plástico para que cuando llueva ... obvio cepillo de dientes, pasta, y pues mira te voy a hablar así, hay algunos que no traen nada... hay gente que sí trae condones, pastillas anticonceptivas ... Normalmente pastillas sí traen, pastillas para el dolor de cabeza o dolama ... He visto marihuana, cocaína, el chemo que le llaman, que es Resistol (MR) (empleado como nombre genérico para referirse a inhalantes encontrados en algunos tipos de pegamento, la sustancia activa es tolueno o sus derivados), alcohol también cerveza o licor, haz de cuenta que hay mucha gente que usa el licor como para cuando te pegue el frío, aquí hace mucho frío, me voy a llevar un litro de licor ...” (Entrevista Edgar)

“Pastillas casi siempre traen todos, pues para un dolor de cabeza, para un dolor pues por tanto caminar, yo traía paracetamol ... las mujeres traen sus toallas sanitarias, sus pastillas anticonceptivas y pastillas para cualquier dolor; los hombres preservativos ... algún repelente para los mosquitos ...” (Entrevista Carlos)

Conocedores de las características del tránsito, traen consigo artículos para el cuidado de la salud como las chamarras y bolsas de plástico o repelente de insectos; también algunos medicamentos para paliar síntomas.

Los hombres entrevistados saben de la necesidad de usar anticonceptivos por parte de las mujeres migrantes, ante el riesgo de agresión sexual; también saben que los hombres no están exentos de este tipo de violencia independiente de su orientación sexual.

El uso de medios electrónicos para conseguir hospedaje seguro y planear rutas, es otro de los recursos que emplean para cuidar su salud.

“Bueno yo pues la verdad información no busque ni nada, la gente no busca nada de eso, yo pues me adherí por el mapa, por el *Maps* me dirigí y así mismo llegué yo, porque es primer vez que vengo bueno, Guatemala yo sé que sí, yo sabía que tenía que llegar a la capital y preguntando y preguntando pues lo hice” (Entrevista Johan)

“Y yo bueno, primero que todo, lanzarse de un solo sin conocer como está, no se puede ... le preguntaba a las personas ... busqué información en *Internet*, en *Google* normal ... en *YouTube* hay como reportajes de la bestia, tú ves el tren y todo, yo lo planeé en una semana... empezamos a investigar acerca de albergues y cosas así donde ayudan, siempre me ha gustado a mí la tecnología y todo eso, veníamos con *Waze*, una aplicación de ubicación y así llegamos con la aplicación ...” (Entrevista Ismael)

Las redes sociales también juegan un papel en el cuidado de la salud al ser fuente de información y al mantenerse en contacto con familiares y amigos.

“Sí he tenido comunicación, es por medio de *Internet* por *Facebook*, me comunico con mi hermana y mi hermana me comunica con mi familia la demás, con mis amigos igual, es comunicación constante. Eso me ayuda en el estado emocional no me deprimó porque estoy siempre en contacto con ellos.” (Entrevista Christian)

Un recurso adicional es el trámite de visa humanitaria o refugio, como estrategia de tránsito. Así pueden continuar su trayecto por rutas y medios de transporte más seguros. Además si los deportan pueden ingresar a México y realizar un nuevo intento de cruce.

“... nos quedamos en el tren y nos asaltaron y a un amigo, ahí, así te lo voy a decir, francamente lo mataron, uno no puede hacer nada, él no quiso entregar las cosas ... la frontera es lo que está más difícil, si tú miras arriba, aquí casi ya no hay migración, es bien, no creo que deporten personas de aquí ... optamos por buscar otra forma de subir, conocimos personas, nos hicimos así amigos de ellos, allí estuvimos tres

días nos regresamos tres días más y conseguimos unos NUT de migración (Número Único de Trámite, emitido por el Instituto Nacional de Migración) ... hay que ser inteligente para poder subir ... decíamos que estábamos en trámite ... y me espero por la visa sólo por si no puedo pasar, me va a tocar regresar otra vez ..." (Entrevista Ismael)

"... la visa muchas personas dicen, yo no ocupo eso, yo me voy para Estados Unidos, porque la idea mía, voy a probar, es conseguir un buen empleo aquí y si no consigo un buen empleo, pues voy a cruzar para Estados Unidos, pero ya tengo una visa que me vale que si por la desgracia me agarra la migración de Estados Unidos y me manda para Honduras, pues me voy a cruzar otra vez México, pero ya con la visa, ya me monto en un autobús, no me voy a montar en un tren." (Entrevista Edgar)

"... la meta, bueno mi meta yo llegar a Estados Unidos, y estamos haciendo trámite de visa para poder avanzar sin ningún problema porque ya ves en el tren uno lleva muchos riesgos de caerse o de que lo agarré a uno un extorsionador o bueno no sé tantas cosas que pasan en el tren... sería bueno sacar la visa, que no me agarra la migración y no enfermarme" (Entrevista Ariel)

El último recurso que emplean al ver muy deteriorado su estado de salud, es entregarse a las autoridades migratorias, a pesar de que esto signifique ver truncado su proyecto tal como lo expresa Densy "... hay personas que mejor se entregan a migración ...".

Asocian a enfermedad: tristeza, decepción, malestar y muerte, también incapacidad para trabajar y pasividad o inmovilidad y debilidad física o falta de fuerza. Edgar comenta: "... es bien feo ... a nadie se lo deseo ... te atrasa de muchas cosas o te abstiene de muchas cosas". Describen a los adultos enfermos como personas incapacitadas para el trabajo, enojadas o tristes e inapetentes.

"... una persona adulta que no es sana anda con cólera, dolores, se les agacha la mirada ..." (Entrevista Christian)

"...cuándo está enfermo, sólo le dan ganas de estar acostado... no es trabajador ni responsable la enfermedad se lo impide ... todo cansado a trabajar con la mente débil." (Entrevista Marcos)

"Un adulto enfermo es muy deprimente ... apenas camina, bueno depende la enfermedad pero casi siempre la gente está muy débil, anda con pereza." (Entrevista Carlos)

“... un adulto enfermo ... bota el cabello ... deshidratado y casimente sólo es barriga, sí, y entonces se les nota que no hacen nada por mejorar su salud ... sólo es cólera, sólo se molesta, sólo enojado ...” (Entrevista Johan)

Al describirse a sí mismos al estar enfermos comentan sentirse mal tanto física como anímicamente, inseguros de poder llevar a cabo un trabajo.

“Cuando estoy enfermo me siento mal del cuerpo ... no me pega hambre ...” (Entrevista Ismael)

“Cuando estoy enfermo pues me siento mal, me siento incómodo, pensando cosas pues, que me pongo a pensar del viaje, cómo está mi familia porque pienso mucho digo pucha, cómo pienso, porque la verdad yo los quiero ayudar a ellos ... cuando estoy enfermo pucha, no puedo hacer nada por mi familia cuando uno está enfermo no puede hacer nada.” (Entrevista Ariel)

“Al momento de decidir migrar yo me sentía con capacidad ... decía yo, sí tengo capacidad para lo que sea ... cuando venía llegando aquí me sentía como bolo, como débil, nosotros le decimos bolo a la debilidad pero también le decimos bolo a estar borracho ... me sentía yo con menos capacidad y decía yo porque si yo tengo capacidad ... hay un refrán que dice que, no es lo mismo verla venir como platicar con ella ... dan ganas de venirme, que dan ganas de enfrentar a ver qué, pero sí se siente de veras. Al momento de decidir venir para acá yo estaba sano ... nunca me sentí cansado ... ya aquí sí ya me siento ... como débil digo yo, yo digo que necesito bastantes vitaminas, porque no me siento con capacidad para caminar unos tres días así de noche no, creo que necesito descansar ... siento que me da algo, sueño, pero sí me siento algo agotado, levantarme temprano y yo no era así ... siento que me falta de dormir y me levanto con disgusto.” (Entrevista Densy)

Describen a un niño enfermo como un niño inactivo, que llora, triste, tímido, desnutrido y débil; que no convive con los adultos y por lo tanto no aprende de ellos.

“Un niño cuando se enferma ya no vuelve a ser hiperactivo se pone todo triste, como que no le dan ganas de comer sólo pasa llorando ... sólo acostado.” (Entrevista Marcos)

“... Se sabe que un niño está enfermo porque se cambia de color, la vista se le agacha ... no quiebran un plato.” (Entrevista Christian)

“... cuando estaba enfermo pues sí me sentía triste ... un niño enfermo pues no dejas de sentir lástima ... cambia su color, se ve más pálido, más débil, sus ojos se le ven hasta más profundos.” (Entrevista Carlos)

“... lo vas a ver flaco, triste va estar bien delgadito ... va a pasar llorando, durmiendo, no va a querer comida ... es más tímido ... (Entrevista Ismael)

“Cuando estaba enfermo dejaba de hacer todas mis actividades ... en la cama acostado, no jugaba, no nada ... no iba a la escuela ... perdía mucho... cuando eres bien enfermizo siempre andas triste, emocionalmente andas mal ...” (Entrevista Edgar)

“... un niño que está enfermo pasa llorando se le echa de ver en los ojos, en las costillas, cuando un niño está deshidratado que se le sienten las costillas ahí se echa de ver todo en las costillas como que se le hunden y en los ojos también ... se ve como triste. Pues un niño enfermo sólo quiere pasar chineado (cargado en brazos) y pasa llorando... casimente no lo dejan desarrollar esta bajito y delgadito ...” (Entrevista Densy)

“... la cabeza es más grande y desnutrido ... sólo son barriga y los bracitos ... todo decaído que no quiere jugar ni nada le llama la atención ...” (Entrevista Johan)

La enfermedad, para mis colaboradores, tiene un componente individual, referido como malestar físico y anímico e incapacidad para el trabajo, también tiene un componente colectivo, mencionado como la incapacidad de interactuar con su grupo, ayudarlos y aprender de ellos. Principalmente al hablar de los niños hacen referencia a enfermedades asociadas a pobreza como la desnutrición y a deficientes condiciones higiénicas como parasitosis intestinal.

Los colaboradores me platicaron sobre distintas enfermedades a lo largo de su vida, algunas de ellas coinciden con las que ocurren durante el tránsito, presentando similitudes y diferencias en cuanto a causas y formas de atención en comparación con lo narrado para sus lugares de origen. También las descripciones que realizaron de los niños y adultos enfermos concuerdan con las características de algunas enfermedades presentadas durante el tránsito.

Otras circunstancias son consideradas problemas de salud durante el tránsito y no fueron mencionadas al preguntar sobre las enfermedades padecidas a lo largo de sus vidas o las características de las personas enfermas. Dichas circunstancias están relacionadas con la violencia y la insatisfacción de necesidades básicas.

Durante su infancia principalmente presentaron empacho, enfermedad que también mencionan durante el tránsito y no mencionan como frecuente durante su vida adulta en

Honduras, también mencionan síntomas y enfermedades respiratorias, gastrointestinales y cutáneas. Tanto el empacho como otras enfermedades gastrointestinales las relacionaron con los horarios y tipo de alimentación, la amigdalitis con comer alimentos “helados”.

El empacho, comentan, puede ser por comer cosas pesadas que se pegan en las paredes del estómago, también puede ser por no comer o comer a una hora no habitual, estas dos últimas causas ocurren durante el tránsito. La amigdalitis ocurre por comer cosas frías, mientras que las enfermedades gástricas que producen diarrea y no guardan relación con el empacho, ocurren por comer alimentos descompuestos o elaborados con poca higiene.

“... amigdalitis ... casi siempre me inflamaba, porque me gustaba mucho comer cosas heladas ... me dolía la garganta y obvio no podía comer nada y luego mi mamá ... se cree mucho en medicina natural, lo primero que hacían era ponerme unas rodajas de tomate que según ... me iban a desinflamar las amígdalas y luego me ponían a hacer gárgaras de limón con miel o a veces hasta de alcohol ... no me curan, tiene que ser un antibiótico bien fuerte, me enfermaba ... comía muchas cosas heladas.”
(Entrevista Edgar)

“... de asma ... es de los pulmones verdad, entonces me sentía agotado y se me hinchaba el estómago ... fue hereditario ... las enfermedades son de dolor de cabeza, dolores de estómago, irritación en la piel ... las irritaciones en la piel y las manchas en la piel y los dolores de cabeza por estar en el sol ... los dolores de estómago eran porque a veces ya ni me daba hambre ... comía después de la hora y me empachaba ...” (Entrevista Christian)

“Empacho, era común por que comía mucha tortilla de harina, sabía que estaba enfermo porque el apetito se me iba y la comida, el sabor era diferente, era como amargo me sentía decaído, sin fuerza, la saliva espesa, no podía tragar, me enfermaba por comer mucho pan y mucha harina ... la gente también se enferma de empacho por aguantar hambre o pasarse del estómago como cuando uno ya está acostumbrado a comer a tal hora ... allí empiezan las enfermedades, a veces te enfermas de empacho por no comer a la hora y por comer tantas cosas pesadas como la harina porque la harina se pega en las paredes del estómago ... y se hacen unos peloteros en el estómago, para que se me quitara íbamos con una muchacha que sobaba y nos daba una purga que limpiaba las paredes del estómago a veces a uno le daban sal inglesa con agua, que eso hace que todo el cuerpo se afloje.”
(Entrevista Marcos)

“Cuando iba a la escuela, por estar jugando no comía y ... me enfermaba del estómago ... mi abuela me sobaba ... ya me curaba ... le llaman empacho ... si no comes y luego comes con mucha hambre se te pega la comida en el estómago, ... a veces te duele un poco cuando te soban ... otras enfermedades como la tos, la gripe

y eso me daban otros remedios naturales ... Con el empacho sientes mucho asco, como náuseas, mareos, te sientes agotado, no duele, es nada más que no puedes comer, o sea todo te da ganas de vomitar, a veces da diarrea... te debilita ... se te hacen unas bolitas que ellos llaman gomas y te las tienen que deshacer así a puro masaje” (Entrevista Carlos)

“... cuando me dolía la barriga, ella decía, bueno me tocaba y ella decía es un empacho ... me sobaba la barriga ... me reventaba dice las pelotas y después de eso me daba un purgante ... por comer baleadas ... la harina no está bien como se dice no la tuestan bien o algo, pues si la dejan toda cruda ... los niños bueno pues enfermaban de diarrea, no por empacho por otras cosas ... pues el empacho te quita el hambre, no quieres comer, todo lo que tenés te da asco y la barriga se le pone dura ... la diarrea da tal vez por una mala comida ... que le cayó demasiado pesada, el empacho también da por comidas pesadas ... por no comer a tiempo tal vez no has comido en todo el día y vienes en la noche y tal vez agarras de comida como los locos y te cae demasiado pesada ...” (Entrevista Johan)

Al preguntarles sobre enfermedades presentadas durante la vida adulta, comentaron sobre padecimientos que ellos han presentado, o algunos conocidos ya sea en Honduras o en Estados Unidos; dichas enfermedades se relacionan con la actividad laboral y la sobrecarga de trabajo, también hacen referencia a dependencia a sustancias además de enfermedades infecciosas.

