



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

Maternidades migrantes centroamericanas: prácticas maternas
de cuidados a la salud desde el atrapamiento en el tránsito por
Tijuana

Tesis presentada por

Jareb Benelli Velázquez Fernández

para obtener el grado de

DOCTORA EN ESTUDIOS DE MIGRACIÓN

Tijuana, B. C., México

2022

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis: Dra. Teresa Elizabeth Cueva Luna

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. Dra. Ietza Bojórquez Chapela, lectora interna
2. Dra. Marta Torres Falcón, lectora externa
3. Dra. Olga L. Olivas Hernández, sinodal
4. Dra. Aída Silva Hernández, sinodal

A las madres migrantes por la confianza,
por compartir una parte de su historia,
por ser ejemplo de tenacidad y lucha.

A las niñas, niños y adolescentes
de Embajadores de Jesús y de Espacio Migrante,
por compartir el aula, las risas,
las canciones y las apreciaciones del mundo,
por sus miradas curiosas y sus abrazos cariñosos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico que recibí, mediante una beca doctoral, producto del trabajo de las y los contribuyentes. Al Colegio de la Frontera Norte por la preparación académica y la facilidad que brinda a las y los estudiantes con el servicio de transporte, comedor y biblioteca. Al proyecto 1737 *Tracing Mobility and Care Trajectories. Migrants and Asylum Seekers Experiences in the US-Mx Border* (con Financiamiento del Programa de Investigación sobre Migración y Salud /PIMSA), a cargo de la Dra. Olga Odgers Ortiz (El Colegio de la Frontera Norte) y el Dr. Thomas J. Csordas (University of California San Diego), por la posibilidad de contactar con los albergues que atienden a familias migrantes y retribuir a la comunidad estudiada.

A mi directora de tesis Teresa Cueva, gracias por el apoyo estos tres años, por ayudarme a mantener el equilibrio y la serenidad en tiempos de pandemia.

A mis lectoras por ser parte de este proyecto desde que era un protocolo ¡muchas gracias por la retroalimentación! Ietza Bojórquez, gracias por las enseñanzas en el salón de clases y por abrirme las puertas al mundo de la salud y la migración. Marta Torres Falcón, gracias por la lectura crítica y los comentarios perspicaces en las sesiones de Comité.

A mis sinodales, Olga Olivas y Aída Silva, profesoras y ejemplos en la vida académica, gracias por la revisión minuciosa a la versión completa. Agradezco particularmente a Olga, sus contribuciones desde la antropología médica y los estudios socioculturales. A Aída le agradezco por el acompañamiento metodológico y por sus lecturas que se convirtieron en talleres.

A Olga Odgers, gracias por su ética académica, amistad y humanidad, porque lo aprendido desde la maestría fue mi base en este doctorado.

A Paulina y a todo el equipo de Espacio Migrante, a Andy y Yenyeri de Juventud Activista Internacional (hoy *Border Youth Collective*) por permitirme ser parte de sus proyectos, mediante la labor de enseñanza a la comunidad migrante en Tijuana. Al Pastor Altamirano (QEPD) por abrirme las puertas de su templo-albergue y a la hermana Rosa de Camino de Salvación por continuar la comunicación.

A Luis Felipe, por sus cuidados, paciencia y amor. Por aceptar venir a Tijuana y disfrutar conmigo de la comida, la ciudad y sus alrededores, por adaptar su proyecto laboral al mío, por recorrer juntos los caminos que llevan a los albergues y ser mi compañero en los procesos de escritura durante la pandemia.

A mi familia, por las visitas y los ánimos, porque son pilares en todos mis procesos. A mi mamá y a mi papá, por apoyar mis sueños, aunque me lleven lejos. A Jocsan y Melanie por apoyarme con las transcripciones y a Karime por ser nuestra *roomie* en Tijuana durante los meses más fríos.

A mis amigas: Itzel y Viri, gracias por compartir reflexiones, sentimientos y acciones surgidas en el terreno. A Lorenia y Yael mis cómplices en la academia, pero también en las aventuras, viajes y festejos. A mis amistades del parque-gym, por ese subidón de energía en los entrenamientos y en los asados *fitness*. A Leslie y Darío, por el apoyo incondicional, la calidez y las varias bienvenidas. A Alicia, Diana e Indira por su amistad incondicional, por los tés, las canciones y las salidas culturales y a Francisco, por las colaboraciones y las risas.

A mis compañeras y compañeros del DEM, por los momentos compartidos dentro y fuera del COLEF.

¡Les deseo mucho éxito en la vida después del doctorado!

RESUMEN

La presente tesis analiza las prácticas de cuidados a la salud como parte de la construcción del ejercicio de la maternidad en la movilidad. Aborda cómo las madres migrantes de Honduras, El Salvador y Guatemala enfrentan los problemas de salud de los niños, niñas y adolescentes que las acompañan durante el proceso migratorio.

La estrategia metodológica consistió en la observación colaborativa, es decir, observar el desenvolvimiento de las madres y la infancia en los albergues de la ciudad, mientras que se contribuía a la comunidad migrante brindando talleres del idioma inglés. El trabajo de campo se realizó en tres albergues para familias migrantes en Tijuana: Espacio Migrante, Camino de Salvación y Embajadores de Jesús, las observaciones fueron registradas en un diario de campo, se realizaron 25 entrevistas a profundidad a mujeres madres migrantes centroamericanas y tres entrevistas semiestructuradas a directivos de albergues.

Por medio de un acercamiento antropológico y retomando los estudios de género, salud y migración, se llegó a la dimensión micro de los cuidados a la salud de la niñez y la adolescencia migrante. El abordaje cualitativo permitió conocer los padecimientos de las infancias, a través de la percepción de las mujeres, así como lo que ellas pueden y hacen en su gestión por la salud de su progeñe. El análisis estuvo basado en la configuración de tipos de prácticas maternas de cuidados a la salud, en función de la percepción de los padecimientos de los hijos e hijas.

Se estudió la relación entre maternidad y atención a la salud en la vivencia de las madres centroamericanas durante el atrapamiento en el tránsito por Tijuana. Se identificaron los retos u obstáculos que las mujeres y las infancias enfrentaron en su trayecto migratorio, asimismo se dieron a conocer algunas propuestas *emic* y *etic* para mejorar los caminos de las mujeres y los niños, niñas, adolescentes que transitan por México, particularmente por la frontera noroeste.

PALABRAS CLAVE: maternidades, migración centroamericana, prácticas de cuidados a la salud

ABSTRACT

This thesis analyzes the health care practices as part of the construction of the exercise of motherhood. It addresses how migrant mothers from Honduras, El Salvador and Guatemala face the health problems of the children and adolescents who accompany them during the migration process.

The methodological strategy consisted of collaborative observation, that is, observing the development of mothers and children in the city's shelters, while contributing to the migrant community by offering English language workshops. The field work was carried out in three shelters for migrant families in Tijuana: Espacio Migrante, Camino de Salvacion and Embajadores de Jesus, the observations were recorded in a field diary, 25 in-depth interviews were conducted with Central American migrant women mothers and three semi-structured interviews to shelter managers.

Through an anthropological approach and taking up studies of gender, health and migration, the micro dimension of health care for migrant children and adolescents was reached. The qualitative approach allowed to know the illnesses of migrant childhood, through the perception of women, as well as what they can and do in their management for the health of their progeny. The analysis was based on the configuration of types of maternal health care practices, based on the perception of the conditions of the sons and daughters.

The relationship between motherhood and health care in the experience of Central American mothers during trapping in transit through Tijuana was studied. The challenges or obstacles that women and children faced on their migratory journey were identified, and some *emic* and *etic* proposals were made known to improve the paths of women and children, adolescents who travel through Mexico, particularly through the northwest border.

KEYWORDS: motherhood, Central American migration, health care practices

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	2
i. Planteamiento del problema	4
ii. Justificación.....	7
iii. Marco referencial.....	8
iv. Estado del arte	12
a. Maternidades y migración	14
b) Vulnerabilidades de las mujeres viajando con niños, niñas y adolescentes	17
v. Estructura de la tesis.....	21
I. MARCO TEÓRICO. MATERNIDADES MIGRANTES CENTROAMERICANAS: PRÁCTICAS DE CUIDADOS A LA SALUD, DURANTE EL TRÁNSITO Y EL ATRAPAMIENTO	23
1.1 La migración desde el nivel micro o <i>bottom up</i>	23
1.2 La migración desde la perspectiva de género y feminista	24
1.3 La maternidad como concepto.....	25
1.3.1 Maternidad, entre la tradición y la transgresión	28
1.3.2 Maternidades migrantes centroamericanas.....	34
1.4 Maternidades y Teoría de las Prácticas Sociales	35
1.4.1 Las prácticas de crianza y de cuidados	37
1.4.2 Las maternidades migrantes y los cuidados a la salud	40
1.5 La salud de las personas en situación de (in)movilidad: entre la violencia y la vulnerabilidad estructural.....	44
1.6 El tránsito migratorio y el atrapamiento en la movilidad	46
II. CONTEXTO. LA MIGRACIÓN DE LAS MUJERES EN EL CORREDOR MIGRATORIO CENTROAMÉRICA-MÉXICO-ESTADOS UNIDOS.	49
2.1 Antecedentes de la migración Centroamericana hacia los Estados Unidos (1970- 2020).....	49
2.2 La presencia de las mujeres, niñas, niños y adolescentes en la migración internacional	53
2.3 La labor de las organizaciones de la sociedad civil, los albergues e instancias proveedoras de salud para las personas migrantes.....	58
2.3.1. Tijuana: ciudad albergue	59
III. DISEÑO METODOLÓGICO	73
3.1 Estrategia metodológica	73
3.1.1 Instrumentos y técnicas de investigación	74
3.2 Consideraciones éticas y metodológicas	76
3.3 La netnografía y el trabajo de campo en pandemia	79

3.4 Sistematización de los datos recabados en campo y categorías analíticas resultantes	81
3.5 Estrategia analítica.....	82
IV. HALLAZGOS. LAS MADRES MIGRANTES CENTROAMERICANAS Y SU TRAYECTO HACIA ESTADOS UNIDOS: ENTRE EL TRÁNSITO Y LOS DISTINTOS ATRAPAMIENTOS	85
4.1 Mujeres, madres y migrantes de Honduras, El Salvador, Guatemala y Nicaragua	85
4.2 Perspectivas <i>emic</i> sobre el ejercicio de la maternidad durante el tránsito migratorio y los distintos atrapamientos	90
4.2.1 Ejercicio de la maternidad en la salida del país de origen.....	93
4.2.2 Maternar y transitar por México.....	95
4.2.3 Cuidados maternos durante el atrapamiento en el tránsito por Chiapas	100
4.2.4 Cuidados maternos durante el atrapamiento en el tránsito por Tijuana.....	103
4.2.4.1 La (im)posibilidad del cuidado en los centros de detención estadounidenses.....	105
4.2.4.2 Los cuidados y la vuelta al atrapamiento en los albergues de Tijuana	106
V. RESULTADOS. LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN MOVILIDAD.....	111
5.1 Barreras de acceso a la atención en salud identificadas por las madres migrantes.....	111
5.2 El “cuido” en la migración: los padecimientos percibidos en las infancias y adolescencias	113
5.2.1. “Cae una epidemia y nadie se salva”: los padecimientos epidémicos o masivos en el atrapamiento	116
5.2.2 Los padecimientos leves.....	120
5.2.3 Los padecimientos graves o crónicos	124
5.2.4 Los padecimientos mentales.....	129
5.2.5 Los padecimientos complejos.....	132
VI. ANÁLISIS. TIPOS DE PRÁCTICAS MATERNAS DE CUIDADOS A LA SALUD DURANTE EL ATRAPAMIENTO EN TIJUANA	141
6.1 Migrar y maternar en la adversidad. La percepción de los padecimientos y las labores de cuidados a la salud y como asunto materno en la movilidad.....	142
6.2 Las principales prácticas maternas de cuidados a la salud a niños, niñas y adolescentes en el tránsito y el atrapamiento	143
6.3 Una propuesta tipológica para el análisis de las prácticas maternas de cuidados a la salud.	153
CONCLUSIONES.....	165
El ejercicio de los cuidados maternos en la movilidad.....	168
El atrapamiento obliga a estrategias particulares	171
a. El maternaje con cuidadores alternativos	171

b. Estrategias en salud particulares de la migración y compartidas en las situaciones de pobreza	173
Paternidades no visibles	175
Obstáculos y oportunidades de la migración internacional	177
Alcances metodológicos y perspectivas	179
RECOMENDACIONES	181
BIBLIOGRAFÍA	184
ANEXOS	i
Anexo 1. Línea del tiempo 1: Tratados Internacionales en Salud	i
Anexo 2. Carta de consentimiento informado	ii
Anexo 3. Guías de entrevista	iii
Anexo 4. Directorio de servicios para personas migrantes y refugiadas ACNUR-OIM 2021	viii
Anexo 5. Libro de códigos	ix

ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS E IMÁGENES

CAPÍTULO I

Fotografía 1. Marcha por el derecho al asilo. Tijuana, 21 octubre 2020

Fotografía 2. Plegaria en la Garita de San Ysidro, 23 marzo 2021.

CAPÍTULO II

Tabla 1. Causas de la migración en Centroamérica

Tabla 2. Mujeres y migración internacional: porcentaje de mujeres migrantes internacionales respecto al total de migrantes internacionales), por país de origen y año

Tabla 3. Albergues para familias migrantes en Tijuana en los que se llevó a cabo el trabajo de campo

Mapa 1. Albergues para familias migrantes considerados en la investigación. Fuente: Comité Estratégico de Ayuda Humanitaria <https://tijuanamigrante.com/>

Fotografía 3. Carpa de aislamiento OIM, Espacio Migrante, 21 octubre 2020

Fotografía 4. Familia migrante hondureña y su derecho al asilo, Tijuana, 23 marzo 2021

CAPÍTULO III

Esquema 1. Fases de la investigación

Esquema 2. Procedimiento para la construcción de tipologías

CAPÍTULO IV

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

Cuadro 2. Características de las mujeres entrevistadas sobre las maternidades

Esquema 3. Red contextual sobre el tránsito de las madres

CAPÍTULO V

Cuadro 3. Clasificación de los padecimientos percibidos por las mujeres

CAPÍTULO VI

Fotografía 5. Clínica Justicia en Salud-Parteras fronterizas, 17 abril 2021

Esquema 4. Tipos de prácticas maternas de cuidados a la salud de hijas e hijos u otros familiares bajo su cuidado

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

CAPASITS: Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual

COMAR: Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados

COVID-19: *Coronavirus Disease*/ Enfermedad causada por el coronavirus

CURP: Clave Única de Registro de Población

DIF: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

HIAS: *Hebrew Immigrant Aid Society*/ Sociedad de Ayuda al Inmigrante Hebreo

ICE: *Immigration and Customs Enforcement's*/Servicio de Control de Inmigración y Aduanas

INM: Instituto Nacional de Migración

IRCA: *Immigration Reform and Control Act* /Ley de Reforma y Control de la Inmigración

LGBTQ+: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Transgénero, Queer

MPP: *Migrant Protection Protocols*/ Protocolos de Protección a Migrantes

NNA: Niños, Niñas y Adolescentes

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OSC: Organizaciones de la Sociedad Civil

SARS-CoV-2: *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*/ Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus

TVRH: Tarjetas de Visitante por Razones Humanitarias

UNICEF: *United Nations Children's Fund*/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UPM: Unidad de Política Migratoria

USCBP: *United States Customs and Border Protection*/Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza de Estados Unidos

INTRODUCCIÓN

“Tienes que entender que nadie sube a sus hijos a una patera,
a menos que el agua sea más segura que la tierra.
Nadie abraza las palmas de sus manos bajo los trenes, bajo los vagones,
nadie pasa días y noches enteras en el estómago de un camión
alimentándose de hojas de periódico, a menos que
los kilómetros recorridos signifiquen algo más que un simple viaje”
(Shire, 2009, poema Hogar).

El concepto de maternidad es una creación sociocultural e histórica. Es cambiante con el tiempo, las generaciones y los contextos, es relacional porque se gesta en relaciones de poder y desigualdad, y es colectivo, sobre todo en las sociedades latinoamericanas donde inciden la familia, la iglesia y el estado en la exaltación de la figura mujer-madre. Los ordenamientos socioculturales basados en una diferenciación dicotómica, la asignación de roles de género y la división sexual del trabajo han romantizado la maternidad y normalizado que las labores de crianza y cuidados sean realizadas casi con exclusividad por las mujeres.

El ejercicio maternal en la movilidad es un acto performativo (*doing*) que se lleva a cabo en condiciones nada óptimas. Las mujeres migrantes que huyen de sus países con sus hijos e hijas en busca de protección internacional, ejercen la crianza y los cuidados en medio del terror por las circunstancias que las alejan de sus hogares, en contextos de hostilidad hacia las personas migrantes, de desconfianza hacia las y los solicitantes de asilo, de incertidumbre por los cambios y restricciones en los procesos administrativos de los Estados-nación que atraviesan y de preocupación porque en el trayecto, la lucha por la supervivencia y el bienestar no se reduce a la propia vida sino se amplía a la defensa y a la protección de la vida de los niños, niñas y adolescentes que caminan a su lado y a su cargo.

La experiencia de las madres migrantes centroamericanas se ve atravesada por situaciones que dificultan la búsqueda de protección internacional, una de ellas es la condición de atrapamiento en la frontera. La cual se ha visibilizado notablemente en los años recientes, debido a fenómenos yuxtapuestos y coyunturales: la llegada de los éxodos migrantes, el reforzamiento

de las fronteras, las reformas en la política migratoria estadounidense (modificaciones en los procedimientos de petición del asilo) y los efectos sociales de la pandemia por Covid-19. Dichas situaciones han derivado en la prolongada estancia de los y las migrantes en las ciudades fronterizas de México, siendo Tijuana una ciudad en la que se observa el fenómeno de manera particular.

La presente tesis aborda las maneras en que las madres migrantes centroamericanas enfrentan las problemáticas de salud que afectan a sus hijos e hijas en el trayecto hacia Estados Unidos. El objetivo general es conocer las prácticas de cuidados a la salud que las madres migrantes de cuatro países de Centroamérica gestionan o llevan a cabo para atender las necesidades de sus hijos/as, durante el atrapamiento en el tránsito hacia Estados Unidos. Los objetivos específicos son: identificar los retos u obstáculos que las madres migrantes enfrentaron desde el inicio de su trayecto migratorio hasta la llegada a la frontera noroeste de México, profundizando en los cuidados maternos, y analizar la relación entre maternidad y atención a la salud en la vivencia de las madres centroamericanas durante el atrapamiento en su tránsito por Tijuana.

La investigación es de carácter cualitativo. El trabajo de campo fue realizado en la ciudad de Tijuana, entre 2019 y 2021. Los instrumentos utilizados para obtener la información fueron la observación colaborativa, los registros en un diario de campo, las entrevistas en profundidad con madres migrantes y las entrevistas semiestructuradas a directivos de albergues para familias en movilidad.

A lo largo del documento se estudia una expresión actual de las maternidades en la migración: las maternidades en atrapamiento. A partir de las narrativas de 25 mujeres procedentes de Honduras, Guatemala, El Salvador y Nicaragua, se dan a conocer las formas en que las madres van cuidando la salud de sus hijas e hijas en su camino hacia Estados Unidos y, sobre todo mientras se encuentran “atrapadas” en el limbo que representa la frontera norte de México.

El análisis se centra en las prácticas maternas de cuidados a la salud durante el atrapamiento en el tránsito, considerando que las mujeres que viajan a cargo de niños, niñas y adolescentes viven situaciones de vulnerabilidad y riesgos particulares. Se entiende como “prácticas maternas de cuidados a la salud” a las acciones cotidianas que las madres realizan para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar de sus hijos e hijas.

Con esta tesis se espera contribuir al conocimiento sobre las necesidades específicas de atención a la salud de las niñas, niños y adolescentes que emigran junto a sus madres desde Centroamérica hacia Estados Unidos. Así como contribuir al análisis de las maternidades en atrapamiento, a partir de una propuesta tipológica sobre las prácticas maternas de cuidados a la salud, que da cuenta de las opciones y recursos de los que las mujeres disponen para atender los problemas de salud de sus hijas e hijos en la (in)movilidad.

i. Planteamiento del problema

El espacio geográfico que abarcan los países de América Central y México hasta la frontera con Estados Unidos es considerado como uno de los corredores migratorios más importantes del mundo, dado el volumen de su flujo (Infante et al., 2011: 85). De acuerdo con datos de la Organización Internacional de las Migraciones, los flujos migratorios que recorren esta zona han ido en aumento y su composición es cada vez más diversa (OIM, 2018). Las personas que lo transitan hacen uso de variadas rutas migratorias y de diversas formas de movilidad, por ejemplo, por coyotaje, de manera independiente o por caravana.

En el último trimestre de 2018 ingresaron a México caravanas de migrantes desde San Pedro Sula y San Salvador. Estos movimientos estuvieron conformados por grupos de personas procedentes de Honduras, Guatemala y El Salvador, y aunque la mayoría de los que llegaron a la ciudad fronteriza de Tijuana fueron hombres, también hubo una alta participación de unidades familiares y de mujeres entre los 19 y 45 años (COLEF, 2018 y 2019). A partir de dichos éxodos de migrantes se hicieron notorias nuevas formas de emigrar: en familia desde el país de origen o en grupos conformados en el camino. Entre el conjunto se empezaron a vislumbrar los rostros de las madres que emprendieron el camino hacia los Estados Unidos llevando a sus descendientes con ellas.

Las madres centroamericanas que entran a México por la frontera con Guatemala y que conforman estos “nuevos” y ahora visibles grupos de migrantes, viven la maternidad y el proceso migratorio en condiciones de riesgos y vulnerabilidades particulares.

Se ha estudiado que las experiencias migratorias van siendo distintas según sea la condición étnica, etaria y de género de cada persona. La población de mujeres, niños/as y adolescentes

que viajan de manera indocumentada es la más expuesta a peligros, barreras y violaciones de sus derechos humanos durante el ciclo migratorio, tanto por ser parte del grupo poblacional con mayor vulnerabilidad, como por las implicaciones que tiene la fase de tránsito, es decir, viajar de manera irregular, en continua movilidad y en condiciones precarias a través de un tercer país, que no es ni el de origen ni el de destino, todo esto añade más riesgos a su camino de los que puede tener un hombre migrante en edad productiva.

Las personas en situación de movilidad requieren apoyo en salud según la fase del proceso migratorio y el tipo de necesidad médica. En específico, las mujeres embarazadas presentan necesidades de atención médicas particulares, sobre todo las adolescentes embarazadas y las mujeres adultas en la etapa final de la gestación, quienes precisan del acceso a los servicios de salud ginecológicos (REDODEM, 2019:28). Asimismo, las mujeres embarazadas y las personas sobrevivientes de violencia sexual requieren asistencia física y psicológica (REDODEM, 2020: 52).

El acceso a los servicios de salud es un tema que demanda esfuerzos institucionales y gubernamentales, ya que las personas en movilidad irregular no visualizan como primera opción acudir a las instituciones de salud estatales, debido en parte, al desconocimiento de sí mismos como sujetos de derecho, a la falta de información sobre el procedimiento para el acceso o al temor a la persecución y la detención (REDODEM, 2020). Algunos estudios sobre migración irregular y salud (algunos de ellos específicos sobre la salud materna o la sexual y reproductiva en mujeres migrantes), han identificado como principales barreras de acceso a la atención en salud: la condición migratoria no regulada, el bajo nivel socioeconómico, la ausencia de documentos de identidad, la falta de contrato laboral o precariedad laboral, las limitadas habilidades de comunicación, las barreras lingüísticas, el bajo nivel de información sobre sus derechos a la salud y el funcionamiento del sistema de salud en el país de estancia, tergiversación de la información, intimidación, el miedo a ser deportadas o el no creerse merecedoras de los servicios por ser migrantes, las creencias y prácticas culturales asociadas a los procesos de salud/enfermedad/atención, los malos tratos, prejuicios, discriminación y la negación de atención por el personal de salud, el desconocimiento de los servidores en salud en cuanto a las normativas vigentes en materia de salud y migración, la falta de redes de apoyo,

entre otras (Infante et al. 2011; IPAS, 2012; Rangel et al., 2017; Cortez, 2019: 121; Rosales, 2019).

En la mayoría de las ocasiones, las personas en movilidad optan por atenderse en casas del migrante o albergues, en servicios de bajo costo como los consultorios adyacentes a farmacias, o en agencias internacionales tales como Cruz Roja, Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo donde las consultas y los medicamentos son más económicos y no piden documentación. En menor medida acuden a hospitales del gobierno, centros de salud, clínicas particulares, curanderos o hierberos y en otras ocasiones, deciden no atenderse. Las y los migrantes acuden a instituciones de salud oficiales cuando se enfrentan a situaciones de emergencia; por ejemplo, la atención de un parto o un accidente (Rojas y Ángeles, 2011, Leyva et al., 2015, Cabieses et al. 2017; CNDH/IIJ-UNAM, 2018:96).

Los movimientos migratorios tienen repercusiones más allá del país de origen y de destino. En el caso de la migración centroamericana en tránsito y atrapamiento por México, el reto no queda circunscrito a un territorio o región, sino que va trazando retos a otros espacios y actores sociales. Las necesidades de protección diferenciadas de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes representan un desafío para los gobiernos de los países involucrados (origen, tránsito y destino) para facilitar atención sobre todo en materia de acceso y derecho a la salud.

A cuatro años de que el mundo atestiguará los éxodos centroamericanos, un momento coyuntural en la historia de la migración del Continente Americano, los países involucrados han respondido al fenómeno modificando sus políticas y orientándolas hacia medidas de restricción, contención y detención, a las que posteriormente se sumaron las limitaciones sanitarias por el Covid-19 y el cierre de fronteras a nivel global. Dichas acciones gubernamentales han generado contextos de hostilidad y sospecha hacia las personas migrantes y, se alejan de los acuerdos internacionales en materia de derechos humanos, entre ellos el derecho a solicitar asilo y a acceder a la salud¹. Afectando, sobre todo, a los grupos en

¹ Los Derechos humanos de las personas en movilidad, entre ellos el derecho al asilo y el derecho a la salud están regulados por el Derecho Internacional y son una obligación de los Estados (CEAR, 2022; OHCHR, 2008; OMS, 2008; OPS/OMS (2019). En cuanto a los acuerdos internacionales en materia migratoria, en el año 2018, la Corte Interamericana de Derechos Humanos instituyó el asilo y su reconocimiento como Derecho humano en el Sistema Interamericano de Protección, en cuyo artículo 22.8 defiende el principio de la no devolución y la protección internacional de todo aquel que busque y reciba asilo.

movilidad que ya antes del Covid-19 hacían el trayecto migratorio en condiciones de mayor vulnerabilidad, tal es el caso de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes.

Por lo cual, la pregunta que guía esta investigación es ¿cómo las mujeres migrantes de Honduras, Guatemala, El Salvador y Nicaragua ejercen la maternidad, a partir de prácticas de cuidados a la salud, durante el atrapamiento en su tránsito en la frontera noroeste México-Estados Unidos?

ii. Justificación

Los países desde donde se originan los éxodos centroamericanos tienen sus particularidades contextuales e históricas. Sin embargo, poseen algunos rasgos en común que permiten entender sus crisis y su historia migratoria hacia los Estados Unidos, entre los que se pueden destacar los movimientos armados, civiles y políticos en la década de 1980, y los fenómenos climáticos como terremotos y huracanes especialmente en los años 2001, 2005 y 2020. Entre las causas de la migración de esta población se destacan el factor económico, la inseguridad, la violencia y los motivos familiares (reunificación, separación y violencia familiar), por lo cual la decisión de emigrar obedece a una mezcla de varias razones políticas, económicas, ambientales, sociales y culturales (Terrón y Monreal, 2014; Nájera, 2016; Hernández & Camus, 2017; UPM, 2019:27).

Se ha documentado que la violencia es un factor importante para la migración de las mujeres centroamericanas (Asakura, 2014:149; Varela & McLean, 2019: 172-3; Avendaño, 2019) y que al salir de sus países de origen no se separan por completo de la violencia, sino que es un *continuum* en sus caminos (Asakura y Torres, 2019).

El tránsito por México es violento y merma la salud de las personas migrantes, dado “el limitado acceso a comida, agua potable, medicamentos y atención médica” y representa un riesgo adicional para su salud cuando quienes migran son mujeres embarazadas o que viajan con niños de muy temprana edad (OIM, 2018: 33 y 36).

En el trayecto migratorio, las mujeres que van con sus hijos e hijas experimentan mayor vulnerabilidad, al agravarse los riesgos durante el tránsito, tales como: robos, abusos físicos, verbales, extorsiones, secuestros y violencias basadas en género: abusos sexuales, trata de

personas y secuestros, los cuales son perpetrados por integrantes del crimen organizado, pandilleros, trabajadores de trenes de carga e inclusive autoridades mexicanas adscritas a la policía o al INM (Hernández & Camus, 2017:73; Avendaño, 2019). Por esto mismo, las mujeres y niños/as que intentan cruzar fronteras sin documentos viven una situación crítica, dado “su valor agregado como mercancía, que los vuelve vulnerables ante delitos tales como la trata de personas y la explotación sexual” (Asakura, 2014:144).

Tan solo al hablar del tránsito por el territorio mexicano la situación de las mujeres se complejiza, ya que en México no hay condiciones de vida dignas y seguras para garantizar a las mujeres el derecho a la vida. La violencia e inseguridad se incrementa para las mujeres migrantes que transitan de manera irregular, ya que la violencia basada en género se intersecta con actos de xenofobia, racismo y clasismo. Ante este panorama, las migrantes se encuentran más vulnerables que las ciudadanas ante una violencia que puede resultar en problemas de salud físicos y mentales y, cuya máxima expresión son los feminicidios. La Comisión Económica para América Latina y El Caribe, mediante el Observatorio de Igualdad de Género, ha destacado que México se encuentra entre los países con mayor cantidad de feminicidios en América Latina (CEPAL, 2020).

Se considera pertinente el estudio de las maternidades migrantes ejercidas por mujeres de Honduras, Guatemala, El Salvador y Nicaragua en el tránsito y atrapamiento por México, con la finalidad de conocer sus necesidades como grupo, sus estrategias en la búsqueda de la protección internacional y las prácticas que cada una de ellas lleva a cabo para lograr el acceso a la atención en salud de las hijas e hijos que las acompañan.

iii. Marco referencial

En las últimas décadas la dinámica migratoria en el continente americano ha tenido varios cambios y coyunturas importantes, ante los cuales, los gobiernos de México y Estados Unidos han respondido de distintas maneras.

Un parteaguas para la legislación mexicana en materia de migración fue la migración masiva desde Guatemala, ocurrida en los ochenta, la cual dio pie para la firma de Tratados internacionales y la creación de instituciones: en 1981 se formalizó a nivel nacional la

Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), en 1984 se firmó la Declaración de Cartagena que proponía el concepto de refugiado, en 1990 se integró la figura del refugiado en la Ley General de Población y en el año 2000 México firmó y ratificó la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (Kauffer, 2000). En el año 2011 se puso en marcha la Ley de Migración y se comenzó a expedir la Tarjeta de Visitante por Razones Humanitarias (TVRH)², como parte de una política migratoria de protección que el gobierno mexicano ha otorgado “para atender a los flujos migratorios “tradicionales” -flujos de migrantes que viajan solos, con coyote o en pequeños grupos y que tratan de pasar desapercibidos-, así como otros fenómenos recientes como la llegada de migrantes haitianos (2016-2017) y las caravanas de migrantes centroamericanos de 2018 y 2019” (Torre, 2021: 147).

Por su parte, el gobierno de Estados Unidos ha respondido creando leyes y medidas restrictivas, selectivas y limitantes para el acceso a sus fronteras en aras de la seguridad nacional y la protección sanitaria de sus ciudadanos/as, lo cual ha tenido repercusiones importantes en la vida y en la salud de las personas en movilidad.

Históricamente, la frontera sur estadounidense ha tenido cierres parciales. La primera vez fue en 1969 bajo el mandato de Richard Nixon, la segunda en 1985 con el presidente republicano Ronald Reagan, en ambas ocasiones con el fin de incrementar la “cooperación en seguridad” con México para hacer frente a la guerra contra las drogas. La tercera vez ocurrió tras los ataques del 11 de septiembre del 2001, cuando el gobierno de Estados Unidos reforzó la vigilancia de sus fronteras, e hizo un reajuste en sus acuerdos comerciales (Fronteras inteligentes, 2001 y 2002 y la Alianza para la Seguridad y la Prosperidad de América del Norte, ASPAN), marcando la pauta para condicionar las relaciones económicas ante sus requerimientos de seguridad y defensa: “Estados Unidos introdujo la guerra contra el

² Este documento se expide con un año de vigencia, otorgando un CURP temporal para extranjeros que permite a las y los migrantes tener acceso a servicios públicos y en teoría, le da derecho a la atención de la salud, acceso al empleo y a la educación. En este sentido, la adquisición de las Tarjetas de Visitante por Razones Humanitarias permite un tránsito más seguro por el territorio mexicano. “Entre los supuestos o condiciones más importantes para obtener dicha tarjeta se encuentra ser niña, niño o adolescente no acompañado, solicitante de asilo político o de reconocimiento de la condición de refugiado, haber sido ofendido, víctima o testigo de un delito en el territorio nacional” (UPM, Infografía, febrero 2020). La misma fuente indica que, en México las cinco naciones con más tarjetas recibidas son Haití (989), Honduras (753), Venezuela (729), Cuba (425) y El Salvador (211) y que, de las tarjetas emitidas a mujeres en 2019, la gran mayoría fueron otorgadas a personas provenientes de América Central (71.19% o 10,641), destacándose la participación de las mujeres de Honduras (7, 145), El Salvador (2, 056) y Guatemala (1, 087).

terrorismo como condición fundamental y prioritaria de las relaciones de cooperación entre las naciones” (Benítez & Rodríguez, 2006). Años más tarde, bajo el gobierno Donald Trump (2017-2021), en marzo de 2020 se ordenó el cierre parcial de la frontera sur, en el marco de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, restringiendo el paso a los cruces no esenciales -entre ellos las solicitudes de asilo-, medida que estuvo acompañada de programas de retorno forzado de centroamericanos, disfrazando una política de seguridad por una sanitaria (Riggirozzi et al., 2020).

Previo al último cierre de la frontera estadounidense, en el año 2019 entró en operación el programa *Migrant Protection Protocols* (MPP) con el lema “*Remain in Mexico/ Quédate en México*”. Una medida que significó para las personas solicitantes de asilo en Estados Unidos una espera indefinida en las ciudades fronterizas del norte de México y que los situó en una posición de atrapamiento y limbo legal. A consecuencia de esto, varias ciudades fronterizas se convirtieron en “salas de espera”, sin la suficiente infraestructura y apoyo gubernamental para atender las necesidades básicas de las personas migrantes en tránsito y de las solicitantes de asilo en Estados Unidos (UPM, 2019b:13).

El programa “Quédate en México”, lejos de brindar seguridad a las y los migrantes, los colocó en una situación de peligro, exponiéndolos ante las organizaciones criminales que operan en el país, además forzó a las personas en situación de movilidad a alargar su espera en México, bajo distintas condiciones y circunstancias, tales como la saturación de los albergues, la imposibilidad de pagar un alquiler, la espera en campamentos e inclusive la vida en situación de calle, que de a poco, fueron mermando sus condiciones de vida y de salud (física y mental). En los albergues, campamentos, estancias migratorias y centros de detención se incrementaron los riesgos de contraer el virus, dadas las limitaciones en cuanto a la infraestructura, el distanciamiento social, el lavado constante de manos y la limpieza de las superficies de uso común³.

Las tácticas políticas de control fronterizo dejaron como resultado a miles de personas varadas en las ciudades fronterizas de México y prolongando no solo los tiempos de espera, sino agudizando la incertidumbre, el miedo, la falta de protección y el confinamiento. De acuerdo

³ <https://www.hrw.org/news/2020/06/02/us-investigate-remain-mexico-program>

con *U.S. Customs and Border Protection*, desde que inició el programa MPP hasta el mes de julio del 2020, se registró un total de 71, 860 casos en los Protocolos de Protección a Migrantes, de los cuales, se estimó que eran aproximadamente 60 mil los solicitantes de asilo que se encontraban a lo largo de la frontera norte de México⁴. De ellos, aproximadamente 20 mil se encontraban en la ciudad de Tijuana esperando la resolución de las autoridades a su petición de asilo (Avendaño, 2019).

La población solicitante de asilo bajo los protocolos MPP a la espera en México, se ha caracterizado por ser blanco de abusos y violencias, la precarización de sus vidas cotidianas, la falta de protección social, el limitado acceso a servicios de salud, el poco acceso a suministros médicos, la falta de empleo y/o la ocupación de nichos laborales informales (Álvarez, et al., 2020).

Como parte de las medidas de emergencia sanitaria y de control fronterizo en Estados Unidos, en marzo de 2020 se comenzaron a practicar expulsiones en caliente mediante el Título 42⁵, ante lo cual activistas y defensores de los derechos humanos, tomaron medidas para apelar a los fallos judiciales (excepción al Título 42 -Parole humanitario-, caso HUISHA) y solicitar amparos para apoyar a las personas en mayor estado de vulnerabilidad, por ejemplo, si su vida corría peligro debido a una condición médica grave. Cabe señalar que, la pausa en la admisión y procesamiento de solicitudes de asilo y las expulsiones expeditas bajo el Título 42, fueron medidas de contención que continuaron bajo el mandato del presidente Joe Biden, a pesar de la reapertura de fronteras en noviembre del 2021⁶, y la existencia de planes de vacunación contra el virus SARS-CoV-2.