“... se enferman de calcio en los huesos, porque como se bañan agitados ... y eso perjudica el cuerpo porque un cuerpo caliente tienes que dejar que se hele para que te puedas bañar ... eso hace que el cuerpo y los huesos pierdan calcio y por eso es que la debilidad en el cuerpo y ya empiezan los dolores de espalda ... le pasa más a la gente que trabaja bastante, como a los albañiles ... como yo que vendía carne salía a bañarme y me salían manchas blancas en la piel, por lo mismo porque como me bañaba agitado, con todo el bajo de la carne ... eso hacía que me doliera bastante la cabeza ... le llamaban paño blanco ... tomaba azufre con leche para que se me quitara ... lo que mas les perjudica cuando no tienen calcio en los huesos es que esté helado ... Aparte de los médicos está la gente que soba, les ponen cremas o así que les froten la piel con esas cremas para que les disminuye el dolor ...” (Entrevista Marcos)

“... mis compañeros sí iban (en su trabajo en Honduras, asistían a los servicios médicos de la fábrica), por dolores de cabeza, estrés, a veces gripe ... o de los dientes o sea muelas picadas, dolores de muelas solo esa enfermedad ...” (Entrevista Christian)

“... eso de bañarse caliente ... es malísimo ... bueno a mí lo que me pega es como que me sofoco ... lo que dice mi abuela, que cuando uno está más adulto problemas en los huesos, en la respiración, sobre todo en los huesos porque si tú te calientas y

luego metes las manos a algo frío no está correcto. Porque se ha visto muchos ejemplos de personas que trabajan en panaderías y cosas así que luego tienden a tener problemas ... unos que acarrear el aserrín ... eso es muy caliente ...” (Entrevista Ismael)

“El año pasado me enfermé ... me pegó gripe y una calentura, fiebre pues ... estuve con frío y bebiendo eso (cerveza fría) y yo creo que por eso fue la gripe ... el frío, el sereno ...” (Entrevista Ariel)

“... Llegaba del trabajo de estivar cajas, he iba bien sudado, nunca me ha gustado dormirme así, entonces, tenía la actitud que antes de dormir me baño, siempre he sido así, entonces en veces cuando estaba acostado, los pieces, los dedos doblados de los calambres, eso da porque uno está agitado todo el día y allí se moja, para curarlo pues no demandándose digo yo ...” (Entrevista Densy)

Destacan descripciones de personas con trabajos que ameritan esfuerzo físico “personas que trabajan bastante y con trabajos que calientan el cuerpo”, sintomatología asociada con el uso intensivo del cuerpo, el empleo de la fuerza física como herramienta de trabajo y como única opción para conseguir el dinero necesario para satisfacer algunas necesidades.

La dependencia a sustancias la mencionan con respecto a ellos en Honduras y también a familiares en Estados Unidos, en ambos escenarios relacionada a estrés por las condiciones económicas y depresión. Marcos comenta como detonante su divorcio y la partida de su hijo hacia Estados Unidos, “yo cocaína sí consumí pero era porque estaba deprimido”; Edgar menciona sus múltiples ‘intentos de cruzar’ y la imposibilidad de encontrar trabajo bien remunerado en Honduras:

“... la presión del alcoholismo, pero gracias a Dios ya van como 4 meses que no tomo, la idea es no volver a tomar, era severo de todos los días ... trabajaba con mi papá ... bebía ... ya ni me dormía ...” (Entrevista Edgar)

Las enfermedades que ocurren durante el tránsito, mencionadas por los colaboradores, son: tos, gripe, dolor de estómago, empacho, dolor de cabeza, dolor muscular, problemas odontológicos como caries que provoca dolor en pieza dentaria, hongos, picaduras de insectos, ampollas en los pies e infecciones de transmisión sexual principalmente VIH (virus de inmunodeficiencia humana). También mencionaron golpes, fracturas y luxaciones, calenturas, cansancio, desvelo, deshidratación, hambre y vómito.

Dentro de la lista reconozco patologías y sintomatología que soy capaz de clasificar biomédicamente, por la información brindada durante las entrevistas pueden agruparse en infecciones virales respiratorias y digestivas, infección por VIH, infecciones micóticas, golpe de calor, cefaleas, deshidratación, lesiones de diversos tipos y prurito por insectos.

Destacan como una necesidad de atención las afecciones odontológicas, principalmente caries que causan dolor, la atención de este tipo es poca durante el tránsito, existe mayor énfasis por parte del gobierno mexicano y organizaciones de la sociedad civil en atender y detectar enfermedades infecciosas transmisibles y lesiones, además de brindar atención psicológica; durante las entrevistas mencionaron la atención psicológica como importante e hicieron énfasis en la necesidad de atención odontológica.

“... vi un hombre hinchado de la cara, porque uno cuando camina mucho le pega el sol mucho se hincha de la muela, no sé porque tal vez porque la tiene picada tal vez ya tiene flojo, no sé un golpe, y la muela ya quiere arrancar y con el sol lo afecta mucho ...” (Entrevista Ariel)

Durante la consulta en el albergue, era recurrente el dolor de muelas como motivo de consulta; hombres jóvenes con diversos problemas odontológicos, relacionados con higiene deficiente o traumatismos, adoncia parcial secundaria a caries o golpes en peleas en hombres menores de 30 años y una historia de desatención odontológica por falta de recursos económicos; en ocasiones optaban por ellos mismos extraerse piezas dentales para solucionar el dolor que no se calmaba con analgésicos, incluso relatos de uso de anticongelante para carro por la creencia de que ese líquido calma el dolor.

El único síndrome de filiación cultural mencionado como enfermedad de tránsito fue el empacho, ocurre por aguantar tanta hambre o por no comer en el horario habitual. Algunas otras afecciones están relacionadas con no poder cubrir necesidades básicas tales como descanso, higiene y alimentación; esta última relacionada con el empacho.

Mención aparte ameritaron las “enfermedades emocionales”, enunciando estrés, sufrimiento, intranquilidad e insomnio.

“... bueno sí estoy bien de salud pero me siento mal porque imagínate, entonces lo que yo pienso de regresar a mi país, entonces por qué vengo a México a sufrir ...

estoy en otro país, está no es mi tierra, hasta para caminar no se siente seguro uno ...” (Entrevista Ismael)

“... la verdad que uno sufre de insomnio porque como uno no duerme, ni tranquilo, ni nada ...” (Entrevista Johan)

Algunos de estos síntomas, están relacionados con características del trastorno por estrés postraumático, los colaboradores tienen historias de amenaza, extorsión, secuestro o presenciar asesinatos. Otros síntomas están relacionados con la añoranza de dejar el país de origen y lo que representa, hogar, familia, amigos y la ambivalencia de tener que buscar mejores condiciones de vida en un lugar distinto.

Las relaciones entre el estrés social y la salud mental constituyen un tema cada vez más relevante en la investigación y en la atención clínica (Achotegui, 2009:122), la migración como cualquier evento en la vida humana, supone afrontar diversos aspectos psicológicos y adaptarse a nuevas condiciones. Cuando el individuo sale de su país no siempre es consciente de que partir es perder aspectos significativos de su vida, tampoco dimensiona la cantidad de situaciones estresantes que deberá enfrentar (Salaberria Irizar y Del Valle Sánchez Haro, 2017:420)

El trastorno de estrés postraumático, surge como respuesta tardía a un acontecimiento estresante, amenazante o catastrófico de duración breve o prolongada; es una intensa respuesta física y emocional en la que el individuo presenta un deterioro significativo del funcionamiento social y personal (CENETEC, 2011).

El interrogatorio sobre los criterios diagnósticos para síndrome de estrés postraumático escapan a los objetivos de esta investigación; sin embargo durante las entrevistas los colaboradores relatan intranquilidad, insomnio y sufrimiento, a pesar de los cuales, conservan funcionalidad social y personal y pueden continuar con su proyecto migratorio,

Además de lo ya mencionado, las mujeres y los niños son reconocidos como grupos que están expuestos a riesgos. Mencionando afecciones relacionadas con actos violentos para las mujeres refieren violación, secuestro, extorsión y muerte; también comentan infecciones genitourinarias por falta de higiene. En el caso de los niños hicieron alusión al tráfico de órganos.

“En general las mujeres sufren de todo, porque ellas sufren de todo tipo de enfermedad y violación, a las mujeres se les hace más complicado el viaje y cuándo van solas porque el hombre se puede defender un poco más verdad, ... porque la mujer es más débil que el hombre, lo más feo que le puede pasar es que la violen verdad” (Entrevista Marcos)

“... las mujeres sufren más, sobre todo en su periodo, porque hay mujeres que no traen toallas sanitarias ... Bueno y en su ropa interior porque a veces pasan hasta 3 días que no te bañas, puedes agarrar una infección” (Entrevista Edgar)

Para los niños además de las patologías infecciosas, el riesgo de lesiones y el tráfico de órganos; mencionaron como aspecto fundamental el cubrir necesidades básicas como alimentación e higiene.

“Los niños sufren más por qué los niños que están pequeños y tienen que pasar situaciones que no deberían pasar, pues la ley en México no debería permitir eso, que los niños tuvieran que exponerse aquí a perder la vida, por qué sabes que los niños son más delicados que los adultos porque los niños en un abrir y cerrar de ojos pueden perder la vida también porque los niños con algún golpecito, algún golpe que se den ya están expuestos a perder la vida pues, entonces no debería permitir la policía aquí en México que las mamás traigan a sus hijos a sufrir, para mí que sería bueno que lo quitaran bueno yo no estoy de acuerdo que las madres traigan a los niños a sufrir en ese camino tan peligroso” (Entrevista Marcos)

“... casi nunca caminan... Es distinta la ruta, es muy raro que los niños vengán también en la bestia, pero cuándo vienen pues igual los padres los traen más protegidos, traen abrigos, traen pastillas y para ellos pues siempre hay agua, hay comida” (Entrevista Carlos)

“... los pañales, la leche ... pueden llegar enfermos del estómago ... porque no han comido bien, no se han alimentado bien, desnutridos pienso yo, deshidratados” (Entrevista Edgar)

“... empacho más en los niños ... les agarra vómito tal vez por el empacho o tal vez por venirlos molestando que tenga vómito, que los vienen poniendo tal vez mal guindados o chineados ...estuve viendo por allí donde una cerca cuando venían pasando unas mujeres y venían con un niño así de la pancita, bien apretada venía mal chineado, por eso les da vómito, por el empacho también puede dar vómito” (Entrevista Densy)

“... es peor porque esos los secuestran no se, pa’ que los usen, para sacarle no se que, los órganos. No pues yo creo que los niños no aguantan este clima ...” (Entrevista Johan)

Acostumbrados a la violencia que aqueja a la nación centroamericana, enfermedad la asocian a lesiones, a crímenes como el secuestro, la violación y el tráfico de órganos; resulta interesante evaluar la decisión de rutas, de hospedaje y de trámites migratorios considerando las concepciones de salud y enfermedad ya que, de este modo, el elegir un medio de transporte y no otro, quedarse en un lugar o no hacerlo y realizar trámites, representa una manera de cuidado a la salud.

Sus elecciones les permite no exponerse a riesgos que consideran los pueden enfermar, tal es el caso de elegir no usar el tren para no arriesgarse a asaltos o amputaciones, en lugar de caminar eligen tomar transporte público local evitando así la aparición de ampollas.

Algunos como Edgar, eligen no entrar a albergues ya que al haber tanta gente es fácil contagiarse de hongos, él al ser asaltado decidió quedarse en un albergue para que lo orientaran en los trámites migratorios también para tener una opción segura y gratuita de hospedaje.

“... en el albergue en el que estábamos había personas que llegaban con síntomas así como con gripe y tú sabes que eso se pasa, es un virus ... yo ya andaba con gripe y tos ... calentura...” (Entrevista Ismael)

Eligen alternativas que les permitan tener la mejor alimentación e higiene posibles durante el tránsito, dos elementos que ellos consideran fundamentales para el cuidado de su salud. Además procuran tener alternativas de atención en caso de ser necesario.

Algunos de los colaboradores mencionaron haber acudido a atención médica en albergues ubicados en el sur de México. Tal es el caso de Ismael quien solicitó medicamento para la gastritis en el albergue de Tenosique, Tabasco; lugar donde también le realizaron prueba de VIH. Marcos acudió por "dolama" (dolor osteomuscular) a los servicios médicos que ofrece el albergue de Ixtepec, Oaxaca.

Tres de los entrevistados mencionaron conocer y saber usar múltiples plantas curativas, sin embargo les resulta complicado emplear esos recursos de atención debido al poco conocimiento del territorio y los lugares dónde pueden conseguirlos.

Además del uso de plantas curativas, otros recursos como la sobada para curar empacho sí son empleados durante el tránsito por México modificando o adaptando los purgantes empleados posterior a sobar o no administrándolos.

4.b.ii. Empacho

Carlos, Johan y Christian comentaron que sus abuelas maternas saben sobar empacho, de ellos tres, únicamente Christian aprendió a sobar.

“... el empacho me lo quitaba mi abuela, ella puede sobar empacho ...” (Entrevista Christian)

“Cuando estaba pequeño, cuando me dolía la barriga, ella decía, bueno me tocaba y ella decía es un empacho, no era frecuente que me empachara, ella me curaba del empacho me sobaba la barriga, sí me sobaba así para abajo hasta que me reventaba dice las pelotas y después de eso me daba un purgante” (Entrevista Johan)

A pesar de no saber sobar sí describen como se soba y el tipo de purgantes que se emplean, también mencionan las causas e identifican el empacho como una enfermedad que puede ocurrir durante toda la vida, pero que es más frecuente en niños.

“A todo mundo le da empacho a los grandes y a los chicos es igual. Es normal que una persona de mi edad le dé empacho pero no es frecuente eso pasa cuando por estar trabajando qué sé yo o por otras razones no comes y luego llegas y comes con mucha hambre y comes mucho” (Entrevista Carlos)

Densy además de describir cómo se cura el empacho menciona varias plantas más que se emplean en Honduras para curar distintas molestias, estas son plantas silvestres a las que llama “montes” con las que se hacen infusiones a las que le llama “tomas”.

“Para curar el empacho hay una que sale, unas montañas y eso hasta lo compran, que se llama cabezenegra, sale como tortuga y con montón de pullitas, le echan un bejuco que es duro a eso le quitan los pedacitos así y la ponen a cocinar y soban la persona y le dan una tomita eso te cura el empacho, le viene el apetito, ligerito hasta lo compran, soban la panza y las gomas, también uno tiene gomas entre los dedos de las manos, en los codos, en los hombros y debajo de las costillas, también abajo del ojo pero duele y los aprietan aquí ve (parte inferior de la cuenca del ojo), y en los sentidos (en la sien), y luego les dan como un puño de sal lo que agarren con tres dedos y luego de allí la cabezenegra, y ya ...” (Entrevista Densy)

En el albergue algunos huéspedes se empachan y acuden a consulta refiriendo malestar abdominal y no tener hambre sin mencionar que creen estar empachados, otros más mencionan explícitamente tener empacho.

El no mencionar la palabra empacho, concuerda con la experiencia de la atención médica durante la cual, el clínico desconoce sobre ese tipo de enfermedades y/o las desaprueba.

Cómo comenté en párrafos anteriores durante el tránsito las principales causas de empacho son el aguantar hambre y no comer a las horas acostumbradas, durante la estancia en el albergue como parte del tránsito migratorio, se desayuna a las 9:00 horas, se come a las 14:00 horas y se cena a las 20:00 horas, horarios que no concuerdan con los que los huéspedes tienen en sus lugares de origen, referido por los huéspedes del albergue, en Honduras desayunan a las 7:00 o 7:30 horas, almuerzan a las 12:00 horas y cenan a las 20:00 horas, además en ocasiones dependiendo de la donación de alimentos que llegue al albergue se sirve pasta.

Los huéspedes presentan empacho los primeros días de estancia en el albergue, algunos de ellos después de haber pasado temporadas comiendo poco o sin comer, también son días en los que se adaptan a los nuevos horarios de comida, es interesante ver los botes de basura después de los horarios de comida cuando se sirve pasta, algunos de los huéspedes tiran parte de los alimentos.

Marcos fue uno de los huéspedes que refirió explícitamente padecer empacho y me preguntó si yo conocía a alguien que lo pudiera sobar, Christian lo sobó, y me permitieron ver el procedimiento:

Marcos subió al consultorio y Christian tomó un poco de crema y empezó a sobarle el brazo izquierdo, dijo que podía ser cualquier brazo sólo uno, sobó la parte externa del brazo desde el codo hasta la muñeca siguiendo el trayecto del radio, mencionó que se tienen que sentir bolitas y que hay que ir las bajando hasta la muñeca y deshacerlas. Si no se siente ninguna bolita en el antebrazo hay que revisar en la mano entre el pulgar y el índice, también se tiene que sentir una bolita y deshacerla.

Después de sobar el brazo le pidió a Marcos que se acostara y se descubriera el abdomen, untó crema en las manos y comenzó a sobar con ambas manos desde la boca del estómago (epigastrio) siguiendo los bordes costales, primero con la yema de los dedos siguiendo los

bordes costales y el marco cólico hasta la cresta ilíaca e hipogastrio, Christian dice que hay que sobar entre el huesito y la v después de sobar varias ocasiones con la yema de los dedos comenzó a sobar con la palma, en la misma dirección y después una vez más con la yema de los dedos desde epigastrio pasando por mesogastrio hasta hipogastrio. Repitió todo el procedimiento pero esta vez con el “canto de la mano”.

El objetivo es bajar las bolas e ir deshaciéndolas, me permitió tocar y sentir las distintas bolitas que había en el abdomen y me enseñó cuánto presionar para ir bajándolas dice que hay que presionar e ir moviendo la mano no puedes presionar y quedarte en un sitio.

El procedimiento dura aproximadamente 40 minutos. Ambos colaboradores me comentaron la diferencia entre sobar y dar masaje; masaje es como cuando te soban la espalda por un dolor muscular, sobar tiene el fin de curar algo en este caso el empacho. Ellos sólo refirieron sobar como para curar el empacho y acomodar bebés.

También comentaron sus horarios de comida, en Honduras toman el primer alimento aproximadamente a las 7 u 8 de la mañana y después a mediodía.

Después de sobar hay que administrar un laxante de preferencia sal inglesa o aceite, Marcos no quiso el aceite dijo que era muy fuerte, Christian mencionó que el laxante se toma en dosis única al menos que no haga efecto se da otra más. Me preguntaron por el tipo de laxantes disponibles en el consultorio y prefirieron el laxante líquido (lactulosa) (Diario de Campo, 260818).

El laxante liquido es parecido a lo que ellos suelen administrar, ya sea aceite, agua con sal o la toma de *cabezenegra*. *Cabezenegra*, como explica Densy es un monte, que es como una tortuga con pullitas, haciendo referencia a una cactácea que crece de manera silvestre.

Todo el procedimiento para curar empacho va encaminado a movilizar aquello que se ha pegado en las paredes del estómago evidente clínicamente como pelotas, se pega la comida, pero también se pegan el estómago y los intestinos entre sí por no comer.

Ellos curan el empacho con lo opuesto a lo que lo causó, si algo está pegado o inmóvil hay que movilizarlo por medio de la sobada. Esta idea guarda relación con la forma que tienen de entender enfermedad y salud de forma general; en tanto salud es estar activo y en movimiento, estar enfermo es estar inactivo.

El libro “El empacho en Centroamérica, aproximación antropológica a una enfermedad popular” compilado por Campos-Navarro en 2016, ofrece una amplia descripción sobre el empacho en Honduras, también aporta información sobre algunas plantas medicinales

usadas en la nación centroamericana. Lo comentado durante las entrevistas puntualiza las características del empacho durante el tránsito migratorio.

Como mencionan mis colaboradores el empacho es una enfermedad común, sobre todo en la infancia aunque también puede ocurrir en la vida adulta. El empacho como enfermedad de tránsito es principalmente por pasar hambre o comer a deshoras. En poblaciones fijas regularmente se presenta por comer a deshoras, ingerir comida pesada o pasar hambre (Campos Navarro (comp.), 2016: 221-280)

En la biomedicina, el cuadro de fiebre (calentura), dolor abdominal (dolor de barriga), cuadro diarreico con mucosidades (ligas blancas) y anorexia (desgano y náuseas) es compatible con una gastroenteritis aguda que provoca deshidratación y concomitantemente hundimiento de ojos (Maldonado C., Estudio sobre la medicina popular en el Valle de Comayagua en Campos Navarro (comp.), 2016: 233-234). Mis colaboradores mencionaron diarrea o estreñimiento y falta de hambre, sin mencionar dolor abdominal.

La sobada y la purga son el tratamiento del empacho, la descripción de la sobada mencionada por Chistan incluye sobar el antebrazo, la mano y el abdomen; la descrita por Densy además incluye 'los sentido' y la parte inferior del ojo. Con el objetivo de deshacer las gomas o peloteros y despegar la comida pegada en las paredes del estomago o en el caso del tránsito despegar las paredes del intestino y del estomago a causa de la falta de alimento.

La sobada reportada por Campos Navarro (comp.) (2016) incluye sobar la columna vertebral, la nuca y las piernas; chibolas es otra manera de nombrar a las gomas o peloteros:

“Se frota la nuca a cada lado de arriba hacia abajo; en los puños en donde están las pelotas, desde el brazo hacia la mano; la columna vertebral, se soba desde arriba hacia abajo y las costillas hacia afuera; las piernas se soban de abajo hacia arriba y la barriga también se soba desde arriba hacia abajo y afuera, a cada lado del ombligo.” “a veces se hacen necesarios dos o más sobitos.” (Maldonado C., Estudio sobre la medicina popular en el Valle de Comayagua en Campos Navarro (comp.), 2016:234)

Mis colaboradores refieren el uso de laxantes como aceite, sal inglesa y tomas de *cabezenegra*, llama mi atención que los purgantes usados son únicamente líquidos.

Se puede ver que los purgantes juegan un papel importante en el tratamiento médico popular. Se utilizan un gran número de sustancias para inducir las deposiciones, entre las que destacan los aceites, algunas preparaciones comerciales (laxol) e incluso algunos adsorbentes, como el bismuto (que probablemente actúa para reafirmar el bolo de las heces y, al defecar, dar la impresión de limpieza de purgas)(traducción propia) (Kendall, Foote and Martorell, *Anthropology, Communications, and Health: The Mass-Media and Health Practices. Program in Honduras en Campos Navarro (comp.)*, 2016: 246).

Christian también comentó que en ocasiones es necesario usar laxantes por más de una ocasión, sin embargo no hizo referencia a una dieta especial posterior; quizás por que seguir una alimentación específica es complicado durante el tránsito migratorio. En Honduras después de la sobada se da un purgante y se tiene a dieta especial a la persona por dos días, en los cuales solo debe comer cuajada, huevos tibios y tomar agua de manzanilla (Nazar Herrera, *Estudio sobre la medicina folklórica en el municipio de San Nicolás, Santa Bárbara en Campos Navarro (comp.)*, 2016: 250).

El empacho como enfermedad de tránsito migratorio descrita por los colaboradores, presenta únicamente algunas de las características descritas en poblaciones fijas en Honduras; también su tratamiento es adaptado a las condiciones del tránsito. Principalmente ocurre por pasar hambre y el objetivo de la sobada es despegar las paredes del estómago y del intestino pegadas entre sí, se emplea un purgante líquido adaptándose a los laxantes a los que tengan acceso durante el desplazamiento indocumentado, la dieta posterior no se da en el contexto del tránsito migratorio ya que no se cuenta con los recursos necesarios para llevarla a cabo. Durante el tránsito los síntomas relacionados con el empacho pueden ser diarrea o estreñimiento y falta de apetito, sin mencionar náusea, dolor de estómago o de cabeza.

4.b.iii. Algunas plantas medicinales

La descripción de plantas medicinales escapa a los objetivos de esta investigación sin embargo Densy mencionó varias plantas medicinales describiendo vagamente sus indicaciones terapéuticas.

El *tres punte* también se revuelve con el eucalipto para una toma, para cuándo alguien le pega un dolor de panza profundo, estreñimiento, una tomita y se tranquiliza hasta los nervios. Conozco clases de monte, hay enfermedades que, para una cortada hay un monte que le dicen *cancerina*, hay otra que le dicen canelón, se muele y se pone en la cortada como sea se seca bien, hay otra planta que le dicen albahaca a la albahaca le revuelven un monte que le dicen pico de gorrión, se lo echan y para un dolor de cabeza fuerte se lavan la cabeza con esa agua y se quita.

Para el ojo mojan el tabaco, el tabaco haya lo cosechan bastante y ya lo ponen a calentar y le amarran un trapo rojo y los envuelven y los dejan como sudados con el tabaco, sudados, primero le amarran un trapo rojo a los niños todo alrededor de su pancita y envuelto el tabaco, calentado como húmedo, todos los pulsos allí suda y lo tapan, en la muñeca, en el cuello, en el pliegue del codo, en la axila, en la corva, así ligerito hasta sudan los niños y con eso se cura el ojo, a mi hermano no le hicieron eso, y como mi mamá no venía de gente así, mi mamá venía de gente ya de pueblo o sea se la llevó mi papá para allá donde la gente es así, que cura sólo con medicina, así de monte, en Olancho curan con medicina de monte, en cortes allí hay médicos, allí hay, Cortés es más poblado, más evolucionado, más grande no, porque Olancho es el departamento más grande de Honduras, en Cortez hay hospitales, bastantes centros de salud, en Olancho es más por monte, para toda enfermedad hay un monte.

Hay otro que le dicen pito, es un monte, ese pito, hay gente que padece bastante de insomnio, sabe verdad cuando uno se duerme una tomita de eso hace hasta sudar la persona, sabe bueno es bien bueno el pito dan ganas de tomarlo, pero sí hace hasta sudar la persona, te duerme hasta que va a la cama y se duerme.

(Entrevista Densy)

La descripción de plantas medicinales ofrecida por Campos Navarro (comp.) (2016) en la sección correspondiente a Honduras es basta, Sin embargo no coinciden con las que menciona Densy, probablemente la única diferencia sea el nombre con el que se conocen en distintas regiones de Honduras.

4.c. Discusión de resultados

Se entienden por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas

OMS (s/f)

Las concepciones al respecto del proceso salud-enfermedad-atención durante el tránsito, expresadas en las entrevistas y el trabajo de campo, están íntimamente relacionadas con lo que los colaboradores aprendieron durante su infancia; también con sus circunstancias de vida, con la experiencia migratoria propia y de su grupo y con su actividad laboral. Las prácticas que implementan están condicionadas tanto por sus concepciones al respecto de la salud y la enfermedad y de los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan durante el tránsito migratorio.

Durante el trayecto migratorio los colaboradores incorporaron nuevos saberes como resultado de la experiencia y la convivencia con compañeros de viaje, estos saberes complementaron los obtenidos previo a su propia experiencia de migrar, adquiridos de la convivencia con sus grupos familiares y de amigos, de las referencias de personas de su comunidad que habían migrado y de la información obtenida de internet, redes sociales electrónicas y televisión, entre otras.

4.c.i. Concepciones de salud

Los colaboradores expresan salud en términos negativos, es decir la ausencia de enfermedad; también la asocian con movimiento expresado como capacidad para trabajar, satisfactores básicos como alimentación, higiene y seguridad física y financiera.

En tanto los colaboradores asocian salud a cubrir necesidades básicas, desde la biomedicina, salud es definida en términos de normalidad estadística para que el cuerpo pueda realizar funciones vitales de manera óptima. Sin embargo ambas formas de conceptualizar la salud incluyen, aunque expresada de distintas maneras, los componentes

de los determinantes sociales de la salud; es decir aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

La información brindada durante las entrevistas incluye narraciones de estos aspectos de las historias vitales de los colaboradores, también durante el trabajo de campo en los encuentros clínicos, tuve contacto con narraciones que incluían estos elementos de la forma de entender la salud de un grupo de transmigrantes.

Considerar una perspectiva intercultural, durante el encuentro clínico y más ampliamente durante las actividades cotidianas también relacionadas con la salud, proporciona equilibrio descriptivo e interpretativo (García-Canclini, 2004:21) y da contexto a la interacción comunicativa que ocurre entre los transmigrantes y los prestadores de servicios de salud y servicios relacionados (OIM, 2017).

Otros elementos que configuran la concepción de salud de los colaboradores son alegría y movimiento, este último referido como capacidad para el trabajo en el caso de los adultos y juego en el caso de los niños; movimiento también expresado en términos de la necesidad de migrar para procurar bienestar.

La definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006:1) propone el vínculo entre salud y bienestar sin definir lo que bienestar significa; en la concepción de salud de mis colaboradores el vínculo entre salud y bienestar también está presente.

Ellos asocian bienestar con paz, dinero, poder valerse por sí mismos, capacidad de trabajo, alegría y buena relación familiar, a su vez para poder tener dinero y cubrir necesidades básicas como alimentación, vivienda y seguridad necesitan migrar; todos los elementos anteriores forman parte de las concepciones de salud expresadas durante las entrevistas.

En un contexto violento y de inseguridad de múltiples tipos (Argueta, s/fa), salud es asociada con seguridad económica y física, también con fortaleza corporal que les permitirá realizar trabajos físicamente extenuantes; tomando en cuenta la baja escolaridad los

trabajos a los que tienen acceso son precarios, regularmente en el sector informal, temporales y sin seguridad social (PNUD, 2017).

Las concepciones al respecto del cuerpo en relación con la actividad laboral repercute en las concepciones de salud (Bolstanski, 1972 citado en Castro Pérez 2000:38, 39, 46), para mis colaboradores, la fuerza física que les permita realizar trabajo integra su concepción de salud durante la vida adulta.

Las descripciones de personas saludables y capaces de migrar también concuerdan con la descripción de personas físicamente fuertes. Personas que “trabajan bastante y en actividades que calientan el cuerpo”, esto último relacionado con la dualidad frío/caliente de la cosmovisión mesoamericana (Vargas Montero, 2010; Lorente-Fernández 2012).

La capacidad para realizar trabajo relacionada con fuerza y movimiento se vincula con la idea del cuerpo como máquina de producción, sustento del modelo económico responsable de las actuales condiciones de la nación centroamericana (Bustelo, 1988; Puyoles, 1998; Argueta, s/fa; Argueta, s/fb; Argueta, s/fc), también asociada a la idea cartesiana del cuerpo máquina vigente en la concepción biomédica de salud (Llinàs Begon, 2016; Rojas Jiménez y Chamizo Domínguez, 2019). En la idea mecanicista del cuerpo existe un punto de encuentro entre las concepciones de salud de los colaboradores y la concepción biomédica.

La capacidad para el trabajo y para ganar dinero, así como la necesidad de migrar en busca de bienestar, también están relacionados con sus concepciones de salud, a pesar de que el proceso migratorio conlleve riesgos y los exponga potencialmente a enfermar; cabe señalar que dichos riesgos son evitables.

La división entre salud física y emocional permanece presente en la concepción de salud aunque los límites en ocasiones se desdibujan. La salud física en el adulto está centrada en poder desempeñar un trabajo y conseguir el suficiente dinero para la manutención de su grupo; en un contexto de trabajos precarios y de baja calificación, las actividades laborales desempeñadas son principalmente aquellas que requieren fuerza física, es decir el uso del cuerpo de manera intensiva.

La dimensión emocional también está relacionada con poder ayudar económicamente a su grupo familiar, es en este punto donde ambas dimensiones se entrecruzan. La dimensión emocional también considera la seguridad física, en el contexto de ciudades violentas y trabajos riesgosos, evitar lesiones forma parte de su concepción de salud. La seguridad física, forma parte de la dimensión emocional ya que existe temor a las lesiones y a la invalidez, este es otro punto de encuentro entre las dimensiones física y emocional.

Al indagar sobre la división entre salud física y emocional, los límites se difuminan y existen puntos de encuentro principalmente centrados en la capacidad de trabajar y ganar dinero.

La relación de dinero y salud es referida en dos dimensiones, una personal y otra familiar o grupal, y vincula la concepción de salud física con salud emocional, ya que parte de la concepción de salud emocional incluye poder ayudar a la familia, estar bien con la familia y que el individuo y el grupo tengan necesidades básicas cubiertas y algunos satisfactores.