⁴ Respecto al impacto del cierre de las admisiones a solicitudes de asilo en la frontera sur estadounidense desde marzo de 2020, un informe reciente muestra que, para mayo de 2022, la lista de espera de asilo o *metering*, administrada por el Grupo Beta en Tijuana permanecía cerrada y con 9,600 nombres en el registro. Asimismo, se menciona que es una asociación local, la que lleva un formulario de admisión para solicitar excepciones humanitarias al Título 42 en apoyo a las personas vulnerables que requieren asilo (Leutert & Yates, 2022: 10).

⁵ El Título 42 de la sección 265 del Código de Estados Unidos, es una norma de salud pública de emergencia, creada en 1944 con la finalidad de evitar la importación y propagación de enfermedades contagiosas dentro del país. Fue aplicada a partir del 20 de marzo de 2020 como una medida de control migratorio. Consiste en devoluciones-deportaciones exprés, permitiendo a los miembros de la Patrulla Fronteriza expulsar a migrantes indocumentados al último país de tránsito con el argumento de prevenir la propagación del Covid-19 en las instalaciones de detención.

⁶ El nueve de noviembre de 2021 el gobierno estadounidense levantó la restricción bajo la condición de aceptar viajeros terrestres que tuvieran el esquema completo de vacunación contra el Covid-19, sin embargo, el tema de

Las y los migrantes centroamericanos en tránsito, quedan muchas veces fuera de los planes nacionales de atención en salud y de la obligación de los gobiernos para “adoptar políticas de protección al derecho a la salud de las y los migrantes y refugiados independientemente de su estatus migratorio” (Riggirozzi et al., 2020), a pesar de que el reconocimiento del derecho a la salud esté estipulado en varios tratados internacionales como un derecho humano universal (ver línea del tiempo, Anexo 1). En la práctica se vive una contradicción entre el avance legislativo en derechos humanos y el acceso real a la salud de los migrantes en México. En los últimos años, la gestión de las migraciones por parte de México se ha caracterizado por la implementación de medidas de reforzamiento de fronteras, con unas políticas migratorias cada vez más restrictivas como reflejo de las acciones por parte de Estados Unidos.

iv. Estado del arte

Las mujeres han tenido una participación importante en las dinámicas migratorias y aunque han tenido presencia en la migración a lo largo de la historia, su movilidad había sido invisibilizada o estudiada desde una perspectiva androcéntrica.

A partir de los años setenta se comienza a tematizar la migración femenina pensando en la mujer migrante con un rol activo. Con la segunda ola del feminismo se abordan los sesgos de género en la migración. En los ochenta y noventa se habla de la feminización de los flujos migratorios, surgen temas de estudio sobre los mercados de trabajo y las condiciones laborales de las mujeres en la migración, se abordan temas de salud sexual y reproductiva como sinónimo de estudios sobre la fecundidad de las mujeres migrantes, y aunque hay una mayor diversificación de los temas referentes a las mujeres que emigran, con los años va surgiendo una crítica por colocar en los estudios a las mujeres en su condición de vulnerabilidad, por hablar de la migrante trabajadora con un carácter compensatorio o en roles que deifican el dispositivo genérico sexual heteronormativo y patriarcal, ofreciendo una visualización polarizada. A partir de 2000 surge la exigencia por la multidisciplinariedad, registrar la

las solicitudes de asilo continuo cerrado, a excepción de casos particularmente graves y susceptibles de *Parole* para las y los migrantes en búsqueda de protección internacional, situación que se volvió más compleja con la llegada de población rusa y ucraniana desplazada por la guerra a partir de marzo de 2022. Los ucranianos presentaron otras características para su ingreso a Estados Unidos, fueron declarados exentos del Título 42 y se les otorgó permiso humanitario caso por caso, sin necesidad de trámites previos (Leutert & Yates, 2022).

heterogeneidad, cuestionar la flexibilización de los roles tradicionales, la estructura de parentesco, y la manera en que la migración altera el supuesto equilibrio público-privado (Ariza, 2000; Stang, 2013).

En una revisión sobre los estudios de género y migración de las últimas décadas, Hondagneu-Sotelo, (2011) refiere a estudios sobre el fenómeno migratorio más allá de los aspectos binarios, haciendo mención a temas como la violencia perpetrada a las mujeres, niñas y niños migrantes, el tráfico sexual, la transmisión del VIH, la diversidad sexual y las políticas migratorias, las redes sociales, la maternidad transnacional, la relación entre el trabajo remunerado y las labores en el hogar, los trabajos de cuidados en el ámbito doméstico y familiar, las cadenas globales de cuidados, el trabajo de reproducción social a nivel internacional, el papel de la mujer como pionera en la migración y los mercados de trabajo generizados (Hondagneu-Sotelo, 2011).

Actualmente, disciplinas como la geografía humana y la antropología social posicionan a la mujer que emigra como sujeto móvil y activo en un territorio migratorio transnacional. Freidenberg y Sassone (2018) estipulan que las fronteras pueden ser obstáculos, pero también oportunidades, ya que son significadas y resignificadas por el sujeto que se mueve:

“Como “obstáculos”, en la medida en que no siempre son permeables, sortear las fronteras, especialmente las internacionales, cruzarlas implica necesariamente resolver un abanico de dificultades objetivas, como la documentación, y otras subjetivas, como reconocer y aprender códigos sociales y culturales que permitan la supervivencia del otro lado con el menor costo posible. Por su parte, las fronteras presentan “oportunidades” para obtener valores agregados, no solo mejores ingresos sino también otros valores, como el acceso a la educación y a los servicios de salud” (Freidenberg y Sassone, 2018: 49-50).

Si bien, en los estudios sobre la migración de las mujeres hay una inclinación hacia el tema de los obstáculos y los riesgos que ellas enfrentan, hay otros que evidencian cómo la migración también tiene un impacto positivo en la vida de las mujeres, en términos de ganar mayor independencia.

En el caso de los recientes éxodos migrantes, las mujeres han dejado atrás la clandestinidad o el rol de acompañantes y se han mostrado como agentes de su propia movilidad, al hacer el viaje a plena luz del día e inclusive ser quienes lideran sus grupos domésticos hacia el lugar de destino.

a. Maternidades y migración

En la literatura académica se han estudiado las maternidades migrantes desde distintas perspectivas y expresiones, a partir de las cuales se han dado a conocer múltiples formas de vivir la maternidad en contextos migratorios y de frontera, como pueden ser: a) las maternidades transnacionales forzadas o en deportación, haciendo referencia al caso de las madres mexicanas que fueron deportadas y separadas de sus hijos por el gobierno de Estados Unidos (Buenrostro, 2014:4), b) las maternidades flexibles vividas entre las migrantes hondureñas en Chiapas, quienes llevan a cabo su maternidad entre la co-residencia, la relación a distancia y el reencuentro con sus hijos (Villanueva, 2015), c) las maternidades transnacionales; es decir, mujeres que ejercen su maternidad a distancia (Ramos, 2014; Asakura, 2014) o, c) las maternidades politizadas, como es el caso de las madres buscadoras de sus hijos desaparecidos quienes conforman la Caravana de Madres Centroamericanas (Varela, 2015; Varela y McLean, 2019).

Los estudios sobre maternidades y migración han abordado la complejidad de la maternidad y la reproducción como prácticas sociales y han explorado los recursos humanos, sociales y materiales que usan las mujeres para enfrentar los riesgos del trayecto migratorio.

Desde la perspectiva de género, se ha hablado de la diferencia, las desigualdades, la opresión y las relaciones de poder entre migrantes y no migrantes inclusive al interior de las familias. Se han realizado estudios con familias transnacionales, en los que se analiza el espacio relacional entre géneros y generaciones, la parentalidad, las redes familiares y las cadenas migratorias de cuidados. En estudios más específicos se han abordado las maternidades en la modalidad a distancia, la resignificación del ser madre, su función y su valoración social. Desde el ámbito psicosocial, se han explorado los motivos de migrar y las emociones que despierta la experiencia migratoria en las madres migrantes, tales como el miedo, la culpa y el estrés, así como las maniobras de afrontamiento y capacidades de resiliencia (Ramos, 2014; Asakura, 2014).

El estudio de las maternidades desde Hispanoamérica ha sido realizado principalmente desde la perspectiva transnacional, en específico sobre cómo impacta la migración en la reproducción de las unidades domésticas, cómo se vive la maternidad a distancia, remitiéndose a las prácticas

de mujeres migrantes que viven y trabajan fuera, mientras sus hijos e hijas permanecen con algún otro familiar en el país de origen, mayormente mujeres: hermanas, tías, abuelas.

Las mujeres que son madres a distancia buscan la manera de mantener el vínculo afectivo con sus hijos e hijas y de construir nuevas formas de proveer el cuidado emocional a pesar de las fronteras (Ramos, 2016:180). Ramos Tovar define la maternidad transnacional como “el acto de criar y cuidar a los hijos a través de las fronteras nacionales (...) el ejercicio de ser madre -cuidar, enseñar, proveer a los hijos- a la distancia. Esta ocurre cuando una madre e hijos están separados por fronteras nacionales pero unidos a través de prácticas (disciplinamiento, cuidado) o estrategias (envío de dinero, objetos, regalos), y que se comunican por diferentes vías (telefónicas, internet, videos, correo)” (Ramos, 2014: 127).

La autora piensa que “ser madre migrante pasa por el lente de su identificación como mujer, quien tiene cierta forma de autoperibirse, y de esta manera organiza y da sentido a sus acciones en el mundo” (ibid.: 129). Así pues, las mujeres alejadas de sus hijos resignifican su maternidad por medio de acciones como proveer cuidados afectivos a distancia, garantizar el sustento económico, brindar bienestar material y emocional.

Asakura (2014: 152) habla de las implicaciones emocionales de la maternidad a distancia en las migrantes centroamericanas, al referir que las formas en que se ejerce y significa la maternidad cambia según el espacio, el tiempo y las condiciones sociales en las que se define y práctica. Las madres que están lejos de sus hijos geográficamente, al no poder cumplir con el mandato de la cercanía física, sienten que es su deber mandarles regalos o dinero en compensación por la ausencia materna. Una forma de mantenerse cercanas es mostrar una postura de sacrificio y cargar con emociones como la culpa por haber dejado a la familia, el arrepentimiento, la tristeza o la soledad.

Los estudios sobre las maternidades abordados desde la perspectiva de género plantean una crítica hacia los esencialismos basados en dualidades y relaciones de poder, donde, por ejemplo, a la mujer le son atribuidas características como sensibilidad, fragilidad, instinto materno y amor maternal, apuntando a un determinismo diádico: mujer sinónimo de madre, y no cualquier madre sino una madre de tiempo completo; una maternidad intensiva. En la lógica jerárquica del sistema dual de género, la maternidad es una de las funciones que brinda mayor

valoración social a las mujeres, ya que les provee de estatus de adulto, prestigio moral y poder (Ariza y de Oliveira, 2002: 42).

Las autoras ven en la familia una construcción sociocultural con connotaciones ideológicas e implicaciones morales significadas socialmente que tienen injerencia en la maternidad, “los significados sociales asociados con la maternidad y la paternidad se configuran a partir de concepciones establecidas en el sistema de parentesco (...) en las sociedades hispanoamericanas contemporáneas la figura de la madre acarrea prestigio social a las mujeres. La exaltación de la maternidad por encima de otras funciones sociales posee sin duda consecuencias decisivas para las concepciones predominantes de lo que es ser mujer en términos sociales, y para las situaciones de subordinación y autonomía femenina en sentido general” (Ariza y de Oliveira, 2002: 44-5). Mientras que, los hombres no requieren ser padres ni demostrar un ejercicio pleno de su paternidad para posicionarse en el mundo.

Analizar las maternidades migrantes abre la posibilidad de entender nuevas formas de organización familiar, reproducción social y mantenimiento de vínculos socioafectivos. En este sentido, los estudios sobre maternidades y paternidades se han ido complejizando y profundizando al punto de llegar al concepto de parentalidad (Mummert, 2011), que alude al involucramiento de ambos padres en la decisión de emigrar, en los arreglos de la crianza de los hijos e hijas, o en la designación de un cuidador alternativo cuando ambos están fuera.

En síntesis, los estudios sobre maternidades establecen una crítica hacia la naturalización de la práctica materna y rebasan la idea de relacionar el ser mujer con la realización exclusiva de las tareas del cuidado y la crianza. Hace falta indagar acerca de la diversidad de modelos familiares y medios para la movilidad en la migración, las diferentes formas de ser madre, las maneras de gestionar los cuidados y la crianza en la (in)movilidad, las dificultades y ventajas que representa ir acompañadas de sus hijas e hijos, los riesgos y los recursos de los que echan mano para continuar sus caminos, su capacidad de resiliencia y de resistencia ante los factores obstaculizadores, los peligros y las violencias con las que se encuentran. En virtud de esto, es prudente pensar en las maternidades migrantes centroamericanas en cuanto a la complejidad de sus posiciones, dinámicas familiares, estrategias y situaciones.

En este estudio, se pone el énfasis en una expresión actual de la maternidad durante la migración: las maternidades ejercidas con los hijos e hijas presentes durante el atrapamiento

en el tránsito, dando así visibilidad a un fenómeno coyuntural enmarcado, entre otras cosas, por los éxodos migratorios, las reformas en la política migratoria estadounidense y los efectos sociales de la pandemia por Covid-19.

b) Vulnerabilidades de las mujeres viajando con niños, niñas y adolescentes

El género estructura los procesos migratorios y acentúa tanto las jerarquías, los roles y las vulnerabilidades. Las mujeres migrantes están expuestas a múltiples vulnerabilidades inclusive antes de dejar el hogar.

Asakura y Torres Falcón (2019) han ahondado en los motivos que tienen las mujeres para dejar sus lugares de origen: “la gente sale de sus casas, de sus comunidades, de sus países en busca de mejores oportunidades para sus hijas e hijos y también para sí, en ese orden” (Asakura y Torres, 2019:18) y han estudiado la violencia de género que viven las migrantes, sumada a la que viven los migrantes en general, en su paso por territorio mexicano.

Un informe de la organización FM4 Paso Libre (Hernández & Camus, 2017) manifiesta que las razones empíricas de la migración de las mujeres en tránsito por México conllevan un desplazamiento forzado por diferentes causas, entre ellas, los motivos basados en el género; las diásporas familiares por abusos de la pareja en el país de origen o amenazas de quitarle a los hijos. Para las mujeres migrantes que son madres, un motivo importante en la decisión de migrar es procurar a sus familias, priorizar el bienestar de sus hijos, mantenerlos con ellas, alejarlos de un entorno de abusos, violencias, carencias y pocas oportunidades en general.

“Ellas huyen de una muerte en vida”, dice el informe (ibid., 2017:15). Huyen de ser mujeres en un contexto machista y patriarcal, deciden emprender el camino hacia el norte y, a pesar de conocer los riesgos que enfrentan en su movilidad, salen de contextos de pobreza, desempleo, violencia estructural e inseguridad para encontrarse con un camino no carente de obstáculos. Al salir del terruño, adquieren una capa más de vulnerabilidad por su condición migratoria irregular; eso las convierte en blanco de abusos y diferentes formas de violencia, estrés y miedo constante.

Woo estudia la migración femenina de México hacia los Estados Unidos en términos de vulnerabilidad estructural y cultural, menciona que “la vulnerabilidad estructural se manifiesta

en las formas de control que ejerce Estados Unidos para vigilar su frontera sur, al convertir el acto de cruzar sin documentos en delito (...) Por otro lado, la vulnerabilidad cultural ratifica a la estructural al establecer estereotipos de los migrantes y presentarlos incluso como posibles terroristas” (Woo, 2012: 263). Por su parte, Willers también habla de la vulnerabilidad estructural de las mujeres en la migración a partir de sus desventajas como grupo “ante ciertas circunstancias que implican algún daño o riesgo potencial” (Willers, 2019: 52) y, que se asocia a estructuras sociales y políticas mayores.

Cuando la familia que viaja es monoparental y de jefatura femenina aumenta la incertidumbre y precariedad en su camino por México. Las mujeres que viajan de forma “irregular” con niñas, niños y adolescentes a su cuidado enfrentan mayores riesgos en comparación con los hombres: “la dinámica de sobrevivencia se agrava exponencialmente” (Hernández & Camus; 2017: 133). Al intentar entrar en un territorio que no es suyo, se encuentran más expuestas a situaciones violentas, ya que “enfrenta(n) los mismos peligros que los hombres -robos, extorsiones, secuestros, etcétera-. Dado su valor agregado como “mercancía” por ser mujeres o infantes, se incrementa la posibilidad de ser víctimas de ciertos delitos, como la trata de personas con fines de explotación sexual (...) su búsqueda de supervivencia económica se convierte en supervivencia emocional, tanto para ellas como para sus hijos(as)” (Asakura, 2014: 144).

Desde la investigación sobre la migración de mujeres, se han documentado que dicha violencia basado en género es perpetrada por integrantes del crimen organizado, pandilleros, trabajadores de trenes de carga e inclusive autoridades mexicanas adscritas a la policía o al INM, pero también hombres habitantes de los pueblos y ciudades con los que se encuentran en el camino (Hernández & Camus, 2017:73; Avendaño, 2019). Hay que subrayar que, la violencia sexual trae consecuencias psicológicas, físicas y en algunos casos, se traduce en embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual que requieren atenderse desde los ámbitos de la salud física y mental, pero también requieren un acompañamiento jurídico (Ruiz, 2004:92).

En tal sentido se hace evidente cómo “(...) el género es ejercido en formas relacionales y dinámicas en el proceso migratorio y, por tanto, organiza no sólo los patrones que se conforman en el lugar de origen y destino, sino que al mismo tiempo da forma a la interacción entre

hombres y mujeres durante el viaje. Tales relaciones pueden establecerse en condiciones de inseguridad para las viajeras en situación irregular” (Cueva y Terrón, 2014:217).

En este tenor, Asakura (2014), Cueva y Terrón (2014), Ramos (2014) y, Hernández y Camus (2017) coinciden en que, a diferencia de la migración efectuada por los hombres, la migración femenina se está incrementando en la misma medida que sus riesgos, ya que enfrentan situaciones de peligro extra, tanto en los países de origen como en el trayecto y en el destino. Por lo tanto, es importante reflexionar sobre la migración internacional de madres con sus hijos e hijas porque visibiliza las otras caras del fenómeno migratorio, así como los obstáculos, riesgos y retos específicos que representa.

Como se ha mencionado, la experiencia migratoria de un hombre no será la misma de la de una mujer, e inclusive entre mujeres migrantes habrá matices en sus experiencias según las categorías que las atraviesen. Será distinto si cuentan con pasaporte, medios económicos, si hacen el trayecto acompañadas o solas, aún más si van a cargo del cuidado de niñas y niños. En este sentido viajar con un compañero varón puede significar una reducción de los riesgos, mientras que viajar con hijos e hijas pequeños implica una mayor responsabilidad para ellas y una mayor vulnerabilidad para ambos (Terrón y Monreal, 2014: 145). Ya que a la dificultad del camino se agrega la responsabilidad del trabajo de cuidados y en el caso de las mujeres embarazadas, las necesidades particulares de atención en salud que requieren.

Las mujeres migrantes al ser objeto de las disposiciones del control fronterizo y la vigilancia que criminaliza a los migrantes sufren a una discriminación interseccional que aumenta su exclusión -como mujeres y como extranjeras, por su situación socioeconómica, por su orientación sexual, por pertenecer a algún grupo étnico, por tener determinada edad, cierto nivel de escolaridad- (Willers, 2019). Ellas se enfrentan a problemas relacionados con el ejercicio de sus derechos, barreras en el acceso al empleo, la vivienda o a los servicios de salud. Es así como las desigualdades sociales y de género, sumadas al racismo, la aporofobia, la vulnerabilidad estructural, sociocultural y los procesos de estigmatización las afectan a ellas, pero también a sus familias (Rojas y Ángeles, 2011; Goldberg, 2013: 213; Muñoz, 2018).

Las mujeres migrantes, los niños, las niñas y adolescentes migrantes que viajan de manera irregular están expuestos a múltiples violencias, peligros, riesgos, barreras y violaciones a sus derechos humanos que aumentan su vulnerabilidad, lo cual muchas veces se traduce en

problemas de salud específicos que requieren una atención particular. Por lo que resulta preciso hacer conciencia sobre la desigualdad particular de las mujeres y la infancia en las sociedades patriarcales y cómo esta desigualdad genera relaciones diferenciadas entre las personas, con la naturaleza y los diferentes recursos (Meyreles, 2020).

Entre la población más desfavorecida y en situación de exclusión se encuentran las mujeres pobres, indígenas, adolescentes, afrodescendientes y provenientes de zonas rurales, así como las mujeres inmigrantes y refugiadas (OIM, 2018b: 30). En el ámbito de la salud materna una primera barrera es la discriminación histórica de las mujeres en distintos niveles y por distintos motivos (OEA/CIDH, 2010). Lo cual también afecta a la infancia cuando son las mujeres las gestoras de los cuidados a la salud de sus hijos, hijas u otros familiares que dependen de ellas.

Las madres migrantes centroamericanas que viajan de manera irregular con la responsabilidad de cuidar a otros más vulnerables (sus hijos e hijas), pasan por distintos sitios y en condiciones precarias. Algunos de esos lugares por donde transitan en su camino hacia los Estados Unidos, son las estaciones migratorias del Instituto Nacional de Migración en México (INM) y en el vecino país los centros de detención del *Immigration and Customs Enforcement* (ICE). Por medio de informes de organizaciones, reportajes de prensa y entrevistas a las migrantes se ha sabido sobre las situaciones y los tratos recibidos desde esas instancias, por ejemplo, la desconsideración hacia las mujeres que menstrúan, las malas condiciones de higiene, la falta de cuidados prenatales, la negación de atención por parto, la negligencia médica en el caso de las histerectomías sin consentimiento. Sin mencionar las faltas respecto a las medidas sanitarias por Covid-19.

Las movilizaciones de mujeres y familias centroamericanas que han formado parte de los recientes éxodos o caravanas migrantes (COLEF, 2018 y 2019), son un buen punto de partida para pensar las diferencias de migrar con o sin documentos, siendo hombre o mujer, siendo niña o niño.

Se considera importante recalcar que, a pesar de “la violencia que las acecha” desde el terruño hasta la llegada al país de destino (Asakura y Torres, 2019), las mujeres ponen en marcha su “agencia femenina” para afrontar los riesgos del viaje de diversas maneras y dejar atrás situaciones no deseadas (Cueva y Terrón, 2014), ellas muestran su capacidad de resiliencia y resistencia, sus estrategias de afrontamiento y de supervivencia; esas capacidades y recursos

de los que disponen a manera de protección, autocuidado y cuidado de los suyos en sus caminos para no flaquear en su propósito.

Son numerosas las evidencias sobre las múltiples vulnerabilidades de las mujeres migrantes, en los que no es posible pasar de largo la cuestión del género y ver cómo ésta influye también en el ámbito de la salud. El reto para este estudio es conocer las dificultades en salud que enfrentan las madres migrantes centroamericanas que hacen el trayecto migratorio hacia Estados Unidos con sus hijos e hijas, identificar los recursos, estrategias y prácticas que ponen a flote para resolver sus necesidades en salud presentadas durante el tránsito y atrapamiento por México y sus posibilidades de acceso a la atención médica en el contexto actual.

Por la relevancia y alusión a las necesidades de salud de los niños, niñas y adolescentes migrantes, percibidas por las mujeres migrantes durante el atrapamiento en el tránsito migratorio al que se sumó la dificultad de la pandemia, es que la propuesta de este estudio consiste en analizar los tipos de prácticas de cuidados maternos a la salud en función de los diferentes grados de complejidad en los padecimientos percibidos.

v. Estructura de la tesis

El contenido de la investigación está dividido en seis capítulos. En el primer capítulo se encuentra el fundamento teórico abordado desde la perspectiva de género, se discute el concepto de maternidad y se hace una revisión de las prácticas de cuidados a partir de la Teoría de las prácticas sociales. Se aborda el tema de la salud desde la perspectiva de los derechos humanos, se retoman las aportaciones sobre los modelos de atención en salud y se analiza la posición de las personas en situación de (in)movilidad desde la violencia y la vulnerabilidad estructural. Asimismo, se retoman estudios del campo de las migraciones en torno al tránsito y al atrapamiento.

El segundo capítulo corresponde al contexto de la migración de las mujeres en el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos, mostrando los antecedentes y las causas de su emigración, así como algunos datos estadísticos de los sistemas de información emitidos por instituciones migratorias en México y Estados Unidos, información publicada en boletines, informes y reportes gubernamentales, interagenciales, académicos y de asociaciones civiles,

que se complementan con información etnográfica resultante de las entrevistas con los directivos de albergues para familias en movilidad.

El tercer capítulo está constituido por el diseño metodológico de la investigación, se describe la estrategia de aproximación, los instrumentos y las técnicas para recabar la información en campo, así como las consideraciones éticas y metodológicas para hacer investigación con poblaciones vulnerables en contexto de pandemia.

El capítulo cuarto muestra los hallazgos generales de la investigación, introduce un panorama sobre los perfiles de las mujeres participantes y una descripción de su recorrido desde Centroamérica hacia Estados Unidos, poniendo énfasis en el ejercicio de la maternidad en los espacios de tránsito, en las escalas y las dificultades que representa cuidar durante el atrapamiento en el tránsito por México.

El quinto capítulo presenta los resultados de la investigación en cuanto a los padecimientos que las madres perciben en sus hijos e hijas, así como las necesidades de atención a la salud y las barreras que ellas identifican desde su experiencia de atrapamiento en Tijuana.

Finalmente, el sexto capítulo se identifican las principales prácticas de cuidados desarrolladas en la movilidad, y se desarrolla un análisis tipológico sobre las prácticas maternas de cuidados a la salud que desempeñan las mujeres hacia las infancias y adolescencias migrantes en el atrapamiento en Tijuana, en función de los padecimientos percibidos.

I. MARCO TEÓRICO. MATERNIDADES MIGRANTES CENTROAMERICANAS: PRÁCTICAS DE CUIDADOS A LA SALUD, DURANTE EL TRÁNSITO Y EL ATRAPAMIENTO

En este capítulo se dan a conocer las teorías y conceptos que sirven como base para el estudio y análisis del ejercicio de las maternidades migrantes durante el tránsito y el atrapamiento. Los tópicos del texto serán desarrollados en cuatro apartados. En el primer apartado se expone el abordaje de la migración desde el nivel micro social. En el segundo apartado se retoman los aportes teóricos desde la perspectiva de género y feminista. El tercer apartado se discute el concepto de maternidad, sus interpretaciones desde la tradición y la transgresión, enfocado en la experiencia de las madres centroamericanas que se movilizan con los hijos e hijas presentes. En el apartado cuarto se hace una revisión de las prácticas de crianza y cuidados a la salud, a partir de la Teoría de las prácticas sociales. En el quinto apartado se habla de la salud de las personas en situación de (in)movilidad desde una perspectiva de derechos humanos, retomando la categoría de la migración como determinante de la salud. Finalmente, se retoman estudios del campo de las migraciones en torno al tránsito y al atrapamiento.

1.1 La migración desde el nivel micro o *bottom up*

Brettell y Hollifield (2014) estudian la migración desde el nivel micro o *bottom up* para abordar la experiencia de los migrantes a nivel individual y familiar y, el efecto de sus decisiones o acciones individuales en sus comunidades. Una lectura del fenómeno migratorio desde lo micro social puede dar cuenta de los sentidos y significados que los sujetos otorgan a sus acciones en la vida diaria, las motivaciones que tienen las personas para emigrar, el sentido que le otorga el sujeto a la emigración, sus aspiraciones, valoraciones, preferencias y percepciones. Este enfoque, permite dar cuenta de que “el proceso migratorio conlleva cambios para las personas no sólo de movilización espacial, sino que implican reorganizaciones vitales en el entorno físico y social” (Bonilla, 2012: 538).

La decisión de emigrar y los cambios múltiples que ésta acarrea tienen consecuencias directas para los miembros de la familia, quienes viven a menudo entre las tensiones y las expectativas de su proyecto personal, familiar y comunitario. Es importante estudiar los reacomodos en las

dinámicas familiares, la injerencia de la familia en la decisión de quién, cuándo y a dónde emigrar, y las experiencias migratorias distintas para cada persona, ya que las decisiones respecto al proyecto migratorio están atravesadas por dinámicas de poder y relaciones jerarquizadas en cuanto al género y la generación al interior de cada familia.

En el caso de las madres en tránsito con sus hijos e hijas desde Centroamérica hasta la frontera de México con Estados Unidos, es posible analizar su movilidad (de sur a norte) al profundizar en las dinámicas familiares y comunitarias, poner el énfasis en las motivaciones subjetivas de la emigración y considerar los niveles macro (el Estado, el mercado, los marcos normativos económicos y sociales, las políticas migratorias de los países involucrados) y meso (la familia, la comunidad, lo relacional), para entender y enfatizar en el nivel micro (lo subjetivo), con el fin de analizar las narrativas individuales de las madres migrantes a la luz de las dinámicas y tensiones a nivel familiar y comunitario, las cuales a su vez, están insertas en una historia social de procesos políticos, económicos, climáticos y culturales más amplios.

1.2 La migración desde la perspectiva de género y feminista

Hondagneu-Sotelo (2011) entiende la migración como un proceso estrechamente relacionado con el género. El estudio del fenómeno migratorio desde el enfoque feminista analiza el poder socialmente construido y el género “en las diferentes escalas espaciales -incluyendo el cuerpo, el hogar, la región, la nación y las organizaciones supranacionales- como procesos ligados a la producción la diferencia”, que se entrelazan con otros procesos involucrados en la movilidad espacial y en la dinámica social, tanto procesos políticos, económicos, jurídicos como los procesos de formación de subjetividades (Silvey, 2004: 492, 495 y 499). Desde este enfoque es posible ahondar en las implicaciones que tiene emigrar como mujer, exponiendo sus cuerpos que están atravesados no sólo por el género, sino la clase, edad y raza/etnicidad.

La perspectiva de género ha contribuido a reconocer aquellos espacios donde se reproducen las relaciones de poder, como es el caso del hogar, ya que el ámbito doméstico es un espacio donde no solo las mujeres sino también los hijos e hijas ocupan un rol de subordinación frente a la autoridad patriarcal tradicional (Camarena, 2003: 278).

La maternidad es una cuestión de género en tanto que existen ordenamientos simbólicos de lo que significa ser hombre o mujer en nuestra sociedad y en nuestro tiempo, que nos interpelan en lo subjetivo y en lo colectivo (Palomar, 2007: 54). Al pensar la maternidad como parte de procesos históricos, sociales, simbólicos y relacionales, Sánchez (2003) señala que, “las relaciones de género son relaciones de poder que distinguen jerárquicamente a las personas en hombres y mujeres y limitan el acceso de estas últimas a los recursos económicos, sociales, políticos y culturales”. Sin embargo, esas jerarquías no son permanentes o inamovibles, sino que “se fusionan con otras relaciones de desigualdad (clase, generación, rango, raza, etc.) en configuraciones más amplias y adquieren características específicas en cada grupo social” (Sánchez, 2003:22). Por lo cual, para comprender los significados de la maternidad es necesario tomar en cuenta las condiciones socioeconómicas, las redes de relaciones sociales, familiares y de pareja, las prácticas sociales, las ideologías y las representaciones del género. Y todo el sistema patriarcal. Es interesante cómo durante el proceso migratorio se van modificando aspectos en la vida de las personas, por ejemplo, sus roles, sus prácticas, e inclusive sus expectativas.

La perspectiva de género en este estudio es fundamental para el análisis de la diferencia en las experiencias migratorias de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes desde categorías como el género y la edad que se intersectan con otras como la clase, la etnicidad y la nacionalidad. Poner la mirada en las experiencias de las mujeres que se movilizan con sus hijos e hijas, respecto a las experiencias de los hombres que emigran, permite observar cómo las relaciones de género, las relaciones de poder y las jerarquías sociales moldean el actuar de las mujeres frente a determinadas circunstancias.

1.3 La maternidad como concepto

El concepto de maternidad es una creación cultural e histórica con un carácter multidimensional, ya que puede ser entendida desde la experiencia, la práctica, el discurso o la ideología. Las estudiosas de las maternidades han mostrado su entendimiento a partir de tres aspectos: lo temporal o cambiante, lo relacional y lo colectivo.

La maternidad como concepto tiene la potencialidad de ser cambiante generacionalmente, de acuerdo con los contextos y la historia. La idea de la maternidad ha ido variando con los años y se ha vuelto visible en los cambios del número de hijos, el espaciamiento de los embarazos o el uso de métodos anticonceptivos, por mencionar algunos ejemplos (Sánchez, 2003; Palomar, 2007). La manera en que entendemos la maternidad es susceptible a modificaciones, puesto que constituye una experiencia cambiante en el tiempo y sus valoraciones se transforman a lo largo de las biografías de las mujeres (Llanes, 2014:60), es decir, aunque cada mujer forma parte de un contexto sociocultural amplio y complejo, vive la maternidad de manera particular, en su propia subjetividad, historia, generación, trayectoria y espacios cotidianos. Con lo cual, la maternidad puede ser entendida como una entrega totalizante para algunas mujeres y una opción de vida para otras.

La maternidad en las sociedades latinoamericanas se define como hecho colectivo (Flores y Tena, 2014; Maier s/f, Cueva, 2015; Asakura, 2005; Córdova, 2016) dado que hay una idea de la maternidad como eje estructurante de la identidad femenina. Así pues, instituciones como la familia, la iglesia y el estado inciden en la articulación de diversas jerarquías sociales, exaltando la virtud femenina como cuidadora, fortaleciendo la figura de la mujer-madre y su participación desigual en las actividades productivas y reproductivas derivadas de la división sexual del trabajo (Flores y Tena, 2014: 39 y 38).

Por otro lado, se define desde lo relacional porque se gesta en relaciones de poder y de desigualdad. Cueva, reafirma el carácter relacional y colectivo de la maternidad al encontrar que la agencia de la mujer en cuanto al embarazo no es una acción autónoma, sino interdependiente porque involucra intereses y acuerdos de diversos miembros de la familia: “la forma en que los miembros de la familia valoren la llegada de un nuevo miembro dará sentido a los cuidados que se den al embarazo” (Cueva, 2015:229).

Este énfasis en definir socioculturalmente la maternidad a partir de los intereses de la progenie alude a los imperativos y mandatos de género. La maternidad entendida desde lo relacional, el poder y la desigualdad dirigen a la tríada de lo privado-doméstico-reproductivo, a adjudicar los trabajos de cuidados a la mujer y reiterar la articulación del esencialismo mujer igual a madre.

En reacción a la exaltación de la mujer-madre, Sánchez (2003), Asakura (2005) y Córdova (2016) hacen una crítica hacia la asociación entre maternidad y gestación, maternidad y funciones reproductivas, maternidad y cuerpo femenino, maternidad y progenie, maternidad y representación de la capacidad biológica de la mujer. Sumándose a la crítica por la forma diádica, tradicional y esencialista de pensar la maternidad surge también el cuestionamiento a considerar la maternidad como una institución innegable del patriarcado (Sánchez, 2003) o como una ideología basada en la completud de la mujer al cumplir su rol de madre y entonces dedicarse a *ser para otros*, siguiendo lo que Marcela Lagarde ha enunciado como el “deber ser” (Lagarde, 2014).

Saldaña, Venegas y Davids (2016) hablan sobre el carácter multidimensional de la maternidad como experiencia, práctica y discurso. Ellas proponen identificar los complejos y diversos mecanismos que usan las mujeres para resistir, construir y negociar “con y entre las normas sociales en relación con la maternidad”. Así pues, entienden la maternidad en los ámbitos contextual, experiencial y social en el reconocimiento de las jerarquías sociales, los discursos y los significados impuestos desde la cultura (Saldaña et al, 2016: 15 y 16).

Para esta tesis, resulta interesante retomar la definición que propone Asakura al concepto de maternidad, en términos de su comprensión desde una práctica que cuestiona los esencialismos. La autora define “maternidad” como “una práctica que se distingue de la reproducción porque no se refiere solamente a la parte biológica, sino también a las concepciones simbólicas que se traducen en significados y representaciones” (Asakura, 2013: 17 y 18). Por su parte, Naudon se suma a la comprensión de la maternidad como construcción cultural en la que se conjugan las prácticas y las representaciones sociales, conceptualizando la maternidad como “una construcción histórica, social y cultural porque incluye procesos biológicos y prácticas sociales no vinculadas al cuerpo femenino, que se entrecruzan con representaciones acerca de lo socialmente aceptado, legitimado y naturalizado” (Naudon, 2016: 104).

Convertirse en madre es distinto al deseo de tener un hijo, hay una diferencia entre el proceso corporal y el reproductivo, frente a la crianza y a la responsabilidad asumida por la vida y el bienestar de un ser humano que refiere a la diferencia entre ser género/*being gender* y hacer género/*doing gender* (McBride et al, 2013: 401). Hacer género y ejercer la maternidad,

implican actos de performatividad de una persona para expresar y manifestar una intención. Es una performatividad que, enunciada en el pensamiento de Judith Butler, parte desde la crítica a los procesos de esencialización y naturalización de la producción cultural (Jeremiah, 2006).

Dicho con otras palabras, la mujer es quien concibe a los hijos e hijas y ese hecho no se contrapone con que otros actores pueden formar parte de los ejercicios de cuidados y crianza. De hecho, Palomar (2007) afirma que maternaje y maternazgo son términos usados para distinguir la parte biológica de la parte social, implicadas en el nacimiento y la crianza respectivamente. Su alegato surge de que la “parte biológica” hace referencia a gestar, parir y amamantar. Hay quienes al hablar de maternidad refieren al instinto materno, al amor fraternal, a la esencia femenina o a la idea de ser buena madre, y no propiamente, al trabajo socialmente necesario que implica el cuidado, la atención y la educación de la infancia: “el maternazgo puede ser ejercido por cualquier persona, independientemente de su sexo y de la consanguinidad con dichos infantes” (Palomar, 2007: 52).

Si bien las labores de crianza y de cuidados pueden ser ejercidas tanto por hombres como por mujeres, los ordenamientos socioculturales vigentes en las sociedades latinoamericanas basados en una diferenciación dicotómica, la asignación de roles de género y la división sexual del trabajo han normalizado que las labores de crianza y cuidados, la responsabilidad al interior del grupo doméstico y la función sociosanitaria⁷ sean realizadas casi con exclusividad por las mujeres.

En resumidas cuentas, los diferentes estudios y críticas al concepto de maternidad proponen: separar la conceptualización del ser mujer de la idea que se tenga sobre lo femenino, distinguir el hecho biológico de parir de los ejercicios de crianza y de los trabajos de cuidados, enunciar las maternidades en plural para hacer referencia a las distintas maneras de ser madre y, pensarlas en su potencialidad cambiante, relacional y contextual.

1.3.1 Maternidad, entre la tradición y la transgresión

“El sistema de valores atribuidos a la madre es la idea compartida del amor incondicional hacia los hijos, su cercanía física y permanente, su tarea como principal

⁷ La función sociosanitaria hace referencia a proporcionar cuidados sociales y sanitarios, apoyo y atención a personas dependientes, estas pueden ser niños/as, ancianos/as o enfermos/as.

agente socializador y del sano crecimiento de los hijos. El orden moral es que la mujer anteponga sus propios intereses ante los hijos, que el padre sea el proveedor de las necesidades materiales. La función social es que la madre conserve la unidad familiar y posibilite el crecimiento de hijos mental y físicamente fuertes” (Ramos, 2014:129).

La maternidad ha sido pensada culturalmente como algo estático; las madres con sus hijos dentro de los hogares, en el ámbito de lo privado (Ariza y de Oliveira, 2002:42, Wainerman, 2002:200, McBride, 2013, Ramos, 2014:129). Las madres migrantes han retado esta idea. Con su movilidad han planteado otras expresiones sobre la maternidad; diferentes modos de ser madre fuera de los límites de su país y fuera de los espacios socialmente asignados a la mujer.

En el caso de la reciente migración desde Centroamérica, es posible ver en las madres migrantes centroamericanas la conjugación y la tensión entre la maternidad tradicional y la maternidad transgresora. Las mujeres que salen de sus países de origen junto con sus hijas e hijos tienen durante todo el trayecto la responsabilidad y carga del cuidado de la infancia, así que ejercen una maternidad en modalidad intensiva.

A diferencia de las madres migrantes a distancia, ellas no los encargan con cuidadores alternativos en el lugar de origen, sino que hacen el viaje juntos. Debido a que su movilidad es producto del desplazamiento forzado por la violencia, dejar a los hijos e hijas en el país de origen no es una opción y no es seguro.

A pesar de ejercer una maternidad 24/7, ellas representan una transgresión a los mandatos socioculturales de la “buena madre”. Contrario a las guardianas tradicionales del hogar, de la progenie y de lo doméstico, las madres migrantes están ejerciendo una maternidad fuera del espacio físico familiar, llámese la casa o el país, transitan el espacio público y traspasan fronteras nacionales en su búsqueda por una vida mejor. Su andar tiene costos a nivel subjetivo, familiar, social y estructural. Algunos costos son emocionales, las madres cargan con la culpa y con el escrutinio social ¿qué madre arriesgaría a sus hijos a los enfrentamientos con los militares en las fronteras?, ¿qué madre sacrificaría a sus hijos a recorrer países tan peligrosos como México?, a nivel social hubo preocupaciones por las infancias migrantes y juicios de valor vertidos sobre las mujeres, dejando ver que estaban incumpliendo con el ideal materno que nos han inculcado desde el andamiaje católico latinoamericano, la madre virtuosa, la buena madre.

Los costos también han sido en términos de dificultades físicas en el camino y en la espera obligada, implican un doble riesgo, un redoble esfuerzo en la búsqueda de la sobrevivencia y el enfrentarse a una discriminación interseccional, ya que ser madre o estar en la espera de serlo en un contexto incierto, itinerante, ajeno y a expensas de cada situación emergente, las pone con sus hijos e hijas en una situación de mayor vulnerabilidad ante las dificultades físicas del camino, a ser objeto de las disposiciones de control fronterizo y la vigilancia que criminaliza a los migrantes.

Mujeres de diversas latitudes, en este caso las mujeres centroamericanas, están huyendo de sus países por distintas razones, entre ellas razones económicas y violencia de género. Al migrar “están cruzando, de entrada, la frontera de los espacios asignados por el género, es decir, están entrando en el imaginario social a un territorio que es exclusivo de los hombres, transgreden una norma no escrita pero vigente en la conciencia de la colectividad. Al fuego de la desigualdad y la violencia, se agrega la llama de la crítica, el rechazo, la condena” (Asakura y Torres, 2019: 19).

Los mandatos de género circunscritos a la permanencia en el hogar se rompen al efectuar la emigración e implican una transgresión a esa barrera cultural. Esa primera transgresión, sería para las madres que emigran en Caravanas, parte de una nueva maternidad construida en colectivo. Tal como lo nombró Maier (s/f) en su estudio de mujeres argentinas organizadas para salir a las calles a marchar, manifestarse y buscar a sus hijas e hijos desaparecidos. Ambos ejemplos, son ejercicios de maternidades transgresoras y sublevadas que, a la vez que traspasan fronteras físicas y simbólicas, conservan el mandato de género sobre los cuidados maternos, al hacer la lucha por sus hijos e hijas.

Maier recalca que, las madres buscadoras compartían el dolor individual tanto como la fuerza colectiva para buscarlos; “tu hijo como si fuera el mío”. De ahí que acuñara el término de la “madre colectiva” y lo definiera como “un nuevo personaje social que no sólo vigila por el cumplimiento cabal de los derechos humanos de sus hijos, sino para la sociedad entera” (Maier, s/f: 3). La autora señala que los movimientos de las madres buscadoras convergen entre la tradición y la transgresión, haciendo referencia a que, si bien es por sus hijos que se entregan al movimiento, están rompiendo con la idea de la madre que no sale de su hogar o de su cuadra, que no se apropia del espacio público.

Las maternidades buscadoras, son maternidades politizadas, que al igual que las madres del Movimiento Migrante Mesoamericano que han ido por más de 15 años en resistencia, movilidad y búsqueda de sus hijos migrantes desaparecidos en su paso por territorio mexicano. Y se encuentra una semejanza con las madres migrantes de Honduras, Guatemala y El Salvador, quienes se han movilizado por y con sus hijos e hijas rumbo a los Estados Unidos, buscando protección internacional. Todas ellas forman parte de contingentes que caminan haciéndose presentes en el espacio público, a modo de demanda por el respeto a sus derechos humanos (Varela y McLean, 2019). En este sentido, se concibe “la maternidad como identidad política, movimiento de mujeres, muchas mujeres actuando en contra de las formas de opresión social, en la intersección del tradicionalismo y la transgresión” (Saldaña et al, 2016: 19 y 20).

Las madres migrantes han hecho visible su causa por lo que representa su desplazamiento, su huida. Ellas se mueven cansadas de ver que en sus respectivos países hay serias deficiencias para asegurar la vida, la integridad, la educación, la salud y el futuro de sus hijos e hijas. Así pues, sus maternidades se distinguen y emergen en respuesta a problemas personales y sociales que las interpelan, las afectan y las llevan a emigrar aun sabiendo de los riesgos que las esperan en el trayecto migratorio hacia el norte.

Su movilización continúa incluso en el atrapamiento. Las mujeres cuya movilidad se vio mermada por las restricciones en las zonas de frontera, han formado parte de contingentes que luchan por su derecho a migrar y su derecho al asilo, manifestándose mediante marchas en las avenidas principales, campamentos en los puertos de entrada, así como organizando mítines y plegarias en las garitas entre México-Estados Unidos. Con la particularidad de que llevan a sus hijos e hijas a su lado.

Fotografía 1. Marcha por el derecho al asilo. Tijuana, 21 octubre 2020.



Captura por: Benelli Velázquez

Fotografía 2. Plegaria en la Garita de San Ysidro, 23 marzo 2021.



Captura por: Benelli Velázquez

Desde la perspectiva de Varela y McLean, se concibe a las caravanas o éxodos de desplazados como movimientos “desafiantes ante formas específicas de gubernamentalidad migratoria” y

como “formas de autodefensa migrante” (Varela y McLean, 2019:163). Asimismo, plantean que “las caravanas son una rebelión, una insurgencia de las víctimas del neoliberalismo en América Central, al mismo tiempo que una insurrección al gobierno fronterizo establecido por los estados de la región” (Varela y McLean, 2019:167), ya que dimensionan a las caravanas desde lo político como un ejercicio de autodefensa migrante, cuya actitud de lucha por la preservación de sus vidas y su dignidad implicó poner sus cuerpos, sus mochilas e inclusive las carriolas de sus hijos frente a militares, ciudadanos xenófobos, reporteros buscando la nota y sobre todo frente a las barreras fronterizas y los gases lacrimógenos (ibid. 164-167). En este orden de ideas, las madres centroamericanas que han llegado a la frontera norte de México están desafiando con su movimiento al régimen de fronteras, pero también a los dogmas patriarcales y los ordenamientos socioculturales sobre la maternidad.

Las maternidades migrantes desde estos nuevos escenarios, no se pueden seguir viendo únicamente a partir de quienes ejercen la maternidad a distancia, ya que si bien las madres que migran dejando a sus hijos en el terruño sentaron las bases para pensar nuevas identidades femeninas en la migración, hoy en día estamos siendo testigos de un movimiento emergente de madres e hijo/as que huyen juntos de sus países de origen por diversas y complejas razones, como pueden ser la desestabilidad social, política, económica y las violencias, entre ellas la violencia doméstica “sus motivos de salida tienen un matiz de género al haber escapado de su pareja, por violencia doméstica o ante las amenazas de quitarles a sus hijos (Asakura, 2014:149; Avendaño, 2019). Las mujeres que son madres y son migrantes transitando desde Centroamérica son pues, sujetos con características propias como la movilidad activa, visible y plural. Ellas transitan con sus hijos e hijas hacia la búsqueda de protección internacional y mejores condiciones de vida para ellas y para sus familias.

1.3.2 Maternidades migrantes centroamericanas

Dada la revisión teórica abordada, en esta tesis se entienden las maternidades migrantes centroamericanas a partir de su configuración en lo relacional, lo colectivo y su potencialidad cambiante (modificable con los contextos, la historia y las generaciones). Se piensa las maternidades en plural para hacer referencia a las varias expresiones y distintas formas de ser madre y de ejercer la maternidad, pero también desde los ámbitos experienciales, sociales y culturales. Como identidades políticas y colectivas, movidas por la búsqueda por el bienestar integral de los hijos e hijas, el dolor por la violencia sufrida, la rabia por los derechos negados y la fuerza que las impulsa para continuar el camino con ellos y ellas.

Son maternidades agrupadas y corporizadas en movimientos que unen a mujeres de diferentes países en un entrecruce entre la tradición y la transgresión, ya que, por un lado, en el contexto forzado de su movilidad, ejercen con o sin intención, una maternidad intensiva al llevar a sus hijos e hijas todo el tiempo y a todos lados, en el aquí y el ahora, ya que en el momento de la migración se concreta la ideología patriarcal de dejar las tareas sociales de cuidados y crianza a cargo de las mujeres y, por otro lado, son maternidades colectivas, en las que se tejen nuevos lazos de amistad, solidaridad y hospitalidad que comparten el trabajo de cuidados en el transitar y en la espera.

La transgresión se encuentra en las intenciones de seguir avanzando hacia el norte, aunque con incertidumbre, con recursos limitados y en condiciones adversas. Y en ese caminar, ir derribando fronteras no solamente geopolíticas y físicas sino también las fronteras de género, simbólicas y culturales. Fuera de lo estático y lo privado, cruzan al espacio público, a las calles, a otras ciudades y otros países buscando la protección internacional actuando entre muchas mujeres en contra de las formas de opresión social. Son maternidades que se distinguen porque madres e hijos enfrentan juntos las fronteras políticas, administrativas y socioculturales y, aunque están sujetas a los designios burocráticos y la gubernamentalidad migratoria, son capaces de tomar acción para continuar su camino y perseguir su meta.

1.4 Maternidades y Teoría de las Prácticas Sociales

Se considera pertinente analizar el ejercicio de la maternidad desde la teoría de las prácticas sociales por su dimensión pragmática, ya que, las prácticas existen en el mundo social a través de su realización como actividades concretas (Ariztía, 2017).

El estudio desde la teoría de las prácticas sociales permite el análisis de lo cotidiano y la comprensión de los mundos de vida, el orden social y la reproducción social. Ya que las prácticas articulan comportamientos compartidos a partir de saberes colectivos.

Reckwitz define las prácticas como “un tipo de comportamiento rutinario que consiste en varios elementos interconectados entre sí: formas de actividades corporales, actividades mentales, “cosas” y su uso, un conocimiento previo en forma de comprensión, saber-hacer, estados de emoción y conocimiento motivacional” (Reckwitz, 2002: 249). Es decir, las prácticas son maneras de hacer, que ocurren en la rutina e implican: el cuerpo, la mente, las cosas, el conocimiento, el discurso/lenguaje, la estructura/proceso y el agente/individuo. “El individuo como ser individual, como agente corporal y mental, actúa como el portador de una práctica, y de muchas prácticas diferentes que no necesitan coordinarse entre sí. Por lo tanto, él o ella, no es solo un portador de patrones de comportamiento corporal, sino también de ciertas formas rutinarias de comprender, saber y desear” (ibid.: 250) en este sentido, las prácticas forman estructuras de acción y funcionan como “nexo” entre el hacer y el decir, entre los hechos y los dichos, la práctica “es un modo rutinario en que el cuerpo se mueve, los objetos son tocados, los sujetos son tratados, las cosas son descritas y el mundo es entendido” (idem).

Las prácticas sociales reflejan la forma de vida, la historia particular, el estado anímico, físico, social de la persona en el momento de la acción, así como los ordenamientos sociales, el acervo de conocimiento y su capacidad creativa. Por consiguiente, la práctica social es la expresión de la persona que la realiza con todo lo que fue, es y será, ya que la práctica es producto de los imaginarios sociales y de sus representaciones (Murcia et al., 2016: 272 y 276). Por su parte, Gutiérrez analiza las prácticas sociales en base al pensamiento de Pierre Bourdieu, la autora piensa las prácticas en relación con la noción de *habitus*. Las prácticas como producto de un sentido práctico, de una aptitud para moverse, actuar y orientarse según la posición ocupada en el espacio social. Dicho sentido práctico implica el encuentro entre la historia objetivada

(sentido objetivo, las estructuras) y la historia incorporada (sentido subjetivo, las experiencias) (Gutiérrez, 2005: 71-78).

Los autores señalan que, para poder explicar las prácticas sociales desde una perspectiva sociológica se deben tener en cuenta las condiciones históricas, materiales u objetivas, el condicionamiento social de las prácticas, así como los factores cognitivos, simbólicos y representacionales. Es preciso también considerar la posición del agente social que produce las prácticas, la trayectoria de esa posición y su relación con el conjunto de posiciones del que forma parte (Murcia, 2016: 259; Gutiérrez, 2005: 96).

Se concluye que la práctica de cuidar como parte del ejercicio de la maternidad en la migración implica movilizar competencias o saberes prácticos como alimentar, arropar, proteger, vigilar, entre otros. Se relaciona con convenciones y significados que hacen del cuidado una actividad valorada socialmente y asociada al imaginario de la buena madre, el cual se va modificando en tiempos y contextos. Finalmente, la práctica de cuidar no es posible sin objetos materiales como los recursos económicos para adquirir comida, ropa, medicamentos, por poner algunos ejemplos. Las madres en la migración cuidan y se cuidan o descuidan, se comportan a partir de la comprensión del mundo social del cual son parte, en este caso en sus comportamientos de búsqueda de salud influyen aspectos como las percepciones sociales, el estigma, la discriminación, saberse extranjeras en contextos antiinmigrantes. Ellas actúan a partir de lo que comprenden, saben y desean, lo que saben por experiencia propia y ajena son los riesgos y las limitaciones, pero lo que desean es lo que dirige su práctica pese a que este condicionada por lo primero, su mayor deseo es avanzar en el camino hacia el lugar que tienen representado como seguro para la infancia, donde hay posibilidades de salvaguardar la vida, salir adelante y donde tienen parte de su familia extensa, una posibilidad de que sus prácticas maternas de cuidados sea apoyada por otros. Como menciona Reckwitz (2002) una práctica puede ser una manera de cuidarse y cuidar a otros.

En este escrito se atestigua cómo el ejercicio de las maternidades migrantes no se reduce al ser madre (*being*), sino al acto performativo (*doing*), es decir, a los ejercicios de crianza, socialización, enseñanza, comunicación, proveeduría de afecto, protección, seguridad y cuidados desarrollados en el tránsito y el atrapamiento en la movilidad. Se entiende por “prácticas maternas de cuidados a la salud” a: las acciones cotidianas en las que las mujeres

que son madres invierten tiempo, se involucran afectiva-emocionalmente, dirigen sus actividades al mantenimiento de la vida, gestión de la salud, resolución de los padecimientos físicos y psicológicos percibidos en sus hijos e hijas en pro de su bienestar integral, como parte de un rol asignado estructural y socialmente.

1.4.1 Las prácticas de crianza y de cuidados

El concepto de maternidad articula las relaciones de género aprendidas y reproducidas que afectan la organización familiar con las prácticas de socialización y cuidado de los hijos (Jiménez y Roquero, 2016: 322).

El ejercicio de las maternidades conlleva un conjunto de prácticas, entre ellas la crianza y los cuidados a los hijos e hijas, las cuales consisten en la formación de hábitos en cuanto a alimentación, higiene y descanso, involucran aspectos tales como la salud, la educación, los afectos, la protección, el desarrollo, las expresiones lúdicas, el empleo del tiempo libre, el desarrollo moral, la disciplina, los valores y reglas de comportamiento que se van aplicando en las relaciones interpersonales. Dichas prácticas tienen una relación con los contextos, recursos y espacios compartidos en que se desenvuelven las familias. La maternidad y la crianza están embebidas en la historia y la cultura, e involucran prácticas, pautas y creencias, tanto en la familia como en el entorno exterior a la misma, por lo cual diversos autores analizan estas categorías en conjunto con los procesos de socialización.

Las prácticas de crianza han sido definidas como “acciones llevadas a cabo por los padres y personas responsables del cuidado del niño para dar respuesta cotidiana a sus necesidades (...) para garantizar la integración, adaptación y supervivencia de su hijo a su contexto vital” (González y Estupiñán, 2010: 398 y 400). También han sido conceptualizadas por otros autores como “acciones de los adultos – padres u otros cuidadores- con la finalidad de asegurar la supervivencia de los niños y su integración a la vida social (...) son rutinas asociadas a la interacción diaria de los miembros de la familia, por ejemplo, el uso de recursos como el agua, el espacio de la vivienda, el empleo del tiempo, y que se constituyen acciones básicas del estilo de vida” (Aguirre: 2000: 27, 31 y 34). Son las acciones realizadas cotidianamente para responder a las necesidades del niño o de la niña, en las que influyen el contexto sociocultural, las personas encargadas del cuidado y las condiciones materiales en que se vive (Cabello,

Ochoa y Flip, 1992: 19) y, “que se orientan a garantizar la supervivencia del infante, a favorecer su crecimiento y desarrollo psicosocial, y a facilitar el aprendizaje de conocimientos que permita al niño reconocer e interpretar el entorno que lo rodea” (Triana, 2010: 936).

En estas definiciones lo común es que las prácticas de crianza sean acciones específicas implementadas por personas adultas, ya sea la madre, el padre o los cuidadores de apoyo, las cuales están orientadas hacia la supervivencia e integración de los hijos al mundo social. Dichas prácticas se encuentran permeadas por condiciones objetivas y subjetivas, por ejemplo, el uso de recursos materiales y espacios compartidos, las actividades de la vida cotidiana, los hábitos y estilos de vida, todo lo cual se encuentra social y adultocéntricamente normado. De manera adicional, es posible apreciar aspectos socioculturales y de género en torno a ¿quiénes son las o los cuidadores?, ¿cuáles son las necesidades diferenciadas de los niños, las niñas y adolescentes? Sobre todo, considerando que estas cambian según la etapa de desarrollo (Cabello, Ochoa y Flip, 1992; Aguirre, 2000; González y Estupiñán, 2010; Triana, 2010).

La crianza y el cuidado son labores que social e históricamente han sido concebidas como femeninas, sin embargo, los teóricos han coincidido en que ambas son trabajos concernientes a la reproducción social cuya responsabilidad no solo debería recaer en las mujeres sino formar parte de una responsabilidad social donde participen el estado, el mercado, la comunidad y la familia. El cuidado como cuestión social, posee las características de ser necesario e interdependiente a lo largo de la vida humana, una dimensión que va más allá de la crianza y la maternidad e involucra prácticas de cuidado familiares, comunitarias y de políticas sociales (Ierullo, 2015).

La maternidad, las prácticas de crianza y de cuidados son pues constructos culturales porque traducen patrones de socialización que se entrecruzan con representaciones acerca de lo socialmente aceptado, legitimado y naturalizado, por ejemplo, las nociones de la “buena madre/mala madre”. Ciertamente es que, al formar parte de construcciones sociohistóricas y culturales se han ido modificando con el tiempo, pero también han sido adjudicadas tradicionalmente a las mujeres e intervenidas y legitimadas desde el “saber hacer” de las abuelas u otras madres, de las instituciones como la iglesia, la escuela y el estado, de las lógicas del mercado, de los medios de comunicación y de los discursos de expertos emitidos por

disciplinas tales como la medicina pediátrica, la psicología, la psiquiatría y la pedagogía (Naudón, 2016, Aguirre, 2000, Jiménez y Roquero, 2016:323).

En el nivel del significado, las pautas y creencias sobre la crianza refieren a la parte normativa del ser madre, a lo que se debe hacer, un ideal a nivel discursivo. Lo cual se distingue de las prácticas, es decir, del nivel de la acción o lo que las madres, padres y/o cuidadores realicen para responder a las necesidades de la infancia. Siguiendo a Aguirre y Durán (2000), las prácticas de crianza y cuidados son “el hacer asociado al empleo del tiempo libre, a la expresión del afecto, al uso de la autoridad y el castigo, y a la manera como se dan las relaciones interpersonales” (Aguirre y Durán, 2000:15).

Al igual que las prácticas de crianza, las prácticas de cuidado están permeadas por las diferencias geográficas, económicas, sociales y culturales (Aguirre, 2000). Por ejemplo, las prácticas de crianza y cuidado de la salud se manifiestan en los diferentes momentos del microsistema familiar; en la distribución de los espacios, el uso del tiempo libre o en la disponibilidad de elementos de aseo (Aguirre, 2000:36). En este sentido, las prácticas de crianza no pueden ser entendidas como acciones unilaterales sino como parte de un proceso interactivo en un marco de socialización, que permite evidenciar la transformación mutua y simultánea de las partes comprometidas en la relación -hijos y padres u otros cuidadores (Aguirre, 2000:20).

Entre las comunidades migrantes atrapadas en Tijuana se dan prácticas de crianza “transicionales”, en el sentido que enuncian Evans y Myers, al haber un alejamiento de las prácticas tradicionales producto de la migración, lo cual impacta la vida familiar en varios niveles y aspectos como pueden ser los cambios en la estructura y dinámica familiar, la pérdida de un espacio propio para desenvolverse cotidianamente y la modificación de las prácticas habituales paterno y materno filiales.

Las maternidades en la migración, específicamente durante el atrapamiento en la movilidad se viven mayormente desde los albergues, estos espacios transitorios en que se da una convivencia – armónica o conflictiva- entre los distintos modos de crianza que cada familia representa. Es importante preguntarse ¿qué tanto los padres y madres que tienen como prioridad su procedimiento de asilo familiar, están racionalizando sus formas de crianza o los cuidados de los niños, niñas y adolescentes que los acompañan tanto en el camino como en el

encierro? Como mencionan Jiménez y Roquero (2016: 341) “las paradojas entre el ideal maternal de los discursos expertos y la realidad socioeconómica de las mujeres en cada momento concreto proporcionan identidades fragmentadas y múltiples en tanto conviven varios modelos, todo lo cual cuestiona la universalidad y estabilidad de la construcción sociocultural acerca de la maternidad”.

Con lo anterior, se considera que el presente trabajo de investigación abona a la comprensión sobre las maternidades, al estudiar una forma de maternidad en la migración con presencia de los hijos e hijas bajo su resguardo. Parte de su aportación, además, está en identificar las prácticas de cuidados a la salud como parte del ejercicio de la maternidad durante el atrapamiento en el tránsito, en un contexto de espera involuntaria producida por las modificaciones en los procesos de asilo en Estados Unidos y el alargamiento de dicha espera tras las restricciones por la pandemia SARS-CoV-2.

1.4.2 Las maternidades migrantes y los cuidados a la salud

El cuidado es “un proceso orientado a gestionar y mantener cotidianamente la vida y la salud, el bienestar físico y el emocional de los cuerpos” (López y Zapata, 2016: 242). Se ha asignado estructural y socialmente a las mujeres como parte de un saber y un deber, que se desarrolla dentro del entorno doméstico. Como práctica, el trabajo de cuidados ha sido arraigado en ideologías de género y en una idea hegemónica sobre la familia, donde la organización y reparto de roles implica que sea la mujer quien desempeñe dicha tarea, la cual requiere cercanía, conocimiento y atención de las necesidades del ser cuidado, añadiendo a la actividad una implicación relacional y de elementos inmateriales como son las emociones y los afectos (ibid.: 242-3).

El ejercicio de las maternidades en movilidad no se desliga de las estructuras de género y de parentesco. Respecto a las estrategias de las mujeres para la gestión de los cuidados ante un contexto de poco acceso a la atención sanitaria, Linardelli y Anzorena mencionan que el cuidado de la salud “se vincula tanto con la accesibilidad al sistema de atención médica, como con las prácticas cotidianas y una multiplicidad de saberes que se adquieren y despliegan en el entorno doméstico” (Linardelli & Anzorena, 2021: 13), es decir, comportamientos y saberes

aprendidos, socializados casi siempre entre mujeres en cumplimiento de una función sociosanitaria dentro del grupo familiar.

En este sentido, se retoman las aportaciones de Andersen (1995) quien consideró a la unidad familiar como parte de su modelo sobre el acceso a la atención biomédica formal, tomando en cuenta que el uso de los servicios de atención se basa en factores obstaculizadores y facilitadores, pero también en la predisposición de las personas y su necesidad de cuidados a la salud.

Menéndez hace una interrelación entre los modelos de atención de los padecimientos, los roles de género y los procesos de salud-enfermedad-atención. El autor menciona que “la mujer en su rol de esposa/madre es la que se hace cargo del proceso salud/enfermedad/atención de los miembros del grupo familiar, ella es la primera en realizar un diagnóstico, evaluar la gravedad o no del padecimiento, implementar los primeros tratamientos, decidir sola o con otro miembro de su familia la demanda de atención, el tipo de curador, dependiendo de “los recursos económicos y culturales del grupo, y de la infraestructura de servicios existentes” (Menéndez, 2003: 200 y 201). Es así como, en ocasiones el cuidado de la persona enferma no llega a instancias biomédicas formales, sino que, dependiendo del juicio sobre la gravedad y de los recursos se recurrirá a formas de atención biomédicas, tradicionales, populares, alternativas o a la autoatención.

Menéndez define los modelos de atención como representaciones, prácticas y actividades dirigidas a la producción y reproducción biosocial de los conjuntos sociales. Dichos modelos se materializan en acciones de atención, prevención, control, alivio, curación o tratamiento, y forman parte del proceso salud/enfermedad/atención, en el cual se involucran las condiciones estructurales: culturales, religiosas, políticas, económicas, sociales, técnicas y científicas (Menéndez, 2003: 186; 2005:10).

Al hablar de las acciones, es inevitable mencionar a quienes las desarrollan. Como ya se ha expuesto, el mismo Menéndez, a tono con Marcela Lagarde (2014) y con los estudios sobre la División Sexual del Trabajo (DST), ha escrito sobre cómo las mujeres en su rol de madre-esposas son las primeras en actuar haciéndose cargo del proceso salud-enfermedad-atención de los miembros de su familia; diagnosticando, evaluando la gravedad o no del padecimiento, así como el costo-beneficio, brindando los primeros tratamientos, decidiendo o analizando con

el grupo familiar si el padecimiento es motivo de consulta y si lo es, con qué tipo de curador deberá ser canalizado. Todo esto en base a sus referentes y condiciones estructurales (ibid. 2003).

En este sentido, los cuidados a la salud se enlazan con los mandatos de género y los roles socialmente asignados mediante la división sexual del trabajo. Al ser la madre la persona en quién recae la responsabilidad del grupo familiar en cuanto a la reproducción biosocial y los cuidados sanitarios, siendo ellas quienes identifican las necesidades de atención a la salud de los miembros más jóvenes. Es decir, se asigna el trabajo de reproducción bio-social a las mujeres y el productivo a los hombres; siguiendo una distribución social y organizacional de las tareas. De forma tal que la vida pública es asociada con lo masculino, mientras que las labores desarrolladas dentro del ámbito privado-familiar, tales como los trabajos domésticos, así como el rol de cuidar y la función sociosanitaria recae en las mujeres (Siles y Solano, 2007). Es pertinente pensar en las prácticas de cuidados a la salud desempeñadas por las madres migrantes centroamericanas al ser las madres, las principales proveedoras de cuidados en salud en el entorno doméstico y agentes en la búsqueda de la atención cuando la juzgan necesaria.

En esta tesis se pondrá atención a los problemas de salud percibidos por las madres migrantes -enunciados como padecimientos- y, en consecuencia, se analizarán las prácticas de cuidados a la salud a las que recurren para atender a los niños, niñas y adolescentes de su grupo familiar que las acompañan en el trayecto migratorio.

Se hace uso del término padecimiento y no de enfermedad, obedeciendo a la distinción que hace Kleinman sobre los conceptos: padecimiento (*illness*), enfermedad (*disease*), malestar (*sickness*) y sufrimiento (*suffering*). El autor refiere al padecimiento (*illness*) al evocar la experiencia humana de la persona que lo sufre (desde dentro), a cómo ella, los miembros de su familia y de su red social perciben, significan, viven y responden a los síntomas, así como el sufrimiento y la angustia que les causan procesos fisiopatológicos (Kleinman, 1988).

El padecimiento se narra desde la experiencia subjetiva, de la perspectiva del paciente y se indaga en la mirada de quienes sufren, de quienes sienten dolor, angustia, tristeza, miedo, desesperanza. Se localiza en la vida, en las historias de los seres humanos, en la temporalidad y en las acciones intersubjetivas familiares, comunitarias y asociativas. Padecer hace referencia a la experiencia individual, corporal, pero involucra también un malestar social, una

desnormalización de la rutina que demanda atención, lo que implica considerar los recursos económicos, las redes sociales, el acceso a los dispositivos institucionales y otras dimensiones estructurales que enmarcan la vida de las personas” (Hamui Sutton, 2019: 46).

Por el contrario, el término enfermedad alude a la perspectiva biomédica, a la narración elaborada por los profesionales en salud (desde fuera), quienes han sido entrenados para ver a través de lentes teóricos y nombrar el problema de salud con una nomenclatura particular y una taxonomía de la enfermedad (Kleinman, 1988).

Desde la antropología médica y la antropología de la experiencia, Kleinman habla también del *suffering* refiriendo a la experiencia social corporizada, donde hay una conexión del cuerpo y del *self* con el mundo social. Con este concepto permite profundizar en el estudio del sufrimiento humano al enmarcar la experiencia del *illness* o padecimiento como un proceso interpersonal, que forma parte de un contexto social, moral, médico, político, emocional particular que tiene implicaciones en la manera de concebir la enfermedad y el cuidado, e inclusive de las formas de expresar las emociones y hacer frente a los sentimientos. El *suffering* denota una experiencia de infortunio, de dolor y miseria cotidiana, de imposibilidad, una condición humana de ruptura y disrupción, que se analiza a nivel individual, pero trasciende a las representaciones sociales, al ser social. El entendimiento del *suffering* requiere un ir y venir entre los niveles macro y micro, el entendimiento colectivo y el subjetivo de la experiencia humana y colectiva. Estudiar el *suffering* a partir de la conexión entre cuerpo/*self* y mundo social permite identificar las categorías locales claves para entender las concepciones populares del cuerpo, la enfermedad, los padecimientos, las preocupaciones, los cuidados y los tratamientos.

Kleinman alude al término *social suffering* para decir que el sufrimiento es social en tanto “la fuerza social rompe redes y cuerpos, porque las instituciones sociales responden asistiendo a determinadas categorías de enfermos, mientras que niegan la asistencia a otros o los amenazan con indiferencia burocrática”, profundizando ciertas formas de sufrimiento y convirtiéndose en obstáculo para su alivio (Kleinman, 1997: 231).

Se considera prudente hacer uso del término padecimiento puesto que brinda una visión más integral al incorporar a las personas y sus familias a medida que entienden, responden y afrontan los síntomas (Kleinman, 1988). Así pues, se pretende conocer el estado de salud de

las infancias migrantes y sus medios de atención a partir de las narrativas de las madres, quienes, desde la cercanía con sus hijos e hijas, y desde su posición en la jerarquía familiar lo detectan, lo nombran, lo narran, lo sufren con ellos y le buscan una solución. Asimismo, dar lectura al fenómeno estudiado desde la perspectiva del *illness* y *suffering* para comprender la presencia del problema de salud en relación con las fuerzas macrosociales (políticas, económicas, institucionales), es decir, cómo mundos de vida concretos se cimbran ante un determinado contexto social, sin perder de vista que la experiencia de quien padece está moldeada socioculturalmente.

1.5 La salud de las personas en situación de (in)movilidad: entre la violencia y la vulnerabilidad estructural

La salud es un derecho humano y social. Ha sido definido por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Desde una perspectiva de derechos humanos se entiende el derecho a la salud como aquel que incluye “el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente” y como tal, abarca libertades y derechos; la libertad de decidir y controlar su salud y su cuerpo y, el derecho de acceder a un sistema igualitario de protección a la salud (Cabieses et al., 2017: 20).

A propósito del acceso a la atención en salud, Andersen (1995) menciona que el uso de los servicios formales de salud es una combinación de i) la necesidad de las personas por la atención, ii) su predisposición a usar los servicios de salud y iii) los factores que permiten o impiden el uso (factores de necesidad, predisponentes y habilitantes (Andersen, 1995). Aquellos factores que lo impiden se conocen como barreras y de acuerdo con varios autores (Gamlin, 2013; Bourgois et al., 2017) son producto de la violencia estructural que produce inequidades en salud y vulnerabilidad estructural. Gamlin por ejemplo, plantea que los grupos sociales desarrollan patrones de comportamiento en salud como respuesta a contextos históricos, sociales, culturales y ambientales, así como ante la pobreza, la marginalización, la humillación, el racismo, la discriminación y la violencia cotidiana que resultan de la violencia estructural y se traducen en barreras para la salud (Gamlin, 2013).

Gamlin (2013) y Bourgois (2017) utilizan el concepto “violencia estructural” para analizar las inequidades en salud. El primero, describe cómo las inequidades sociales e históricas basadas en arreglos sociales y jerarquías cotidianas, son las que causan daño y aflicción, ya que se corporizan como malas condiciones de salud, baja expectativa de vida y estilos de vida de subsistencia marginados (Gamlin, 2013). Mientras que, Bourgois y sus colaboradores utilizan el concepto de “violencia estructural” definida como “una forma de describir los arreglos sociales que ponen en peligro a las personas y poblaciones”, para plantear que estos arreglos “políticos y económicos del mundo social son violentos porque dañan a las personas”. Es decir que, la inequidad social, las condiciones sociales de pobreza, la discriminación, el prejuicio y los estereotipos tienen efectos patológicos, exacerbando los problemas de salud de las personas estructuralmente vulnerables, socavan su capacidad para acceder a la atención médica, al tratamiento e inclusive disminuyen su esperanza de vida.

Para entender las disparidades en la atención médica Bourgois y colaboradores (2017), definen la “vulnerabilidad estructural” como: la condición de un individuo o grupo de población de estar en riesgo de tener resultados de salud negativos por las jerarquías socioeconómicas, políticas y culturales, y que se produce por la propia ubicación en un orden social jerárquico incrustado en diferentes redes de poder afectando a los grupos culturalmente subordinados (Bourgois et al. 2017).