La relación de salud con seguridad corporal, es resultado de la violencia que aqueja a Honduras, los colaboradores tienen referentes de actos violentos que potencialmente pueden poner en riesgo su vida o su capacidad de trabajo.

Tomando en cuenta que las dimensiones física y emocional de salud se entrecruzan cuando se relacionan con un cuerpo funcional para el trabajo, capacidad de ganar dinero y de ayudar a su grupo, resulta interesante mencionar que la concepción de salud no se ve modificada por la integridad o no del cuerpo humano en tanto que siga siendo un cuerpo útil para el trabajo y para ganar dinero.

Otro componente de la concepción de salud es la transmisión del conocimiento y el aprendizaje, un adulto sano es capaz de enseñar y un niño sano es capaz de aprender. La transmisión del conocimiento al respecto del proceso salud-enfermedad-atención y del proceso migratorio, repercuten en las concepciones de salud y enfermedad durante el desplazamiento indocumentado.

El desplazamiento de emociones y significados y la formación de identidades inherentes al proceso migratorio (Hirai, 2014; Levitt y Glick Schiller, 2004), también impactan en las

concepciones de salud durante el tránsito indocumentado; durante esta etapa del proceso migratorio, salud está relacionada fuertemente con seguridad; la relación seguridad y salud durante el tránsito incluye la no deportación, evitar lesiones y protegerse de actos violentos, además de la seguridad alimentaria, alojamiento e higiene.

Recapitulando la concepción de salud tiene como eje conductor seguridad, movimiento del cuerpo y su cognición, presenta dimensiones física y emocional, individual y grupal, además de diferencias entre adultos y niños; durante la niñez salud expresada como juego y capacidad para aprender y durante la vida adulta como trabajo y capacidad de enseñar, a lo largo de la vida el componente grupal lo expresan en relación con los lazos familiares.

Los elementos fundamentales para el cuidado de la salud mencionados por los colaboradores son alimentación, higiene y cariño, privilegiando la comida que aporta mucha energía concordante con la actividad física realizada durante el trabajo, los horarios de comida también son importantes en la concepción de salud, comer en horarios irregulares los pone en riesgo de enfermar. Elementos para el cuidado mencionados exclusivamente durante la infancia son la protección y el cariño brindado por la familia; estos elementos no son mencionados durante la vida adulta.

La higiene del cuerpo, de los alimentos y de la vivienda son fundamentales para el cuidado de la salud, jamás mencionan la higiene en el trabajo. En el caso de la higiene corporal, el momento también es importante, ya que para bañarse es importante dejar enfriar el cuerpo después de haber realizado trabajo pesado.

Para los colaboradores algunas concepciones sobre alimentación, higiene y cuidado guardan relación con la dualidad frío/caliente de la cosmovisión mesoamericana, el cuidado en la vida adulta se centra en preservar su fuerza física para continuar con sus actividades laborales, dejar enfriar el cuerpo después de un trabajo caliente resulta esencial para preservar la salud y tener una vida laboral larga.

4.c.ii. Concepciones de enfermedad

Al expresar salud en términos negativos varios elementos de la concepción de salud tienen su contraparte en la concepción de enfermedad. Ambas tienen como eje conductor el movimiento expresado como capacidad para el trabajo y la seguridad individual y del grupo familiar.

Las concepciones de enfermedad al igual que las de salud presentan una dimensión física y otra emocional con una estrecha relación con la capacidad de trabajo. Si salud es tener capacidad para trabajar y ganar dinero, en oposición enfermedad es la incapacidad para llevar a cabo una actividad remunerada económicamente; también asocian enfermedad a inmovilidad física.

En su dimensión emocional, la concepción de enfermedad incluye tristeza, enojo y decepción, en una sociedad con pocas expectativas de futuro, existe decepción en distintas esferas de la vida cotidiana, al enfrentarse a violencia, dificultades para acceder a la educación escolarizada lo que los condiciona a trabajos precarios, entre otros (Argueta, s/fa).

Un adulto enfermo no trabaja y está enojado, un niño enfermo no juega y está triste. La falta de apetito forma parte de su concepción de enfermedad, para este elemento no refirieron una contraparte en su concepción de salud, sin embargo en la descripción física de un individuo sano y uno enfermo, sí refirieron elementos que concuerdan con esta característica, siendo el individuo sano alguien “gordito” y el enfermo “flaco y desnutrido”. Un individuo enfermo no aprende y tampoco enseña, este elemento sí tiene contraparte positiva en la concepción de salud.

La concepción de enfermedad también tiene una parte individual y una colectiva, la individual relacionada con malestar físico y anímico e incapacidad para el trabajo, y la colectiva con la incapacidad para transmitir conocimiento e incapacidad para ayudar a su familia. Nuevamente las dimensiones física y emocional, se entrecruzan en la concepción de enfermedad, al mencionar la parte colectiva relacionada con la incapacidad de trabajar

y ganar dinero y también con la incapacidad de transmitir conocimiento como maneras de ayudar a su grupo.

Los elementos para atender la enfermedad, están relacionados con los elementos para cuidar la salud; la higiene deficiente es considerada como un factor de riesgo para enfermar. La alimentación es fundamental para la atención de enfermedades, prefiriendo caldos o sopas y evitando comidas heladas o demasiado pesadas, nuevamente los horarios de comida son importantes ya que comer a deshoras puede ocasionar enfermedades, tal es el caso del empacho mencionado por mis colaboradores como enfermedad de tránsito por pasar hambre.

Al igual que la concepción de salud, la concepción de enfermedad tiene una dimensión física y emocional, individual y grupal, la inmovilidad, la incapacidad para trabajar y para ganar dinero y no poder ayudar a su grupo son elementos de la concepción de enfermedad, al igual que la incapacidad para aprender y para enseñar, todos estos elementos de hacen evidentes en adultos enojados y en niños tristes.

4.c.iii. Proceso salud-enfermedad-atención de un grupo de hombres migrantes hondureños en tránsito por México

Para los colaboradores, la migración forma parte de su cultura y el proceso salud-enfermedad-atención queda subordinado al proceso migratorio, si bien la salud es indispensable para el desplazamiento, lo primordial es la movilidad.

Durante el tránsito migratorio las características del proceso salud-enfermedad-atención conservan los elementos descritos en las concepciones de salud y enfermedad, esos elementos dan contexto a las prácticas de atención que implementan durante el desplazamiento indocumentado por México.

Durante el tránsito migratorio la concepción de salud es entendida como un cuerpo capaz de desplazarse y la seguridad se centra en cubrir necesidades básicas como alimentación, higiene y hospedaje; seguridad también es asociada con evitar lesiones. Todo esto es

posible gracias al conjunto de conocimientos personales y colectivos al respecto del proceso migratorio (Massey, *et al.* 2000; Yee Quintero y Torre Cantalapiedra, 2016)

Durante el desplazamiento elegir un medio de transporte y no otro, quedarse en un lugar o no hacerlo y realizar trámites, representa una manera de cuidado a la salud.

La migración internacional involucra un desplazamiento físico, de un país a otro, también involucra un desplazamiento de emociones y significados que transforman la realidad social y configura identidades (Hirai, 2014; Levitt y Glick Schiller, 2004); previo al desplazamiento físico comienza el desplazamiento de significados; es visible en la planeación y preparación para la movilidad física; si bien los colaboradores no refieren prepararse, sus acciones dan cuenta de una cultura de la migración (Massey, *et al.* 2000) que los dota del conocimiento necesario para emprender el desplazamiento.

Los transmigrantes llevan a cabo prácticas de autoatención desde que planean el desplazamiento indocumentado, este microgrupo resignifica sus saberes al respecto del procedo salud-enfermedad-atención y los adapta al contexto del proceso migratorio.

Los colaboradores enuncian objetos que llevan consigo durante el tránsito, todos con la finalidad de cuidar su salud o atender alguna enfermedad que se presente durante el desplazamiento.

Algunos objetos tienen una utilidad física de barrera, como protegerse del frío, la lluvia o los insectos, tal es el caso de la chumpa (chamarra), otros ejemplos son las bolsas de plástico o los repelentes de insectos, elementos como imágenes religiosas y la oración (Cervantes Martínez, 2016) tienen una función simbólica relacionada con la dimensión emocional de su concepción de salud.

Los fármacos dan cuenta de la apropiación de los transmigrantes de prácticas biomédicas, medicamentos, principalmente analgésicos, les ayudan a paliar síntomas y continuar con el desplazamiento (Menéndez, 2017:67; Bolstanski, 1974 citado en Castro Pérez 2000:37). Su conocimiento al respecto de algunas enfermedades los hace tomar la decisión de ignorarlas (Hersch-Martínez y Pisanty-Alatorre, 2016:552), en ocasiones simplemente dejan que la

enfermedad continúe su curso ya que se resolverá sin necesidad de atención, tal es el caso de algunas enfermedades virales respiratorias o gastrointestinales, en otras ocasiones deciden postergar la atención ya que buscarla significa poner en riesgo su proyecto migratorio.

La elección de rutas y medios de transporte, son decisiones relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención, ya que están encaminadas a procurar seguridad; esta elección la realizan tomando en cuenta el conocimiento previo sobre el proceso migratorio y la vivencia de desplazarse sin documentos. La elección de medios de transporte y rutas, evita lesiones, agresiones y deportación, cuidando las dimensiones física, emocional, individual y grupal de salud; ya que transitar por México es requisito indispensable para concretar su proyecto migratorio, con miras a trabajar en Estados Unidos para procurar la manutención personal y familiar.

El alojamiento o buscar lugares seguros para descansar, es al igual que la elección de rutas y medios de transporte una decisión relacionada con el proceso salud-enfermedad-atención. Durante el tránsito indocumentado la autoatención es la principal alternativa para solucionar los problemas de salud.

Durante el tránsito migratorio la auto atención se centra en evitar enfermedades, si no logran evitarlas las atienden empleando el conocimiento al respecto del proceso salud-enfermedad-atención en el contexto del desplazamiento indocumentado, otra estrategia es ignorar la enfermedad.

Ignorar la enfermedad, aplicado a poblaciones móviles, pone de manifiesto que durante el desplazamiento migratorio la prioridad es la movilidad, por encima de algunas necesidades como el descanso y la alimentación, incluso postergando la atención a la salud, aunque ésta sea necesaria para continuar en movimiento.

Cuando la autoatención no resulta suficiente, emplean como segunda opción acudir a algún servicio de salud entre ellos los servicios biomédicos; al presentar un evento de enfermedad que no pueden solucionar de ninguna otra manera emplean como recurso último entregarse a las autoridades migratorias para ser deportados.

Además de lo ya comentado, realizar trámites migratorios como solicitar visa humanitaria o refugio es una estrategia para preservar la salud.

El uso de aplicaciones por medio del teléfono celular, les permite buscar información durante el tránsito para encontrar hospedaje o transporte, también les permite usar mapas y geolocalización para elegir rutas. El uso de teléfonos celulares representa un elemento importante de autoatención durante el tránsito, mediante el uso de redes sociales contactan con familiares y amigos que aunado a la búsqueda de hospedaje, transporte y rutas, cubre las dimensiones física y emocional de la concepción de salud expresada por los colaboradores.

Elementos importantes para el cuidado de la salud siguen siendo la alimentación y la higiene, sin embargo durante el desplazamiento indocumentado resulta complicado garantizarlos.

Como comenté en párrafos anteriores el empacho es mencionado como enfermedad de tránsito por pasar hambre o comer a deshoras; en ocasiones acuden a los servicios de salud biomédicos refiriendo malestar gastrointestinal sin mencionar estar empachados, esto ocurre por la experiencia de que el médico ignora esta enfermedad o no estima que exista; incluso si el clínico se muestra abierto a considerar su existencia en pocas ocasiones sabe como tratarlo.

Algunos de los transmigrantes conocen distintas plantas medicinales, sin embargo su empleo es difícil durante el tránsito ya que conseguirlas resulta complicado. En el caso del empacho, algunos saben como sobar y brindan atención a sus compañeros de camino y a sí mismos, esta atención es adaptada a los recursos del tránsito.

Recapitulando durante el tránsito migratorio indocumentado la autoatención es la principal manera de solucionar los problemas de salud, las estrategias descritas por los colaboradores guardan relación con las concepciones de salud y enfermedad, teniendo como eje conductor el movimiento expresado como la capacidad de desplazarse y salvaguardar la seguridad con énfasis en elementos de alimentación, higiene, alojamiento

y evitar lesiones. De manera general salud es estar activo y en movimiento, estar enfermo es estar inactivo.

Durante el tránsito también están presentes las dimensiones individual y grupal, física y emocional de las concepciones de salud y enfermedad, estas dimensiones son evidentes en las prácticas de cuidado para evitar lesiones y deportación y la comunicación con familiares y amigos; estas concepciones sobre todo en su dimensión física están relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

4.d. Reflexiones sobre mi elección de tema de investigación, mi formación biomédica y estrategias interculturales aplicadas a la clínica con población móvil

Todos o casi todos en México conocemos a alguien que haya migrado a Estados Unidos. Desde pequeña estuve en contacto con las historias de familiares y conocidos que se habían ido, también con las historias de personas que llegaron a México y se convirtieron en mis amigos. Comencé a interesarme por lo que contaban, historias fascinantes sobre su adaptación a una nueva forma de vida, vinculadas a las experiencias en el país de origen.

Mi interés por la salud-enfermedad de los migrantes, surgió durante las rotaciones clínicas de mi formación médica en diversas instituciones de salud en la Ciudad de México.

En las instituciones de salud, mediante los expedientes clínicos de hospitales estadounidenses, mediante la elaboración de historias clínicas y la exploración física, conocí algunas historias de los que se habían ido y retornado después de una vida de trabajo, también de los que habían llegado; y observé los evidentes signos de enfermedad. Pero ¿qué ocurre con las miles de personas que pasan por nuestro país con la intención de llegar a Estados Unidos?.

Como parte de mi formación biomédica aprendí el funcionamiento “normal” del cuerpo humano y posteriormente explicaciones causales para patologías específicas, independiente de la etiología, todas las enfermedades tienen una historia “natural”, regularmente agrupadas por órganos, aparatos y sistemas.

Conforme adquirí información al respecto del funcionamiento “normal” del cuerpo humano y en oposición del funcionamiento “patológico”, comenzó el proceso paulatino de introyectar una manera de procesar la información con fines diagnósticos, asociando un conjunto de signos y síntomas a una patología determinada o a un conjunto de ellas al que denominamos síndrome.

Con una amplia gama de patologías a las que desde la biomedicina, atribuimos etiologías diversas, a grandes rasgos, podemos equiparar salud a homeostasis entendida como equilibrio dinámico, pero ¿cómo sabemos que un cuerpo está saludable?, lo establecemos tomando como referencia rangos de “normalidad” estadística.

Gracias a los avances tecnológicos actualmente podemos medir una gran cantidad de sustancias presentes en el organismo, así como distintos indicadores de las funciones vitales, otorgándoles un valor numérico y estableciendo rangos de normalidad, valores normales permiten el “correcto” funcionamiento del organismo, equiparando normalidad estadística a salud. La patología por oposición se establece cuando alguna medición arroja valores fuera del rango normal, ya sea déficit o exceso, recuperando la salud al volver al rango de normalidad establecido.

Durante el encuentro clínico, con sus múltiples variantes, ocurre la anamnesis, interrogatorio dirigido, con el fin de recopilar una lista de signos y síntomas que orientarán la exploración física y los estudios de laboratorio y gabinete pertinentes. Durante la exploración física el médico emplea los órganos de sus sentidos, apoyado o no por diversos instrumentos, para recopilar una serie de signos clínicos que orienten su diagnóstico.

Dicho brevemente el diagnóstico se obtiene al cotejar la lista de signos y síntomas obtenidos con los cuadros clínicos de las distintas patologías.

Una vez obtenido el diagnóstico se coteja con los posibles tratamientos para esa enfermedad y en la medida de las circunstancias se emplea el tratamiento de primera línea, es decir el que mejores resultados estadísticos ha demostrado.

Comunicamos al paciente el tratamiento a seguir y hablamos brevemente de la evolución y pronóstico, dando por concluido el encuentro clínico.

Al concluir mi formación médica, mis concepciones de “ser humano” y de “salud” se habían transformado: había aprendido una manera de escuchar historias y ponderar datos.

Tanto las historias escuchadas en mi infancia como las escuchadas durante los encuentros clínicos proporcionaban información sobre lo que es salud y lo que es enfermedad, desde perspectivas diferentes.

Durante mi práctica clínica si bien recababa información y la organizaba para obtener un diagnóstico y establecer un tratamiento, escuchar las historias me seguía pareciendo interesante. Notaba que mi desempeño en ocasiones facilitaba, mientras que otras veces entorpecía, el encuentro clínico y eso dependía de mi capacidad para establecer vínculos con la persona que me estaba relatando su historia.

Los vínculos podían coadyuvar a la intervención médica y hacer más agradable el encuentro clínico, pero para establecerlos necesitaba información, cuando la información con la que contaba al respecto del otro era insuficiente esta labor era imposible.

Contar con dicha información me resultaba complicado ya que en el *currículum* biomédico, poco se habla del otro en términos sociales, menos aun en términos culturales.

Durante mi formación médica progresivamente aprendí a pensar al ser humano como un conjunto de partes de cuyas interacciones emergen las funciones; es decir abstracciones a partir de las cuales explicamos las funciones vitales: las normales y también las alteradas. Considerando saludables a aquellos individuos que se acerquen lo más posible a los parámetros de normalidad.

Estudiamos cuerpos y sus funciones biológicas, y muy poco estudiamos a los seres humanos; personas que pertenecen a un grupo, con una forma de observar y comprender el mundo, con creencias y costumbres que repercuten en su salud.

Dejamos de lado las tradiciones, las creencias, los hábitos, y también los sueños, las aspiraciones y las expectativas; elementos que al igual que el cuerpo, forman parte de lo que es estar saludable y que escapan a la perspectiva biomédica.

Mi interés por la salud-enfermedad de los migrantes que atraviesan el territorio nacional hacia Estados Unidos, desde la perspectiva biomédica estaba cubierto conociendo la fisiología y la patología del cuerpo humano, podía tratar a los sujetos que se desplazan por México de la misma manera que podría tratar a cualquier otro individuo.

Sin embargo me faltaba conocer lo que los migrantes pensaban, cuáles eran sus necesidades de atención, sus creencias al respecto de la salud y de la enfermedad, qué hábitos tenían para preservar la salud y qué prácticas implementaban para recuperarla.

Durante mi práctica clínica en el albergue, me enfrenté a varias complicaciones en un inicio; por un lado mi inseguridad como médica debido a mi poca experiencia clínica, por otro el trabajar en un ambiente totalmente diferente al que conocí en las instituciones de salud en las que me formé.

Los primeros días, me fue difícil comprender el lenguaje de los huéspedes del albergue, eso de entrada dificultaba el encuentro clínico, incluso les causaba desconfianza al sentirse incomprendidos. Además resultaba interesante alternar la consulta con la convivencia en otras actividades dentro del albergue, en un inicio algo que ocupaba mi mente era encontrar una forma de establecer una diferencia entre la interacción ocurrida durante la consulta médica y el resto de actividades.

Ese proceso llevó varias semanas, conforme más interactuaba con los huéspedes más fácil resultaba el trabajo clínico, algo interesante de trabajar con población móvil es que siempre tienes que establecer nuevas interacciones y constantemente conoces gente nueva. Con algunos de los chicos que conocí en el albergue sigo manteniendo contacto; con algunos otros la interacción solo duró su tiempo de estancia en la Ciudad de México.

A pesar de que las personas cambian constantemente, tienen algo en común, comparten la experiencia de ser transmigrantes; la forma de pensar son respecto al proceso migratorio,

las decisiones que toman, la forma en la que actúan y las expectativas resultan similares. Conforme conviví con ellos logré integrarme al grupo, aunque jamás he sido parte de él; la integración favoreció grandemente mi labor como médica, conocer sus historias y sus necesidades de atención a la salud me ha permitido brindar una atención más certera.

Durante el trabajo de campo, la forma que aprendí en mis estudios biomédicos de ponderar datos con fines diagnósticos fue matizada por los datos que aprendí al respecto del proceso migratorio. Algo fundamental para mí, fue aprender a decidir tratamiento en función de las necesidades del individuo en particular y su condición de transmigrante; de no tomar en cuenta esta característica la atención brindada resulta lejana en términos simbólicos y poco pertinente, el apego al tratamiento resulta reducido incluso la propuesta de tratamiento resulta ignorada.

El tratamiento puede ser ignorado por múltiples razones, entre ellas porque se contraponga a su proyecto de movilidad, o por ser imposible de llevar a cabo bajo las condiciones del tránsito, incluso por que resulte incomprensible o sea evaluado como poco efectivo.

El conocer a este grupo me permitió ser más eficiente en mi práctica clínica, también me permitió disfrutarla más; incluso me permitió llevar acciones de cuidado a la salud fuera de las paredes del consultorio, al participar en las dinámicas de preparación de alimentos, de aseo y en algunas actividades recreativas y pláticas informales, todas estas actividades fueron consideradas por mis colaboradores como fundamentales para preservar la salud.

5. Conclusiones

5.a. Recopilación de hallazgos

El objetivo central de esta investigación fue conocer las concepciones de salud-enfermedad-atención-cuidado de transmigrantes hombres jóvenes hondureños y las prácticas de atención y cuidado a la salud que configuran desde su cultura migrante durante el desplazamiento indocumentado por México.

Las concepciones de salud y enfermedad recabadas en esta investigación guardan relación con la forma de entender y ser en el mundo de mis colaboradores, esta forma es el resultado de su historia personal y colectiva.

Las concepciones al respecto del proceso salud-enfermedad-atención y del proceso migratorio se entrecruzan y configuran las prácticas de atención a la enfermedad y cuidado a la salud durante el desplazamiento indocumentado.

Las concepciones y prácticas de los transmigrantes difieren pero también tienen puntos de encuentro con las concepciones biomédicas al respecto de lo que es salud y lo que es enfermedad; que el personal de salud y servicios relacionados conozcan las concepciones y prácticas de los migrantes en tránsito resulta fundamental para garantizar el derecho a la protección de la salud con una perspectiva intercultural.

De no ser así, la atención a los migrantes, en este caso hondureños hombres jóvenes, concebida e instrumentada exclusivamente desde la biomedicina hace a un lado los factores culturales que podrían mejorar la calidad de la atención, facilitando el acceso a los servicios y la comunicación durante el encuentro clínico, este conocimiento también contribuye a la mejora de otros determinantes de la salud como son alimentación, alojamiento, higiene y seguridad.

Además el desconocimiento del otro, resulta en una atención discriminatoria, que dificulta o niega el derecho a la protección de la salud que México se ha comprometido a brindar a todas las personas que se encuentren en su territorio independiente de su estatus

migratorio, incumpliendo lo plasmado en la constitución política y en los acuerdos internacionales que ha ratificado.

Las concepciones de salud documentadas en esta investigación, son expresadas en términos negativos; tienen una dimensión individual y una grupal, también presentan dimensiones física y emocional; todas tienen como eje conductor el movimiento del cuerpo y la seguridad de múltiples tipos.

Movimiento expresado como alegría, capacidad de trabajo y de ganar dinero, como capacidad de jugar, también como capacidad de enseñar, aprender y ayudar a su grupo familiar. Seguridad enfatiza la dimensión física y abarca seguridad económica, alimentaria, vivienda, ropa, higiene y evitar lesiones. La capacidad de trabajo y de brindar seguridad a su grupo enlaza todas las dimensiones de salud.

Las concepciones de enfermedad al igual que las de salud presentan dimensiones individual, grupal, física y emocional. En oposición a salud, son expresadas como enojo, inmovilidad e inseguridad.

La incapacidad para el trabajo o para el juego, no poder enseñar ni poder aprender, forman parte de la concepción de enfermedad, dejando desprotegido al individuo y a su grupo. Enfermedad es relacionada con inseguridad económica y física, propiciando inseguridad alimentaria, viviendas precarias, poco acceso a servicios e higiene deficiente.

Elementos fundamentales para la atención y el cuidado son higiene, alimentación y cariño; la higiene hace referencia al cuerpo, los alimentos y la vivienda. Para garantizar los elementos de cuidado y atención básicos es indispensable ser capaces de moverse para trabajar, ganar dinero y ayudar a la familia.

Las concepciones de salud y enfermedad descritas anteriormente; con sus dimensiones física, emocional, individual y grupal, están presentes en el proceso salud-enfermedad-atención durante el tránsito migratorio indocumentado.

Para los transmigrantes, la autoatención es la principal manera de solucionar los problemas de salud, las estrategias documentadas, concordante con las concepciones de salud y

enfermedad, tienen como eje conductor el movimiento expresado como la capacidad para desplazarse y salvaguardar la seguridad con énfasis en elementos de alimentación, higiene, alojamiento y evitar lesiones.

Las prácticas de atención y cuidado se centran en la alimentación, la higiene y el cariño, enfatizando la comunicación con familiares y amigos, prevenir lesiones y evitar deportación. Seleccionar los objetos para el tránsito, la elección de rutas, de medios de transporte, hospedaje y alimentos, realizar trámites migratorios y permanecer en comunicación continua con amigos y familiares son las principales prácticas de atención que implementan.

5.b. Recomendaciones: los retos de implementar atención intercultural a la salud en el contexto de movilidad desde la experiencia de trabajo con un grupo de hombres jóvenes migrantes hondureños en tránsito por México

Conocer las concepciones de salud, de enfermedad y las prácticas de atención que implementan un grupo de hombres jóvenes migrantes hondureños en tránsito por México, e indagar sobre la importancia de la salud durante el desplazamiento migratorio, me permitió identificar elementos que pueden servir para implementar atención a la salud con pertinencia cultural.

Los elementos identificados pueden contribuir a mejorar el acceso a los servicios de salud ya sea en albergues, en otras organizaciones de la sociedad civil o los brindados por el gobierno mexicano y coadyuvar en la construcción de la relación médico paciente durante el encuentro clínico; también pueden ser de utilidad para que los servicios brindados en los albergues se planifiquen tomando en cuenta las creencias y los saberes de los huéspedes.

Para el caso de población migrante residente en el país receptor, la construcción de la relación intercultural médico paciente puede ser paulatina tendiente a incluir al migrante en la sociedad de acogida, en el contexto de movilidad, construir una relación intercultural presenta el desafío de la premura.

Implementar atención médica intercultural, supone desarrollar habilidades comunicativas que permitan el entendimiento, tomando en cuenta las diferencias culturales para construir un vínculo en el que las creencias, los saberes, proyectos y expectativas de los participantes sean tomados en cuenta.

Desde mi experiencia, fue importante considerar que la construcción de este vínculo está destinada al corto plazo, a ser efímero y muy dirigido a resolver problemas concretos que acontecen durante el tránsito, para que los solicitantes de la atención puedan continuar en movimiento.

En este contexto tener la mayor información posible respecto del país de origen de los solicitantes de atención médica, me facilitó la rápida aunque efímera construcción del vínculo. Para el caso hondureño me resultó útil conocer la división geográfica, las actividades económicas, la historia reciente y las actuales condiciones de vida en el país centroamericano. Además desde la perspectiva biomédica me resultó fundamental conocer información sobre el sistema de salud junto con datos epidemiológicos de las principales enfermedades y causas de muerte que aquejan a la población.

Conocer las condiciones del tránsito por México, las patologías que se presentan y el acceso a los servicios de salud durante el desplazamiento, también resultó fundamental. Tener dominio teórico al respecto de las patologías que mayormente se presentan como motivo de consulta durante el tránsito, me facilitó la práctica clínica, permitiéndome enfocar mi atención al lenguaje verbal y no verbal del “paciente” y dirigir mis esfuerzos a establecer vínculos que facilitaran el encuentro clínico.

El trabajo de campo me proporcionó datos sobre la incidencia de enfermedades no registradas por los sistemas estadísticos hondureño y mexicano.

Conocer datos sobre Honduras, como su geografía, historia, clima, algunas costumbres, comida y actividades laborales, me permitió establecer cercanía simbólica y rescatar el origen nacional como valor de estima; conocer las causas de la migración y las

características del tránsito por México, me permitió tener presente al momento del encuentro clínico las posibles circunstancias en las que estaba inmersa la persona que en ese momento solicitaba atención médica.

Como resultado del trabajo de campo, conocer las creencias y saberes de los colaboradores al respecto del cuidado de la salud, las prácticas de atención de las distintas enfermedades y las concepciones de salud y su importancia durante el proceso migratorio, me permitió comprender que la prioridad durante el tránsito es el desplazamiento, buscando atención dirigida a paliar los síntomas.

Para la atención de población migrante en tránsito hay información que resulta importante preguntar, de primera instancia, conocer el lugar de origen no únicamente la nacionalidad sino también el departamento en el que habitaban previo al desplazamiento, proporciona datos sobre si es una comunidad rural o urbana y las posibles condiciones de vida previas a la migración, además como comenté en párrafos anteriores este tipo de preguntas ayuda a establecer cercanía.

Preguntar cuánto tiempo lleva en el país y cuánto tiempo lleva en el lugar dónde está ocurriendo el encuentro clínico, interrogar sobre el proyecto migratorio, con preguntas como ¿cuánto tiempo piensas quedarte en la ciudad? ¿cuánto tiempo piensas permanecer en el país? ¿hacia dónde te diriges?; además de ayudar a la construcción de cercanía, permiten orientar las acciones terapéuticas y brindar información que pueda ser de utilidad durante su estancia en México.

Durante las entrevistas una asociación recurrente fue salud con movimiento y alegría, por lo que proponer estancias prolongadas para protocolos diagnósticos y posibles tratamientos no solo interfiere con su proyecto migratorio, sino que se opone a su concepción de salud. En la práctica son casos aislados los que ameritan un protocolo diagnóstico que puede alargar su estancia en México, ya que la mayoría de las patologías son infecciones virales respiratorias y gastrointestinales y empacho.

Resulta indispensable dar datos de alarma de acuerdo al diagnóstico presuntivo y hablar ampliamente sobre la posible evolución, repetir la pregunta sobre cuánto tiempo pretende quedarse en la ciudad y proponer estrategias diagnósticas y terapéuticas de ser posible acorde con su proyecto de movilidad, si el diagnóstico puede interferir con su proyecto es importante platicarlo y mencionar las posibles complicaciones.

En algunos casos, cuando eligen quedarse para solicitar visa humanitaria o refugio permanecen un lapso de tres meses aproximadamente, puede ser de utilidad orientarlos sobre los servicios de salud ofrecidos por el gobierno mexicano, haciendo hincapié en su funcionamiento y limitaciones, lo que permite que los migrantes tengan expectativas reales sobre la probable atención que pueden recibir en hospitales del sector salud.

A diferencia de los servicios de salud gubernamentales o privados como los consultorios adyacentes a farmacias a los que en contadas ocasiones acuden en busca de atención médica los migrantes, los servicios de salud proporcionados en los albergues representan espacios alternativos que pueden coadyuvar en la articulación de la atención en salud con el conocimiento y la comprensión de la situación contextual de los huéspedes, recuperando la experiencia de la migración y sirviendo de conexión con servicios de salud especializados en caso necesario.