Es interesante también analizar las disparidades de salud en la atención médica a las poblaciones en movilidad, a partir de los Determinantes Sociales de Salud entendidos por la OMS como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"⁸, en las que influyen factores individuales y factores socioeconómicos, políticos y económicos globales como la desigualdad de ingresos, las jerarquías racializadas y las políticas institucionales. La migración es considerada un Determinante Social de la Salud (Castañeda et al., 2015), ya que las estructuras sociales, las inequidades económicas, la inequidad en ciudadanía, las jerarquías étnicas, etarias y de género tienen efectos en la salud

⁸ <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

de las personas, y en el caso de las personas migrantes, su estatus migratorio posee un impacto en el acceso a la atención en salud.

En este sentido, los determinantes estructurales y sociales, como también son el racismo, el clasismo y la opresión de género tienen impacto en la salud y permiten comprender las causas profundas de la inequidad (Crear-Perry, et al., 2021).

En este punto se considera relevante contrastar los aportes desde la Salud Pública y la perspectiva de la Salud Colectiva, a la luz de las problemáticas de la ausencia de atención a la salud de la población migrante en tránsito desde Centroamérica hacia los Estados Unidos. Desde la perspectiva de la Salud Colectiva, el paradigma de la Determinación social de la salud permite hacer una lectura más completa del fenómeno, integrando aspectos como la distribución jerarquizada de la riqueza social y el acceso a los servicios en relación con el contexto en el que las personas viven, así como la vulnerabilidad diferencial de los colectivos a partir de una matriz de inequidad: clase, etnia, género (Brehil 2013; Lima, 2017). A la cual, para el presente estudio, se sumarían la edad y el estatus migratorio, debido al tema de investigación aludido.

1.6 El tránsito migratorio y el atrapamiento en la movilidad

El tránsito migratorio se ha estudiado tradicionalmente como “la fase del proceso migratorio entre la salida del lugar de origen y el establecimiento en el lugar de destino” (Silva, 2019:51). Algunos autores han problematizado esta definición por implicar cierta linealidad y dejar de lado la complejidad y la convergencia de diversos sujetos y dimensiones. El tránsito es un proceso en el que se combinan elementos cambiantes como la duración o variabilidad de temporalidades, la alta movilidad espacial por las fronteras, los movimientos en diferentes sentidos (norte-sur, sur-norte, sur-sur, norte-norte), la condición de irregularidad, la noción de ilegitimidad, los lugares de la migración y los diferentes tipos de migrantes que confluyen en las rutas (Berumen et al., 2012; Gerard & Pickering, 2014; Nájera, 2016; Silva, 2019; Hernández & Camus, 2017).

Las y los investigadores han reflexionado sobre la delgada línea que hay entre el tránsito y la permanencia, dada su complejidad, impredecibilidad, inestabilidad y multidireccionalidad.

Acordando que el tránsito es mucho más que “estar de paso” por un tercer país siendo, mejor dicho, una categoría en movimiento que da cuenta de subcategorías de movilidad o de una fluctuación entre ellas, así como de un involucramiento de grados de incertidumbre e inestabilidad espaciotemporal.

El tránsito de los y las migrantes hacia su lugar de destino puede durar días, meses y como vemos ahora, inclusive años. En ese tiempo las personas en movilidad requieren resolver algunas necesidades inmediatas como alimentación y techo, pero también se preocupan por cuestiones relacionadas a la educación, el empleo y la salud.

Las personas en movilidad viven el tránsito en una suerte de liminalidad, su intención no es establecerse sino llegar al destino final, por lo cual se puede entender esta fase del proceso migratorio como indicativa de trayectorias inconclusas, estados de suspensión social y estadios liminares. Es así como las personas lo van viviendo en asentamientos intermedios como pueden ser los llamados países de tránsito o los “territorios de espera”, tales como campamentos, albergues, hoteles y casas de asistencia, en los cuales las personas en movilidad hacen una estancia proyectando una salida con la finalidad de poder continuar su viaje. Durante el periodo de estancia en estos “territorios de espera”, van buscando estrategias para seguir su ruta de forma segura y poder sortear las barreras que se presenten en el camino (Berumen et al., 2012; Gerard & Pickering, 2014; Nájera, 2016; Silva, 2019:51; Hernández & Camus, 2017:43).

La fase de tránsito se convierte para las mujeres en “una experiencia más prolongada en el tiempo, con viajes fragmentados y estancias temporales” (Asakura y Torres, 2019: 27), ellas pasan fugaz o temporalmente por varios lugares en los cuales viven desigualdades que van desde la distribución desigual de la comida hasta el menor pago por su trabajo. Las mujeres que viajan con sus hijos e hijas enfrentan mayores dificultades para avanzar con agilidad en el camino, dependiendo de la edad de los infantes, tienen que cargarlos en brazos, llevarlos en carriola o caminar con pasos cortos y tomando descansos. En aras del cuidado y la protección de las y los hijos, las mujeres buscan sitios seguros y confiables para pasar la noche. Otras dificultades son acceder a la salud (materno-infantil, sexual y reproductiva), a la educación y, a empleos que les permitan conciliar el trabajo remunerado con el de cuidados a sus familiares y/o acompañantes de camino.

Recientemente, se han propuesto nuevas formas de nombrar la liminalidad de quienes se encuentran en tránsito alrededor del mundo. En concreto, se han pensado ciertos grupos de migrantes en una suerte de limbo en las ciudades fronterizas de México. Por un lado, se ha hecho referencia a los fenómenos migratorios de norte a sur, derivados del reforzamiento del control fronterizo, en tanto comienzan a hablar del “atrapamiento” de los deportados, quienes permanecen en las fronteras con la esperanza de regresar a territorio norteamericano (Odgers y Campos, 2014; Izcara, 2015; Albicker y Velasco, 2016; Haas, 2017). Por otro lado, se encuentran los solicitantes de asilo, cuyos proyectos migratorios fueron puestos en pausa. Sus trayectos se detuvieron de manera involuntaria por motivos ajenos y tiempos indefinidos. A estas personas se les considera “atrapados”, “varados”, “estancados”, “congelados” en la movilidad o “inmovilizados forzados” en pleno tránsito y a unos pasos de llegar a su meta. Es preciso señalar que, a consecuencia del Covid-19 las y los solicitantes de asilo se han encontrado “atrapados en el atrapamiento” (Coubés et al., 2020: 2; Bojórquez et al., 2020: 4; Álvarez, 2020). Con relación a esto, otros autores están hablando de “movilidades de choque” para hacer referencia a la fusión entre varios movimientos y el momento en que diferentes movilidades y distintos actores se enredan intensamente entre sí (Xiang, 2020).

II. CONTEXTO. LA MIGRACIÓN DE LAS MUJERES EN EL CORREDOR MIGRATORIO CENTROAMÉRICA-MÉXICO-ESTADOS UNIDOS.

El presente capítulo tiene el objetivo de mostrar el panorama histórico-contextual de la migración de las mujeres por el corredor migratorio Centroamérica-México-Estados Unidos. El texto está dividido en cuatro apartados en los cuales se desarrollan los siguientes temas: los antecedentes y causas de la migración Centroamericana hacia los Estados Unidos (1970-2020), la presencia de las mujeres en la migración internacional, la labor de las organizaciones de la sociedad civil, los albergues e instancias proveedoras de salud para las personas migrantes y el papel de Tijuana como “ciudad albergue”.

2.1 Antecedentes de la migración Centroamericana hacia los Estados Unidos (1970- 2020)

La migración de Centroamérica hacia los Estados Unidos, pasando por México, es un fenómeno de larga data. Algunos aspectos causales que la han caracterizado han sido los movimientos civiles y políticos, los desastres naturales y últimamente, la violencia estructural.

De acuerdo con Machuca, la década de 1970 se caracterizó por una progresiva inestabilidad en Centroamérica y un incremento del volumen de la migración anual, sobre todo desde Guatemala, El Salvador y Nicaragua, “a finales de la década de los setenta y a lo largo de los ochenta, Centroamérica se convirtió en el escenario del capítulo final de la Guerra Fría. Esta situación afectó a todos los países en la región” (Machuca, 2011:81).

En el aspecto migratorio, históricamente Honduras ha mostrado una cifra de emigrantes mayor respecto a la de inmigrantes. La emigración inicial a los Estados Unidos, como un destino preferido que ha prevalecido a lo largo de los años, se remonta a la década de 1950, intensificándose en 1970 y 1980 debido a factores políticos, económicos y sociales, aunados a los conflictos regionales y al involucramiento de Estados Unidos mediante infraestructura militar. Así pues, lo que sucede en el caso centroamericano, tiene sus antecedentes en las injerencias políticas y militares de los años setenta y ochenta por parte de Estados Unidos que provocaron movilizaciones de la población fuera de sus países.

Algunos acontecimientos causales de la migración internacional desde países centroamericanos tienen que ver con la esfera sociopolítica pero también por motivos medioambientales. En el ámbito sociopolítico, se destaca la crisis económica de 2008 y la crisis política de 2009 sumada a los altos índices de violencia y criminalidad. Respecto a los fenómenos ambientales que han aquejado a la población de la región, destacan desastres naturales como el huracán Mitch en 1998, el terremoto del año 2001 en El Salvador y el huracán Stan ocurrido en el 2005 (Ham y Martínez, 2014; Menjívar et al., 2017: 19).

Tal como mencionan Menjívar y sus colaboradores la inmigración hondureña ha sido “estimulada por la crisis social, política y económica que toma lugar en Centroamérica, así como la injerencia militar de Estados Unidos en la base Sotomayor, Honduras para combatir las guerras contrarias en Nicaragua y El Salvador y como estrategia para ejercer control militar en la región” (Menjívar et al., 2017: 6 y 7). En otras palabras, las causas de la emigración desde Honduras han involucrado varios factores tales como “una alta tasa de pobreza, un acceso inadecuado a la atención médica, una tasa de desempleo nacional de casi el 45%, y una de las más altas tasas de homicidios en el mundo, con 90 asesinatos por cada 100.000 habitantes en 2012 y 74,6 en 2014” (ibidem: 20).

La década de 1980 fue para El Salvador y Guatemala una fecha marcada por las guerras civiles, devenidas de conflictos políticos y económicos que produjeron una oleada de migrantes.

La migración desde El Salvador ha sido clasificada por el Gobierno (CONMIGRANTES, 2017) en distintas etapas; la primera corresponde a los años de 1920 a 1969 dada por la necesidad de empleo que tenía la población rural, la cual se dirigió principalmente a Honduras para trabajar en las plantaciones de banano, la segunda etapa fue en los años de 1970 a 1979 cuando los salvadoreños se dirigieron a Estados Unidos debido a la violencia generada tras el conflicto armado, aunada a la falta de empleo y de tierras. Una tercera etapa migratoria se dio de los años 1980 a 1991, desatada por la Guerra Civil (1980-1992) e incentivada por la Ley de Reforma y Control de la Inmigración (IRCA, por sus siglas en inglés), que permitió la legalización de los migrantes y sus familiares. La cuarta etapa va de los años 1992 a 2001 en el contexto de los Acuerdos de Paz, la desaceleración económica generada por la aplicación de medidas neoliberales, el huracán Mitch y los terremotos. En este sentido, valdría la pena agregar a las etapas anteriormente planteadas, los fenómenos naturales como el deslave del

volcán Chinchontepec en 2009, así como reiterar el papel de la violencia social (criminal) como generadora de migración forzada registrada en los últimos años en El Salvador. Ya que de acuerdo con la historiadora Elsa Ramos, ha habido un aumento anual de los índices de violencia social (homicidios, extorsiones, apropiamiento de casas de particulares por parte de miembros de las maras, secuestros, desapariciones, robos y violencia intrafamiliar), exponenciada ante el accionar del crimen organizado (Ramos, 2014).

Respecto a Guatemala, su historia de migración hacia Estados Unidos se remonta a los años ochenta, década en la cual el país vivió un conflicto social y político que provocó que la gente huyera. Una parte de la población se fue a la capital del país o hacia zonas muy alejadas en la selva, creando comunidades de población en resistencia, mientras que la otra parte, se fue hacia la frontera con México formando campamentos de refugiados. La migración guatemalteca fue concebida como un desplazamiento forzado y tuvo una duración de 1980 a 1992.

En los años noventa México se consolidó como ruta de tránsito hacia Estados Unidos, principalmente por parte de personas provenientes del norte de Centroamérica y se estima que desde el año 2010, una de cada diez personas migrantes en tránsito provenía de dichos países: “de quienes cruzan por México, el mayor flujo poblacional foráneo es el compuesto por la población que se desplaza desde Centroamérica rumbo a Estados Unidos resaltando la población de Guatemala, El Salvador y Honduras que transitan en situaciones de gran precariedad” (Castañeda, 2016).

El Salvador, Guatemala y Honduras son países que presentan crisis política, económica y social, y son los mayores expulsores de personas de la región de América Central hacia los Estados Unidos. A partir del año 2010, por ejemplo, la migración guatemalteca a Estados Unidos aumentó considerablemente debido a la pobreza, la violencia, la corrupción, la discriminación y el acceso inadecuado a servicios básicos y a la nutrición. Gran parte de la población emigrada tiene procedencia en el departamento de Huehuetenango, ubicado en el Altiplano Occidental, una de las regiones más pobres del país, caracterizada por su diversidad étnica (Selee, Argueta y Hurtado, 2022).

En la Tabla 1 es posible observar algunos rasgos poblacionales de los tres países centroamericanos referidos en cuanto a la migración y sus causas. Es interesante que

justamente los niveles de desempleo, pobreza y homicidios (violencia), constituyen las principales causas de la migración.

Tabla 1. Causas de la migración en Centroamérica

País	El Salvador	Guatemala	Honduras
Población total	6, 765,753	16, 858,333	9, 302, 283
Residentes en EUA	1, 412,101	1, 111,495	745,838
Representación de remesas por PIB	24%	14%	21%
Tasa de desempleo	6.3%	2.5%	5.7%
Tasa de pobreza	28.1%	61.6%	66.9%
Homicidios por cada 100 mil habitantes	17.9	21.5	62.5
Índice de Desarrollo Humano	No. 124	No. 127	No. 122
Fuente	https://mic.iom.int/webntmi/el-salvador	https://mic.iom.int/webntmi/guatemala	https://mic.iom.int/webntmi/honduras
Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la Iniciativa de Gestión de Información de Movilidad Humana en el Triángulo Norte-NTMI sobre El Salvador, Guatemala y Honduras, OIM, 2019b. Actualizada con datos del 2020.			

En los años recientes, los patrones migratorios han tenido modificaciones, ha cambiado la composición y volumen de la población que migra de sur a norte, que va de un perfil sociodemográfico, laboral y de desplazamiento con predominio de hombres jóvenes (Rodríguez, 2014:15) a nuevas formas de emigrar a partir de 2018, en agrupaciones familiares o de manera masiva en “caravana”.

El año 2018 significó una coyuntura en la migración “en masa” hacia los Estados Unidos, tomando un giro particular con los éxodos centroamericanos o Caravanas de migrantes partidas desde Centroamérica, a las cuales cientos de personas (hombres, mujeres y niños, en familia y por separado) se unieron con la finalidad de llegar a la frontera norte de México para buscar

asilo en el país vecino. En un reporte de la Organización Internacional para las Migraciones se afirma que, anteriormente se había visto la salida de grupos pequeños apoyados por diversas organizaciones como el Movimiento Migrante Mesoamericano. Lo que cambió con los movimientos por caravana fue que por primera vez se vio “un flujo migratorio constante en grupos de esta magnitud (más de 100 personas por grupo)” (OIM, 2019b).

El tránsito de personas centroamericanas por México se da generalmente en condiciones de irregularidad. Las personas transitan generalmente, sin documentos legales que acrediten su estancia legal en otro país. Como se ha mencionado, sus motivos de salida están relacionados con la pobreza (se destaca la crisis económica, la falta de oportunidades o malas condiciones laborales y los ingresos bajos), la inseguridad, la violencia generalizada, los conflictos sociales y los desastres naturales en Centroamérica, tales como las tormentas tropicales Eta e Iota suscitadas el último trimestre del 2020. Interesante resaltar que, entre las causas de la migración de esta población se distinguen los motivos familiares (separación familiar, reunificación familiar y violencia familiar) (UPM, 2019a:22 y 2019b:27).

2.2 La presencia de las mujeres, niñas, niños y adolescentes en la migración internacional

La participación de las mujeres en el estudio y registro de las migraciones ha cobrado mayor relevancia en términos cuantitativos y cualitativos. Se ha hablado de la feminización de la migración, aludiendo a su visible participación en los flujos migratorios, el incremento numérico de mujeres que migran, así como los cambios en sus patrones migratorios, considerándolas actrices principales del proceso al ejercer su capacidad de agencia para migrar, haciéndolo por cuenta propia y bajo motivos distintos al rol de acompañante, ya sea estudiar, trabajar, buscar protección internacional, entre otros (OIM, 2019:197; Terrón y Monreal, 2014: 138).

Las mujeres migrantes internacionales aportan a las sociedades de origen y destino, mediante remesas económicas, pero también sociales (Terrón y Monreal, 2014: 138; OIM, 2019a:197; UPM, 2019b: 34). Por lo que más que hablar de una feminización de la migración se sugiere hablar de una visibilización de la presencia de las mujeres en la migración internacional.

Datos de la Organización de las Naciones Unidas, afirman que, a nivel global el número total de migrantes internacionales asciende a 272 millones, de los cuales el 47.9% son mujeres y 52.1% son hombres, es decir, 130.3 millones y 141.7 millones de migrantes internacionales respectivamente (United Nations, 2019).

En los registros realizados por ONU Mujeres sobre el origen y destino de los y las migrantes internacionales se observa que para el año 2019 hay un total de 40,4 millones de migrantes procedentes de Latinoamérica y el Caribe, de los cuales el 48% (19.5 millones) son hombres y el 52% (20.9 millones) son mujeres. Es decir, respecto a las cifras globales, en la región de Latinoamérica y el Caribe migran más las mujeres que los hombres. Resulta interesante la cifra del total de la población de mujeres migrantes internacionales de Latinoamérica y el Caribe, de las cuales el 78% (16.4 millones) residen en Europa y Norteamérica, mientras que, el 20% (4.2 millones) de todas ellas se encuentran residiendo en otros países latinoamericanos y caribeños (ONU Mujeres, 2019).

En la Tabla 2 se presenta el porcentaje de las mujeres migrantes internacionales de la región de Centroamérica de los años 1990 al 2017. Se destaca la presencia y participación en la migración internacional de las mujeres originarias de El Salvador y Guatemala a lo largo de los años, ya que sus cifras se han mantenido por encima del 50%.

Tabla 2. Mujeres y migración internacional: porcentaje de mujeres migrantes internacionales con respecto al total de migrantes internacionales), por país de origen y año							
Área geográfica	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Belice	46,1	47,6	48,9	49,2	49,4	49,7	49,7
Costa Rica	49,2	49,4	49,6	50,8	51,7	52	52
El Salvador	53,1	53	53	52,7	52,5	52,4	52,4
Guatemala	57,4	57,2	55,9	54,5	53,4	52,6	52,6
Honduras	49,1	49,1	48,8	48,2	47,6	47,5	47,5
México	49,9	49,9	49,7	49,5	49,4	49,3	49,3
Nicaragua	49,6	49,8	49,2	49,1	48,8	48,5	48,5
Panamá	47,2	48,1	49,1	49,1	48,6	48,7	48,7
Fuente: ONU Mujeres, Progreso del anexo de las mujeres del mundo, Cap. 7.7, data.unwomen.org							

La migración femenina centroamericana en tránsito por México hacia los Estados Unidos puede observarse a través de las bases de datos y los registros administrativos de las autoridades migratorias de cada país. En México, por medio de la Unidad de Política Migratoria (UPM) y en Estados Unidos, mediante *U.S. Customs and Border Protection* (USCBP). Así también son fuentes de consulta los reportes de organizaciones regionales y civiles, y los informes de albergues y agencias internacionales en migración, como son la OEA/CIDH (2010), FM4 Paso libre (2017), CNDH/IIJ-UNAM (2018), *American Friends Service Committee* (AFSC, 2019) y REDODEM (2019, 2020).

Al consultar los registros administrativos migratorios recientes, tanto de México como de los Estados Unidos, es posible observar la creciente participación de las mujeres provenientes de los países centroamericanos, específicamente de Guatemala, El Salvador y Honduras.

Del lado mexicano, la UPM brinda información sobre los eventos de extranjeros presentados ante la autoridad migratoria según grupos de edad y sexo, así también permite conocer la cifra de Tarjetas de Visitante por Razones Humanitarias (TVRH) expedidas. De las TVRH emitidas a mujeres en 2019, la gran mayoría fueron otorgadas a personas provenientes de América Central (71.19% o 10,641), destacándose la participación de las mujeres de El Salvador, Guatemala y Honduras. Las mujeres que emigran desde esos tres países reportan edades correspondientes a un rango de edad de 5 a 44 años, correspondientes a las etapas de infancia, adolescencia y adultez (adultas en edad reproductiva 15-44 años, según CEPAL) y representan más del 80% de la migración femenina en tránsito por México (UPM, 2019).

De los datos de registros administrativos por parte de Estados Unidos mediante la USCBP se puede conocer el número de aprehensiones de unidades familiares provenientes de Centroamérica en los últimos años (USCBP, 2013-2019). Haciendo referencia a las aprehensiones familiares, en los años 2014, 2016 y 2017 se registró un considerable número de detenciones de nacionales hondureños, guatemaltecos y salvadoreños (1723, 2863 y 2944 respectivamente) que incrementó en el año 2018 y en 2019 se cuadruplicó con respecto al año anterior (4408 en 2018, 16174 en 2019). Los datos en materia migratoria de la USCBP muestran el incremento en el número de aprehensiones de unidades familiares provenientes de los mismos tres países, sobre todo en los años 2014, 2016, 2017, 2018 y 2019.

A pesar de que los datos registrados por USCBP no desagreguen la información por estado civil, sexo, número de hijos/as o grupo de edad para indicar la conformación de las unidades familiares que se movilizan, la información disponible alusiva a las aprehensiones familiares, da luz sobre la población de interés para este estudio, siendo lo más cercano en cuanto a fuentes estadounidenses sobre el tema de la maternidad migrante, ya que las mujeres que viajan con sus hijos e hijas son contabilizadas por las autoridades migratorias estadounidenses como unidad familiar. Cabe hacer notar el peso social presente en las estadísticas oficiales y, cuestionar que pese al aumento de la población de mujeres en movilidad no se hayan modificado los parámetros del registro.

“Históricamente, los extranjeros ilegales en los EE. UU. eran predominantemente hombres adultos solteros de México que generalmente eran expulsados dentro de las 48 horas si no tenían el derecho legal de quedarse; ahora más del 60% son unidades familiares y niños no acompañados y el 60% no son mexicanos. En el año fiscal 2017, CBP detuvo a 94,285 unidades familiares de Honduras, Guatemala y El Salvador (Triángulo Norte) en la frontera sur. De ellos, el 99% permanece hoy en el país” (DHS, 2019).

Más allá de observar las cifras en la migración internacional, es importante tomar en cuenta las diferencias que enfrentan hombres y mujeres inclusive antes de ejercer la migración, analizar las causas que los llevan a dejar el lugar de origen, las dificultades y posibles ventajas en el tránsito y llegada al destino.

La participación de las mujeres, niños, niñas, adolescentes por separado y en unidades familiares, ha cobrado mayor relevancia en el estudio actual de las migraciones. Si bien, las mujeres, los niños y las familias habían sido sujetos migrantes con anterioridad, cobraron mayor visibilidad con los movimientos masivos de migrantes emergidos desde al año 2016 (Olvera, 2020; Banda, 2020), primero desde Haití y posteriormente desde los países centroamericanos de Honduras, El Salvador y Guatemala hacia los Estados Unidos de Norteamérica en 2018 y 2019.

Está documentado que la composición de las denominadas caravanas migrantes consta de una cantidad importante de mujeres, niños y familias, ya que la finalidad de hacer el viaje todos juntos es protegerse unos a otros y limitar los riesgos que en el trayecto se pudieran presentar (Odgers y Olivas, 2019), así como reducir los costos no económicos de la migración. Desde años atrás se conoce la existencia de redes que abusan de los migrantes: narcotraficantes, polleros, coyotes, traficantes de personas y contrabandistas, e inclusive cuerpos policiacos,

quienes hacen de la migración “un negocio cada vez más lucrativo” (Zenteno, 2000:241), las cuales se han robustecido en los últimos años.

La decisión de migrar llevando a los hijos e hijas, movilizarse en familia o en grupos es una manera de reaccionar ante las violencias que se viven en la región, buscando formas de supervivencia para sí mismas y para ellos/as.

Varela y McLean (2019) se han dado a la tarea de teorizar sobre la transmigración partiendo de la sociología de las luchas migrantes y del análisis de las caravanas de migrantes o los éxodos de desplazados centroamericanos. Ellas afirman que los éxodos centroamericanos ponen en juego los orígenes y los intereses geopolíticos y que, el desplazamiento por caravana es una forma de “respuesta social organizada frente a las violencias del Estado y del mercado contra los migrantes, en clave de autocuidado y poniendo énfasis en sus cuerpos, sus historias y sus patrimonios en el corredor migratorio entre América central y México” (Varela y McLean, 2019: 165). Ellas han documentado que la violencia es un factor importante en la decisión de las mujeres centroamericanas para dejar su país, con su salida ellas responden a “la violencia de Estado (traducida en impunidad y desamparo institucional), a la violencia de mercado (traducida en la hiper-precarización de los derechos laborales de quienes tienen trabajo formal) y a la violencia patriarcal (traducida en las microviolencias cotidianas de sociedades atravesadas por la misoginia y los infanticidios normalizados)” (ibidem: 172 y 173).

Los movimientos migratorios en “caravana” han planteado nuevas formas de gestionar las migraciones por parte de los países de tránsito y destino, se han implementado medidas emergentes de política exterior cada vez más estrictas, se han instaurado acuerdos entre países para regular a la población migrante en determinados puntos geográficos e inclusive se han instalado fuerzas militares en las fronteras estado-nacionales para controlar y detener a los grupos de personas. Así pues, en los años recientes se ha configurado el campo migratorio en el Corredor Centroamérica-México-Estados Unidos y eso ha traído consecuencias en los niveles macro, meso y micro.

2.3 La labor de las organizaciones de la sociedad civil, los albergues e instancias proveedoras de salud para las personas migrantes

Es importante señalar el papel que juegan las organizaciones de la sociedad civil en el acompañamiento y la gestión de atención médica a la población migrante. En Tijuana hay organizaciones que brindan apoyo médico gratuito a las personas migrantes, se han conformado alianzas entre organismos de la sociedad civil, universidades e instituciones de ambos lados de la frontera para proporcionar atención en salud a las y los migrantes. Los médicos voluntarios acuden con cierta regularidad a los albergues o ponen a su alcance servicios médicos mediante clínicas, campañas de salud, vacunación, etc. En este sentido se da una oferta médica que surge desde una postura de la salud como Derecho humano, que contrasta con los tratos discriminatorios por parte del sistema de salud mexicano.

La oferta de servicios de salud dirigidos a la población migrante en Tijuana abarca consultas médicas generales, pero también se enfoca en la salud sexual, reproductiva y mental. En el ámbito de la salud física, las personas migrantes pueden acudir a las clínicas *Refugee Health Alliance* (donde se brinda atención médica general), Justicia en Salud (salud sexual y reproductiva, cuidados prenatales, planeación familiar, partos y postpartos), PREVENCASA A.C, (consulta médica general, prevención y atención de VIH), CAPASITS (atención a pacientes con VIH e infecciones de transmisión sexual). En el ámbito de la salud mental, las organizaciones que brindan apoyo psicosocial gratuito y confidencial son: HIAS, *Families Belong Together*, Prevencel, la Red de Salud Mental de Baja California y el Instituto Municipal de la Mujer.

La cooperación de los albergues con otras instancias de la sociedad civil, así como universidades de ambos lados de la frontera y agencias internacionales ha sido fundamental para la atención de las mujeres y las familias migrantes. Ya que, al ser una población heterogénea, representa retos y servicios singulares.

Cabe mencionar que, a través del programa IMSS-BIENESTAR, el gobierno de México ha dirigido servicios médicos a poblaciones vulnerables, entre ellas las personas migrantes, mediante unidades móviles donde la atención consiste en vigilancia epidemiológica, vacunación, detección y prevención de VIH, entre otras. De enero a diciembre de 2020 fueron

atendidas 7,065 personas migrantes en los centros integradores para migrantes en Baja California⁹.

2.3.1. Tijuana: ciudad albergue

La ruta migratoria del Pacífico tiene como meta la ciudad de Tijuana, Baja California, a la cual arriban cientos de migrantes cada año, tanto por su ubicación geográfica como por ser un sitio con vocación de “ciudad albergue” (Olvera, 2020).

De acuerdo con el Directorio de albergues migrantes en Tijuana, elaborado por el Comité Estratégico de Ayuda Humanitaria (CEAHT), en 2019 había un registro de 25 albergues en la ciudad. De ellos, nueve son albergues que reciben familias (hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes), siete reciben sólo hombres, seis reciben exclusivamente a mujeres con niñas, niños y adolescentes, dos reciben personas de la Comunidad LGBTQ+ y uno recibe adolescentes no acompañados (13 a 17 años).

Un reporte sobre los albergues en las ciudades fronterizas del norte de México (Coubés et al., 2020) señala que en Tijuana operan 31 albergues, representando 34.1% del total de albergues ubicados a lo largo de la frontera norte de México. La mayoría ofrece hospedaje, comida, vestido y servicios de higiene a los usuarios y en su mayoría son dirigidos por la sociedad civil.

A partir de la demanda de atención a las personas en movilidad (caravanas de migrantes) y ante el cambio de la política de asilo en Estados Unidos con la implementación de los MPP, el gobierno mexicano abrió por primera vez albergues con recursos públicos en la frontera norte (Coubés et al., 2020), uno en Ciudad Juárez, Chihuahua: el Centro Integrador para Migrantes “Leona Vicario” y dos en Baja California: el Centro Integrador para Migrantes “Carmen Serdán” en Tijuana y el Centro Integrador para Migrantes “Elvia Carrillo Puerto” en Mexicali. En 2020 a raíz de la pandemia, se habilitó en Tijuana un Hotel Filtro por parte de OIM, con la función de que las personas recién llegadas a la ciudad hicieran una cuarentena de catorce días como paso previo y preventivo a su entrada a los albergues, donde otras familias estaban aguardando su entrada al país del norte. Y en el último trimestre de 2021, se inauguró en la

⁹ <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20202021/12-Cap08.pdf>

ciudad un albergue para familias migrantes, denominado “Santuario Migrante” por parte del gobierno de Baja California en cooperación con el sistema DIF.

Ante los momentos que han marcado coyunturas importantes en la migración desde Centroamérica hacia los Estados Unidos, tales como las caravanas de migrantes, la instauración de los MPP y la llegada del virus SARS-CoV-2, las organizaciones religiosas y los albergues no gubernamentales han jugado un papel fundamental en la atención de las personas en movilidad en el lado mexicano de la frontera. Dichas instancias han fungido como las principales proveedoras de techo y alimento para los miles de personas que se movilizan diariamente, asimismo su rol como defensoras de los derechos de la población migrante incluye su involucramiento en la búsqueda de acceso a la salud, la educación, el trabajo y la justicia de las y los migrantes, por lo cual en muchas ocasiones son intermediarias entre los sistemas estatales y las personas en movilidad.

Los albergues son espacios donde converge una cantidad importante de personas que conviven diariamente en espera de un mismo objetivo: continuar su camino hacia el norte.

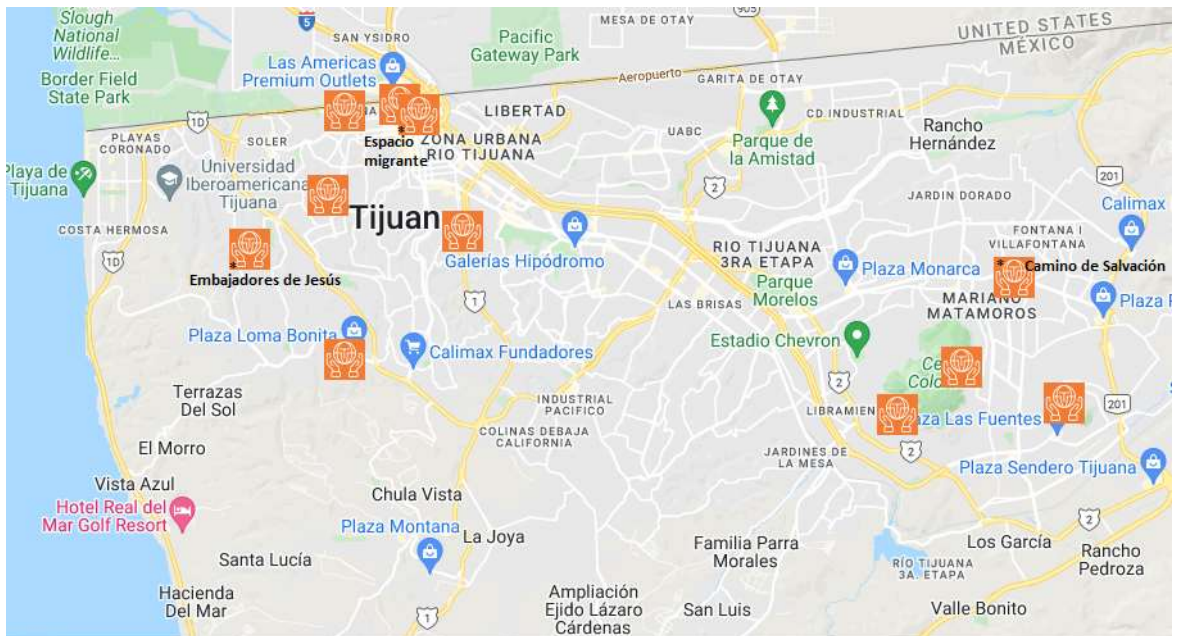
Albicker y Velasco (2019) han clasificado los albergues para migrantes en pioneros, recientes y emergentes, según su fecha de fundación. Entre los albergues de la ciudad de Tijuana que reciben madres y familias migrantes, se encuentran el Templo Embajadores de Jesús, Camino de Salvación y Espacio Migrante, albergues clasificados como emergentes debido a que surgieron a partir del año 2016 con la intención de atender a la población haitiana y centroamericana que llegó a esta frontera en grandes cantidades.

Los albergues antes mencionados tienen características particulares en relación con su misión, orientación religiosa, el tipo de población migrante que reciben, su capacidad de alojamiento, su ubicación y su registro, ya sea como asociación civil nacional, binacional o como parte de una organización internacional.

“Yo creo que con los haitianos fue la primera vez que vimos familias completas llegar y en tal número. Una prueba de ello es que a pesar de que Tijuana tenía bastantes albergues en comparación de otras ciudades, pero no tenían albergues para familias. Tenía para hombres o, como la Casa de Madre Asunta para mujeres y niños, pero no sabían qué hacer con las familias. Entonces todas estas iglesias que abrieron albergues eran precisamente para familias completas y creo que eso trae otros retos al trabajo porque ya es con niños, niñas y adolescentes” (Paulina Olvera, Comunicación virtual, noviembre 2020).

Dada la heterogeneidad de los tres albergues seleccionados en cuanto a su localización en distintos puntos de la ciudad, sus conexiones-redes e infraestructura y, la distinta vocación de cada uno, ya que los hay religiosos y laicos, se tuvo la posibilidad de observar cómo estos factores influyen en las prácticas de cuidados a la salud de las madres migrantes.

Mapa 1. Albergues para familias migrantes considerados en la investigación.



Fuente: Comité Estratégico de Ayuda Humanitaria <https://tijuanamigrante.com/>

Albergues	Modalidad	Registro	Población que recibe	Surgimiento	Capacidad
Espacio Migrante A.C.	Laico/Centro cultural y albergue	ONG Binacional Tijuana, México y San Diego, Estados Unidos	Personas migrantes, deportadas, y refugiadas. Comunidad haitiana, centroamericana, mexicana, LGBTTTI, mujeres, y la juventud.	2012, colectivo 2015, asociación civil 2016, organización binacional sin fines de lucro	Capacidad 40 personas, Población máxima en pandemia 30 personas
Caminos de Salvación	Religioso/Templo bautista y albergue	Organización religiosa, Presencia local	Familias (mujeres, hombres, niños)	2016-17 albergue provisional, 2018 albergue (en proceso de constituirse como A.C)	Capacidad 60- 70 personas, en pandemia menor a 30
Embajadores de Jesús	Religioso/Templo evangélico y albergue	Organización religiosa. Presencia local	Familias (mujeres, hombres, niños)	2010, iglesia 2016, albergue	Capacidad 120 personas. Máxima de 600 personas en pandemia

Fuente: Elaboración propia basada en entrevistas a la y los directores de los albergues

El albergue Camino de Salvación, surgió ante la llegada de la población haitiana a Tijuana en el año 2016, como una iniciativa de los pastores José Antonio Altamirano y Adriana Reyes, líderes de la iglesia bautista homónima. Ese año varias organizaciones religiosas de la ciudad habían comenzado labores de servicio de desayunos a los migrantes haitianos, tal como lo han hecho los religiosos salesianos en el Desayunador del Padre Chava por más de 21 años. Así pues, el pastor Altamirano convocó a los miembros de su iglesia para dar acogida a algunas familias haitianas que se encontraban en situación de calle, debido a la saturación de los albergues existentes o pioneros, según la clasificación de Albicker y Velasco. El templo-albergue Camino de Salvación comenzó a funcionar el nueve de octubre de 2016, acogiendo a 31 personas que viajaban con su grupo familiar y llegó a tener más de 70 personas originarias de Haití.