Los huéspedes en ocasiones no sienten confianza de acudir a sistemas de salud gubernamentales, confianza que sí tienen en los servicios de salud de albergues, esto es el resultado del conocimiento acumulado y transmitido entre migrantes al respecto de las posibles consecuencias negativas de acudir a los servicios gubernamentales, con narraciones en las que la atención les ha sido negada o han sido sujetos de deportación.

En los servicios médicos dentro del albergue como espacios alternativos de salud donde los médicos por distintos motivos están dispuestos a donar su tiempo para dar la consulta, aunque la mayor parte del personal ha estudiado alguna especialidad médica, el estudio de esta índole no garantiza tener la información necesaria para implementar servicios con

pertinencia cultural, por lo que es importante tomar en cuenta algunas recomendaciones de utilidad para el personal de salud.

Las recomendaciones tienen la finalidad de recapitular los hallazgos de esta investigación, haciendo énfasis en la importancia de conocer las circunstancias y concepciones del otro, quien solicita el servicio de salud y como prestador del servicio conocer las propias concepciones al respecto de salud, de enfermedad y de atención; con el objetivo de establecer un vínculo que favorezca el encuentro clínico, la comunicación efectiva y la pertinencia cultural de los servicios de salud:

- Resulta indispensable tener información sobre el país de origen de los migrantes, las causas de la migración y las condiciones del tránsito por México.
- Es útil tener en mente las enfermedades más frecuentes tanto en el país de origen como en el tránsito, conocer su fisiopatología, tratamiento y pronóstico.
- Considerar que la concepción biologicista de salud y de enfermedad que prevalece entre el personal biomédico dista de la concepción expresada por los migrantes entrevistados para esta investigación, quienes relacionan salud con movimiento, alegría, capacidad de trabajo y seguridad física y económica, en tanto que enfermedad la relacionan con pasividad, enojo, tristeza e incapacidad para el trabajo.
- Preguntar sobre el proyecto migratorio en el entendimiento de qué algunos migrantes priorizan la movilidad, supeditando el resto de sus actividades a sus planes de desplazamiento.
- Brindar información sobre las posibilidades de atención médica durante el tránsito.

También resulta relevante prestar atención al trabajo que realizan otros voluntarios no médicos dentro del albergue, que al igual que el trabajo médico tiene injerencia en la salud de los huéspedes. Tomar en cuenta algunas actividades y proporcionar información que los

entrevistados relacionaron como importantes para el cuidado a la salud puede contribuir a brindar servicios pertinentes.

Información sobre medios de transporte y hospedaje en albergues, siempre es solicitada por los migrantes y cómo expresaron los colaboradores durante las entrevistas relacionan con el cuidado a la salud seleccionar rutas y medios de transporte que les permita prevenir la posibilidad de ser víctimas de actos violentos.

Los colaboradores, además de mencionar la información sobre rutas seguras como elemento para el cuidado de la salud durante el tránsito, reiteraron la importancia de la alimentación y la higiene para el cuidado y la atención a la salud.

El funcionamiento del albergue puede mejorarse, lo que se lograría al ajustar los horarios de comidas con los horarios acostumbrados por los huéspedes, previniendo así que enfermen de empacho; es importante considerar que los colaboradores mencionaron que la alimentación y la higiene forman parte central del cuidado a la salud y que modifican sus hábitos higiénico dietéticos temporalmente, como práctica de auto atención para enfermedades determinadas.

También resulta primordial hacer énfasis en las medidas higiénicas, con reglas que estipulen el aseo del recién llegado antes de ingresar a los dormitorios y la revisión y aseo de sus pertenencias en busca de plagas como: chinches, pulgas, piojos y cucarachas; también es indispensable reforzar las medidas higiénicas para la preparación de alimentos, con lo que se evitarán infecciones gastrointestinales.

También el personal voluntario no médico del albergue hace su trabajo con más eficiencia, al conocer información sobre el país de origen de los huéspedes, al igual que ocurre con el personal de salud, lo que les permitirá establecer vínculos para brindar una mejor atención y comunicarse de una manera más efectiva con los migrantes.

En el caso del albergue, el trabajo conjunto entre los voluntarios tanto del área médica como de los voluntarios encargados del ingreso de los huéspedes y las actividades como

limpieza de la casa y preparación de alimentos, favorecen el entrecruce del derecho a la protección de la salud con el reconocimiento de la diferencia; además, considero que la información plasmada en este texto también es de utilidad para otros prestadores de servicios de salud que trabajen con población migrante en tránsito.

Algunos de los pendientes de esta investigación son realizar un estudio etnográfico sobre el acceso a los servicios de salud gubernamentales y la pertinencia cultural de esos servicios. También pueden obtenerse datos valiosos para la comparación al realizar trabajo etnográfico en las fronteras Sur y Norte de México y extender el estudio a nacionales de Guatemala y El Salvador; y a grupos familiares, mujeres y menores no acompañados, quienes fueron excluidos de esta investigación.

6. Referencias

- Achotegui J. (2009) Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises), *Gaceta Médica de Bilbao*, volumen 106, España, pp. 122-13.
- Acuerdo regional de procedimientos migratorios CA-4 para la extensión de la visa única centroamericana alcances del tratado marco y la movilidad de personas en la región (30/06/2005) Tegucigalpa, Honduras pp. 1-22
- Acuña, G., Herra, E., y Voorend K. *et al.* (2011). Flujos migratorios laborales intrarregionales: situación actual, retos y oportunidades en Centroamérica y República Dominicana, Informe de Honduras. Organización Internacional para las Migraciones OIT; Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana SICA, Red de Observatorios del Mercado Laboral, OLACD, AECID, San José, Costa Rica, pp. 1-104
- Amnistía internacional (2010) Víctimas invisibles migrantes en movimiento en México, Madrid, España, pp. 1-44
- Ap (14/05/2019) San Pedro Sula: Penurias donde nacen las caravanas migrantes, diario *La Jornada*, México, recuperado de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2019/05/14/san-pedro-sula-las-penurias-donde-nacen-las-caravanas-migrantes-8437.html> Fecha de consulta 20/05/19 16:30 horas.
- Aparicio-Cabrera A. (2013), Historia económica mundial siglos XVII-XIX: revoluciones burguesas y procesos de industrialización, *revista Economía Informa*, núm. 378, enero-febrero, UNAM, Ciudad de México, pp. 60-73.
- Arango Joaquín (2007), "Las migraciones internacionales en un mundo globalizado", *revista Vanguardia Dossier*, no. 22, España, págs. 6-15.
- Araya-Pochet C. (1979), El enclave minero en Centroamérica 1880-1945: un estudio de los casos de Honduras, Nicaragua y Costa Rica, *Revista de Ciencias Sociales*, 17-18, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, pp. 13-59.
- Argueta M. (s/fa), Violencia en Honduras causas y tipos, *Diario El Heraldo*, Opinión, Columnistas, Honduras, recuperado de <https://www.elheraldo.hn/opinion/columnas/1046647-469/violencia-en-honduras-causas-y-tipos>, Fecha de consulta 20/05/19 16:30 horas.
- Argueta M. (s/fb), Impunidad y violencia que históricamente ha enfrentado Honduras, *Diario El Heraldo*, Opinión, Columnistas, Honduras recuperado de <https://www.elheraldo.hn/opinion/columnas/1207213-469/impunidad-y-violencia-que-hist%C3%B3ricamente-ha-enfrentado-honduras> Fecha de consulta 20/05/19 16:30 horas.

- Argueta M. (s/fc), Investigando la migración hondureña, *Diario El Herald*, Opinión, Columnistas, Honduras, recuperado de <https://www.elheraldo.hn/opinion/columnas/1231579-469/investigando-la-migraci%C3%B3n-hondure%C3%B1a> Fecha de consulta 20/05/19 16:30 horas.
- Astorga Morales, A. (2017). La región del Triángulo Norte Centroamericano y el círculo vicioso: violencia, pobreza y migración. *Revista Conjeturas Sociológicas*, 5(12), enero-abril 2017, El Salvador, pp. 10-32
- Ávila A. (2013) Informe sobre estaciones migratorias en Iztapalapa, Puebla y Saltillo del Instituto Nacional de Migración, Observatorio ciudadano de los Derechos Humanos del migrante, Instituto para la Seguridad y la Democracia, A.C. Insyde, México, pp. 1-50.
- Barahona, M. (1995) Honduras. El estado fragmentado (1839-1876), en Taracena, A., y Piel, J. (Editores) *Identidades nacionales y estado moderno en Centroamérica*. Centro de estudios mexicanos y centroamericanos, pp. 97-114
- Barrachina Lisón C. (2016) *Democracia, Política y Violencia en Honduras (2006-2014)*, *Revista Península*, volumen XI, número 1, enero-junio de 2016, Universidad Nacional Autónoma de México, Mérida México, pp. 25-64
- Blanco Mercedes (2012) ¿Autobiografía o autoetnografía?, *Revista de Ciencias Sociales Desacatos*, número 38, enero-abril, México, pp. 169-178
- Blazquez Graf Norma (2012) *Epistemología feminista: temas centrales en Blazquez Graf, Norma, Flores Palacios, Fátima y Ríos Everardo, Maribel (coordinadoras) Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*, Colección Debate y Reflexión, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología UNAM, México, pp. 21-38
- Bustelo, F. (1988) *Economía y prehistoria*, Documento de trabajo No. 8805, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Complutense, Campus de Somosaguas, 28023, Departamento de Historia e Instituciones Económicas, Madrid, pp. 1-15.
- Cabieses, Báltica, Gálvez, Piedad, & Ajraz, Nassim. (2018) Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 35(2), Perú, pp. 285-291.
- Campos-Navarro Roberto (2007), *La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud*, en Patrizia Quattrocchi y Miguel Güémez Pineda (coordinadores) *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Asociación de investigaciones etno-antropológicas y sociales de Trieste, Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la Uady, Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades de la UNAM Mérida, Instituto para el desarrollo de la cultura Maya del Estado de Yucarán, Comisión Nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas delegación Yucatán, México, pp. 115-131

- Campos Navarro, Roberto (compilador) (2016), El empacho en Centroamérica aproximación antropológica a una enfermedad popular, Editorial Universidad Estatal a Distancia EUNED, Costa Rica, pp. 221-280.
- Canales Alejandro I. y Rojas W. Martha Luz (2017) Panorama de la migración internacional en México y Centroamérica, Resumen Ejecutivo, Reunión Regional Latinoamericana y Caribeña de expertas y expertos en Migración Internacional preparatoria del pacto mundial para una migración segura, ordenada y regular, OIM, ONU, CEPAL, Santiago de Chile, pp. 1-15
- Casa de los amigos (21/06/2012) Victoria: la inauguración de TOCHAN, recuperado de <https://www.casadelosamigos.org/victoria-la-inauguracion-de-tochan/> consultado 17 de abril 2019, 00:30 horas
- Casillas R., (2015) Notas para entender la migración: instituciones gubernamentales y política migratoria mexicanas en los albores del siglo XXI. *Migración y desarrollo*, volumen 13, número 24, Zacatecas México pp. 47-80.
- Castillo Manuel Ángel (2003) Los desafíos de la emigración centroamericana en el siglo XXI, *Amérique Latine Histoire et Mémoire Les Cahiers ALHIM* [En línea], volumen 7, Publicado el 14 febrero 2005, consultado el 26 abril 2019.
- Castro Pérez, Roberto (2000) La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Cuernavaca Morelos México, pp. 1-539.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2011) Diagnóstico y manejo del estrés postraumático, guía de práctica clínica, Ciudad de México, pp. 1-50.
- Cervantes Martínez, Maya (2016) Sólo le pido a Dios protección y salud: entrecruce de salud y religión en migrantes centroamericanos indocumentados en su paso por México, Tesis de Maestría en estudios culturales, México, El Colegio de la Frontera Norte A.C. pp. 1-123.
- Diccionario Panhispánico de dudas (2005) Mesoamérica, Madrid España, Real Academia Española, recuperado de <https://www.rae.es/dpd/Mesoam%C3%A9rica> fecha consulta 28/07/2021 00:15 horas
- Dirección General de Planeación y Desarrollo En Salud DGPLADES (2005). Los sistemas de atención a la salud: una visión desde la antropología médica y la teoría de sistemas, secretaría de salud subsecretaría de innovación y calidad, México, pp. 1-30
- Ellis, Adams y Bochner (2019) Autoetnografía: un panorama en Bénard Calva, Autoetnografía Una metodología cualitativa, Universidad Autónoma de Aguascalientes, El Colegio de San Luis, A.C. México, pp. 17-41
- Escobar Triana, J. (2010). La globalización del paradigma biomédico: biotecnología y ciencia vs la medicina como profesión histórica, Universidad El Bosque, *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 5 número 2, Bogotá, pp. 94-102

- Esteve Fabregat, C. (2013), El mestizaje en América, *Revista Tiempo y Espacio*, 30, Universidad del Bío/Bío, Chillán, Chile, pp. 201-226
- Falero, Alfredo (2015) La expansión de la economía de enclaves en América Latina y la ficción del desarrollo: siguiendo una vieja discusión en nuevos moldes, *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, vol. 1, Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias Estado de México, México, pp. 145-157
- Flores-Fonseca M.A. (2014), Factores contextuales de la migración internacional de Honduras, en González-Becerril, Montoya-Arce y Barreto-Villanueva (Coords.), *Hitos Demográficos del Siglo Internacional*, México, Universidad Autónoma del Estado de México, México, pp. 95-124.
- Franco-Giraldo A. (2016) Salud global: una visión latinoamericana, *Revista Panameña de Salud Pública*, volumen 39 número 2, Panamá, pp. 128–136.
- Fuentes A. (21/02/2019) Amputados por La Bestia, Chiapas, México, *Diario Ultimatum*, <https://ultimatumchiapas.com/amputados-por-la-bestia/> fecha consulta 28/04/2019 00:15 horas
- García J. (05/04/2018) La caravana de migrantes renuncia a llegar a Estados Unidos, Matías Romero (Oaxaca), *diario El País internacional*, recuperado de https://elpais.com/internacional/2018/04/04/actualidad/1522859551_430721.html fecha de consulta 28/04/2019 00:50
- García Maradiaga Andrea Estefania (2015) Políticas públicas y pobreza desde el caso de Honduras, *Revista CIS*, número 19, Noviembre, Honduras, pp. 59 – 81.
- García-Canclini Néstor (2004) *Diferentes, Desiguales y Desconectados*, Mapas de la interculturalidad, Gedisa, Barcelona España, pp. 13-26
- Garibo García (2016) Migración centroamericana en tránsito por México en el marco de la externalización de la frontera estadounidense: Plan Sur y Plan Frontera Sur, *Revista Punto cu norte revista académica del centro universitario del norte*, número 3, formas de migrar, Julio - diciembre 2016, Universidad de Guadalajara, México, pp. 71-112
- Gómez García P. (2013), Hacia una concepción de la antropología desde un enfoque complejo, *Pensamiento*, vol. 69, núm. 261, Universidad de Granada, España, pp. 717-733
- Heredia Zubieta y Durand (2018) Los migrantes, los gobiernos y la sociedad civil en el sistema migratorio norte-mesoamericano, DPM06, documentos de política migratoria, abril 2018 Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE)-Programa Interdisciplinario en Estudios Migratorios (CIDE-MIG), México, pp. 1-23
- Hersch-Martínez y Pisanty-Alatorre (2016) Desnutrición crónica en escolares: itinerarios de desatención nutricional y programas oficiales en comunidades indígenas de Guerrero, México, *Salud colectiva*, volumen 12, número 4, México, pp. 551-573.