“Fue el 6 de octubre que yo regresaba de trabajar junto con mi esposa, la recogí en su trabajo e íbamos para la casa y cuando di vuelta ahí donde está el desayunador del Padre Chava, y justo cuando iba yo pasando frente de mí se paró un taxi que venía de la central camionera y llevaba una pareja haitiana que llevaba su bebé en brazos y bueno, yo obviamente disminuí la velocidad porque el taxi se paró de momento y vi cómo se bajaban despacio y por el espejo retrovisor alcancé a ver a la pareja que se bajó y que giraron sobre su propio eje. Ahí había un módulo de

migración que habían puesto para darle fichas a los haitianos que fueron a entrevistas a Estados Unidos, a la línea. Y yo los vi, clarito vi sus caras como de “¿ahora a dónde vamos?” y la verdad es que esa imagen se me clavó en el corazón, no sé por qué, yo también pensé: “Yo ya voy a mi casa, voy a llegar a descansar, a comer y a descansar, ¿y ellos a dónde se van a ir, a dónde se van a ir a quedar?” (José Antonio Altamirano, comunicación telefónica, febrero de 2021).

Al inicio no contaban con todos los recursos para dar un adecuado hospedaje y alimentación, por lo cual anunciaron al grupo BETA que darían alojamiento a las personas por tres meses, sin embargo, los miembros de la iglesia y los vecinos de la colonia El Pípila contribuyeron al crecimiento y consolidación del albergue donando cobijas y despensa, así como recursos económicos para la posterior construcción de baños, regaderas, cocina, salones y habitaciones, lo cual hizo posible recibir posteriormente a la población centroamericana que llegó a Tijuana a partir del 2018.

Camino de Salvación en su modalidad de albergue, surgió con la convicción de servir y con la misión de ayudar a las personas en movilidad: "En Camino de Salvación existimos para glorificar a Dios, siendo y haciendo discípulos que utilicen sus dones para llevar el evangelio de Tijuana a todas las etnias de la tierra"¹⁰. En el año 2018 se consolidó como asociación civil, logrando obtener apoyos de diferentes organizaciones y operar en coordinación con INM, OIM, ACNUR, Aldeas infantiles, *Border Angels*, Centro 32, *Little mercy*, entre otras. Asimismo, cuenta con apoyo de la red de iglesias en México e iglesias bautistas estadounidenses.

Algunos de los servicios que otorga además de alojamiento y alimentación son capacitación en manualidades y repostería, apoyo para la inscripción de niños y niñas a las escuelas, contactar a las personas migrantes con las agencias, organizaciones o asociaciones que trabajan la cuestión legal, además la feligresía ha servido como bolsa de trabajo. Hay personas o grupos que acuden al albergue para realizar tareas de voluntariado en enseñanza o brindar atención médica gratuita, una vez por semana.

Tiene una capacidad para 60 personas. La población que atiende son familias (mujeres, hombres, niños), en su mayoría monoparentales. Está ubicado al este de la ciudad lo cual, en palabras del pastor, tiene como ventaja que la población desplazada por la violencia tenga una sensación de mayor seguridad, al situarse lejos del centro considerado un lugar peligroso. La

¹⁰ <https://www.facebook.com/IglesiaCs/>

lejanía con el centro también posibilita a quienes modifican su proyecto migratorio y deciden quedarse como refugiados en México acceder al mercado laboral en la zona industrial (maquiladora) y a rentas de casa-habitación en pesos mexicanos, respecto a la dolarización de los alquileres en otras zonas de la ciudad. Una desventaja de su localización periférica es que los recursos federales asignados para albergues muchas veces se quedan en el centro de la ciudad.

En Camino de Salvación, así como en otros albergues tijuanaenses, realizan su labor en colaboración con personas particulares o con otras instituciones afines, ya sean privadas, estatales, federales, binacionales e internacionales. Durante la pandemia se apegaron a la normatividad dispuesta mediante la campaña “Quédate en casa”, recibieron información y capacitación de parte de organizaciones como OIM, *Families Belong Together*, Médicos sin Fronteras y la Jurisdicción médica-sanitaria del Estado por medio de brigadas médicas y aplicación de pruebas de Covid-19, además de la instalación de una carpa con servicios sanitarios por parte de OIM.

“Tenemos las mantas, los posters y pusimos pues las medidas, los protocolos de limpiarse los pies a la entrada, poner desinfectante cuando entra uno para la ropa, para la piel y lavarse las manos, el uso de mascarillas. Las medidas pues que se requieren. Aún así, estuvimos con poca recepción, pero sí seguimos recibiendo, fuimos de los pocos albergues que se mantuvo recibiendo personas. Ya cuando OIM puso su hotel filtro para permitir que unos lleguen primero al hotel a que pasen los 15 días y si no tienen Covid pues llegar al albergue; esos protocolos los seguimos hasta la fecha. Llega alguien, lo canalizamos al Hotel filtro, se va al hotel filtro a pasar los 15 días y sale. Solo si llega una persona que diga “Yo no puedo quedarme los 15 días”, entonces tiene que hacerse la prueba Covid pero eso ya corre por su cuenta, así hemos tenido dos o tres personas, que entran con su prueba negativa de Covid” (José Antonio Altamirano).

Otro albergue con vocación religiosa es el Templo Embajadores de Jesús, el cual también surgió en el año 2016 con el propósito de atender a la población haitiana que llegó a la ciudad de Tijuana.

“La última caravana que llegó tuvieron una muy mala experiencia porque fueron destinados a una jaula aquí en el municipio de Tijuana, que fue en un parque en la zona norte, que fue una muy mala decisión. El presidente municipal decidió que no los mandaran a los albergues como ya se había hecho en anteriores caravanas y, los mandaron ahí a ese parque y fue en época de lluvias y tuvo resultados muy malos. Donde familias completas estaban nadando en el agua porque tuvimos un periodo de lluvias muy copiosas. Entonces finalmente, de todos modos, los albergues, que fue lo primero que debieron haber hecho, tuvimos que entrar y así fue como fueron canalizadas todas estas personas de la caravana a los albergues que ya habíamos tenido experiencias con caravanas muchísimo más grandes que fueron las de los

haitianos que fueron entre 18 y 22 mil, se tiene el estimado de los que en un año llegaron aquí a Baja California” (Gustavo Banda, Comunicación personal, noviembre 2020).

El Templo Embajadores de Jesús es una iglesia evangélica que tiene 10 años en la colonia Divina Providencia, de la ciudad de Tijuana. Sus líderes son el pastor Gustavo Banda y la pastora Zaida Guillén. El pastor de este templo cuenta con experiencia trabajando en pro de los migrantes, ya que años atrás ha ayudado a las personas de El Bordo y de los centros de rehabilitación. Ambos pastores realizan labores de acompañamiento espiritual, ofrecen alojamiento y alimentación a los migrantes de distintas nacionalidades que llegan a la ciudad; entre ellos caribeños, africanos, centroamericanos y también mexicanos.

El albergue Embajadores, está localizado en el Cañón del alacrán, un área catalogada como zona de riesgo por protección civil. Alrededor del albergue se vislumbran asentamientos irregulares, la calle no está pavimentada, las casas contiguas están hechas de distintos materiales como son cemento, lámina, cartón, bardas de reja e inclusive neumáticos. Al llegar a la calle donde se localiza el albergue se pueden observar animales de granja como puercos y gallinas.

Hay servicio de electricidad, agua, internet y transporte público. Una particularidad de este recinto es que cuenta con dos espacios de vivienda distintos, uno para la población Centroamericana y mexicana y otro para la población africana y de El Caribe, llamado *Little Haiti*, sitio que fue construido por el pastor y los migrantes haitianos en el año 2017. El espacio que los une es el templo, los días de culto.

Respecto al edificio que alberga a la población centroamericana y mexicana, sus instalaciones, además del templo, cuentan con un área de dormitorio general con literas cubiertas de cobijas a modo de campamento, salones de estudio, dispensario médico, baños, área de cocina y lavaderos. En las mañanas, es común encontrarse con mujeres llevando a sus hijos con los cuidadores voluntarios, cocinando en leña, lavando a mano y secando su ropa en tendedores improvisados en la calle o terrenos vecinos.

El lugar se sostiene con el apoyo de la sociedad civil. Se permite que la gente se quede todo el tiempo necesario, sin cobro de cuotas. Mientras tanto pueden entrar y salir para trabajar, algunos trabajan en la construcción o en las maquiladoras de la ciudad. Durante el día las mujeres llevan a sus hijos menores de 10 años al “Nido”, un espacio asignado para los más

pequeños donde personas voluntarias cuidan de ellos. Asimismo, cuenta con actividades para los niños, niñas mayores de 10 años y los adolescentes, las cuales son facilitadas con el apoyo de instituciones y organizaciones como el Instituto Pedagógico de Los Ángeles (IPA), *Save the children* y Juventud Activista Internacional. Entre las organizaciones de la sociedad civil que han apoyado las labores del albergue se encuentran la Fundación Internacional de la Comunidad, los Ángeles de la Frontera, el Comité Estratégico de Ayuda Humanitaria, *World Kitchen*, así como algunas universidades de California y los miembros de su congregación religiosa. Con ayuda de algunas otras organizaciones no gubernamentales de ambos lados de la frontera, este albergue provee a los migrantes servicios médicos, jurídicos y educativos.

El templo-albergue Embajadores de Jesús es uno de los albergues para familias de reciente creación y con mayor capacidad, ya que puede albergar entre 120 y 160 personas, aunque suele rebasar su capacidad por lo cual se encuentra en expansión.

“Tenemos la meta para el 2021 de comprar toda esta manzana hasta allá y construir nuestras canchas deportivas y una escuela muchísimo más grande. En 15 días comenzamos la construcción de otra parte de la escuela para niños más pequeñitos. Una guardería que ya vamos a empezar como en unos 15 días. Vamos creciendo y esperamos que este 2021 sea mejor que el 2020” (Gustavo Banda, Comunicación personal, 2020).

El tercer albergue que se ha elegido para realizar el presente estudio es Espacio migrante, una organización que surgió como un colectivo de jóvenes en el año 2012 y continuó creciendo con el paso de los años realizando voluntariado en el Desayunador del Padre Chava. Posteriormente, en el año 2013 comenzaron a organizar eventos culturales, como el Día de muertos e instauraron el Festival Miradas Fronterizas con el fin de sensibilizar a la población de Tijuana sobre el tema de la migración.

Fue en el año 2015 cuando Espacio Migrante se registró como asociación civil y en 2016 se convirtió en organización binacional sin fines de lucro en Tijuana, México y San Diego, EE. UU. Si bien inició como centro cultural, con la llegada de los éxodos caribeños y centroamericanos fue dirigiendo su labor hacia el alojamiento de la población en movilidad, por lo cual en 2019 abrió un albergue con capacidad para 40 personas, bajo la dirección de Paulina Olvera. Al igual que el Instituto madre Asunta debido a la pandemia han reducido su cupo a 30 personas.

“Empezamos los primeros años en el Desayunador y cuando llegaron los haitianos hubo muchos nuevos albergues que abrieron, de ocho que había en Tijuana, al final había 38 en 2016. Entonces con estos talleres de “Conoce tus derechos” nos tocó ir a 20 de estos albergues y trabajar más de cerca con otros albergues más y, vimos muchas cosas que decíamos: “Así nos gustaría hacer las cosas o hay cosas que nos gustaría hacer diferente”. Entonces veíamos que había albergues, pero casi todos eran como con un enfoque más religioso y más jerárquico, nosotros queríamos hacer algo más comunitario y pues pensamos que era algo como muy a futuro, que fuéramos a tener la oportunidad de hacer eso. Pero creo que en cada crisis que ha habido en Tijuana, también hay más interés de las organizaciones internacionales, de las fundaciones de apoyar y eso es bueno. Entonces nosotros sí tuvimos esa oportunidad de crecer cuando llegó la Caravana y de abrir el albergue” (Paulina Olvera, Comunicación personal, 2020).

Espacio Migrante recibe personas migrantes, deportadas, y refugiadas de la comunidad haitiana, africana, centroamericana, mexicana, LGBTQ+, así como mujeres y jóvenes. Su misión consiste en proteger los derechos humanos de las personas migrantes y la concientización sobre el tema migratorio. Otorga servicios en las áreas de: educación, derechos humanos, cuidados colectivos, intercambio cultural, orientación y trabajo social, organización comunitaria e incidencia. A pesar de ser una organización con una modesta capacidad de albergue, ha logrado mayor alcance en la atención a la comunidad migrante dentro y fuera de sus instalaciones, mediante labores de organización comunitaria y cultural.

El albergue se encuentra en un área céntrica de la ciudad, cercano al nodo económico, cultural y de entretenimiento y a su vez, a unos metros de dos puertos de entrada a los Estados Unidos, las garitas de El Chaparral y San Ysidro. Sus instalaciones están conformadas en dos plantas, la planta baja son las oficinas, la clínica legal, el sitio donde reciben las donaciones, el área de centro cultural; un espacio destinado para los juegos y la educación infantil denominado por ellos mismos como “cipoteca”, en alusión a la palabra cipote que en Honduras se usa al referirse a los niños y niñas. En la planta alta, se encuentra el área habitacional; el dormitorio acomodado con literas y colchones, una cocina, un comedor, una sala de estar que cuenta con televisión, un área de lavado equipada con lavadoras. Los sanitarios están divididos, los hay para hombres, para mujeres y para niñas.

El personal de Espacio Migrante hace su labor, reconociendo la importancia del trabajo en red, por lo cual colabora con otros albergues, otras asociaciones y con el Comité Estratégico de Ayuda Humanitaria en Tijuana. En Estados Unidos, han encontrado apoyo en *Alliance San Diego*, quienes coordinan una coalición de más de 40 organizaciones en San Diego, sindicatos y grupos religiosos que trabajan con migrantes. En cuanto al ámbito educativo, han encontrado

apoyo para los migrantes que desean continuar sus estudios en universidades locales y del vecino país, tales como: el CUT o Ibero Tijuana, UCSD o la Universidad de San Francisco. En el aspecto de la salud recurren a las Parteras Fronterizas¹¹ y *Refugee Health Alliance*.

Durante la pandemia, hicieron alianza con la Organización Internacional de las Migraciones (OIM) y recibieron capacitación de Médicos sin Fronteras para saber cómo actuar si se llegaran a presentar contagios por Covid-19 en el albergue.

Cabe señalar que, en 2021 la OIM habilitó carpas de aislamiento en los albergues de las principales ciudades de tránsito de migrantes, con el fin de apoyar la atención a la población en movilidad, a puertas cerradas.

Fotografía 3. Carpa de aislamiento OIM, Espacio Migrante, 21 octubre 2020.



Captura por: Benelli Velázquez

La falta de espacios, infraestructura e insumos de limpieza, así como la característica fluctuante de las poblaciones en tránsito, el retraso de las vacunas, entre otros aspectos, contribuyeron a que se dieran contagios de Covid-19 entre las personas en (in)movilidad, quienes durante la

¹¹ Una asociación civil que surgió en 2016 en la ciudad de Tijuana con el objetivo de brindar consultas, acompañamiento y una atención materna integral y respetable a las mujeres migrantes y en condiciones de vulnerabilidad, sin importar su estatus socioeconómico o legal.

contingencia sanitaria estuvieron no sólo en los albergues, sino en campamentos cercanos a la garita internacional e inclusive en las calles sopesando sus opciones de entrada a Estados Unidos.

Fotografía 4. Familia migrante hondureña, Tijuana, 23 marzo 2021



Captura por: Benelli Velázquez

Antes de la pandemia, las personas migrantes se encontraban en situación de exclusión, propensión a sufrir afectaciones a su derecho a la integridad física, psíquica y moral, como consecuencia de las barreras que limitan su acceso a los servicios de salud (OEA/CIDH, 2010), no obstante, la presencia del Covid-19 las colocó en una situación de mayor vulnerabilidad y abandono institucional, ya que disminuyó las posibilidades de atención en los sistemas oficiales de salud, bajo el argumento de dar prioridad a la atención de pacientes con Covid-19, frente a otro tipo de malestares.

Las mujeres embarazadas, por ejemplo, enfrentaron complicaciones en su acceso a la atención por parto. En las instituciones de la Secretaría de Salud de la ciudad de Tijuana se les negaba el servicio por falta de disponibilidad y se les sugería acudir a los hospitales de otros municipios de la entidad: Tecate o Rosarito. En peores casos, no se les brindó la información oportuna, por lo que, algunas migrantes embarazadas tuvieron que buscar formas alternativas de dar a luz: la atención humanitaria y la privada. La atención humanitaria contempla acudir a asociaciones civiles nacionales, binacionales e internacionales. En este caso, las mujeres

migrantes acuden con las parteras fronterizas, quienes otorgan servicios gineco-obstétricos, llevan a cabo controles durante la gestación y partos humanizados, respetando la decisión de la futura madre, brindando acompañamiento desde el respeto a la diferencia social, cultural, étnica y lingüística. Por otro lado, la opción médica-privada si bien no implica la revisión de documentos de regularización o permiso migratorio, sí implica un gasto económico mayor.

A nivel subjetivo, para las personas que se quedaron esperando en México, el Covid-19 representó una barrera más en su búsqueda de atención a la salud. Así lo explica Mariana¹², una mujer que emigró de Honduras con sus dos hijas pequeñas a causa del asesinato de su marido. Las tres padecen de asma, por lo cual tuvieron que salir del albergue donde vivían para rentar un espacio propio con la intención de salvaguardar su salud. Ella comenta que antes existía discriminación y negación de atención hacia los migrantes en los servicios de salud mexicanos, y la pandemia ha fungido como otro argumento más para coartar su acceso al derecho a la salud.

“El gobierno mexicano no está haciendo nada por la salud. Es más, vas al hospital y en cuanto saben que eres migrante: “No, fíjense que no estamos atendiendo”, te empiezan a poner los miles de pesos. Y ya el Covid fue lo que vino a rebasar con nosotros porque ya cuando llegó el Covid, dijeron que ya que estaban cerrados todos los hospitales por el Covid. Entonces quieras o no, tienes que vértela de una u otra forma para tener el acceso a la salud” (Mariana, Honduras, viajó con sus dos hijas).

La llegada de la pandemia no solamente tuvo repercusiones en las personas migrantes sino inclusive en los actores sociales que trabajan en favor de la movilidad. Varios funcionarios de asociaciones, albergues y casas del migrante, al ser personas que trabajan día a día en el terreno contrajeron la enfermedad Covid-19.

La pandemia ha sido una muralla más para los y las migrantes, únicamente que ésta consiste en un muro que no necesitó un solo centímetro físico de construcción, aun así, ha sido una de las medidas más efectivas de los gobiernos para impedir el paso de los migrantes a Estados Unidos (Vázquez et al., 2020). Con el Covid-19 llegó lo que Vázquez denomina “el virus de la desinformación”, es decir que, ante la falta de información o actualización sobre lo que sucederá con sus procedimientos, las personas solicitantes de asilo esperando del lado

¹² Por motivos de confidencialidad, los nombres de las mujeres participantes en este estudio y de sus familiares han sido cambiados por pseudónimos.

mexicano, comenzaron a presentar problemas de salud mental y a sentir que su autonomía iba menguando.

El manejo de la contingencia sanitaria, excluyendo a la población migrante en tránsito, ha sido analizado como una biomedicalización de la movilidad humana desde una gobernanza de las migraciones y de la salud basada en la perspectiva salubrista, es decir, una “apropiación de las migraciones por la agenda de la “Seguridad”, reflejada en más militarización, criminalización, barreras de acceso y administrativas no tan solo a la movilidad humana sino al cuidado y protección de la salud de las y los migrantes” (Hernández, 2020: 3). En dicha gestión se da un traslape entre los discursos/mandatos de la Seguridad nacional y la Seguridad sanitaria global que, para el caso de las personas migrantes solicitantes de asilo en los Estados Unidos, resulta en dos barreras de este orden: una sobre su derecho a la ciudad y otra sobre su derecho a la salud (Basile, 2020:19).

Las medidas higienistas y biopolíticas han dividido el mundo entre las personas con un perfil de ciudadanas versus las personas foráneas, las consideradas “peligrosas” en términos de una otredad que viene del desarraigo y de los desplazamientos forzados productos de la pobreza, la violencia y un conjunto de inequidades que los suspende de todo derecho humano y toda seguridad social, física o económica. Pero más que eso, han encontrado una excusa para validar la exclusión de aquellos no deseados en un sistema racista, colonial, extractivista, antropocéntrico y patriarcal que lo único que ha conseguido es profundizar las inequidades y con ello, las crisis en este mundo (Fernández et al. 2020: 8).

En este capítulo, se ha mostrado el contexto que permite dar cuenta de que la presencia de las mujeres en la migración se ha ido modificando con el tiempo, al igual que la complejidad de las causas y los riesgos de su movilidad. El fenómeno de las caravanas migrantes ha abierto la posibilidad de acercarse y conocer las experiencias de las madres que han optado por hacer el recorrido migratorio junto con sus hijos e hijas, inclusive por otros medios, reflejando que ya no es una opción dejarlos/as en el país de origen, dadas las condiciones de violencia y pobreza que viven. Dejarles, implicaría poner sus vidas en un peligro inminente.

Además, movilizarse en un contexto de pandemia ha implicado una suma de obstáculos, sobre todo en contextos fronterizos como es el caso de Tijuana, donde las gestiones de las personas

en búsqueda de protección internacional viven el traslape entre los filtros sanitarios y migratorios.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo aborda la estrategia metodológica, se explica cómo se respondió la pregunta de investigación, la selección de los métodos e implementación de los instrumentos. Se describen las consideraciones éticas y metodológicas para el desarrollo de la investigación colaborativa con mujeres en los albergues fronterizos para familias migrantes en Tijuana. Se retoman las aportaciones de la netnografía para hacer trabajo de campo en medio de la pandemia por Covid-19. Por último, se presenta la estrategia de sistematización y análisis de los datos cualitativos recabados en campo.

3.1 Estrategia metodológica

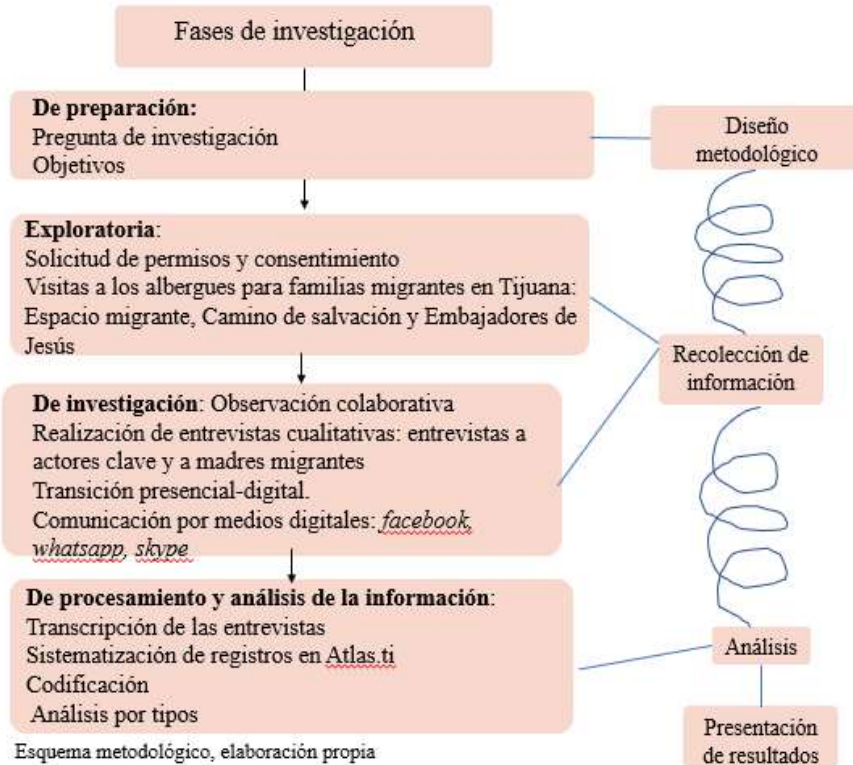
Se planteó un abordaje cualitativo para responder a la pregunta que guía el estudio: ¿Cómo las mujeres migrantes de Honduras, Guatemala y El Salvador ejercen la maternidad, a partir de prácticas de cuidados a la salud de sus hijas e hijos, durante el atrapamiento en el tránsito en la frontera noroeste México-Estados Unidos?

Las sujetos de estudio fueron las mujeres madres que emigraron con al menos uno de sus hijos o hijas, desde Honduras, El Salvador, Guatemala y Nicaragua con la intención de solicitar protección internacional en Estados Unidos, y que en su paso por Tijuana, se hayan alojado en un albergue.

El alcance espacio temporal contempló la realización de trabajo de campo en tres albergues para familias migrantes en la ciudad de Tijuana: Espacio migrante, Embajadores de Jesús y Camino de Salvación, de 2019 a 2021.

La estrategia metodológica fue desarrollada en cuatro fases:

Esquema 1. Fases de investigación



Fuente: Elaboración propia

3.1.1 Instrumentos y técnicas de investigación

Las técnicas utilizadas en el desarrollo de la investigación fueron: la observación, los registros en diarios de campo, las entrevistas a profundidad a madres migrantes, ya fuera de manera presencial o por medios digitales: *facebook*, *whatsapp* y *skype*.

Si bien, la principal unidad de información para el análisis fueron las narrativas de las madres entrevistadas para conocer sus percepciones sobre los padecimientos de los niños, niñas y adolescentes que van a su cargo y los tipos de prácticas de cuidados a la salud que desarrollan, también se recurrió a otras unidades de información, como los testimonios de actores clave:

directores/as de albergues, activistas relacionados con la defensa de los derechos humanos de las personas migrantes y personal de agencias internacionales. Estas entrevistas permitieron recuperar información acerca de las condiciones que rodean la experiencia de las mujeres y la infancia migrante en el tránsito y el atrapamiento y, por otra parte, contextualizar las prácticas específicas que ellas han podido desplegar en la (in)movilidad.

En la interacción con las mujeres se llevaron a cabo entrevistas en profundidad, mientras que con los directores/as de albergues se realizaron entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas cualitativas con los directores y la directora de los albergues permitieron focalizar la discusión y obtener más detalle sobre ciertos tópicos de lo contextual.

A través de las entrevistas en profundidad con las madres, fue posible tener acceso a la subjetividad de las mujeres, quienes al compartir las experiencias del trayecto junto a sus hijos e hijas, aludían a tiempos etnográficos, decisiones y motivaciones que las hicieron emprender el camino, e iban abordando los temas de cuidados a la salud durante los procesos vividos en los diferentes sitios de tránsito y atrapamiento, así como fueron esbozando los diferentes padecimientos que perciben en sus hijos e hijas. Como menciona Valles (2002), la entrevista es importante para conocer el vocabulario propio de la gente, para poder comprender los símbolos y metáforas con que describen el mundo.

En este sentido, Hamui Sutton menciona que “los discursos narrativos permiten enfocar a la persona y su particular experiencia de la enfermedad, colocar al ser humano en el centro con sus aflicciones, sufrimientos y luchas en las dimensiones psicológica, física y sociocultural” (Hamui Sutton, 2019: 40). Así pues, a través de las narrativas de las madres migrantes no solo se alcanzó la dimensión micro del fenómeno en cuestión: lo que pueden y hacen las mujeres en su gestión por la salud de su progenie, sino que se logró conocer las maneras de nombrar el cuidado, de percatarse de las situaciones de salud y enfermedad a nivel familiar e ir identificando las distintas prácticas maternas de cuidados a la salud en el atrapamiento.

En la fase de análisis se retomaron los discursos narrativos de las madres migrantes vertidos en las entrevistas a profundidad, desde la noción de los padecimientos, observados en sus hijas e hijos, lo cual alude al punto de vista de las personas que lo sufren y lo enfrentan (desde dentro) y dan significado a la experiencia desde sus percepciones acerca de los problemas de salud de los niños, niñas y adolescentes.

3.2 Consideraciones éticas y metodológicas

El presente estudio además de estar planteado desde un enfoque cualitativo conllevó un diseño metodológico posicionado desde la antropología colaborativa. Ander-Egg menciona que, “las decisiones metodológicas son decisiones éticas” y que hacer investigación-acción es estudiar <junto con> los participantes, en una modalidad de equipo, ya que la enseñanza y el aprendizaje es bidireccional, en un sentido de interlocución y diálogo” (Ander-Egg, 2003).

La planeación metodológica de este proyecto de investigación implicó consideraciones éticas, sobre todo al plantearse con personas en condición de vulnerabilidad, dadas sus características interseccionales: género, nacionalidad, clase, edad, estatus migratorio, entre otras.

En seguimiento a las consideraciones ético-metodológicas institucionales se hizo envío del protocolo de investigación al Comité de bioética de El COLEF. Una vez aprobado el proyecto de tesis, se hicieron las solicitudes formales a los directivos de albergues para hacer trabajo de campo dentro de cada recinto y así, tener contacto con las madres migrantes.

La inmersión al campo fue por medio de voluntariados en los albergues para familias migrantes, en aras de lograr un aporte que fuera útil a la comunidad y no solamente acudir para “extraer” información¹³. La observación participante permitió hacer investigación con las familias en su vida cotidiana, en una interacción social sujeto-sujetos y en una convivencia por un tiempo determinado con el propósito de disipar poco a poco la dificultad de la presencia extraña en campo (Sánchez, 2004). La observación colaborativa como punto de llegada, se dio mediante una labor como maestra voluntaria para brindar clases de inglés, lo cual fue una propuesta que resultó útil tanto a la comunidad en el albergue como a los fines de la investigación, e implicó sostener un compromiso de mediano plazo con las personas que se apuntaron al taller.

¹³ El acercamiento a los albergues se dio por redes y por medio de aplicaciones de la investigadora a proyectos que requerían labor de voluntariado. La vinculación de esta tesis al proyecto 1737 *Tracing Mobility and Care Trajectories. Migrants and Asylum Seekers Experiences in the US-Mx Border*, a cargo de la Dra. Olga Odgers Ortiz (El Colegio de la Frontera Norte) y el Dr. Thomas J. Csordas (UC San Diego) hizo posible, por un lado, el contacto y la colaboración con algunos de los albergues que atienden a familias migrantes y, por otro lado, retribuir a la comunidad estudiada mediante las clases de idiomas y donación de alimentos, acordes a las necesidades alimentarias expresadas a lo largo de las entrevistas con las madres migrantes.

El acercamiento colaborativo es una alternativa a las formas tradicionales de producción del conocimiento y permite alcanzar un mayor grado de *rapport* con el grupo, una entrada frecuente al lugar de observación, así como estar en lugares y momentos oportunos (Katzner y Samprón, 2011). Este tipo de observación se diferencia de la labor activista debido a que se realiza siguiendo un método y un objetivo: selecciona un escenario en relación con un tema de investigación, se realiza de manera sistemática y requiere detalle y disciplina. El uso de esta técnica enriquece y complejiza nuestra comprensión del fenómeno estudiado, a la vez que resulta útil a los sujetos con quienes trabajamos, por sus intereses y necesidades. Además de que, da apertura a los debates en la disciplina acerca de ¿para qué, para quién y cómo hacemos investigación? (Arribas, 2015).

Se logró la participación con el albergue Espacio Migrante; una organización que entre sus servicios ofrece talleres educativos, entre ellos de idiomas español, inglés, francés y criollo. Y con la asociación Juventud Activista Internacional (ahora llamada *Border Youth*) a través de su proyecto *Digital School* para dar clases virtuales a los niños, niñas y adolescentes migrantes en el albergue Embajadores de Jesús¹⁴. En el caso del albergue Camino de Salvación se propuso el taller, sin embargo, por distintos motivos no logró consolidarse.

Se impartieron clases de inglés a las personas migrantes interesadas en aprender el idioma. En un principio, las clases fueron pensadas para las personas adultas de las familias, con la intención de lograr un acercamiento directo con las madres, sin embargo, el público más numeroso y constante fueron niños, niñas y adolescentes. La interacción cotidiana con la infancia permitió dar una mirada a los ejercicios de la maternidad migrante desde diferentes ángulos.

Durante el trabajo de campo se impartieron las clases, a la vez que se iba conociendo a las familias en el aula (espacios informales que facilitaba el personal de cada albergue para impartir las clases) y conforme se daba la oportunidad, se consultaba a las mujeres sobre las intenciones de conocer sus experiencias maternas y migratorias. Mantener el contacto con las mujeres e inclusive conocer a nuevas familias fue posible por la inmersión gradual al campo - desde el último trimestre del 2019-. Esta forma de estar en comunicación con las informantes

¹⁴Disponible en <https://www.espaciomigrante.org/about>, <https://www.internationalactivistyouth.com/>

se dio desde la fase exploratoria, cuando varias mujeres del albergue enviaron solicitud de amistad a las redes sociales de la investigadora.

En este tenor, la posibilidad de hacer observación colaborativa permitió una interacción social más profunda, y aunque el trabajo de campo en los albergues pasó de la convivencia cara a cara a la virtualidad debido a la pandemia de Covid-19, las clases de inglés continuaron por medios virtuales y permitieron el acceso a la vida cotidiana de las y los migrantes en sus espacios de alojamiento y en la espera en el tiempo del confinamiento. A lo largo de la clase, la gente platicaba de lo acontecido durante de la semana, quiénes se van, quiénes llegan, cómo van sus procesos de solicitud de asilo, si alguien ha enfermado, por qué no han podido asistir a la clase o si hubo alguna situación de salud en particular. Inclusive surgieron invitaciones a celebraciones de la comunidad en asuntos personales como *baby showers*, hasta acontecimientos comunitarios, como la asistencia a marchas y manifestaciones.

Respecto a la realización de entrevistas, se procuró entrevistar a las participantes en un lugar seguro, que les fuera cómodo y cotidiano. Las entrevistas presenciales se realizaron en los albergues donde se encontraban las mujeres y sus familias, con el fin de no exponerlas y considerando que, algunas de ellas temían salir del albergue por dos razones principalmente: no conocer la ciudad y mantenerse ocultas de las personas que las han perseguido desde que dejaron su país.

Antes de comenzar la entrevista, se leyó junto con la participante una carta de consentimiento informado, la cual explica los objetivos de la investigación y garantiza la confidencialidad de sus datos, estipulando que se protege su anonimato, mediante la colocación de un pseudónimo en lugar de su nombre, no tomar fotografías ni videos donde se pueda observar su rostro o alguna señal que haga identificables a ellas ni a sus familiares.

En la interacción hubo una evidente curiosidad por parte de las mujeres sobre la formación de la investigadora, si era profesora de idiomas, licenciada en derecho o psicóloga, de cualquier forma, le expresaban sus inquietudes sobre su “caso como buscadoras de asilo atrapadas en Tijuana”, varias de esas inquietudes eran sobre la dificultad de acceder a servicios médicos o legales. Como forma de respuesta, se optó por compartirles información sobre los lugares que otorgan servicios gratuitos para las personas migrantes, mediante el “Directorio de servicios gratuitos para personas migrantes y refugiadas en Tijuana durante la emergencia sanitaria por

Covid-19”, elaborado por las agencias de Naciones Unidas ACNUR y OIM en 2021. El cual resultó pertinente para las mujeres, ya que presenta las agencias internacionales e instituciones de gobierno que atienden a la población migrante y refugiada en la ciudad, desglosa la información por tipo de servicio, ya sea asesoría legal, alimentación, atención médica, atención psicológica y emocional, servicios educativos y culturales, servicios consulares y derechos laborales, además por cada rubro específica: domicilios, números telefónicos y horarios de atención (Ver anexo 4, Directorio ACNUR/OIM, 2021).

El trabajo de campo realizado consistió también en el acompañamiento a marchas con las personas migrantes y defensoras de sus derechos, tales como: la Marcha por el día de la mujer (8 marzo, 2020 y 2022) la Marcha por el asilo (Red de albergues, 21 octubre 2020), Manifestación por la salud de los/as migrantes organizado por las Parteras Fronterizas (7 nov 2020), Campamento de solicitantes de asilo en el Chaparral (marzo, 2021). Así como la asistencia a foros virtuales con la comunidad migrante: Conversatorio Voces Diversas: mujeres en la migración (Miradas fronterizas, 28 noviembre 2020), Actualización sobre el procesamiento de solicitantes de asilo en la frontera (Espacio Migrante, *The Bridge*, Al Otro Lado, 4 marzo 2021), Foro: Voces Sobreviviendo en el Olvido en Busca del Asilo (Espacio Migrante, 6 de marzo 2021) y otros más, con la finalidad de conocer los avances y procesos en materia de migración y asilo que competen a las personas esperando en este lado de la frontera.

El resultado del trabajo de campo resultó en 25 entrevistas a madres migrantes, tres entrevistas a directores de albergues y conversaciones informales de campo con miembros de agencias humanitarias internacionales.

3.3 La netnografía y el trabajo de campo en pandemia

La netnografía, “es un neologismo creado a finales de los noventa (net +etnografía) para demarcar las adaptaciones del método etnográfico con respecto a la recopilación y el análisis de datos, y la ética de búsqueda” (Polivanov, 2014:65). La autora hace referencia a la adaptación del método etnográfico al mundo virtual y sus implicaciones, entre ellas pensar el ciberespacio como un lugar donde las personas se desenvuelven. En este orden de ideas, retoma la definición de netnografía que proporciona Kozinets: “una nueva metodología de

investigación cualitativa que adapta las técnicas de la investigación etnográfica al estudio de culturas y comunidades emergentes a través de las comunicaciones mediada por computadora”(Kozinets, 2002: 2, citado por Polivanov, 2014: 67), para remarcar que las experiencias sociales son significativamente distintas, dado que no son cara a cara, sino mediadas por dispositivos electrónicos como pueden ser una computadora, un proyector, una tableta o un teléfono celular.