- Hirai Shinji (2014), La nostalgia. Emociones y significados en la migración transnacional, *Revista Nueva Antropología*, volumen 27, número 81, julio-diciembre pp. 77-94.
- Holzapfel C. (2014), *Ser-humano (Cartografía antropológica)*, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, Cinta de Moebio Ediciones, Santiago de Chile, pp. 24-26
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2018), Características de la Población Hondureña 2018, Honduras, recuperado de <https://www.ine.gob.hn/V3/2018/07/11/caracteristicas-de-la-poblacion-hondurena-2018/> fecha consulta 28/05/19 00:15 horas
- International Organization for Migration (IOM) (2017), World Migration, Global Migration Flows, Recuperado de <http://www.iom.int/world-migration> fecha consulta 23/05/19 01:25 horas
- Izcará Palacios Simón Pedro (2017) Etiología del tráfico de migrantes en México: relevancia de los factores de atracción, *Revista Norteamérica revista académica del CISAN UNAM*, Año 12, número 2, julio-diciembre de 2017, México, pp. 29-55
- Laínez, V. y Meza, V. (1973), El enclave bananero en Honduras, *revista Nueva Sociedad*, número 6, mayo-junio, Buenos Aires Argentina, pp. 21-43.
- Levitt, Peggy y Glick Schiller Nina (2004), "Perspectivas internacionales sobre migración: conceptualizar la simultaneidad", *revista Migración y Desarrollo*, segundo semestre, Zacatecas México, pp, 60-91
- Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal (2011) Centro de documentación Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V legislatura, Publicada en la gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de abril de 2011, Ciudad de México, pp. 1- 11.
- Ley General de Población (2009) Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios Centro de Documentación, Información y Análisis, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de enero de 1974 última reforma publicada DOF 17-04-2009, Ciudad de México, pp. 1- 29.
- Leyva Flores René, Infante César, Serván-Mori Edson, Quintino Frida y Silverman-Retana Omar (2015) "Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México", CANAMID Policy Brief Series, PB05, CIESAS: Guadalajara, México, pp. 1-14.
- Leyva Flores, Infante Xibillé, Quintino Pérez (2016) Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos México, pp. 1-150.
- Llinàs Begon Joan Lluís (2016) El cuerpo como máquina: la aportación del dualismo cartesiano al desarrollo de la ciencia moderna, *Revista Internacional de Filosofía Daimon*, Suplemento 5, Universidad de Murcia, España, pp. 437-443.

- López Arellano María Blanca (2014) Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, Sin Fronteras IAP, México, pp. 1-53.
- López-Recinos Vladimir (2013) Desarrollo, migración y seguridad: El caso de la migración hondureña hacia Estados Unidos, *Revista Migración y Desarrollo*, Segundo semestre 2013, Volumen 12 Número 21, zacatecas México, pp. 65-105
- Lorente Fernández D. (2012), El «frío» y el «calor» en el sistema médico nahua de la Sierra de Texcoco. Una aproximación, *Revista Española de Antropología Americana*, volumen 42, número 1, España, pp. 243-266
- Lothar Weiss Thomas y López Chaltelt Pedro Arturo (2011), México políticas públicas beneficiando a los migrantes, OIM, México, pp. 101-133.
- Lugo Garfias M. E. (2015) El derecho a la Salud en México problemas de su fundamentación, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México pp. 1-254.
- Mandujano I. (25/04/2019) Encinas descarta riesgos de enfermedades al visitar albergues de migrantes en Chiapas, México, *Revista Proceso en línea*, recuperado de: <https://www.proceso.com.mx/581289/encinas-descarta-riesgo-de-enfermedades-al-visitar-albergues-de-migrantes-en-chiapas> fecha consulta 28/04/19 00:15 horas
- Márquez-Guevara F. A. (2017), La antropología filosófica y el problema del hombre. Hacia una concepción de lo humano en Centroamérica, *Revista de filosofía de la Universidad de Costa Rica*, LVI (144), Enero-Abril 2017, San José de Costa Rica, pp. 103-109
- Martínez (22/01/2019) La riqueza mundial se concentra en 26 personas y la pobreza crece, alerta la Oxfam, *Periódico El Economista*, México, recuperado de <https://www.economista.com.mx/economia/La-riqueza-mundial-se-concentra-en-26-personas-y-la-pobreza-crece-alerta-la-Oxfam-20190123-0075.html> Fecha de consulta 20/05/19 16:30 horas.
- Martínez Pizarro J. (2007) Feminización de las migraciones en América Latina: Discusiones y significados para políticas, Seminario mujer y migración Región de la Conferencia regional sobre migración, San Salvador, El Salvador pp. 125-131.
- Massey D, Arango J, Graeme H, Kowaouci A, Pelegrino A y Taylor J.E. (2000), "Teorías sobre la Migración Internacional: Una reseña y una evaluación", *revista Trabajo Migraciones y mercados de trabajo*, Año 2, Número 3, enero-junio 2000, Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, pp. 5-50
- Médicos Sin Fronteras (2017), Forzados a huir del triángulo norte de Centroamérica, mayo 2017, Ciudad de México, Nueva York, Río de Janeiro, Barcelona, pp. 1-31, recuperado de <http://www.msf.mx/document/forzados-a-huir-del-triangulo-norte-de-centroamerica-una-crisis-humanitaria-olvidada>.
- Meissner, *et al.* (2006), La Inmigración y el futuro de los Estados Unidos: un nuevo capítulo, Resumen ejecutivo Grupo de trabajo sobre inmigración y el futuro de los Estados

- Unidos, Instituto de política migratoria Manhattan Institute for policy research, Nueva York, pp. 1-31.
- Mena Cabezas I. (2008), Tradición y cambio cultural en los chortís de Honduras, *Gaceta de Antropología*, 24 (2), artículo 47, Honduras, pp. 1-14.
- Menéndez E y Di Pardo R. (1996), De algunos alcoholismo y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. CIESAS, México, pp. 47-74.
- Menéndez E. (1994), La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?, *Revista Alteridades*, volumen 4, número 7, 1994, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, Ciudad de México, pp. 71-83.
- Menéndez E. (2005), Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, volumen 14, Universidad Complutense de Madrid, España, pp. 33-69
- Menéndez E. (2017) Interculturalidad en salud dudas, limitaciones y repliegues en Gil García y Vicente Martín (coord.) *Medicinas y cuerpos en América Latina debates antropológicos de la salud y la interculturalidad*, Ediciones Abya-Yala, Quito, pp. 53-97.
- Meñaca Arantza (2007), Sistema Sanitario e Inmigración. El papel de la cultura, en Mari Luz Esteban (ed.), *Introducción a la antropología de la salud Aplicaciones teóricas y prácticas, asociación por el derecho a la salud, asociación para la defensa de la salud pública*, Bilbao, España, pp. 103-116
- Michalewicz A., Pierri C., Ardila-Gómez S. (2014), Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización, *Anuario de Investigaciones*, vol. XXI, Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina, pp. 217-224
- Mombello L. (2006) Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. La cercanía barrial y la acción institucional, en Elizabeth Jelin (Dir.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES), Buenos Aires Argentina, pp. 103-116
- MSF en la ruta de migrantes y refugiados (s/f) recuperado de <https://www.msf.mx/MigrantesyRefugiados> fecha consulta 29/04/19 11:45 horas
- Muñoz A. (14/03/2019) Limpia masiva de corrupción en migración: Sánchez Cordero, *diario La Jornada*, México, recuperado de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2019/03/14/limpia-masiva-de-corrupcion-en-migracion-sanchez-cordero-3932.html> fecha consulta 29/04/2019 20:00 horas
- Navarro K. (30/01/2019), Caravana migrante, visibilidad para centroamericanos en tránsito por México, (Agencia Informativa Conacyt) *Ciencia MX noticias*, Ensenada, Baja California. Recuperado de <http://www.cienciamx.com/index.php/ciencia/humanidades/25247-caravana-migrante-centroamericanos-colef> fecha consulta: 27/04/19 22:55 horas.

- Ocaño M. (23/04/2019) Tráfico de migrantes deja 2.3 mmdd, *Diario Excelsior*, San Diego, recuperado de https://www.excelsior.com.mx/global/trafico-de-migrantes-deja-23-mmdd/1308893?fbclid=IwAR2bVQRdMmhCjPN7li5pQfwr8MB7twPrRIEwrkAxWmbgjsRJm_3LgY_qsRI fecha consulta: 05/05/19 00:23 horas.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2014), Hechos y cifras, recuperado de <http://oim.org.mx/hechos-y-cifras-2> fecha consulta: 21/04/19 01:52 horas.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2017) Migraciones e Interculturalidad: Guía para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades en comunicación intercultural, Buenos Aires, Argentina, pp. 1-40.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2018), Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2018, OIM, Ginebra Suiza pp. 1-388.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2019), Glosario de la OIM sobre migración, Derecho internacional sobre migración número 34, Ginebra Suiza pp. 1-257.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (s/f), "Migración e historia", en Volumen Uno: Fundamentos de Gestión de la Migración, OIM, Ginebra Suiza, pp. 6-23
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (s/f), Programas y proyectos, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, Contenido principal, Conceptos clave, Cuáles son los determinantes sociales de la salud?, recuperado de https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/ Fecha de consulta 12/06/2021 00:25 horas
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos, Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N°1, julio de 2002, Francia, pp. 1-32.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006), Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006, pp. 1-18 recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf&ved=2ahUKEwi7pduKh53yAhUSUa0KHVJAAWMQFnoECAoQAQ&usg=AOvVaw1z9aP1F7WPwXlhXCg6NlpN fecha de consulta 11/06/2021 23:35 horas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008), El derecho a la salud, Folleto informativo N° 31, GE.08-41064–June 2008–6,570, Ginebra Suiza, pp. 1-65
- Ortega Souza (04/11/2018) Causas de la migración, *Diario El Heraldo*, Opinión, Columnistas, Honduras recuperado de <https://www.elheraldo.hn/opinion/columnas/1230683-469/causas-de-la-migraci%C3%B3n> Fecha de consulta 20/05/19 16:30 horas.
- Pries L. (1999), "La migración internacional en tiempos de globalización. Varios lugares a la vez". *Revista Nueva Sociedad*, número 164, noviembre – diciembre, Buenos Aires Argentina, pp. 56-68.

- Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2017), Honduras en breve, Recuperado de <http://www.hn.undp.org/content/honduras/es/home/countryinfo.html> Fecha de consulta 22/02/19 01:30 horas.
- Puerta R. (2005), Entendiendo y explicando la migración hondureña hacia Estados Unidos, Cuarta jornada Parte 2, Seminario Permanente sobre Migración, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, México, recuperado de: <https://youtu.be/PYOisLWhlMI>.
- Puerta, R. (2012). Entendiendo y explicando la migración hondureña a Estados Unidos. Población y Desarrollo, Argonautas y Caminantes, 2, 65-84. <https://doi.org/10.5377/pdac.v2i0.829> Fecha de consulta 27/01/19 13:45 horas.
- Puyoles, C. (1998), El origen de la economía de producción un proceso sin ruptura o una ruptura sin proceso. Análisis de algunas evidencias en el Mediterráneo occidental, *Quaderns de Prehistòria Arqueologia de Castelló*, 29, Universitat Jaume I. Campus de Barriol, Castellón de la plana, España, pp. 27-42.
- Ramírez Urrea I. (2013) Ensayo de opinión: ¿Qué pasa en Honduras?, *Revista Divergencia*, número 3, año 2, enero - junio 2013, Santiago de Chile, pp. 133-156
- Reguillo Rossana (2008) Las múltiples fronteras de la violencia jóvenes latinoamericanos entre la precarización y el desencanto, *Revista Pensamiento iberoamericano*, Número 3, Secretaría General Iberoamericana, España, pp. 205-225
- Reig-Botella, Clemente Díaz, Sangiao Bastida (2018) Migración y síndrome de Ulises: ser nadie en tierra de nadie, *Barataria Revista castellano-manchega de ciencias sociales*, número 24, España, pp. 27-43
- Ríos Vargas (2014), En mis pasos las huellas de la violencia: cartografía de la violencia en la migración de tránsito indocumentada por México, Tesis de Maestría en Antropología Social, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, pp. 1-180.
- Rojas Jiménez, Alejandro y Chamizo Domínguez Pedro (2019) El dualismo cartesiano y su relación con la nueva medicina a la luz de su correspondencia, *Revista Kriterion, Belo Horizonte*, número 143, Universidad de Málaga. Málaga, Andalucía, España pp. 239-256.
- Romero Contreras, Alejandro Tonatiuh y Ávila Ramos Laura (1999) Mesoamérica: historia y reconsideración del concepto, *Ciencia ergo-sum Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, volumen 6 número 3, noviembre 1999 – febrero 2000, Universidad Autónoma del Estado de México, México, pp. 233-242.
- Salaberria Irizar y Del Valle Sánchez Haro (2017) Estrés migratorio y salud mental, *Revista Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, volumen 25, número 2, España, pp. 419-432.
- Salaverry O. (2010) Interculturalidad en Salud, *Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Pública*, volumen 27, número 1, Perú, pp. 80-93.

- Sampó C. (2013) Violencia en Centroamérica las *Maras* en El Salvador, Guatemala y Honduras, *Revista ESD Estudios de Seguridad y Defensa*, número 2, diciembre 2013, Santiago de Chile, pp. 139-158
- Sancho V. (25/04/2019), Polleros cobran hasta 200 mil pesos por migrante, *Diario El Universal*, México, Recuperado de <https://www.eluniversal.com.mx/MUNDO/POLLEROS-COBRAN-HASTA-200-MIL-PESOS-POR-MIGRANTE> fecha de consulta 22/04/2019 22:20 horas.
- Santos Padrón H., Limón Mercado N., Martínez Calvo S., (2016), La atención de los migrantes centroamericanos en los servicios de Salud en Tabasco, 2012-2014, *Revista Horizonte sanitario*, volumen 15, número 3, México, pp. 143-153.
- Semple Kirk (05/04/2018) Así es la caravana migrante criticada por Trump, *Diario The New York Times*, América Latina recuperado de https://www.nytimes.com/es/2018/04/05/caravana-trump-mexico/?ref=collection%2Fsectioncollection%2Fnyt-es&action=click&contentCollection=caravana-migrante®ion=stream&module=stream_unit&version=latest&contentPlacement=36&pgtype=collection fecha de consulta 28/04/2019 00:20 horas
- Soto Quirós R. y Díaz Arias D. (2007), Mestizaje, indígenas e identidad nacional en Centroamérica: de la colonia a las Repúblicas Liberales, Cuaderno de ciencias sociales, 143, Sede Académica, Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), San José de Costa Rica, 1-164 pp.
- Sutcliffe, B. (1998), "La historia de las migraciones", en Bon Sutcliffe, *Nacido en otra parte: Un ensayo sobre la migración internacional, el desarrollo y la equidad*. Bilbao Hegoa, pp. 55-64.
- Temores-Alcántara G, Infante C, Caballero M, Flores-Palacios F, Santillanes-Allande N. (2015), Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México, *Salud Pública México*, volumen 57, Número 3, Ciudad de México, pp. 227-233.
- Torre-Cantalapiedra E. y Yee-Quintero J. (2018). México ¿una frontera vertical? Políticas de control del tránsito migratorio irregular y sus resultados, 2007-2016. *Revista Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, XVI (2), Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México, pp. 87-104.
- Vargas Carrasco F. (2018), El vía crucis del migrante: demandas y membresía, *Revista Trace*, número 73, Centro de Estudios mexicanos y centroamericanos CEMCA, enero 2018, México, pp. 117-133
- Vargas Montero Guadalupe (2010), La cosmovisión de los pueblos indígenas", en Rosío Córdova Plaza (coord.), *Atlas del patrimonio natural, histórico y cultural del estado de Veracruz*, volumen III, Universidad Veracruzana, Comisión para la conmemoración del

centenario de la Revolución y el Bicentenario de la Independencia en Veracruz, Xalapa, pp. 105-126.

Yee Quintero José Carlos y Torre Cantalapedra Eduardo (2016), Lidiando con la frontera vertical: estrategias migratorias de los hondureños en tránsito por México, *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana REMHU*, Brasília, Año XXIV, mayo-agosto 2016, número 47, Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios Brasília, Brasil, p. 97-114.