Debido a la pandemia, el trabajo de campo pasó de ser presencial a virtual, por lo que a las mujeres cuyas entrevistas fueron realizadas por vía telefónica o por internet (*WhatsApp*, videollamada de *Facebook Messenger* o *Skype*), se les comunicaron los objetivos de la investigación por medios digitales y ellas otorgaron el consentimiento informado mediante mensajes audio grabados.

En el tiempo en que los albergues estuvieron trabajando a puertas cerradas en acatamiento a las reglas sanitarias, se mantuvo la interacción de forma digital. Para continuar con las entrevistas fue crucial la recomendación de parte de personas cercanas a las informantes para tener contacto telefónico o virtual con otras mujeres, esa transferencia de confianza también facilitó el desarrollo de las entrevistas y la apertura a la comunicación, ya que tanto la entrevistadora como la interlocutora contaban con personas conocidas en común. Asimismo, hacerles saber sobre el conocimiento previo que tenía de los albergues, de la gente y poner a su servicio la labor de voluntariado como profesora de inglés permitió crear cierto nivel de *rapport*, a pesar de que no fueran relaciones construidas cara a cara o de más tiempo. Conforme las restricciones del Covid-19 fueron cediendo y las vacunas fueron facilitadas a toda la población, se tuvo oportunidad de volver a los albergues para conocer en persona a algunas de las mujeres entrevistadas.

Las prácticas etnográficas en línea y el trabajo de campo por medios digitales, abrieron posibilidades y presentaron ventajas; entre ellas: continuar el contacto con las informantes, conocer los casos de las madres migrantes centroamericanas más allá de los límites nacionales; mediante el seguimiento por redes sociales de sus trayectorias migratorias, dando como resultado la realización de entrevistas desde México y Estados Unidos.

Aunque el seguimiento a sus trayectorias migratorias no fue analizado en el presente estudio, sí posee relevancia ya que, permitió su participación en las entrevistas aun cuando hubieran

logrado su objetivo: cruzar al lado estadounidense. Sin duda, es enriquecedor contar en este estudio con mujeres que relatan sus experiencias de maternidad en el tránsito y atrapamiento posicionándose de uno y otro lado del muro fronterizo.

3.4 Sistematización de los datos recabados en campo y categorías analíticas resultantes

El procesamiento de las entrevistas a las madres migrantes se llevó a cabo mediante la codificación de los datos cualitativos en Atlas.ti¹⁵. La codificación, de acuerdo con Valles es un procedimiento que forma parte del “análisis de entrevistas cualitativas asistido por ordenador, el cual consiste en la asignación de categorías (más o menos provisionales, más descriptivas o más conceptuales) a fragmentos de texto: desde una palabra, una frase, un párrafo o varios, hasta todo el documento” (Valles, 2002:172).

La teoría fundamentada es un método que se vale de la codificación. Proporciona pautas sistemáticas para recopilar, sintetizar, analizar y conceptualizar los datos cualitativos que son extraídos del mundo empírico, con el propósito de construir teoría (Jørgensen, 2001). Brinda una aproximación inductiva a la realidad social, se interesa en procesos e interacciones, reconoce la complejidad del mundo social, busca identificar las principales preocupaciones de los actores sociales (construyen significados), utiliza múltiples recursos (entrevistas, observaciones, documentos) y sugiere la recurrencia al método comparativo constante y a la sensibilidad teórica del investigador.

Si bien el método se apoya en la abstracción de la información para desarrollar una teoría basada en los datos empíricos, es importante reconocer el rol activo de las y los investigadores al desarrollar el proceso de codificación, ya que los códigos no emergen de los datos sin que haya detrás un trabajo analítico de reflexión constante respecto a marcos epistémicos, teóricos, valores y supuestos que toman parte en la sistematización, identificación y selección de los datos cualitativos o fragmentos de evidencia narrativa (Braun & Clarke, 2006).

¹⁵ Un software especializado en el procesamiento de datos cualitativos, el cual está basado en la teoría fundamentada y permite sistematizar la información cualitativa recabada en el trabajo de campo de distintas maneras, como pueden ser la codificación y la visualización de las redes de relaciones entre códigos.

Las entrevistas obtenidas durante el trabajo de campo con las madres migrantes fueron codificadas usando como base las categorías conceptuales de la investigación. En total, de la codificación se obtuvieron 67 códigos, que fueron agrupados en tres categorías principales del estudio: maternidades (16 códigos), tránsito (29 códigos) y salud (22 códigos) (Ver anexo 5. Libro de códigos).

3.5 Estrategia analítica

Tras haber codificado las 25 entrevistas, se obtuvo un panorama sobre los temas más significativos para las madres migrantes. Un hallazgo importante sobre el ejercicio de la maternidad en la movilidad fue la prioridad reiterada a la salud de sus hijos e hijas. Al abordar el tema de la salud, ellas hacían referencia a las acciones de prevención, a los problemas de salud presentados en las distintas fases del proceso migratorio, por ejemplo, los diagnósticos clínicos obtenidos desde el país de origen, los padecimientos surgidos en el transcurso del camino o en el atrapamiento. Al nombrar cada uno de los problemas de salud percibidos en sus hijos e hijas, las madres iban atribuyendo cierto grado de gravedad. A partir de esas distinciones, se propuso agrupar los padecimientos según la gravedad percibida por la madre en epidémicos, leves, graves o crónicos, complejos y de salud mental.

De lo anterior se definió que la categoría de análisis principal era la de prácticas maternas de cuidados a la salud, en función del padecimiento percibido por las madres de niños, niñas y adolescentes migrantes. Y las categorías secundarias que darían profundidad y contexto serían el atrapamiento en el tránsito y los padecimientos.

El hecho de distinguir las percepciones de salud que las madres migrantes construyen a partir de lenguajes médicos o no, ayudó a entender el sentido de sus prácticas de cuidado en función del carácter apropiado y/o factible con el que se responde y en función de la gravedad percibida del padecimiento en los niños, niñas y/o adolescentes (NNA) que las acompañan en el trayecto.

Asimismo, se recurrió a la construcción de una tipología con el objetivo de analizar la complejidad del ejercicio de la maternidad en condiciones de atrapamiento en el tránsito, visto concretamente a través de las prácticas maternas de cuidados a la salud ejercidas por las mujeres que salieron de Honduras, Guatemala, El Salvador y Nicaragua junto con sus hijos e

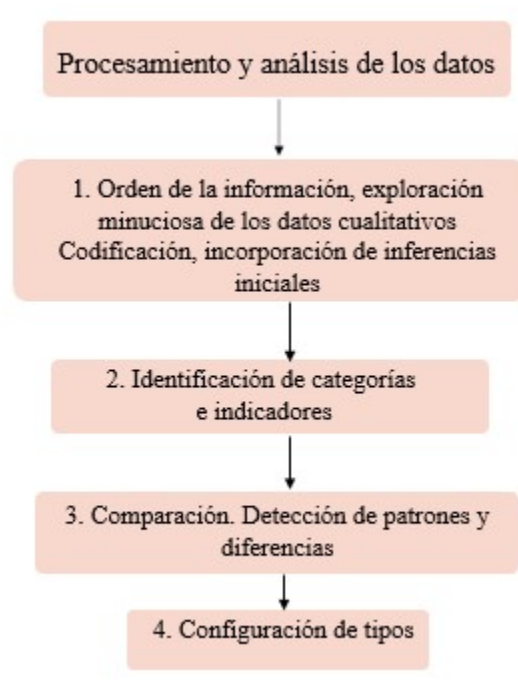
hijas. Para la estrategia analítica se procedió a la clasificación de los padecimientos percibidos por las madres según su gravedad, a partir de ahí se analizaron las diferentes prácticas de cuidados proponiendo una tipología que contempla tres tipos de prácticas maternas de cuidados a la salud en la (in)movilidad: 1) las prácticas autogestivas, 2) las prácticas acompañadas y 3) las prácticas supeditadas.

Los tipos son recursos heurísticos, herramientas de clasificación, orden y análisis, que sirven para orientar las observaciones empíricas, organizar, comparar e interpretar las evidencias, distinguir entre elementos particulares y generales, identificar atributos relevantes, establecer patrones y transformar las observaciones obtenidas en campo en elaboraciones teórico-conceptuales (Velasco, 2001, Heyman, 2012, Pérez-Soria, 2019).

Una tipología se diseña de acuerdo con rasgos recurrentes, generales y distintivos atribuidos a un conjunto o agregado y no solamente a un individuo, por lo cual es posible “lograr una concepción ordenada de lo social que permita generalizar, más allá de los casos empíricamente observados” (Velasco, 2001:292). El proceso de construcción de tipos es un ejercicio mental, en el que se recurre a la selectividad reflexiva, seleccionamos para manejar la complejidad del mundo que queremos entender y llegar a niveles de abstracción y agregación, mientras triangulamos entre la indagación empírica, la teoría y la praxis (Heyman, 2012).

El procedimiento seguido para la construcción de las tipologías fue el siguiente:

Esquema 2. Procedimiento para la construcción de tipologías



Fuente: Elaboración propia

A partir del uso de tipos como recurso para el análisis de las prácticas maternas de cuidados a la salud es posible mostrar diferentes formas de cuidar en la (in)movilidad, de ejercer la maternidad en determinada fase migratoria y de cara a un problema concreto: la salud de las infancias que acompañan a las mujeres migrantes.

IV. HALLAZGOS. LAS MADRES MIGRANTES CENTROAMERICANAS Y SU TRAYECTO HACIA ESTADOS UNIDOS: ENTRE EL TRÁNSITO Y LOS DISTINTOS ATRAPAMIENTOS

El presente capítulo permite un acercamiento a los perfiles y las características sociofamiliares de las mujeres madres migrantes que participaron en la investigación, así como a los aspectos que motivaron su movilidad y sus expectativas respecto a la vida futura con sus hijos e hijas. Asimismo, tiene la intención de brindar un panorama general sobre las escalas, los espacios y las condiciones en que las mujeres y las infancias se movilizan desde Centroamérica hasta Estados Unidos, enfatizando en su tránsito por México. Permite conocer sus rutas, las dificultades o bondades de sus caminos y particularmente, ayuda a caracterizar la fase del atrapamiento. La panorámica ofrecida permite identificar en los relatos de las mujeres los condicionamientos a lo largo del camino y en los distintos atrapamientos.

4.1 Mujeres, madres y migrantes de Honduras, El Salvador, Guatemala y Nicaragua

Entre las mujeres participantes en el estudio, 16 son de Honduras, seis de El Salvador, dos de Guatemala y una de Nicaragua¹⁶.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

Pseudónimo	Edad	Estado civil	Lugar de origen	Motivo de emigración	Fecha de emigración	Nivel de estudios	Ocupación antes de migrar
Jimena	35	soltera	Honduras	extorsión	2019	secundaria	comerciante
Doña Mari	53	separada	El Salvador	amenaza de muerte	2018	primaria	comerciante
Rosa	29	unión libre	Honduras	Delincuencia y falta de	2019	bachillerato	ama de casa

¹⁶ Se consideró incluir el testimonio de una mujer de Nicaragua, a pesar de que no estaba contemplada en el inicio de la investigación, debido a la riqueza de su narración y la similitud de experiencias sobre el trayecto, el ejercicio de la maternidad y las necesidades de salud de sus hijos en el tránsito migratorio, las cuales han sido compartidas con las madres de Honduras, El Salvador y Guatemala.

				oportunidades			
Lupita	30	separada	Guatemala	violencia doméstica	2018	secundaria	comerciante
América	26	separada	Honduras	asesinato de un familiar	2018	secundaria	trabajadora del campo
Zuleiha	45	casada	Honduras	extorsión, mareros y mala economía	2018	primaria	comerciante
Ana	28	casada	El Salvador	falta de empleo	2019	bachillerato	ama de casa
Josa	25	casada	El Salvador	delincuencia y falta de empleo	2019	bachillerato	ama de casa
Eli	27	unión libre	Honduras	huir de las pandillas	2018	secundaria	estudiante de belleza
María	30	separada	Honduras	violencia doméstica	2019	secundaria	comerciante
Loli	33	casada	Guatemala	violencias, peligro, pobreza	2019	secundaria	comerciante
Gala	25	unión libre	El Salvador	peligro pandillas	2019	bachillerato	ama de casa y estudiante
Daisy	24	viuda	Honduras	asesinato de su esposo	2019	secundaria	trabajadora del campo
Susi	25	unión libre	Honduras	discriminación por identidad sexual	2020	secundaria	estudiante
Mariana	27	viuda	Honduras	asesinato de su esposo	2019	bachillerato	dueña de un restaurante
Candy	27	unión libre	El Salvador	peligro pandillas	2019	bachillerato	comerciante
Sarahí	35	viuda	Honduras	asesinato de su esposo e hijo herido de bala	2021	secundaria	dueña de negocios: internet y tienda
Cristal	29	casada	Nicaragua	persecución política	2020	bachillerato	ama de casa
Keira	36	casada	Honduras	asesinato de su hermana, extorsión, amenazas	2019	secundaria	ama de casa
Estefany	33	casada	Honduras	huir de los mareros	2020	Lic. terapia funcional	promotora de ventas
Rosi	30	soltera	El Salvador	violencia doméstica,	2019	bachillerato	comerciante

				infancia en peligro			
Kim	24	unión libre	Honduras	asesinato cuñado y falta de trabajo	2020	técnica en computación	cajera
Sol	36	unión libre	Honduras	huir de pandilleros	2020	Lic. enfermería	asistente médico
Cris	33	separada	Honduras	violencia doméstica	2020	secundaria	ama de casa
Anette	24	soltera	Honduras	violencia de pandillas	2018	bachillerato	artista urbana

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas con las mujeres

Como se observa en el cuadro, ellas llegaron a la ciudad de Tijuana a partir del año 2018, su edad en promedio es de 30 años (rango de 24 a 45 años, 53 abuelita¹⁷). En su país de origen las mujeres tenían como parte de sus ocupaciones trabajos en el sector informal y de servicios, conjugando el trabajo doméstico y del cuidado de los hijos con el estudio y el empleo remunerado.

Su estado civil, así como otras características son reflejo de la heterogeneidad de esta población; nueve de ellas manifestaron ser casadas, seis vivir en unión libre, cuatro estar separadas, tres son solteras y tres son viudas. Es importante señalar que, en ciertos casos hay una relación entre el estado civil y las causas de la migración, ya que algunas de ellas se separaron de su pareja y huyeron de su país por violencia doméstica, y otras más enviudaron a causa del asesinato de su pareja por parte del crimen que atemoriza a su localidad.

Entre los motivos de salida mencionados por las mujeres se encuentra huir de las pandillas o evadir la delincuencia de su país (11), el asesinato de un familiar (6), la violencia doméstica (4), la mala economía o falta de oportunidades laborales (4), las extorsiones (3), las amenazas de muerte (2), la discriminación por identidad sexual (1) y la persecución política (1). Es preciso señalar que, la violencia es un factor predominante y que en varios casos estos motivos

¹⁷ La mujer de 45 años viajó con su hija menor, una adolescente de 17 años, sus cuatro hijos mayores son adultos, varones y viven en Estados Unidos. La mujer de 53 años es abuela de dos niñas de 10 y 12 años.

se empalman, mostrando así la complejidad y multicausalidad de la migración femenina y familiar.

Las mujeres y sus hijos/as se movilizaron hacia Tijuana haciendo uso de distintos medios y recursos, intercalando el coyotaje, la caminata en caravana y el trayecto de forma independiente. Cuatro de ellas pagaron un coyote para guiarlas en el camino, tres recurrieron a las caravanas de migrantes, trece hicieron la ruta de manera independiente y cinco hicieron un uso mixto de dichas formas de movilidad. Otra manera de observar la diversidad entre las mujeres participantes es por medio de la (re)configuración de su grupo familiar en la migración. Ocho de ellas viajaron en un modelo monoparental, ocho con la familia nuclear tradicional, tres en un modelo extenso y seis en modelos familiares cambiantes; por ejemplo, comenzaban el camino con el padre de sus hijos, con sus hermanas o sobrinas y luego, por distintos motivos se separaron.

De los datos alusivos a la maternidad, la edad promedio del primer parto de las mujeres participantes es de 19.48 años (rango de 15 a 25 años), el número de hijos en promedio es de 2.2 (considerando un rango de 1 a 5 hijos) y la edad de los hijos e hijas que las acompañan en el trayecto migratorio es de 7.4 años (rango 4 meses a los 18 años). Cabe señalar que dos de ellas, viajaban también con sobrinos, de ellas solo una mujer iba como la cuidadora responsable tanto de su hija como de su sobrina.

Cuadro 2. Características de las mujeres entrevistadas sobre las maternidades

Pseudónimo	Personas con quienes migra	Edad de los niños, niñas y adolescentes en la movilidad	# total de hijos e hijas	Edad del primer parto	Embarazo en la (in)movilidad
Jimena	una hija	10 años	1	25	na
Doña Mari	un hijo, nuera, dos nietas	10 y 12 años	2	15	na
Rosa	pareja, un hijo, dos hijas	2, 7, 10 años	3	18	na
Lupita	dos hijas, un hijo	5, 8, 11 años	3	18	na

América	una hija, un hijo	9, 11 años	2	15	na
Zuleiha	una hija y su esposo	16 años	5	17	na
Ana	una hija y su esposo	8 años	2	19	6 meses y viajó embarazada
Josa	un hijo, esposo, dos hermanas, dos sobrinos	2, 3, 4 años	2	22	viajó embarazada
Eli	pareja y una hija	9 años	2	18	viajó embarazada
María	un hijo	4 años	3	18	6 meses
Loli	un hijo	8 años	2	11	na
Gala	pareja y un hijo	4 años	1	20	na
Daisy	una hija	3 años	1	21	na
Susi	hermana y una hija	7 meses	1	24	viajó embarazada
Mariana	dos hijas	5, 7 años	2	20	na
Candy	pareja, suegra y dos hijos	2, 5 años	2	20	na
Sarahí	dos hijos	9, 14 años	2	21	na
Cristal	pareja y dos hijos	5, 9 años	2	19	na
Keira	pareja y tres hijos	11, 14, 18 años	3	18	na
Estefany	pareja y tres hijos	2, 5, 10 años	3	22	na
Rosi	sobrina y una hija	3, 9 años	1	21	na
Kim	pareja y una hija	3 años	1	21	na
Sol	pareja y dos hijos	4, 17 años	2	19	na
Cris	una hija	7 años	4	17	na
Anette	tres hijos	2, 4, 6 años	3	16	na

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas con las mujeres

En lo concerniente al tránsito migratorio, ellas y sus familias fueron objeto de los siguientes delitos en su paso por México: acoso sexual, robos, extorsión por parte de coyotes, crimen organizado o autoridades mexicanas, persecución con armas de fuego y amenazas por parte de

personas que las siguen desde Centroamérica. A nivel subjetivo, tuvieron miedo de estar en el país por las noticias sobre robos y desapariciones de infantes, secuestros y la violencia en general.

Por otro lado, los documentos o procesos migratorios que expresaron haber solicitado o adquirido en el camino por territorio mexicano son: la Tarjeta de Visitante por Razones Humanitarias o la Forma Migratoria Múltiple, otorgadas por el INM, la constancia o aprobación de solicitud de refugio en México ante la COMAR. Y, documentos probatorios sobre su solicitud de asilo en Estados Unidos, por ejemplo: un número de la lista de *metering* o citas en la Corte por pertenecer al Programa de Protección a Migrantes, (MPP).

4.2 Perspectivas *emic* sobre el ejercicio de la maternidad durante el tránsito migratorio y los distintos atrapamientos

En las entrevistas a profundidad con las madres originarias de Honduras, El Salvador, Guatemala y Nicaragua se obtuvo información sobre la manera en que las mujeres mismas significan su maternidad en la movilidad, cómo la ejercen en las diferentes etapas que constituye el trayecto, cómo incorporan los apoyos que reciben para el cuidado de la salud de sus hijos e hijas y cuáles son las estrategias que les permiten afrontar las dificultades en el camino y en el atrapamiento.

A partir de la sistematización y el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, se propusieron algunas categorías que permitieron comprender y explicar las prácticas maternas de cuidados a la salud de la infancia en la (in)movilidad. Se destacó la categoría denominada “ejercicio de la maternidad” por su importancia en las narrativas de las mujeres y su relevancia ante la pregunta de investigación.

Dicha categoría es abarcadora de las prácticas de crianza y de cuidados a la salud de la infancia, así como de lo que significa para las mujeres ser madre durante la migración. Del ejercicio de la maternidad salió a relucir el apoyo recibido por las madres migrantes, ya sea de parte de su núcleo sociofamiliar o de las organizaciones pro migrante, así como se hizo manifiesto el rol de las paternidades -para bien o para mal- y las voces de las infancias durante el proceso migratorio. En este sentido, van incluidas también las propuestas sobre cómo mejorar y hacer

más seguro el trayecto migratorio para las madres y sus hijos, ya que éstas reflejan las prioridades y preocupaciones de las mujeres respecto a los cuidados de sus hijos, hijas y sobrinos.

El ejercicio de la maternidad se entiende entonces como la toma de decisiones, acciones u omisiones por parte de las mujeres migrantes en relación con su identificación como madres. Por ilustrar brevemente la categoría de acuerdo con los hallazgos de las entrevistas, se ejerce la maternidad migrante desde la salida del país de origen junto a sus hijas e hijos; al elegir ciertas rutas, medios de transporte, acompañantes o guías; al realizar gestiones que consideran prudentes para continuar el camino con los hijos e hijas (solicitar o no la condición de refugiado en México, “tirarse” a los Estados Unidos -como nombran al ingreso indocumentado- o esperar el proceso de asilo), o al modificar sus proyectos migratorios familiares.

Durante la codificación de las entrevistas, se detectaron otros códigos que nutren el “ejercicio de la maternidad”, uno de ellos es el código “ser mamá”, el cual alude a cómo las mujeres se definen en su rol como madres, cómo describen su relación con los hijos e hijas y expresan cuáles son los atributos y sentimientos que tiene una madre que emigra llevándolos consigo. Algunas mujeres mencionaron que, ser madre es saber conocer a sus hijos en cuanto a qué alimentos darles, qué medicamentos les caerán bien y notar cómo se modifica su semblante o su comportamiento.

Otras definen el ser madre, en contraposición al rol del padre; es decir en una dicotomía entre lo público/privado, lo productivo/reproductivo; el padre es quien sale a trabajar, tiene una relación lejana con los hijos por lo cual no conoce los cuidados ni atenciones que requieren, mientras que la madre es quien lleva una relación cercana, tiene interés por sus hijos y los conoce, así que sabe la importancia de la prevención de las enfermedades, además de brindar la atención y los cuidados, busca consejos y recomendaciones para la crianza y la adecuada alimentación.

Siendo más específicas respecto al ser madre y ser migrante, las mujeres se expresaron sobre sí mismas haciendo uso de los siguientes adjetivos: humanitaria, solidaria y esforzada. En sus discursos entrelíneas sobresalió también ser perseverantes, luchadoras y decididas. Pero, no todo fue en términos ideales, ya que algunas mujeres hablaron de la otra cara de las maternidades en la migración, reconociéndose como personas con estados de salud mental

afectados por no contar con apoyo y tener preocupaciones constantes de la vida en el atrapamiento, lo cual las abruma de tal manera que les impide cuidar de sus hijos e hijas como ellas quisieran.

En este sentido, hubo mujeres que expresaron arrepentimiento y culpa por haber sometido a los niños y niñas a los sufrimientos que encarna la migración, al decir que: “migrar así, es jugar con la vida de los hijos, con la de uno mismo, nunca es como te la pintan, siempre mienten, porque el sueño americano no es real, ese no existe” (Jimena, Honduras), o que los hijos no tienen por qué sufrir las penurias que conlleva migrar de manera irregular, sobre todo si son muy pequeños o si parte del proceso implica estar en un centro de detención “pobrecita de mi hija, la voy a ir a meter conmigo allá, que aguante hambre y todo pues, y ella no tiene la culpa de nada” (Ana, El Salvador).

El cuidado de los hijos e hijas es un aspecto crucial durante el trayecto, por lo cual se propuso el código “cuidados” para hacer referencia a las prácticas que tienen las madres al estar pendientes de sus hijos e hijas en los caminos y los atrapamientos, de acuerdo con su género y edad. Por ejemplo: velar por su seguridad, por su integridad física y moral, procurar estar en ambientes aptos para su edad, alejarse de lugares peligrosos o de personas que sean mala influencia (a juicio de las madres: personas bebedoras de alcohol, violentas, inminentes acosadores), prevenirlos con números de emergencia confiables por si algo malo acontece, encargarlos únicamente con gente de confianza, tomar acciones para prevenirles enfermedades o traumas, entre otras acciones¹⁸.

Otro código que ayudó a comprender el ejercicio de la maternidad en la migración fue el de “crianza” que refiere a los valores morales y cívicos con los que se educa a los hijos e hijas, la orientación, enseñanza, instrucción y comunicación con ellos, la búsqueda de herramientas para el desarrollo de la infancia, de consejos y de apoyo en redes de amistad, familiares, religiosas, laicas y virtuales.

¹⁸ Existen tipos de cuidados específicos relacionados a los problemas de salud, los cuales serán abordados en el siguiente capítulo de resultados.

Al ahondar en las prácticas de crianza sobresalieron las enseñanzas y las conversaciones que tienen las madres con sus hijos e hijas en el camino y en la espera, por ejemplo, les explican cuál es la meta del viaje, aprovechan el tiempo para inculcar el respeto entre hermanos, les enseñan a cuidarse, defenderse, ser precavidos y hablar de lo que les pase o contar si alguien los lastima, expresar lo que sienten, no tener miedo a comunicarse con su madre. Lo cual señala que la migración es un parteaguas en la vida familiar, al simbolizar una vida con nuevas interacciones y oportunidad de establecer nuevas reglas.

Ahora bien, para hablar de cómo se ejercen las maternidades en la migración habría que comenzar con cuál fue el motivo por el cual las mujeres salieron del país de origen con sus hijos e hijas, qué significa para las madres movilizarse con ellos y a partir de ahí, rescatar el significado que ellas le dan a su maternidad en este contexto. A continuación, se muestran las experiencias de materner en la movilidad, de acuerdo con el itinerario del viaje de las mujeres y sus hijos e hijas, es decir, desde el momento que detonó la salida del país de origen, al tránsito por México y los distintos atrapamientos espacio-temporales.

4.2.1 Ejercicio de la maternidad en la salida del país de origen

Los motivos de migración de las mujeres entrevistadas estuvieron asociados a diferentes tipos de violencia (física, sexual y psicológica) sustentada en los niveles estructural, comunitario y familiar, combinados con falta de oportunidades laborales, crisis económica y política.

El debilitamiento de los programas sociales en los países referidos en esta investigación y la falta de protección social suman a las causas de la movilidad internacional actual.

“Ahorita Honduras ha sido de los países que se ha visto más políticamente afectado porque está siendo gobernado por un narco dictador. Y no es secreto para nadie que la corrupción está reinando de lo mejor, que la pobreza es cada día más grande, que la mayoría de las personas depende de un recurso que algunos familiares en Estados Unidos les mandan. Sino Honduras no estuviera de pie. Pero la verdad es otra, ningún otro país está viviendo la situación que estamos viviendo, ni aún El Salvador que es un país más pequeño. Es más difícil conseguir las cosas, cada vez hay más dificultades, están cerrando escuelas, están privatizando la salud, están privatizando casi todos los servicios que había antes disponibles” (Mariana, madre hondureña, dos hijas).

Su salida del país es forzada por varias circunstancias entre ellas la pobreza, la violencia, el miedo y la falta de protección social, de condiciones y derechos para la vida. Los diagnósticos

clínicos obtenidos desde el país de origen, de alguna manera, orientaron la migración por la búsqueda de atención en salud, ya que se les negó o dificultó el acceso a la atención médica.

“Cuando yo me vine de mi país mi hija yo la tenía en un tratamiento de las amígdalas, pero cada vez que yo la atendía era por seis meses el tratamiento, la tenía que estar inyectando, y no tenían las vacunas, el gobierno no tenía las vacunas, yo tenía que comprarlas” (América, madre hondureña).

Como se muestra en los siguientes fragmentos de entrevista la decisión de emigrar de las mujeres que son madres surge de huir del peligro, de la violencia propinada por sus parejas sentimentales, alejarse de persecutores o de los asesinos de sus familiares, evitar que las hijas e hijos sufran abusos o sean reclutados por las pandillas. Las madres se inclinan hacia la búsqueda de seguridad, tranquilidad y protección, propiciar el crecimiento de sus hijos/as en un ambiente diferente, darles estabilidad emocional pero también económica, mejorar las oportunidades y la calidad de vida propia y sobre todo de sus hijos e hijas, quienes en la mayoría de los casos parecen haber sido el motor del viaje.

“Cuando estaba allá, mi mente fue encontrar un lugar donde mis niños estuvieran seguros, mis niños no fueran abusados y mi niño no se volviera pandillero. Entonces mi decisión fue salir de Guatemala. Salí muy ignorante, muy salvaje se puede decir, pero entre lo salvaje y todo yo tenía miedo, pero el miedo no fue capaz de dominarme o encerrarme en ese lugar porque yo decidí salirme con mis hijos. Salí, iba con miedo, pero salí” (Lupita, madre guatemalteca, viajó con sus tres hijos).

“Nosotros ya no estábamos seguros, en nuestro país ni en ningún lado, porque sí nos buscaban a nosotros, porque nos decían que en la aldea preguntaban por nosotros, los que mataron a mi tío, y que ya debíamos salirnos e irnos a otro lado, y pues no podíamos estar tranquilos en ningún lugar, sin saber que no nos iban a buscar para hacernos daño, y pues yo tenía miedo por mis hijos” (América, madre hondureña viajando con dos hijos).

“Usted sabe que, uno de madre no le va a confiar a sus hijos a cualquiera, por tantas cosas que uno ya ha visto y ha vivido. Porque en mi caso fue uno de los motivos por los que yo salí huyendo de mi país, porque mi sobrinita estaba en peligro y en manos de su propio papá” (Rosi, madre salvadoreña, viajó con su hija y su sobrina).

Se percibe el carácter forzado de la movilidad de las mujeres, quienes huyen de la violencia que aqueja sus países en Centroamérica. Salen de su país, a veces sin tener claro que existe o requieren protección internacional o que tienen oportunidad de solicitar la condición de refugiado en México, país en el que algunas de ellas se percatan que siguen siendo perseguidas aun estando a kilómetros de lo que fuera su hogar. Así pues, ven en la búsqueda de asilo en Estados Unidos la posibilidad de una vida con mayor seguridad y oportunidades de estabilidad económica y emocional.

Las madres que hacen el trayecto sin su pareja u otro familiar adulto, ya sea porque son viudas, separadas o madres solteras, al salir de su país se asumen como las únicas responsables de sus hijas e hijos. Los niños y niñas son el motor de su viaje, el impulso para vencer los miedos que engloba una decisión tan difícil como dejar atrás el país, las amistades, la vida entera. Al indagar sobre si había opción de dejar a los hijos encargados con un familiar en la comunidad de origen, las madres hablaban de una inseparabilidad entre ellas y sus hijos, de andar con ellos a todos lados y a la par. Se refieren a ellos como su primer amor, su primera maleta, el sentido de su viaje y de su vida.

4.2.2 Maternar y transitar por México

Si bien la mayoría de las madres entrevistadas migraron con sus hijos e hijas desde un inicio, hubo quienes por la urgencia de salir no pudieron llevarlos a todos, pero dado que la violencia en sus países de origen no da tregua, tuvieron que retroceder en el camino y volver por ellos, pese a repetir los riesgos del trayecto. Tal fue el caso de Estefany, una mujer que salió de Honduras con su esposo. La pareja no llevó a ninguno de sus tres hijos, pero al paso de los días, ella decidió volver por ellos, ya que la abuela materna con quien los había encargado, la alertó por vía telefónica sobre el peligro que corrían si se quedaban allá.

“Y le digo a mi esposo: “Voy a tener que ir yo hasta cierto lado a traer a mis hijos porque si los traigo con coyote, ¿qué tal que me los pierden o les hacen algo? Porque eran tres; era la niña también. Entonces, nosotros teníamos motos, él tenía una moto y yo también, las pusimos a la venta y sólo se vendió la de mi esposo, y con ese dinero mi mamá los envió y yo me moví hasta la ciudad de Guatemala, porque quedé con uno de los hermanos de mi esposo que me los iba a llevar hasta ahí, porque yo no podía llegar hasta Honduras. Entonces yo me moví aun teniendo la constancia de COMAR que a mí me dijeron que era prohibidísimo moverse, pero yo dije: “Prefiero perder la constancia o quedarme en Guatemala si es posible, pero necesito sacar a mis hijos, necesito tener a mis hijos conmigo” (Estefany, madre hondureña, viajó hasta Tijuana con su pareja e hijos).

En el siguiente fragmento de entrevista la señora Lupita de Guatemala expresa haber tenido problemas de salud mental por haber dejado a uno de sus tres hijos en el país de origen, y aunque al igual que Estefany, se encontraba en México y tenía un trámite abierto ante COMAR, tomó el riesgo de volver para traer al niño, aunque fuera a escondidas.

“Mi proceso de la visa fue como de dos meses o tres meses que ya no recuerdo cuánto fue que tardó que me dieron la visa, porque yo cabal como me enfermé bien feo, porque yo no aguantaba que mi niño estuviera lejos de mí, y créame que yo ya no esperé por el papel de mi niño, yo ya no

espere, yo solo dije: “Dios mío, pues si en ti está que yo voy a pasar, voy a pasar con mis tres hijos, porque yo amo a mis hijos y sin ellos yo no soy nada. Y si me vas a poner en algún lado ponme, pero con mis hijos” (Lupita, madre guatemalteca viajó con sus tres hijos).

En el ingreso a México, un obstáculo a vencer son los filtros de las autoridades migratorias, así que las mujeres se enfrentan a ellos con el temor a ser separadas de sus hijos, más que a ser deportadas. Como se muestra en los fragmentos de entrevista anteriores, una vez que se inicia un trámite en COMAR, las personas no pueden abandonar la entidad donde se lleva a cabo el procedimiento, a pesar de que demore más de un mes. Y en el caso de quienes iniciaron el proceso solas o con determinado número de dependientes, luego se les complica añadir a sus otros hijos al caso.

Para María una madre separada que huyó de su país por violencia doméstica y únicamente pudo traer consigo al menor de sus hijos, una preocupación muy latente era que el niño le fuera arrebatado en México, por lo cual su estrategia fue optar por los medios que ella consideraba más seguros para viajar como los autobuses, aunque esto implicara esperar más tiempo en algunos lugares de tránsito, ya sea para tramitar un documento o buscar un trabajo que le permitiera reunir dinero y subsistir.

“En el transcurso del camino he venido trabajando, buscando como estar con mi bebé. Gracias a dios en Chiapas conseguí un trabajito en casa, pero el proceso de llegar a Chiapas no es fácil porque no vienes tranquila, tú no duermes, a tu bebé tienes que mantenerlo con algo” (María, madre hondureña, viajó con su hijo menor, dejando a los dos mayores en el país de origen, quedó embarazada en el trayecto).

Aun cuando ella pudo llegar a Tijuana sin recurrir a coyotes o a las caravanas, sino transportándose en autobuses, ella mantuvo a su hijo escondido cada vez que subían nuevos pasajeros al bus o los agentes de INM entraban a revisar. Esto habla de la desconfianza que hay hacia los extraños e inclusive hacia las autoridades mexicanas, que puede resultar del intercambio de experiencias durante la espera en Chiapas, donde muchas mujeres se detienen de manera forzada o voluntaria e interactúan con otras personas en movilidad que les comparten sus experiencias, sus traumas y sus recomendaciones para continuar el camino.

Es interesante observar que entre las madres migrantes existen ciertos ideales y estrategias para lograr sortear los obstáculos del camino, evitando en lo posible el sufrimiento o riesgo de los niños y las niñas, por ejemplo, tienen la añoranza de poder avanzar solas por México de manera segura o recurrir al refugio como recurso para la reunificación familiar con la finalidad de que

sus hijos no padezcan los estragos del camino cuando se hace de manera “irregular”. De acuerdo con las mujeres, el otorgamiento de documentos que avalen el permiso para el libre tránsito y el acceso al refugio serían factores benéficos para ellas, en el sentido que les daría margen de movimiento, posibilidad de conocer personas, lugares y trámites administrativos, e insertarse en el campo laboral previo al recibimiento de sus hijos.

“Pues le pediría que nos diera opciones a las madres solteras para poder, así como nosotros que tratamos de lidiar con un hijo, porque ya lidiar con dos o tres sería más costoso. Que nos diera las opciones que, si nos dan el refugio, traer a nuestros hijos sin que ellos tengan que sufrir lo que nosotras sufrimos” (Cris, madre hondureña, viajó con una hija de sus cuatro hijos en total).

Entre las estrategias señaladas por las mujeres madres durante el tránsito por México, se encuentra: a) buscar medios seguros para viajar, generalmente hacen uso de autobuses y solo quienes reciben apoyos por parte de agencias humanitarias internacionales como ACNUR, hacen uso del recurso para comprar boletos de avión, b) moverse en grupo y permanecer en compañía de otros migrantes, de presencia otras familias, así pueden turnarse con otras madres o padres para dormir, c) mantener una actitud de alerta constante y tener un plan de emergencia en caso de que algo suceda, d) pedir misericordia-compasión a las autoridades migratorias mexicanas cuando los detienen, e) ir preguntando por lugares de albergue o comedores comunitarios a los que puedan acudir con los niños y niñas.

“Con la ayuda humanitaria fue cuando yo subí a Tijuana. Para mí era seguridad tener autobús porque venía con mis hijos, pero tampoco es tan seguro, que uno viene pensando de todo, pero gracias a dios no tuve ningún problema con eso” (Amaral, madre hondureña viajando con sus dos hijos).

Las madres que hacen uso del coyotaje para movilizarse reportan que de principio se les hacía una opción segura pagar para ser guiadas en el trayecto, no obstante, al vivir la experiencia se percataron de que los coyotes arriesgan a las personas, ya que están coludidos con la policía y los traficantes. En el camino por el desierto sufren o son testigos del sufrimiento de otros y, en las ciudades donde hacen escala, los mismos coyotes los retienen en casas privadas por días o semanas, en tal cautiverio aprovechan vendiéndoles comida a sobreprecio y extorsionan a sus familiares en Estados Unidos para cumplir con el cruce.

“la mayoría que vienen con coyote los secuestran y les piden más dinero, y si no pagas te matan, y eso le pasó a un amigo mío también. Le sacaron el dinero y lo tiraron a migración, es peligroso venir así” (Amaral, madre hondureña viajando con sus dos hijos).

El sentir general es que el ingreso a México es fácil, en comparación con lo que se vive en las ciudades fronterizas, donde se dan los mayores abusos.

“Ese día llegamos con una gran hambre porque como en el trayecto de Guatemala no nos dieron comida. ¡Qué rápido llegamos a México, la parada México! En Chiapas, al muchacho que nos trajo, no le daban señales de que ya nos sacara y una semana nos tuvo durmiendo en el suelo” (Rosa, madre hondureña viajando con sus tres hijos y esposo).

A diferencia de la movilidad independiente o por coyotaje, el recorrido en caravana tiene como ventaja que hay más personas involucradas en la vigilancia del grupo, entre ellas se organizan para procurar la protección de los más vulnerables, el descanso y el abrigo.

“No sé si decirles líderes, pero había uno que estaba con altavoz y él decía que llegaran donde él estuviera y que se anotaran los que querían hacer guardia en la noche y así era. Ya se miraba los que andaban caminando y así, porque éramos demasiadas mamás con muchos niños. Yo pues con mi niña siempre a la par. A veces mi esposo hacía casitas, así con cobijas que la gente nos daba, hubo una ocasión donde nos regalaron una casa de campaña y ahí dormíamos más cómodos, más seguros porque era menos en el aire libre” (Eli, madre hondureña viajó en caravana con su pareja e hija).

En contraste, se identificaron posturas contrarias a que el viaje en caravana sea más seguro. Algunas mujeres opinan que al hacer el trayecto con las caravanas se pierde el control de la situación, dado que se camina entre personas desconocidas, lo que representa miedo, desorden y peligro para quienes viajan en familia, ya que se corre el riesgo de que los niños se extravíen, sean robados o secuestrados. Lo que han escuchado sobre las caravanas les genera desconfianza y las remonta a los acontecimientos violentos de los que van huyendo.

“B: ¿Habías escuchado de las caravanas que venían para acá? J: Sí, mucho, pero esas me dan miedo B: ¿Por qué? J: Como puede ser real, como puede ser una falsa alarma de delincuentes infiltrados con gente humilde y por irlos a matar a ellos matan a inocentes. He visto mucho eso, y esas caravanas no me gustan. B: ¿Has conocido a gente que ha venido con caravanas? J: Mucha, sí, y matan a justos por pecadores, y eso sí, no arriesgo a mi hija, así no” (Jimena, madre hondureña, viajando con su hija).

Las madres que hicieron el viaje de manera independiente tienen la dificultad de no poder avanzar a buen ritmo, suelen tener un trayecto con más escalas y mayores tiempos de espera puesto que van sorteando solas los problemas. Al estar en los lugares de espera o tránsito, ellas buscan la posibilidad de trabajar, reunir recursos para alimentar a sus hijos y continuar el camino. Mientras trabajan, se enfrentan al problema de con quién dejar a los hijos, procuran que los niños estén bien acompañados y en lugares seguros. Estas estrategias dan luz sobre la

falta de recursos para ejercer los cuidados en la movilidad y la conciencia que tienen las mujeres respecto a los riesgos de transitar sin una red de apoyo social.

La ausencia de esposo o pareja varón suma un grado de dificultad a la experiencia de atravesar México. El género marca la experiencia migratoria de las mujeres, ellas reconocen las diferencias entre recorrer el territorio mexicano solas o con acompañante masculino; ir solas es una desventaja, mientras que ir con un hombre refleja seguridad para el grupo. En el siguiente fragmento de entrevista se muestra cómo la mujer al separarse de su pareja, en medio del trayecto migratorio, quedó a cargo de los tres hijos. Ella se sintió vulnerable ante la responsabilidad de cuidarse y cuidarlos en una ciudad ajena, en una situación de exposición, de desconocimiento de la ruta a seguir ni de la ciudad, enfrentándose a las advertencias de la gente sobre los peligros y sabiéndose observados como extranjeros.

“A mí me tocó caminar un momento porque me separé del papá de mis hijos. Me tocó caminar sola con ellos y mi hijo menor sí caminaba, pero no al paso que nosotros caminábamos. Entonces me tocó subirme a un autobús, creo que fue un poco antes de Celaya y yo no sabía nada, yo no conocía el camino, incluso una señora me dijo que no me fuera por ahí porque me podían robar los niños y mi hijo estaba llorando, llorando, llorando y yo no sabía qué hacer solo estaba caminando porque estaba tirada en la calle y no sabía nada. Entonces unas mujeres nos estaban siguiendo y bueno, nosotros somos de Honduras y pues allá hay mucha delincuencia, como que uno siente, y camina viendo para todos lados. Yo ya sentía, yo ya sabía” (Anette, madre hondureña viajando con sus tres hijos).

El testimonio de Anette da cuenta de que, el ejercicio de las maternidades en movilidad no se desliga de las estructuras de género y de parentesco, sino que la posición social y familiar de las mujeres migrantes continúa condicionando sus proyectos personales, familiares y migratorios, y naturalizando la obligación afectiva del cuidado en ellas, puesto que, no todos los miembros de la familia actúan en igualdad de condiciones ni tienen la misma capacidad de acción (Bonilla, 2012; López y Zapata, 2016: 244). Es decir, la pareja o padre de los niños tiene la posibilidad de separarse del grupo y continuar su camino de manera individual sin culpa o recriminación social, al haberlos dejado más expuestos ante los peligros del camino.

Las unidades domésticas en la migración conformadas por al menos un hombre adulto daban mayor posibilidad de ser escuchados al hacer gestiones (renta de vivienda, trámites migratorios, trato con las autoridades), mayor credibilidad, en tanto que la imagen del varón representa la jefatura familiar, lo cual es símbolo de respeto en las sociedades tradicionales y heteronormadas en México y Centroamérica.

“Usted sabe que cuando ahí anda un hombre hay más respeto. Nosotras las mujeres como que nos miran, nosotras con mis hermanas hemos sentido que no mucho nos hacen caso pues, y ya con mi esposo es muy diferente” (Josa, El Salvador, madre de dos niños, se embarazó durante el trayecto).

Cuando las familias migrantes son detenidas por miembros del INM, los funcionarios preguntan por el jefe de familia para comenzar el interrogatorio. En esas interacciones las personas migrantes suelen ser víctimas del robo de su dinero o amenazas de deportación, ante lo cual las mujeres (que también son jefas de familia) tratan de abogar a favor de sus hijos, sobre todo procurando que les permitan continuar el camino, que no les falte comida o fuentes de hidratación, priorizando los recursos destinados a adquirir leche de fórmula para los lactantes. En los siguientes testimonios hablan dos mujeres que tienen en común ser madres de tres hijos y al enfrentarse con la autoridad migratoria, apelan a la vulnerabilidad de alguno de sus hijos para defender al grupo entero; la primera habla de su bebé lactante y la segunda de su hijo más pequeño que tiene síndrome de Down.

“Cuando agarró la cartera yo me puse a llorar porque ahí nos quedaba lo de la leche pues, ¡Dios mío y esta bola sin comer! Cuando me miró llorando le dije: “No me dejaron ni para la leche de la niña, ¿cómo le voy a dar su leche a ella?”, pues le toqué su corazón poquito, no mucho, que me devolvió 100 pesos” (Rosa, madre hondureña viajando con sus tres hijos y esposo).

“Y me dijo: “Mire señora, lo que usted acaba de hacer es un delito, si tiene algo con COMAR no puede salir de aquí de México”, y le dije: - “Pero yo no salí del país, yo vine hasta acá nomas, hasta Tecún y ahí me trajeron a mis hijos”-. ¡Ay señora! pero usted vamos a ver, voy a ver qué puedo hacer por usted”. Le digo yo: “En el nombre de Jesús, ayúdeme, hágalo por mis hijos, yo sé que usted es mamá, hágalo por él”, a Marcos yo lo traía tapadito y se lo enseñó y le digo: “Hágalo por él, hágalo por el bien de mis hijos” (Estefany, madre hondureña viajando con su pareja y tres hijos).

La experiencia migratoria en familia marca un cambio en las formas de ejercer la maternidad, al estar en contacto con distintos modos de criar y cuidar, mirar su propia crianza en perspectiva y a pesar de extrañar, querer algo diferente para sus hijos e hijas. Algunas mujeres hacen la comparación entre cómo son los niños en su país respecto a lo que han vivido y observado en su paso por México, por lo cual estaban enseñando a sus hijos otras formas de comportamiento.

4.2.3 Cuidados maternos durante el atrapamiento en el tránsito por Chiapas

Es posible explicar la condición de atrapamiento en la movilidad, a partir de factores como: las modificaciones en los procesos de solicitud de protección internacional (asilo en EUA), el reforzamiento de fronteras, por medio de retenes y detenciones por parte de autoridades

migratorias y las restricciones de la pandemia por Covid-19, ya que tienen implicaciones en el progreso de los proyectos migratorios de las personas. Por un lado, las personas que transitan por el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos, pasan por distintos lugares, ya sea para hacer una escala voluntaria u obligada, siendo el caso de quienes esperan algún trámite administrativo en un centro de detención o estación migratoria, albergue, hotel filtro o vivienda de alquiler.

El primer atrapamiento por el que pasan los y las migrantes irregulares que ingresan a territorio mexicano desde la frontera sur se vive en Chiapas, ya sea esperando por trámites administrativos ante instancias migratorias como COMAR o en las estaciones migratorias, al ser detenidos por agentes del Instituto Nacional de Migración.

“Mi hermano llegó conmigo, llegó hasta Mapastepec. Buscamos un coyote, un pollero y fuimos víctimas porque solo nos robó el dinero. Llegando a Pijijiapan, por Tonalá, ahí nos agarró migración, pero anteriormente nosotros habíamos estado casi un mes esperando respuesta para que nos atendiera alguien de la ACNUR o de COMAR para que pudiéramos tener algún acceso a algún tipo de documento. En ese tiempo te daban la tarjeta de visitante por razones humanitarias, pero estuvimos un mes bajo el polvo, bajo el agua, bajo condiciones deplorables y nunca llegaron. Entonces fue cuando decidimos que alguien nos subiera hasta la frontera, pero fue cuando pasó eso que nos robaron y aparte de eso nos agarró migración, y nos trajo de regreso a Tapachula” (Mariana, madre hondureña, viajando con dos hijas).

Para las mujeres que se encuentran detenidas en las estaciones migratorias con sus hijos e hijas la experiencia es similar a estar en una cárcel, un obstáculo que enfrentan ahí es la falta de oportunidad para ser escuchadas o encontrarse con el personal de COMAR y con los representantes de agencias humanitarias como ACNUR que acuden a realizar monitoreos o con las personas del área legal. Así que, encuentran la forma de ser escuchadas en ocasiones extraordinarias, por ejemplo, existe la posibilidad de trasladarse a otras áreas cuando hay revueltas al interior del recinto o cuando sus hijos presentan algún problema de salud.

“De ver que me querían sacar y sacar (del país), un día a mi hijo le dio una crisis. Y me sacaron a la clínica, con el médico y yo le digo a una señora de la limpieza: “Por favor ayúdeme, yo necesito pedir refugio, yo ya no puedo regresar a mi país”, ella me dijo: “hay una licenciada, se llama Marisol, ahorita se la voy a llamar”. Y a través de esa señora yo me pude quedar, ella fue como un ángel para mí. La licenciada me dijo: “Hija no te preocupes, vamos a ver si te podemos apoyar, pero tienes que aguantar y con el niño a donde te vamos a mandar no puedes estar tanto tiempo”. Yo le dije “A mí no me importa, yo voy a ver la manera de cuidar a mi hijo, después sino está en sus manos ayudarme, pero escúcheme. Tengo que ver la manera, yo no puedo regresar a mi país” (Loli, madre guatemalteca, viajando con su hijo).

Tener un trámite abierto para pedir documentos en COMAR o el INM, implica para las personas en movilidad esperar en el sur del país, por lo cual requieren ingresar a algún albergue, alquilar un espacio de vivienda y buscar un trabajo para sostenerse el tiempo que dure la espera.

Las mujeres que viajan a cargo de sus hijos e hijas y esperan en los albergues de la frontera sur, dan cuenta de los problemas de convivencia y la falta de espacios adecuados para hospedar a las familias, ya que los recintos están pensados para los migrantes tradicionales: varones, adultos que van de paso.

“Estando ahí, entramos a una casa migrante. Y sí, es que había muchas personas que no respetaban que había niños y adolescentes ahí, y no podían esperar la noche para su intimidad y empezábamos a ver cosas que no eran correctas para la niña, entonces nos salimos de ahí, y prácticamente nos entregamos a inmigración” (Zuleiha, madre hondureña viajaba con su esposo e hija menor).

Algunas mujeres manifiestan tener problemas para encontrar una vivienda alternativa al albergue, ya que no cuentan con los recursos económicos para alquilar un cuarto y les es difícil congeniar el trabajo de cuidados con el trabajo remunerado, así como mantener una coherencia entre sus acciones y la crianza que le quieren dar a sus hijos e hijas.

“Y le digo yo una respuesta no es que nosotros no queramos trabajar, sino que no nos daban trabajo, más que en un bar, y yo nunca quise en ningún lugar de esos porque le iba a dar un mal ejemplo a mis hijos, entonces yo prefería buscar en otro lado, pero nunca. No quería dejar a mis hijos con cualquiera por irme a trabajar, pero de igual manera no nos dan trabajo, solo en una cantina y eso” (América, madre hondureña viajando con sus dos hijos).

En sus narrativas conservan la congruencia entre sus intenciones de cambiar de ambiente y alejarse de espacios violentos. Ellas han evitado trabajar en lugares “indignos”, hacer cosas “incorrectas” para no dar mal ejemplo a sus hijos. Su decisión alude a la responsabilidad moral de la crianza. Sin mencionar que, la escasa oferta laboral para las migrantes centroamericanas es el trabajo informal durante el turno nocturno en bares y cantinas, lo cual aumenta su vulnerabilidad.

Contar con un empleo además de generar de un ingreso para la subsistencia, permite a las madres completar los procesos de asilo o refugio que, en ocasiones implican gastos de abogados y documentación y tener algo de solvencia económica si se presenta un problema de salud. Algunas mujeres han tenido que renunciar a sus empleos, por no contar con alguien a quien confiar el cuidado de los hijos. A diferencia de quienes viajan con más familiares adultos, que se pueden turnar para salir a trabajar, mientras otros cuidan.

Se encontró que el factor laboral altera los cuidados que ejercen las mujeres en la movilidad. Por un lado, la ausencia de empleo mengua las posibilidades básicas de supervivencia (techo, alimentación, abrigo) mientras que su presencia pone en tensión el cuidado y la seguridad de los hijos e hijas.

4.2.4 Cuidados maternos durante el atrapamiento en el tránsito por Tijuana

Las condiciones en que las mujeres y su familia viven el tránsito por México y posteriormente, la espera en Tijuana, están enmarcadas por las carencias, la incertidumbre y la vulnerabilidad. En la frontera Tijuana-San Diego se vive la espera y el atrapamiento, principalmente en los albergues mexicanos dirigidos por organizaciones de la sociedad civil, pero también en campamentos, habitaciones de hotel, viviendas alquiladas en dólares o en las calles de la ciudad.

Al ser Tijuana, el último peldaño para acudir a Estados Unidos de manera terrestre y haber sido el receptáculo de los éxodos caribeños desde el año 2016 y centroamericanos en 2018, en distintos momentos se han establecido dispositivos estadounidenses de contención unilaterales (en las que México obedece), que alargan o entorpecen la búsqueda por el asilo, tales como las listas de *metering*, el programa MPP y las expulsiones bajo el Título 42. Como parte de dichos dispositivos, las personas que cruzan la frontera de manera “irregular” son ingresadas a los centros de detención estadounidenses, administrados por el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE por sus siglas en inglés). En el proceso, se encuentran con obstáculos añadidos al muro físico, como son las barreras político-administrativas a las que con la pandemia se añadieron las barreras de la bioseguridad.

“Nosotros preguntamos y nos decían: “Yo llevo ocho meses esperando Corte. Y no crea que uno va a Corte y ahorita va a pasar, no tú tienes que esperar hasta un año” (Rosa, madre hondureña).

Algunas estrategias de las madres migrantes han sido intentar llegar al otro lado de la frontera por la vía formal, mediante el proceso de solicitud de asilo que implica tiempo, otras buscan la manera de cruzar la frontera de manera clandestina, mientras que otras han optado por enviar a alguno de sus hijos por adelantado.

“Entonces lo que hice el 14 de febrero ya de este año, mandé solo mi hijo, porque aún andaba las balas en su cuerpo, todavía las tiene y necesitaba un psicólogo, porque él vivió una experiencia demasiado exagerada. Él vivió la muerte de su papá y la de él, porque según los asesinos dejaron muerto al niño” (Sarahí, madre hondureña, viuda, viajando con sus hijos).

Ante la urgencia de atender las heridas de bala que traía su hijo y la tardanza de los procesos de asilo debido a la pandemia y las políticas restrictivas, Sarahí optó por enviar a su hijo para cruzar la frontera como menor de edad no acompañado, ya que al igual que las personas que han cruzado a inicios del gobierno de Biden, por Parole humanitario, la entrada de menores de edad es una de las excepciones del Título 42. La mujer tomó la decisión priorizando el bienestar de su hijo, sin embargo, tuvo costos emocionales para ambos, al vivir separados y en la incertidumbre de si el proceso de asilo será exitoso para el resto del grupo familiar que se quedó atrapado en Tijuana.

“Ya cumplí dos años esperando, entonces, pero ese es mi motivo por mi niño. Hay personas que se van por el desierto, yo mejor me espero aquí, que Dios nos dé una oportunidad. Yo cuando me anoté en el número, con el mismo número se anotó mi hijo. Elegí esperar el número para hacer las cosas bien. No pensé en cruzarme porque mi temor es que le pase algo al niño, que le pase algo al bebé, pero ese es mi temor y también hacer las cosas bien” (María, madre hondureña viajando con su hijo menor, embarazada).

Las elecciones que toman las personas acerca de qué camino seguir o qué gestiones realizar son decisiones en las que entran en juego las posibilidades económicas, las capacidades humanas, las redes sociofamiliares, la cantidad de acompañantes adultos o niños a cargo. Las mujeres que viajan únicamente con sus hijos e hijas prefieren solicitar el asilo, aunque eso implique esperar más tiempo en el atrapamiento en Tijuana, es ir más lento en el proceso pero con cierta seguridad de obtener documentos que les permita trabajar y darle una mejor vida a los niños.

Para las mujeres que optan por entrar a Estados Unidos cumpliendo a cabalidad el proceso de solicitud de asilo bajo el MPP, consideran que cruzar de manera ilegal o “tirarse” es una medida arriesgada, sobre todo para quienes hacen el trayecto con sus hijos e hijas. Aunque admiten que la espera en México presenta otros peligros para su familia, dada la violencia e inseguridad que impera en las zonas de frontera. “Yo no puedo dejar a mis hijos, no aguanto saber que los arriesgo dejándolos aquí en la inseguridad” (Sol, madre hondureña, viajando con su pareja e hijos).

4.2.4.1 La (im)posibilidad del cuidado en los centros de detención estadounidenses

Cuando las personas solicitantes de asilo en el programa MPP, acuden a la garita internacional de Estados Unidos para presentarse a su audiencia en la Corte, son llevadas primero a un centro de detención migratoria conocido coloquialmente como “la hielera”. Tanto en el camino como en los sitios de detención, las madres tratan de permanecer cerca de su familia. Una práctica en los centros de detención es separar a las familias; de un lado ingresa la madre con los hijos e hijas y del otro el padre, delegando en ella la responsabilidad del cuidado y protección de los infantes que los acompañan. Es decir, son prácticas que están orientadas hacia los roles de género tradicionales y la maternidad intensiva, sin considerar la cantidad de hijos que conforme la unidad familiar.

Los recintos de detención no están preparados ni capacitados para el alojamiento de familias con integrantes de todas las edades que presentan necesidades específicas, sino que fueron diseñados para los protagonistas de la migración tradicional e histórica: hombres en edad productiva. No existen los espacios adecuados para el cambio de pañales ni las condiciones para que la mujer atienda su menstruación. Ellas tienen dificultades para mantener su higiene íntima, ya que muchas veces les restringen el uso de las regaderas o el acceso a toallas sanitarias, ropa interior y otros artículos personales que traen en su maleta, lo cual perjudica su salud sexual.

En las experiencias de las madres que han pasado por detención, resalta que en su equipaje llevan vestimenta, leche y pañales de los niños más pequeños, aunque en el lugar no les permiten tener acceso a sus pertenencias.

“Sí es demasiado difícil, porque bueno, mis niños ya están grandes, pero ellas cargaban bebés y sus bebés necesitaban pampers, leche para sus biberones, todo eso. Y sí las vi que sí sufrieron y más cuando cruzábamos en las lanchas o cuando estuvimos en las hieleras. Ahí sí le daban, pero el agua helada, y le proporcionaban la leche helada y pues los niños no beben eso así” (Sarahí, madre hondureña viajando con sus dos hijos).

Durante la estancia en los centros de detención estadounidenses ellas priorizan el abrigo, el aseo y la alimentación de los niños/as mediante los escasos recursos que en el lugar ponen a su disposición (manta térmica, acceso restringido a regaderas, refrigerio por horarios). No

obstante, pasan frío, tienen dificultades para conciliar el sueño y presentan problemas intestinales.

4.2.4.2 Los cuidados y la vuelta al atrapamiento en los albergues de Tijuana

Cuando las familias llegan a Tijuana o son devueltas por las autoridades estadounidenses se enfrentan a barreras en el acceso a derechos como la educación o la salud, a pesar de que lleven mucho tiempo en la ciudad, tengan documentación que avale un procedimiento migratorio en curso o tengan hijos nacidos mexicanos, por lo cual reflexionan sobre su permanencia en México y apuestan por la continuidad de su trayecto a los Estados Unidos.

“Esa es mi prioridad también, llegar a los Estados Unidos a volver a entrar al proceso, porque usted sabe que aquí, no la vamos a hacer. A parte que con el recién nacido tampoco está bien. Igual no le he puesto sus vacunas porque no hay, cuando yo fui a la calle 8, no hay vacunas para él. Haga de cuenta que el niño va a cumplir los cuatro meses y no tiene ni una vacuna, ni la del recién nacido” (Josa, madre hondureña, viaja con su esposo, su hijo y tuvo a su bebé en Tijuana).

“Mi hija no tuvo acceso a la educación aquí, se la negaron por no tener papeles y cuando tuvo los papeles, como somos de otro país en la mayoría de las escuelas no quieren aceptarlas” (Mariana, madre hondureña viajando con dos hijas).

Así pues, mientras esperan alguna respuesta por parte del gobierno estadounidense, las mujeres y sus familias pasan una estancia de duración corta (días) o prolongada (meses e inclusive de años) en los albergues tijuanaenses, en donde comparten la vida con personas de distintas nacionalidades.

En la vida dentro de los albergues se encuentran con reglas y maneras distintas de la crianza tradicional de sus hijas e hijos, que incluyen no pegar a los niños, así que por cuidar la permanencia tienen que modificar sus formas de crianza y buscar otras formas de disciplina. En la convivencia cotidiana en los espacios de atrapamiento, también se enfrentan a conflictos con las otras personas, así pues, recurren a estrategias para mantenerse al margen, entre estas estrategias se encuentra: cumplir con las labores asignadas en el albergue y que cada padre o madre se responsabilice del cuidado de sus hijos o hijas.

Al respecto, las formas de cuidar dentro del albergue son: mantenerlos ocupados con la televisión y los celulares, permitirles jugar con los otros/as niños/as, participar de las

actividades que ofrecen las organizaciones y pedirles que permanezcan en los sitios comunes de esparcimiento. Dependiendo de las condiciones del albergue en el que se encuentren, los niños, niñas y adolescentes tienen oportunidad de hacer uso del patio, la explanada de los templos que entre semana se convierten en salones multiusos y, las áreas de juego o aulas de estudio: (la cipopoteca en Espacio Migrante o el Nido en Embajadores de Jesús), aunque también se les ha visto correr en por la calle o áreas de estacionamiento.

B”: ¿y cuando tienes que salir dejas a tu hija con alguien? ¿Cómo se maneja la dinámica aquí de cuidar a los niños, por ejemplo? E: Bueno, cada padre se hace responsable de sus hijos. De hecho, mi hija no se la confío a nadie; mi hija es el espejo de mis ojos, ella está en donde yo estoy, ahorita no está conmigo, pero yo sé que está abajo en la clase con los maestros o está en ludoteca, pero yo bajó muchas veces las escaleras para ver cómo va, cómo está, qué hace, qué no hace; cuando veo que es una hora o dos y no ha venido, me bajo a verla y me la traigo (Jimena, madre hondureña).

“Pues los niños van al Nido, ahí se distraen un poco. Y uno pues, yo con mi esposo a veces salimos al centro, a que ellos pues no estén en el mismo encierro ¿verdad?, y aquí pues, las mamás tienen que andar pendientes de sus hijos, por lo que no pueden estar ahí afuera. Siempre una está con sus hijos en el área donde le corresponde, eso si los niños juegan con los demás y siempre hay alguien en la puerta principal, cuidando que los niños no se salgan y debes estar al pendiente cada vez que van al baño. Aquí cada quien se organiza, cada quien cuida a sus niños” (Chiara, madre nicaragüense, viajó con su pareja e hijos).

Se detectó un sentimiento general de depresión como afectación al ejercicio de la maternidad, que habla de los costos de la migración en las mujeres, en términos del aumento de la carga del trabajo reproductivo, las dificultades para desarrollar las actividades de maternaje dadas las restricciones materiales y de movimiento, y el deterioro más acelerado de la salud propia y ajena (Córdova, 2003: 253). Existe frustración al ver su movilidad restringida a las paredes del albergue y no tener apoyo para lidiar con los conflictos que se presentan en el día a día.

Las madres han expresado que el estrés por su proceso migratorio les impide poner atención en todo, enfocarse en los problemas del entorno, en sus hijos, en sí mismas y en el avance o estancamiento de su proyecto migratorio familiar.

“Le voy a ser sincera y le voy a hablar de todo corazón. No les he estado poniendo mucha atención porque como que he caído en depresión o algo así. Más que todo, estas dos semanas me ha entrado como depresión, como desesperación, es muy difícil como mamá, y al mismo tiempo no tener ayuda, por decir con mi pareja porque le podría decir: -Ok, encárguese de darle de comer, yo los baño, yo hago el aseo el cuarto, yo voy a cocinar, o que no estén de traviosos-. Porque son muy traviosos los tres, es difícil como mamá soltera y con hijos, ¡ay dios mío!” (Estefany, madre hondureña viajando con su pareja e hijos).

Estar atrapadas en el atrapamiento ha afectado la salud mental de las madres y los niños, ya que se ha alargado aún más la espera. Para los niños y las niñas, las restricciones de la pandemia significaron menguar sus libertades para el juego, la recreación fuera del albergue y los paseos se redujo la entrada de voluntarios/as que llegaban con distintas actividades de enseñanza y juego, por lo cual, sus actividades se limitaron a: mirar la televisión, jugar con el celular, estar en la cama o en la cocina, sin mayor espacio para correr, recrearse y divertirse. En ese contexto, se procuró la salud física con comida y descanso, pero no la salud mental ni la emocional. Además, se detectó una falencia en la atención a las necesidades educativas de los diferentes grupos de edad.

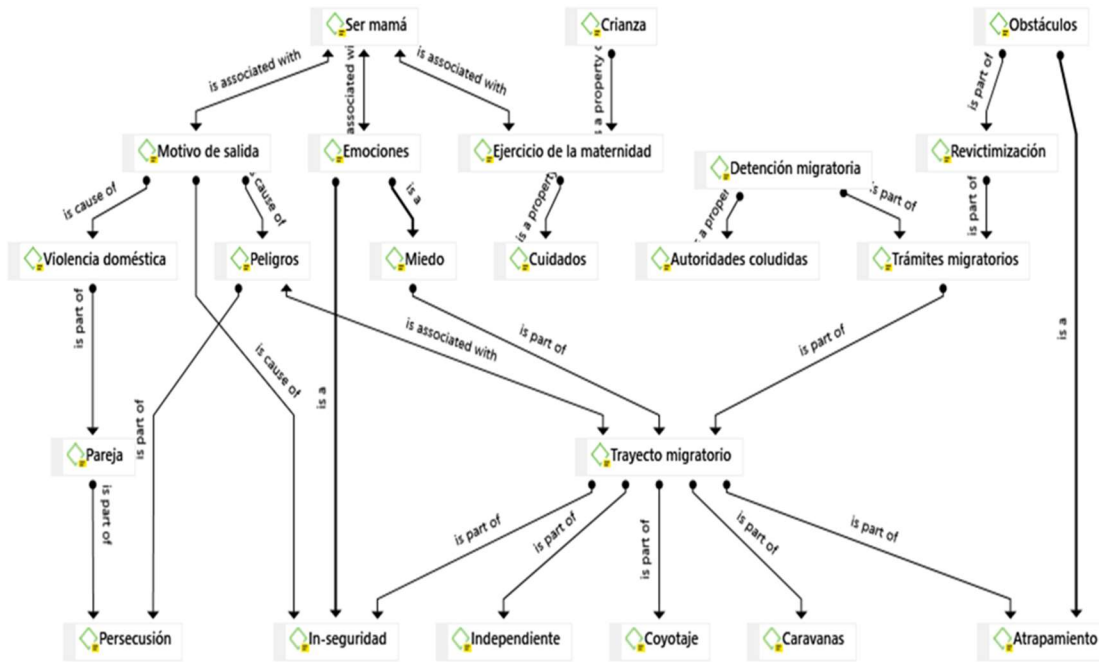
“Lleva más de un año que no estudia, desde que salimos de Honduras. Y ella no se socializa con jóvenes nada, porque como acá nos prohíben andar saludando a las demás casitas de cada área, nos piden que cada quien ande en su espacio, que no anden en otra área. Ya no aguanto el encierro. Quisiera que mis hijos disfruten de un patio, al aire libre, que puedan estar cómodos” (Sol, madre hondureña, viajó con su esposo e hijos).

Algunas familias que llegaron a la frontera México-Estados Unidos tras algunos intentos no exitosos de cruzar al país del norte, comenzaron a cuestionar sus planes iniciales y a modificar sus proyectos migratorios familiares considerando la estabilidad de sus hijos/as, así como las oportunidades laborales inmediatas.

“Empecé como a analizarlo, y no sé, de repente se me vino algo a la cabeza y fue que dije que estaba siendo egoísta con mi hija, porque pues yo ni siquiera le había preguntado a ella ¿qué era lo que ella quería? Y le dije a mi esposo que, si estaba bien que nos quedáramos, que nosotros habíamos venido por una vida mejor y trabajar, que si aquí había trabajo, pues que nos quedáramos. Entonces así fue como él me dijo que sí. Y le dije yo: “Ya tienes trabajo y como quiera aquí siempre vas a tener, mejor nos resignamos”. Ya estaba yo esperando la llegada de la bebé, y pues quería yo estar tranquila. Y yo me sentía mal porque según yo no había podido lograr mi sueño, pero también me sentía tranquila porque yo sabía que no íbamos a cruzar tan fácil, yo no tenía seguridad de que ellos no nos iban a dejar pasar” (Ana, madre salvadoreña, viajó con su pareja y una hija).

Ser mujer, madre y migrante en tránsito “irregular” por México tiene varias aristas relacionadas con la cuestión del género.

Esquema 3. Red contextual sobre el tránsito de las madres



Fuente: Elaboración propia en base a la codificación de entrevistas en Atlas.ti

El esquema presenta la manera en que el género atraviesa la experiencia de movilidad de las madres y sus hijos e hijas. Desde el motivo de salida, dado por la violencia doméstica o por los peligros, la inseguridad y la violencia perpetrada por grupos criminales hacia su pareja u otro familiar en el país de origen y que generan miedo en la mayoría de los casos, por las amenazas y persecución no solo dirigidas a él como individuo, sino que se expanden al núcleo familiar. Se observa el *continuum* violento que permanece en el tránsito (por coyotaje, independiente o caravana), al enfrentarse a las autoridades, los trámites migratorios, la corrupción, los cuestionamientos en los retenes, el encierro que enmarca la detención migratoria en México y en Estados Unidos, factores que revictimizan a las mujeres y obstaculizan sus posibilidades de acceso a derechos.

Ser mamá en este contexto implica un cumulo de emociones que son a la vez, fuerza para seguir. Ellas tienen como estrategias para el camino buscar lugares seguros para alojarse, estar rodeadas de otras madres o familias migrantes y mantenerse anónimas con el fin de esconderse de sus persecutores.

Por último, hay que señalar que los atrapamientos en el tránsito son uno de los varios obstáculos que tienen las madres en su trayecto hacia Estados Unidos, estos tienen variaciones en cuanto a su duración, dependiendo la fecha en que la persona haya iniciado su trayecto.

V. RESULTADOS. LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN MOVILIDAD

El presente capítulo presenta algunos resultados de la investigación respecto a las necesidades de salud percibidas por las madres migrantes en los hijos e hijas que transitan junto a ellas, así como las barreras en la atención a la salud y las posibilidades de cuidados en la movilidad.

En el primer apartado se enuncian las barreras de acceso que enfrentan las madres para lograr la atención a la salud de sus hijos e hijas durante el trayecto. El segundo apartado tiene como objetivo visibilizar los problemas de salud específicos que presenta la infancia centroamericana, desde la perspectiva de las mujeres migrantes. Se presentan los datos empíricos alusivos al tema de la salud percibidos por las madres, clasificados por padecimientos y por la forma que las mujeres los nombran, los significan y los atienden.

5.1 Barreras de acceso a la atención en salud identificadas por las madres migrantes

Ante las necesidades de salud que surgen en el trayecto, las madres identifican ciertos obstáculos en el acceso a la atención médica formal, entre los cuales destacan: la falta de documentos tanto de seguridad social como de identidad y de acreditación de un estatus migratorio formal, la falta de oportunidades laborales que redundan en la carencia de posibilidades económicas para enfrentar las vicisitudes del trayecto y las condiciones de la espera.

“B: ¿han acudido a hospitales mexicanos o centros de salud? D: No, porque cuando fui al centro me dijeron que tenía que traer la tarjeta de vacuna, y le dije que no la traía de Honduras. Porque me dijeron que, ¿qué vacunas traía? y eso, pero no la traigo conmigo porque en el camino me la robaron, me robaron todos los documentos y todo lo de la niña también” (Daisy, Honduras, viajó con su hija de tres años).

La falta de redes de apoyo social, de información sobre las organizaciones que trabajan en favor de las personas migrantes, el desconocimiento de sus derechos y de las ciudades, la inestabilidad residencial, emocional y económica (para el pago de la consulta, el transporte y la compra de medicamentos), el miedo a las autoridades policiales y a los grupos criminales, la incertidumbre, el estrés y la preocupación que provoca estar “sujetas” a las modificaciones

en los procedimientos de asilo en Estados Unidos son otros factores obstaculizadores para acceder a la salud en la movilidad.

“La falta de dinero, no tener un lugar estable donde ellos estén, y cuando se enferman que a uno le toca andar viendo cómo le hace porque aquí no venden medicina, así sin receta o sin que uno pase a consulta (Candy, El Salvador, viajando con su pareja, su suegra y sus dos hijos de 2 y 5 años).

Dichos obstáculos significan barreras de acceso a la salud para las mujeres centroamericanas viajando a cargo de sus hijos e hijas, quienes tienen pocas opciones a su alcance para lograr la atención o el seguimiento a los problemas de salud en las instancias biomédicas formales.

“Pues creo que la cuestión de salud, la atención médica, pues a veces no es tan fácil decir “la llevo al doctor” porque en ese momento no tengo el dinero o uno no puede moverse a ningún lado. O si quiere trabajar también ¿con quién deja a los niños?, ¿quién los cuida?, si no estás con nadie más es muy difícil trabajar y andar con niños. Creo que eso es lo más principal” (Kim, Honduras, viaja con su pareja y su hija de 3 años).