7. Anexos

7.a. Glosario

En esta sección enlisto por orden alfabético palabras que los entrevistados usan comúnmente, estas fueron las palabras que me resultaron desconocidas y la forma en que los entrevistados las definieron.

Bestias: cargadores

Bolo: borracho, ebrio / debilidad física

Buzo: pantalón para dormir, ropa térmica.

Chinear/ chineado: sinónimo de guindar, cargar a un niño en brazos, arrullar a un niño

Chumpa: Chamarra

Cipote: sinónimo de güirro, niño, muchacho, chamaco.

Dolama: dolor muscular y/o articular.

Güirro: sinónimo de cipote, niño, muchacho, chamaco

Guindar: sinónimo de chinear, cargar a un niño en brazos, arrullar a un niño

Montes: plantas medicinales que crecen de manera silvestre.

Muleros/ mulas: cargadores

Pucha: expresión usada para enfatizar una idea, demostrar admiración o asombro

Pulpería: tienda, parecida a tienda de abarrotes

Sólido: cuando hace referencia a un lugar; lugar solo, desolado, vacío.

Tomas: infusiones con plantas medicinales

7.b. Guía de entrevista y cuestionario del albergue

Fecha			
Lugar de entrevista			
Nombre (seudónimo)			
Edad			
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento			
Lugar de residencia al momento de la migración y tiempo de residencia			
Escolaridad			
Estado civil			
Número de hijos			
Número de hermanos (lugar entre los hermanos / #)			
Religión			
Ocupación previa a la migración			
Grupo étnico			
Inglés			
Cruce documentado			
Fecha de salida de Honduras			
Fecha de llegada a México			
Fecha de llegada al lugar de la entrevista			
	Concepciones y prácticas de salud, enfermedad y atención		Referentes y experiencia migratoria
Retrospectiva	¿se enfermaba mucho de pequeño? ¿de que se enfermaba? ¿cómo sabía que estaba enfermo? ¿Cómo se sentía? ¿por qué se	Cuénteme un día durante su infancia Cuénteme un día en su país	¿Conoce a alguien que haya migrado? ¿Qué relación tiene usted con esa persona? ¿por qué esa persona decidió migrar? ¿Cómo era esa persona (descripción física;

	<p>enfermaba? ¿que hacían para que se curara?</p> <p><u>usted enfermaba más, menos o igual que su familia y amigos</u></p> <p>¿Qué actividades dejaba de hacer cuando estaba enfermo? ¿había cuidados especiales (ropa, comida o actividades específicas) para la gente enferma?</p> <p>¿Cómo era su salud de niño? / ¿usted considera que de niño era sano? ¿por qué?</p> <p>¿Qué hacían para que usted estuviera sano?</p> <p>¿cómo sabía que estaba sano?</p> <p>¿Cómo describiría a un niño sano (incluir cuerpo)? ¿cómo describiría a un niño enfermo? ¿cómo se comporta un niño sano? ¿cómo se comporta un niño enfermo?</p> <p>¿Alguien de tu familia se enfermaba con frecuencia o tenía una enfermedad crónica?</p>		<p>joven/vieja, alta/baja, flaca/gorda, carácter, estado de salud, etcétera)?</p> <p>¿Qué hizo esa persona para poder migrar, cómo se preparó?</p> <p>Usted ¿Cuándo decidió migrar? ¿por qué? ¿por qué decidió migrar hacia Estados Unidos (de ser el caso)? ¿Qué hizo para poder hacerlo o para poder llevarlo a cabo? ¿cómo se preparo para migrar (considerar información, revisión médica, religión, dinero, etcétera)?</p>
--	--	--	---

	<p>¿Cómo considera su salud al momento de migrar o usted considera que estaba sano al momento de decidir migrar?</p> <p>¿cómo considera su salud en comparación con las personas que lo rodeaban?</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que se enfermó? ¿De qué se enfermó?</p> <p>¿qué fue lo que hizo? ¿por qué considera que se enfermó?</p> <p>¿qué enfermedades se presentan con mayor frecuencia en su país, quienes las presentan, por qué, quién las cura y cómo?</p>		
<p>Presente (incluyendo tránsito)</p>	<p>¿Ha enfermado de algo durante su viaje? ¿de qué? ¿Qué ha hecho para solucionarlo?</p> <p>Actualmente usted ¿tiene alguna enfermedad o alguna molestia?</p> <p>¿qué hace para mantenerse sano?</p> <p>¿se considera una persona sana?</p> <p>¿por qué? ¿cómo sabe que está sano? ¿cómo sabe que está enfermo o por enfermarse? ¿qué hace para mantenerse sano? ¿qué hace para recuperarse durante una enfermedad? ¿cómo se siente</p>	<p>Podría contarme un día normal/habitual en su trayecto (el día mas feliz y el mas complicado)</p>	<p>¿Cuánto tiempo piensa permanecer en México?</p> <p>¿Hacia qué parte de los Estados Unidos se dirige (de ser el caso)?</p> <p>Durante su Estancia en México ¿ha tenido comunicación con familiares y amigos?</p> <p>Durante el trayecto ¿ha conocido gente que lo ha acompañado durante la ruta (relaciones que se establecen durante el trayecto)?</p>

	<p>cuando está sano? ¿cómo se siente cuando está enfermo?</p> <p>Para usted ¿que es estar bien o qué es bienestar?</p> <p>¿Cómo describe a un adulto sano y a un adulto enfermo? (cuerpo, estado de ánimo, carácter)</p> <p>¿Tiene miedo a enfermarse de algo? ¿de qué? ¿por qué? ¿hace algo para prevenirlo? ¿qué haría para solucionarlo? ¿por qué se puede enfermarse de eso? ¿quienes se enferman de eso? ¿a qué parte del cuerpo afecta esa enfermedad?</p> <p>¿qué enfermedades se presentan con mayor frecuencia durante el tránsito por México, quienes las presentan, por qué, quién las cura y cómo?</p>		<p>Durante su estancia en México ¿ha modificado sus planes con respecto a la migración?</p>
<p>Prospectiva</p>	<p>¿qué enfermedades se presentan con mayor frecuencia en las personas migrantes que viven en EUA, quienes las presentan, por qué, quién las cura y cómo?</p>		<p>¿Cuáles son sus planes al llegar a Estados Unidos (de ser el caso)?</p> <p>¿por qué quiere ir para allá?</p> <p>¿Cuánto tiempo planea estar en Estados Unidos (de ser el caso)?</p> <p>¿Cómo cree que se sentirá cuando llegue (de ser el caso)?</p> <p>¿Cómo cree que se sentirá 1 año después (de ser el caso)?</p>

Qué palabras asocia a:

- Salud
- Enfermedad
- Bienestar
- Migración
- Cuerpo
- Curación
- Atención
- Religión

CUESTIONARIO:

FECHA:

Entrevistadora:

Edad:

Nacionalidad:

Lugar de Nacimiento:

Sexo: (Mujer vs. Hombre):

Identidad sexual (Mujer vs. Hombre):

Estado civil:

1. ¿Hace cuánto tiempo salió de su país de origen? (especificar semanas o meses)
2. ¿Cuánto tiempo lleva en la Ciudad de México? (especificar días, semanas o meses)
3. ¿Cuánto tiempo planea estar en el país de México? (especificar días, semanas o meses)

4. ¿Qué métodos de transporte ha utilizado durante su viaje?

A pie

SÍ ¿En qué región?
 ¿Cuánto tiempo hizo?

NO

Autobus/Colectivo

SÍ ¿En qué región?
 ¿Cuánto tiempo hizo?

NO

Tren

SÍ ¿En qué región?
 ¿Cuánto tiempo hizo?

NO

Carro Privado

SÍ ¿En qué región?
 ¿Cuánto tiempo hizo?

NO

Otro ¿En qué región?
 ¿Cuánto tiempo hizo?

5. ¿Cuál es el país destino?

Estado:

País:

6. ¿Por qué escogió ese destino?

7. ¿Localidad en donde estuvo previo a llegar al Albergue *Tochan*?

Municipio/Localidad:

País:

8. ¿Es la primera vez que realiza el viaje?

SÍ

NO

¿Cuántas veces ha hecho el viaje?

Para cada viaje

¿Cuál era su destino? (Estado/País)

¿Llegó a su destino?

SÍ

¿Cuánto tiempo radicó en el destino? (especificar días, años, meses)

NO

¿Hasta dónde llegó? Poblado/Estado

9. ¿Ha vivido en EUA? (especificar años, meses)

NO

SÍ

¿Por cuánto tiempo?

¿La razón de salida fue porqué lo agarró la migra?

NO

SÍ

¿Dónde lo detuvieron? Marcar una

Casa

Trabajo

Hospital

Escuela

Frontera o puerto de entrada

Otro:

¿Fecha en que salió de EUA?

10. ¿Piensa regresar a su país de origen algún día?

SÍ

NO

DEPENDE (especificar de qué depende)

11. En su último viaje ¿Qué lo motiva a viajar hacia el país destino?

¿Dificultad económica?

SÍ

NO

¿Inseguridad?

SÍ

NO

¿Discriminación en su país de origen?

SÍ (¿especificar por qué y por quién(es)?)

NO

¿Quiere reunificarse con sus parientes en el país destino?

SÍ

NO

Otro:

12. De las opciones de arriba ¿Cuál considera que es la que más influye en su decisión de migrar?

13. ¿Cree que las actuales políticas de Trump disminuyan la migración hacia el Norte?

SÍ

NO

NO SE

14. ¿Considera que las actuales políticas de Trump han hecho que el viaje se haya hecho más peligroso?

NO

NO SE

SÍ

¿Explique por qué?

15. ¿Ha decidido quedarse en México en vez de intentar llegar a EUA debido a las políticas actuales de Trump?

SÍ

¿Cuánto tiempo?

NO

NO SE

16. ¿Planea o está en trámite para pedir asilo político?

NO

SÍ

¿En qué país va a solicitar asilo?

¿Razón por la que considera es elegible para asilo?

17. ¿Antes de emprender este último viaje tenía alguna enfermedad que requiriera atención médica?

NO

SÍ

¿Toma o debería tomar medicamentos?

NO SE

NO

SÍ

¿Cuáles medicamentos?

18. ¿Desde que emprendió su viaje, **cree** que haya adquirido alguna nueva enfermedad?

NO SE

NO

SÍ

¿Cuál(es) enfermedades?

¿Qué cree que lo puso en riesgo?

19. ¿Desde que llegó a México, se ha enfermado de algo?

NO

SÍ

¿De qué?

¿Visitó a algún doctor(a) por su enfermedad?

NO

Marque todas las razones por las que NO visitó a un doctor

La enfermedad no era tan grave q requiriera de un doctor

No tenía acceso a un doctor o clínica

Miedo de ser entregado a autoridades

No tenía dinero para pagar

Me sentí discriminado

Desconfianza de la capacidad del profesionista de salud

Otro:

SÍ

Describe en dónde ha recibido atención médica ADEMÁS de en Alberque

Tochan

Clínica de un albergue, especificar Localidad y Estado

Clínica de salud u hospital, especificar Institución, Localidad y Estado

Farmacia Similar Localidad y Estado

Clínica privada Localidad y Estado

Otro:

Para cada visita describa lo siguiente:

Especificar a cuál se refiere

¿Qué le pareció la atención?

BUENA

MALA

REGULAR

OTRO (especificar)

¿Tuvo que pagar para recibir atención médica?

SÍ

NO

¿Tuvo que pagar para los medicamentos?

SÍ

NO

¿Volvería a ir?

SÍ

NO

¿Por qué NO?

DEPENDE

20. ¿Durante su viaje, ha experimentado algo traumático?

SÍ

¿Quisiera contarme más detalles?

NO

NO SE

21. ¿Le interesa acudir a la consulta con psicología en el Albergue Tochan?

SÍ

NO

NO SE

22. ¿Ha ido a consulta médica en Albergue *Tochan*?

NO

SÍ

¿Cuántas veces?

¿En general qué le parece la atención?

BUENA

REGULAR

¿Por qué?

MALA

¿Por qué?

¿Cómo cree q podamos mejorar la atención médica?

23. ¿Le interesa participar en talleres de educación médica en el Albergue *Tochan*?

NO

SÍ

¿Qué temas le interesarían?

Infecciones de transmisión sexual

SÍ

NO

ME DA LO MISMO

Deshidratación y diarrea

SÍ

NO

ME DA LO MISMO

Uso y abuso de sustancias (drogas, alcohol)

SÍ

NO

ME DA LO MISMO

Primeros auxilios

SÍ

NO

ME DA LO MISMO

Equidad de Género y Violencia Sexual

SÍ

NO

ME DA LO MISMO

Depresión y estrés post-traumático

SÍ

NO

ME DA LO MISMO

Otros:

24. ¿En caso de una emergencia médica en México, sabe cómo conseguir ayuda?

NO

SÍ

¿Describa cómo?

25. ¿En cuanto a la atención médica en general, se ha sentido discriminado por su condición de extranjero?

NO

SÍ

¿En dónde? (Institución, ubicación y región geográfico dónde ocurrió)

¿Describa qué ocurrió?

26. ¿Cuáles son las enfermedades o problemas médicos más comunes durante el viaje para un hombre?

27. ¿Cuáles son las enfermedades o problemas médicos más comunes durante el viaje para una mujer?

28. ¿Cuáles son las enfermedades o problemas médicos más comunes durante el viaje para los niños?

29. ¿Cómo se podría mejorar la atención médica en México a las personas migrantes?

30. ¿Además de atención médica, de qué otras formas se puede ayudar a las personas migrantes durante su estancia o viaje por México?

7.c. Guía de observación

Inicial

- Espacio (descripción física e infraestructura)
- Personas: Cuántos, nacionalidades, edades, hombre/mujer, tiempo de estancia, ¿qué funciones desempeñan?

Adición posterior a visitar al albergue por primera ocasión

- Personas: distinguir entre huéspedes y voluntarios (¿qué funciones realizan?, edad, nacionalidad, hombre/mujer)
- Servicios médicos:
 - descripción física del consultorio, equipo diagnóstico y medicamentos
 - personal: edad, sexo, nacionalidad, tiempo de trabajo, funciones.
- Cocina y comedor
 - descripción del espacio
 - tipo de comida
 - funciones: ¿quién prepara los alimentos?, ¿quién realiza el aseo?, descripción de las personas

7.d. Tipo de cambio

Muestro el tipo de cambio de Lempiras hondureñas a Dólar americano y de Peso mexicano a Dólar americano, en el periodo comprendido de agosto a noviembre del 2018.

Únicamente muestro la cotización de un día al mes con fines de orientación.

Lempira hondureña a Dólar americano		
Fecha	Máximo	Mínimo
01.08.2018	23.9718	23.8848
03.09.2018	24.0832	24.0558
01.10.2018	24.0626	23.9826
01.11.2018	24.0884	24.0084
Promedio	24.0702	
Fusion Media Limited Investing.com (2007-2021) USD/HNL - Dólar estadounidense Lempira hondureño, información histórica, diario, 01/08/2018 – 30/11/2018, recuperado de https://m.mx.investing.com/currencies/usd-hnl-historical-data , fecha y hora de consulta 09/01/2021 22:13 horas.		

Peso mexicano a Dólar americano		
Fecha	Máximo	Mínimo
01.08.2018	18.7164	18.5600
03.09.2018	19.2859	19.0730
01.10.2018	18.7437	18.4989
01.11.2018	20.3475	20.0325
Promedio	19.0999	
Fusion Media Limited Investing.com (2007-2021) USD/MXN - Dólar estadounidense Peso mexicano, información histórica, diario, 01/08/2018 – 30/11/2018, recuperado de https://m.mx.investing.com/currencies/usd-mxn-historical-data , fecha y hora de consulta 09/01/2021 22:25 horas.		