Ante los múltiples factores obstaculizadores, las mujeres migrantes no llevan a sus hijos e hijas a revisión médica, no por falta de voluntad sino porque sus recursos económicos, sociales y humanos son escasos. La falta de apoyo social les impide dejar encargados a los hijos sanos, mientras atienden a quien o quienes presentan algún padecimiento. Por lo cual, recurren a la autoatención, buscan medicamentos sin receta y a manera preventiva, procuran mantener la higiene, la alimentación, el vestido y el calor¹⁹ en los cuerpos de sus hijos e hijas.

Las mujeres hablaron de las dificultades de afrontar las diferencias del clima desértico de la frontera norte con el clima tropical centroamericano o en la preparación de los alimentos de la dieta acostumbrada de sus hijos, aunado a las complicaciones de estar en los albergues y campamentos; entre ellas las implicaciones de cohabitar con otra gente y lo complicado de librarse de enfermedades contagiosas o de evitar que los niños pasen frío, sufran accidentes, se malpasen, no alcancen comida o que no coman la que hay disponible.

Las barreras que encuentran las mujeres migrantes son de diversos tipos: políticas, burocráticas, económicas, laborales, mediáticas y emocionales que impactan en buena medida la búsqueda y obtención de atención a la salud accesible, asequible y oportuna. Aun así, las

¹⁹ Las madres refieren a mantener el calor de sus hijos/as como medida preventiva a padecimientos respiratorios o anímicos, por ejemplo, darles té calientitos, mantenerlos abrigados o cobijados, abrazarlos, ponerlos cerca de la ventana o patio del albergue para que les dé el sol.

madres desde su accionar logran brindar ciertos cuidados, echando mano de su capacidad de resiliencia, resistencia y de sus recursos, aunque estos sean limitados.

5.2 El “cuido” en la migración: los padecimientos percibidos en las infancias y adolescencias

Uno de los hallazgos relevantes es que, al hablar de cuidado, las mujeres referían a lo que en el momento era primordial: los problemas de salud de sus hijos e hijas sobre todo en el tiempo que llevaban atrapados en la movilidad. Ellas mostraron una preocupación constante sobre la salud de sus hijos e hijas porque desde que dejaron el terruño no han podido llevarlos a controles médicos o a que les hagan análisis de laboratorio. Lo que saben sobre el estado de salud de la infancia que las acompaña es a través de los cambios que notan en la convivencia diaria, la observación y la escucha, de esta manera, han podido detectar ciertos padecimientos, los cuales en muchos casos se agravan en la medida que el atrapamiento en la movilidad se prolonga.

Actualmente, el proceso migratorio de las personas centroamericanas en tránsito por México puede durar meses e inclusive años, por lo cual las familias en situación de (in)movilidad están en un contacto diario e intensivo entre sus miembros, pero viviendo en circunstancias enmarcadas por el desamparo. En este contexto, las mujeres que hacen el viaje a cargo de sus hijos, hijas u otros parientes menores de edad (sobrinas/os), tienen el reto de cuidar de ellos las 24 horas, los días, semanas, meses o años que dure el camino, por lo cual es difícil lograr un descanso – en especial las que viajan sin pareja u otro familiar adulto-, ya que sus horas de sueño se ven interrumpidas por la necesidad de vigilancia, la angustia de procurarles el alimento, mantenerlos hidratados y alejados de personas que les representen algún tipo de peligro o sospecha (hombres adultos solos o en grupos, policías, militares o personal de inmigración).

Las madres centroamericanas identificaron una diversidad de problemas de salud física y mental, presentados por los niños, niñas y adolescentes en el proceso migratorio, tales como: accidentes, caídas o golpes, afecciones de la piel, insolación, deshidratación pero también enfermedades comunes (gripa, tos, diarrea, etc.), otros padecimientos contagiosos (pediculosis,

varicela, influenza, Covid-19), condiciones médicas y psicológicas que requieren tratamiento especial (asma, alergias, traumas psicológicos, etc.), asimismo, hicieron referencia a la necesidad de intervenciones quirúrgicas y de acudir a consultas de especialidad.

Fue interesante notar que, al narrar la primera mitad del trayecto migratorio, las madres refirieron solamente las afecciones físicas de sus hijas, hijos o sobrino/as, y en la medida que iban relatando su internamiento en México (al recorrer más ciudades, llegar cada vez más lejos o estar “estancadas” por más tiempo en el camino), los malestares psicológicos propios o de sus familiares iban tomando lugar en la narrativa.

Por la especificidad en que iban nombrando las dificultades en salud de sus acompañantes, se ha considerado clasificar los padecimientos en cinco: epidémicos, leves, graves o crónicos, mentales y complejos. Es preciso hacer hincapié en que se está haciendo alusión al término “padecimiento” y no enfermedad en términos de Kleinman, ya que alude a la percepción subjetiva de quienes lo padecen y no desde la perspectiva del médico tratante.

Los padecimientos epidémicos²⁰ fueron descritos como los problemas de salud a nivel masivo, ocasionados por virus o parásitos en los espacios transitorios, llámense albergues, hotel filtro, estaciones migratorias, centros de internamiento o de detención, donde los niños y las niñas se encuentran más vulnerables a contraerlos. Algunos ejemplos son la varicela, influenza, Covid-19.

Los padecimientos leves, se consideraron como aquellos de corta duración que no requieren un tratamiento prolongado ni especializado y no representan un daño mayor para la persona o un costo monetario alto para su grupo familiar. Dichos padecimientos son la tos, la fiebre, la gripe, la diarrea, el estreñimiento, la insolación o deshidratación leves.

Los padecimientos graves o crónicos son entendidos como aquellos que ponen en peligro la vida del menor de edad o alteran de manera importante sus funciones o que implican tratamientos prolongados o permanentes, costosos o que requieren ser resueltos por personal de salud especializado. En esta clasificación entrarían los individuos que presenten padecimientos y síndromes congénitos como el síndrome de Down, el labio leporino y paladar

²⁰ Las personas que se encuentran en los albergues cuando viven este tipo de contagios los refieren y significan como una epidemia porque contagia a todas las personas con las que viven por las cuestiones de hacinamiento.

hendido, así como el asma, las alergias, las hernias, los golpes o caídas con secuelas graves y a largo plazo. Cabe mencionar que, únicamente las mujeres cuyos descendientes habían sido diagnosticados con alguna condición médica de este tipo antes o durante el viaje, mantuvieron la mención al estado de salud de sus hijas e hijos durante toda su narrativa, es decir, en cada etapa de su trayecto migratorio, señalando inclusive los momentos que detonaban en los niños, niñas y adolescentes algún tipo de crisis.

Los padecimientos mentales son aquellos relacionados con la salud mental, tales como insomnio, depresión y traumas psicológicos, presentados por atestiguar eventos violentos en el país de origen o ser víctima o testigo de las violencias y circunstancias adversas en el tránsito y el atrapamiento.

Los padecimientos complejos, se conciben así por ser acumulativos de los anteriores (epidémicos, leves, graves o crónicos, mentales), se presentan mayormente en los casos de mujeres que van cuidando a más de dos infantes con diferentes condiciones de salud y por lo tanto tenían necesidades mixtas de atención a la salud a lo largo del trayecto.

Cuadro 3. Clasificación de los padecimientos percibidos por las mujeres					
Padecimientos	EPIDÉMICOS	LEVES	GRAVES O CRÓNICOS	MENTALES	COMPLEJOS
Características	mediana variable	corta duración	larga duración o permanente	duración dependiente de la atención	duración variable
	la atención depende de la complicación	no requieren tratamiento prolongado	ponen en peligro la vida o altera sus funciones	afectan la salud mental	afectaciones diversas a la salud
	no requieren atención especializada	no requieren atención especializada	requieren atención especializada	requieren atención especializada	requieren atención especializada y diversificada

	el tratamiento no es costoso	el tratamiento no es costoso	tratamientos costosos y prolongados	el tratamiento no es costoso	tratamientos costosos y prolongados
Ejemplos	pediculosis, varicela, influenza, Covid-19	tos, gripe, fiebre, diarrea, estreñimiento, insolación, deshidratación	síndromes o padecimientos congénitos, asma, alergias, hernias, golpes y caídas con secuelas	insomnio, depresión, falta de concentración, dislexia, ansiedad, traumas psicológicos	mujeres que hicieron parte del viaje en estado de gestación y cuidando a hijos o sobrinos enfermos

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas con las madres migrantes

5.2.1. “Cae una epidemia y nadie se salva”: los padecimientos epidémicos o masivos en el atrapamiento

Estudiar la migración como determinante social de la salud, permite entender sus implicaciones sobre la salud física y psicosocial de las personas en movilidad. Dependiendo de la etapa en el proceso migratorio y la duración del trayecto, serán los tipos y grados de afecciones que se presenten, por ejemplo, en esta tesis se ha constatado que los virus y las enfermedades transmisibles por contacto se dan más en las condiciones de atrapamiento en el tránsito, al vivir en espacios aglomerados.

“Pues ya nos encerraron en una celda, nos empezaron a no dar comida, agua, beber de la misma agua de donde te lavas las manos, del mismo baño, dormir en el piso, en el chiquero. Eso es una epidemia, porque está más limpio el panteón que en donde estamos nosotros, porque ahí olemos a pies sucios, hombres que apestan ya, que tienen ahí los contornos (inaudible), nosotras con las panties sucias de diez días, la boca llena de masa, los labios reventados, que si yo platico con vos te desmayo del tufo porque es una epidemia, tus axilas sucias, tu panocha. Apestan como un muerto, y aquel montón de gente en una celda” (Jimena, madre hondureña).

Las personas en movilidad suelen habitar sitios denominados como “espacios de vulnerabilidad” donde confluyen diversos grupos poblacionales “en condiciones de hacinamiento y limitado acceso a la comida, a la limpieza, agua potable o al alojamiento

seguro, dichos lugares pueden ser albergues, centros de detención, campamentos humanitarios, sitios de frontera, centros de reunión y transporte, centros religiosos” (Van der Laat, 2017:33).

La llegada de la pandemia tuvo repercusiones en la forma de tratar los problemas de salud en los sitios de detención, así ocurrió con la familia de Rosa, quienes todavía alcanzaron a acudir a su cita en la Corte estadounidense a principios de marzo del 2020, cuando la información del virus no era tan precisa. A ellos, los oficiales de ICE les hicieron pruebas de laboratorio y les proporcionaron tratamiento médico familiar al detectar que una de las niñas presentaba síntomas de fiebre.

“En la migración se me enfermó Jessie y yo con aquella gran calentura, con aquella gran fiebre mal, mal, mal. Salió positivo de la influenza. Y usted sabe que con la influenza tiene que darle tratamiento. Y yo salí con infección en la garganta, con fiebre y supuestamente como éramos familia todos estábamos contagiados de la influenza. Ahí nos atendieron. Diario, diario nos daban medicamento. En eso sí estoy agradecida porque a mi niña le pusieron medicamento, solo en la forma de alimentar es donde no; galletas y jugo y a veces burrito, pero ni los burritos queríamos. Nos han tenido cinco días en San Diego en migración, durmiendo en el suelo, otro sufrimiento triste” (Rosa, Honduras, viajó con su esposo y tres hijos).

En el siguiente testimonio Zuleiha, una mujer de Honduras habla de cómo fue la atención ante un contagio masivo de Covid-19 en el albergue donde se alojaba con su esposo e hija. En su explicación menciona que ellos se contagiaron a pesar de los cuidados preventivos considerados por la madre para su núcleo familiar y que, en el mismo albergue les facilitaron las pruebas en las que dieron positivos y la atención médica les fue proporcionada por los médicos de la organización Justicia en salud, debido a que ninguno se enfermó de gravedad.

“Z. Pues fijate que, nosotros estuvimos con una garganta rasposita, fuimos a la clínica y nos dieron amoxicilina, paracetamol y unos dulces para la garganta, eso fue todo lo que nos dieron. Y pues, como yo siempre acostumbro a darles té de limón, de jengibre, y cositas así pus mire gracias a dios no nos pegó fuerte. B.- que bueno, y ¿a qué clínica fueron? Z. Ahí a la clínica de albergue migrante” (Zuleiha, Honduras, viajó con su esposo e hija).

Con respecto a otro tipo de enfermedades contagiosas en los albergues, dos informantes relataron cómo se vivió en el albergue el contagio de varicela entre los niños y niñas:

“Comenzaron los niños de H, pues nunca le dijeron a nadie lo que estaba pasando. A los días mi hija empieza a salir con bolitas y yo aquí, digo yo “y esto ¿qué onda?”, pues ya al siguiente día vengo y le digo a todo el mundo “creo que esto es epidemia, varicela”. Sí, al siguiente día todo mundo lleno, me fui para el médico con mi hija, me la chequearon, me dieron medicamento. Una semana le duró y se le quitó, a mí también. Todos los niños ya llenos y todo un desastre” (Jimena, Honduras, viajó con su única hija).

En referencia al evento antes mencionado de contagio por varicela en un albergue para familias migrantes de Tijuana, Doña Mari relata que sus niñas fueron las primeras en contraer la varicela, pero lo mantuvieron en silencio porque creyeron tener las cosas bajo control. Fue uno de los encargados quien intervino para poner medidas y tratar de frenar los contagios, pero fue tarde.

“ya estando acá, en diciembre, pues es posible que como unas dos semanas de estar aquí le dio a la niña, ella fue la primera. Nosotros no le habíamos dicho nada a nadie, nomás así la niña dejó de ir a la escuela y no salía de su cama. Y no sé cómo se dio cuenta don Juan y me dice - ¿cómo la niña tiene y no me dice? -, “No, pero está todo bien” -le digo-. Pero a la niña le prohibieron salir sola al baño, que teníamos que limpiar, no estar compartiendo con los demás niños nada, pues igual la niña no salía de su cama, ahí pasó todo. Yo sentí que a la niña no le dio mucho, porque yo le preguntaba, ¿te duele?, ¿tienes calentura?, “no, solo me pica”. Y de ahí empezaron los otros niños, y hasta que ya pasó todo” (Doña Mari, El Salvador, viajó en un modelo familiar extenso con dos niñas).

Ella misma señaló la diferencia entre el uso de la medicina alópata en la ciudad de Tijuana y la medicina tradicional basada en recursos de la naturaleza, en El Salvador, su país de origen: “Aquí a las niñas las trataron de otro modo, con medicina. Allá uno en su lugar tiene un arbolito”. La familia de Mari curó a las niñas con baños de avena, mientras que los demás llevaron a sus hijos al médico y allá les recetaron pomadas con medicamento de Calamina para aliviar la picazón de las ronchas. Menéndez habla desde la antropología médica sobre los modelos de atención, refiriendo “no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (Menéndez, 2003: 186).

En este contexto la familia de Mari, al detectar una necesidad de salud recurrió al silencio y a lo que el autor entiende como automedicación, la cual hace referencia “no sólo a la decisión de utilizar determinados tipos de fármacos, sino a sustancias como infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, así como cataplasmas, ventosas, masajes, que son decididas y usadas por los sujetos y microgrupos con autonomía relativa para actuar respecto de sus padeceres o para estimular determinados comportamientos” o bien a la autoatención que describe 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” (idem).

Así pues, las madres migrantes aluden en sus narraciones a prácticas autónomas o autogestivas de cuidados como formas de afrontar los problemas de salud en medio de las adversidades del ciclo migratorio. En el caso de Jimena, el modelo de atención fue biomédico mientras que la familia de Doña Mari recurrió a la autoatención.

Se considera relevante analizar en conjunto los testimonios de contagio por varicela, ya que provienen de personas que estuvieron en uno de los albergues de la ciudad que recibe un cupo limitado de personas, cuenta con servicios, infraestructura, una organización cercana a la población albergada y tiene la posibilidad de gestionar las crisis de una manera más rápida respecto a otros albergues que reciben muchas más personas en condiciones de mayor precariedad. A pesar de esto, los testimonios muestran que la propagación del contagio por varicela se dio porque las personas ocultaron los síntomas ante los demás, lo cual impidió que los encargados advirtieran la posibilidad de contagio y tomaran las medidas pertinentes a tiempo.

En relación a la respuesta de la familia de Mari, algunos estudios muestran que el estigma que recae sobre las personas migrantes afecta la manera en que son hetero-percibidas como agentes de contagio o portadoras de enfermedades (Infante et al., 2004). Se ha documentado que las personas migrantes han interiorizado la violencia que los discrimina, por lo que la concepción de sí mismos es como no merecedores de atención y de cuidados (Spesny, 2015, Gushulak, 2017). Al respecto Gamlin haciendo uso del término *authoritative knowledge* menciona que, los grupos que son objeto de la violencia estructural han corporizado este sentido de inferioridad y expresan la violencia simbólica interiorizada por medio de la pena y que, para evitar confrontarse con el racismo y la vergüenza, toman decisiones que los protejan de la violencia (estructural, cotidiana y simbólica), haciendo uso de estrategias de salud alternativas que les permitan afrontar las desigualdades estructurales y centrarse en la supervivencia (Gamlin, 2013: 76).

5.2.2 Los padecimientos leves

A pesar de que las madres salen de sus países de origen con sus hijos e hijas en buen estado de salud, desde los inicios del trayecto se van enfrentando con complicaciones devenidas de la experiencia migratoria. Las condiciones del viaje y del atrapamiento, tales como la diferencia en la preparación, los ingredientes y la higiene en la preparación de los alimentos, la falta de agua potable, los cambios de clima, el hacinamiento y las condiciones insalubres de algunos refugios son algunos factores que aumentan la posibilidad de pasar hambre, tener complicaciones gastrointestinales y contribuyen a la presencia inesperada de diferentes tipos de enfermedades que requieren ser enfrentadas de manera diferente a cómo lo harían en su país de origen.

Algunos de los padecimientos mencionados por las mujeres, los cuales se presentan o se agravan durante el ciclo migratorio son los bucodentales, así como las infecciones urinarias y vaginales, ocasionadas por las carencias de infraestructura, recursos e insumos para la higiene personal en los espacios de tránsito. Se documentaron situaciones de complicación a la salud, dadas las dificultades por la escasez de baños, donde se presentan problemas de extensas filas y largos tiempos de espera, falta de higiene y la no separación de baños por edad o género.

En los espacios de encierro comandados por instancias migratorias nacionales, ya sea mexicanas o estadounidenses, las condiciones de aseo y descanso son exiguas, la oferta nutricional es restringida, poco saludable o inadecuada para las distintas edades de las familias.

Quienes han encontrado el albergue en sitios donde la capacidad de recepción de personas es mayor, admiten que no tienen una buena nutrición y hay ocasiones en que se les reducen las raciones de comida por lo que se quedan con hambre. Algunas madres alojadas comentaban que les era difícil procurar la alimentación de sus hijos pequeños porque no les gustaba la comida que ofrecían, pero al ser el único alimento que tenían a su alcance debían dárselo, aunque no lo quisieran o en su defecto pasarían el día sin comer, porque “es lo que hay”.

Estar en (in)movilidad por la condición de irregularidad, dificulta las posibilidades de acceder a una alimentación adecuada para las y los niños, tanto en los albergues como en los sitios de

detención, así también la falta de consistencia en los horarios tiene repercusiones en su estado de salud.

“B: ¿Cómo lo notaba usted? D: Porque lo normal la niña iba una o dos veces al día, y allá a veces en todo el día no iba. O lloraba porque decía que le dolía su estómago y no podía ir al baño” (Daisy, Honduras, viajó con su única hija).

Con los lactantes, el problema consiste en que los bebés no se adapten al cambio de leche, por no estar acostumbrados a determinadas marcas o a la baja temperatura del líquido que les proporcionaban en el recinto. Al respecto algunas mencionaban: “usted sabe que esa leche no les cae bien, está fría, no les gusta, eso no es alimento”, por lo cual alguna estrategia para darles el alimento consistía en: “meterles la leche mientras estaban dormidos”.

Ocho mujeres, de las 25 entrevistadas, reportaron haber tenido a sus hijos enfermos en alguna parte del camino, lo cual, de momento les significó un problema, aunque después tuviera solución. Los padecimientos que reportaron acerca de sus hijos fueron principalmente relacionados a enfermedades infecciosas: gripe, verrugas y hongos en la piel, así como de origen no especificado: tos, estreñimiento, dolor de estómago, diarrea, vómitos, y deshidratación.

Daisy se quedó sola con su hija de tres años tras el asesinato de su esposo y Anette salió por la en un intento por alejar a sus tres hijos varones de la violencia de las pandillas. Ambas madres hondureñas de 24 años de edad hicieron parte del trayecto en caravana. En el trayecto, sus hijos sufrieron enfermedades del estómago, ya fuera por la falta de comida, de agua e ingerir alimentos en malas condiciones.

“La niña sí se me puso bien mal cuando estábamos en Tapachula. Se me enfermó y ningún medicamento me le caía bien, pasó tres días sin comer ni tomar agua, la llevé donde un médico, a una farmacia de Similares pero el medicamento nunca le cayó bien. Hasta que le fui a preguntar a una que también era de Honduras, me dijo que había una señora buena para sobar. Bueno me la sobó, le dio un poquito de agua y así se pudo curar la niña. Es que también uno pasa hambre, no come a sus tres tiempos” (Daisy, Honduras, viajó con su hija de tres años).

“El niño mío más pequeño se deshidrató y me lo dejaron ingresado en un hospital porque tenía mucha diarrea y vómito, su estómago estaba muy delicado, no sostenía nada en el estómago. Todo lo vomitaba. B. ¿Recuerdas en qué hospital lo atendieron? A. No sé cómo se llama el hospital, pero sí recuerdo que se llamaba Celaya el lugar donde estábamos. B. En Celaya, Guanajuato. B. ¿y te pidieron papeles para poderlo atender? A. No, solo lo dejaron ingresado. Porque en ese tiempo estaba una parte de la caravana ahí y estaban atendiendo varios niños” (Anette, Honduras, hizo el viaje con sus tres hijos varones, su pareja estuvo con ellos intermitentemente).

En los testimonios anteriores se muestran algunas opciones de atención que tienen las personas en movilidad por México: formas de atención biomédicas públicas (hospital estatal) y privadas (consultorios de farmacias), así como formas de atención tradicionales y populares (sobadores). Es interesante hacer notar que las primeras caravanas de migrantes centroamericanos estuvieron acompañadas por observadores de derechos humanos, medios de comunicación y asistencia médica en algunos puntos del camino, lo cual para Annette fue una ventaja ya que pudo brindarle a su hijo una atención biomédica hospitalaria gratuita. Por el contrario, Daisy, que también se movilizó en caravana, aunque meses más tarde, no tuvo la misma cobertura en salud. Ella tuvo que buscar la atención por su cuenta en la farmacia, haciendo gasto de bolsillo²¹ y al notar la ineficacia del tratamiento acudió con una mujer sobadora que una connacional le recomendó.

Como se ha visto en los ejemplos proporcionados, en la etapa de tránsito, el hambre, la deshidratación, la insolación, la diarrea, los hongos en los pies son problemas de salud frecuentes que padecen las personas en movilidad irregular durante su recorrido. Las mujeres narraron haber vivido episodios difíciles de salud con los NNA que llevaban a su cargo; por ejemplo, en Chiapas, los niños suelen presentar infección en el estómago manifestada por fiebre, diarrea, mareos y vómito, mientras que en Tijuana presentan más problemas en las vías respiratorias por la diferencia del clima.

En la inmediatez y, ante las diferentes circunstancias vividas en los atrapamientos y la falta de opciones de atención biomédica formal, las madres migrantes apelan a los remedios ancestrales, caseros y locales para aminorar las molestias de los niños, tales como las frotaciones, sacarle al aire a los bebés, hacen uso de sus conocimientos en la herbolaria, la medicina popular basada en té, plantas, verduras y frutas. Siguiendo modelos de autoatención, las mujeres tratan de curar con los pocos recursos que tienen a la mano, así sea un limón o una pomada. Recurren a curadores tradicionales como las parteras, sobadoras, curanderos, pastores, entre otros.

²¹ Es el gasto que se hace directamente de los hogares para que los miembros de las familias solventen sus necesidades de salud y reciban atención en los servicios de salud, “la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias” <https://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf>

“Otra cosa que me pasó en Chiapas que mi niño se me puso grave, le pegó diarrea, fiebre y vómito, que en dos días yo sentía que al niño lo perdía. Lo que yo hice fue que salí a pedir ayuda y una señora que me ayudó con mi niño, entonces a mi niño le crecía su pancita, y esa señora me ayudó. B: ¿Y a dónde lo llevaste a atender? MA: Fue una señora que fue a una tienda por pastillas y me dijo: “ven, yo te voy a ayudar”, y me llevaron para una iglesia, y me lo presentaron a mi bebé. En la iglesia me dieron ayuda para que le diera al niño cositas suaves para que se me recuperara” (María, Honduras, viajó con su hijo menor, hizo parte del trayecto embarazada).

En el fragmento de entrevista antes citado, se observan los modelos alternativos de curación-sanación, es decir, aquellos “saberes” que responden a las enfermedades y los padecimientos, pero que no son los hegemónicos ni los científicos, sino que están basados en experiencias, las cuales pueden ser religiosas. En el relato de María, se alude a la sanación pentecostal mediante el ritual de “presentación” el equivalente al bautizo infantil de la religión católica, en la cual interviene el poder de la divinidad mediante el poder de la oración, los cantos y demás elementos rituales (Cantón, 1998).

Cuando las mujeres solicitan apoyo para la atención de sus hijos e hijas, lo obtienen en las organizaciones de la sociedad civil y religiosas. Al hijo de María le fue dada, una atención de tipo popular, expresada en la sanación religiosa, característica de las religiones carismáticas, pentecostales que abundan en Chiapas, una entidad caracterizada por su pluralidad religiosa (De la Torre, 2007).

Las experiencias de las mujeres que cuentan con el apoyo del personal del albergue o de la comunidad religiosa y los servicios que éstas otorgan para el apoyo o gestión de la salud, son diferentes frente a quienes se encuentran en espacios de encierro como los centros de detención o las estaciones migratorias y, respecto a las mujeres que alquilan vivienda. Estas últimas tienen la característica de administrar el dinero, de tal forma que priorizan el pago de la renta y la compra de comida, garantizando el techo y procurando la alimentación de los miembros más pequeños del grupo familiar, así ellas tengan que comer únicamente si sobra algo.

Lo mismo pasa al establecer prioridades en la atención de la salud. Quienes tuvieron molestias dentro de los centros de detención mostraron una actitud pasiva, dado que son sitios donde las posibilidades de agencia de las mujeres están limitadas tanto por la condición de subordinación al estar encerradas en celdas y vigiladas por guardias, y presumiblemente porque consideran

la detención un paso necesario donde pueden aguantar para lograr el fin último: ingresar a los Estados Unidos.

En función de atender los padecimientos de sus hijos, considerados leves o pasajeros, las mujeres i) hacen uso de sus recursos para comprar frutas o verduras, preparar alimentos con mayor contenido en vitaminas y nutrientes que les ayuden a prevenir enfermedades, ii) recurren a la autoatención y prácticas populares-tradicionales, iii) buscan servicios biomédicos gratuitos o asequibles y cercanos, como los centros de salud, las clínicas de asociaciones civiles o en los consultorios médicos de las farmacias.

5.2.3 Los padecimientos graves o crónicos

Algunas de las mujeres entrevistadas señalaron que sus hijos e hijas presentaron problemas particulares de salud, por lo cual requirieron de un seguimiento médico, un diagnóstico y tratamiento especializado. Ellas tienen un discurso inclinado hacia la maternidad intensiva, ya que manifiestan que los niños, niñas y adolescentes que las acompañan requieren cuidados, dietas y atenciones especiales, ya sea para tratar el padecimiento o para prever las exacerbaciones de este. Ellas refirieron padecimientos como alergias, asma, anemia, golpes o caídas con consecuencias severas.

Los fragmentos de entrevista que se muestran a continuación son ilustrativos de lo que Andersen (1995) sugiere sobre la utilización de los servicios formales de salud, en función de la predisposición de las personas y los factores que permiten o impiden dicho uso. Así pues, los relatos ejemplifican las diferentes prácticas de salud que interactúan con el uso de los servicios médicos formales para influir en los resultados de salud. Quienes hablan son mujeres que tienen una constante preocupación por el bienestar de sus hijos e hijas y que, dada la necesidad de salud percibida, están en una continua búsqueda de atención, sobre todo biomédica especializada.

Al relatar las afecciones físicas de los hijos e ir narrando las circunstancias del tránsito por México, sobre todo en los atrapamientos, en los enfrentamientos con las autoridades migratorias, en los conflictos con otros grupos de migrantes (caravaneros) o con los hombres que las persiguen desde Centroamérica, las mujeres manifiestan que a lo largo del trayecto

migratorio los problemas de salud de sus hijos se fueron agravando, al punto de sufrir alguna crisis en los atrapamientos. En estos casos, las opciones de atención disminuyeron a la par que sus recursos económicos.

Kaira hizo el viaje desde Honduras con sus tres hijos adolescentes, uno de ellos padece de asma y ha presentado además síntomas de tos, dolor del pecho y sangrado de nariz, lo cual ella relaciona directamente con la espera prolongada en un albergue de Tijuana, donde ella y su familia han vivido la pandemia en condiciones de hacinamiento. La permanencia en el lugar ha sido un estresor para su hijo, un riesgo de contagio y deterioro de su salud. Para ellos que huyeron de su país por el asesinato de un familiar cercano, amenazas y extorsión, salir a buscar otro lugar donde alojarse mientras esperan la resolución de su solicitud de asilo ante la Corte estadounidense, es sinónimo de riesgo y temor.

“B. ¿Cuáles son las situaciones que le desencadenan las crisis de asma, además del calor? K. A veces el estrés. Al vivir, así como estamos nosotros ahorita, como el estrés, el foco de personas lo pone así. Ahorita, todos estos días lo he tenido mal del pecho” (Kaira, Honduras, viaja con su pareja y tres hijos adolescentes).

Rosi inició el trayecto migratorio con dos niñas que gozaban de un buen estado de salud, sin embargo, con los atrapamientos su salud fue mermando. Su hija mayor sufrió una caída en el baño de una estación migratoria que le ha ocasionado dolores de cabeza constantes, por lo cual se le considera como un padecimiento grave. La madre adjudica las secuelas que dejó el golpe a la negación de atención médica oportuna.

En los centros de detención y las estaciones migratorias, el acceso a la atención médica no está garantizado, a pesar de que exista personal médico. En la narración de Rosi sobre el accidente de su hija, se deja ver la omisión por parte de los encargados en turno e incluso obstaculizaron que la madre buscara entre su equipaje un ungüento para sobar; una opción para atender de manera improvisada a la menor, que, si bien fue precaria, aun fue mejor que la que los funcionarios le negaron.

“Ahí teníamos reglas de que no nos dejaban sacar nuestras pertenencias de lo que andábamos, yo cargaba una pomada que era buena para cualquier golpe, entonces yo les pedía de favor que me dejaran, que mi niña se había golpeado. De tanto rogarles me dejaron entrar, y sobé a mi niña, pero nunca me dijeron: “Mire aquí hay un médico, llévela puede ser grave”. Hasta que una de las que estaban ahí trabajando, fue a la celda donde yo estaba y vio a mi niña que estaba con fiebre y con dolor de cabeza y yo le dije: “Mire, yo estoy muy preocupada porque mi niña

se cayó, se golpeó duramente y ahora está con dolor de cabeza muy fuerte, no lo aguanta. Yo tengo miedo de que vaya a ser por el golpe”. Aquella señora se puso bien enojada, me dijo: “Pero ¿por qué tú no hiciste nada? (...) Y se me ha seguido enfermando, incluso hace unos días acá se me puso muy mal con fiebre. Y lo que hice fue darle medicamento, pedir aquí porque gracias a dios, en el albergue donde estoy yo ahorita, tienen ciertos frasquitos que les ayudan en la fiebre entonces sí, le he dado el medicamento y le ha pasado. Pero sí me preocupa que le prevenga de algo, como le decía, lo de la cabeza” (Rosie, El Salvador, viajó con su hija y una sobrina).

En el fragmento anteriormente citado, Rosie da cuenta de cómo ante una emergencia de salud, el personal de los centros de detención para migrantes, además de no estar preparados con un botiquín de primeros auxilios o canalizar la emergencia con un profesional en salud disponible, muestran una falta de empatía al impedir que la madre, con todo y la impresión por el susto del golpe, busque la manera de curar a su hija, con el único recurso que tenía: una pomada. Además de que la libertad y capacidad de agencia de la madre estaba coartada por el encierro y la custodia permanente, la mujer -presumiblemente la responsable- de la estación migratoria, la revictimizó al regañarla y culparla por la falta de atención oportuna a la menor.

En este caso, algo que parecía superficial se complicó; la niña ha tenido secuelas del golpe, entre ellas dolor de cabeza y fiebre, además no ha recibido la atención médica adecuada. La falta de atención se debe en parte a la negligencia de quienes operan la estación migratoria, pero en ocasiones recientes, también a la negación de atención por la prioridad a pacientes con Covid-19 y otro tanto, por falta de orientación sobre los derechos que tienen las personas migrantes y refugiadas en el país, el desconocimiento sobre los sitios a dónde puede acudir para pedir asistencia médica. Al respecto Basok (2004) sugiere que para que las personas migrantes sean capaces de reclamar sus derechos necesitan primero conocerlos, es por eso importante el papel de “los otros” -llámense sociedad civil, organizaciones pro-migrantes, etc.- para lograr esa comunicación y esa exigencia en el alcance de los derechos.

Las madres de NNA con enfermedades previamente diagnosticadas hacen lo posible para encontrar instituciones que les brinden atención médica, aunque los problemas aumenten sin antes llegar a una solución que se adapte a sus circunstancias económicas o sociales. Un ejemplo es el de Chiara, una mujer nicaragüense que salió de su país en diciembre del 2020 con su familia nuclear por motivos de persecución política. Al llegar a Tapachula obtuvieron la visa por razones humanitarias, con ese documento se trasladaron a Ciudad de México y

luego a Tijuana donde se toparon con la sorpresa de una frontera cerrada, inclusive a los solicitantes de protección internacional, por lo cual recurrieron a un albergue, donde cohabitan con más familias que como ellos, esperan su oportunidad de iniciar su petición de asilo en el país del norte.

Ella es madre de dos niños, de cinco y nueve años respectivamente, el menor tiene problemas de alergias, así que antes de salir se previno trayendo medicamentos. En su estancia en esta ciudad ha acudido con los médicos voluntarios que visitan el albergue, ellos le prometieron conseguirle una cita en el centro de salud. Una de las dificultades para cuidar a su pequeño es que la comida proporcionada en el albergue le cae mal al estómago, le saca ronchas o no se la quiere comer porque no hay variedad o no está acostumbrado, ante lo cual no puede hacer mucho porque ni ella ni su esposo tienen trabajo o dinero. Lavar la ropa también es una situación compleja porque todos usan el mismo lavadero y cree que eso ha causado más problemas de alergias a su hijo: “usted sabe que, cada uno de nosotros tenemos diferente humor y ahí lavamos todos los que estamos aquí”. Ella establece una relación entre los diferentes humores²² que tienen las personas y las alergias que presenta su hijo en el sentido hipocrático del término, es decir, los fluidos que emanan las personas de los cuerpos: la sangre, la flema, la bilis; los líquidos comunes del cuerpo: la saliva, el sudor, las mucosas y que pueden estar relacionados con enfermedades.

“Nosotros tenemos que ver qué es lo que come porque de repente él duerme bien y empieza a rascarse y empiezan a salirle un montón de ronchitas. A él le hace daño el chocolate, la piña, la ropa de cama con mucha pelusa, a veces lo que le echan a la comida, o sea sí tenemos que tener cuidado con lo que él come (...) Entonces yo ya sé lo que le tengo que dar y ya al ratito él descansa, porque le empieza picar y no lo deja dormir y como que se desespera. Yo siempre siempre tengo pastillas para él. Le doy difenhidramina, sino le doy loratadina, cualquiera de las dos. Ayer ya se me terminó, porque la verdad que cuando tiene tos seca, eso me dijo el médico que le diera, porque se debe al frío que le da mucha tos y se cansa (...) Los médicos de la brigada hace 15 días vinieron, lo único que me dieron fue como una miel, cosas naturales para la tos nada más, porque está muy pequeño dicen y no me pueden dar otra cosa para él (...) Pues mis compañeras que están conmigo, me han regalado para cambiarle la ropa de cama a él, que no tenga para que no le afecte, y está

²² “los humores aseguran la encarnadura del humano en el tejido del universo. Ligan los elementos que conforman el cosmos (agua, aire, fuego, tierra) con los fluidos comunes que cualquiera advierte en sí o en el vecino: la sangre, el moco, etc. Y esta encarnadura humoral responde a la vez por lo común y lo diverso; por lo propio de cada individuo y lo indisponible que en él habita; por la fisiología de la salud y de la enfermedad (...) El humor, por su mezcla, por su diferente potencia en cada individuo, por su equilibrio o exceso, responden de las particularidades de cada pueblo, de cada tipo y carácter humano y de cada individuo humano singular” (Rejón, 2016: 486).

usando un medicamento para la piel y tratar de que coma lo que no le hace daño” (Chiara, Nicaragua, viaja con su esposo y dos hijos).

Se observa que la mujer al conocer el padecimiento de su hijo prevé traer consigo los medicamentos necesarios y aunque en el albergue ha recibido atención biomédica no la satisface, ya que no le proveen las sustancias farmacológicas que a su hijo le funcionan y le fueron recetadas en Nicaragua. Por otro lado, algunas prácticas de cuidado a la salud que tiene a su disposición son de tipo preventivas y las ejerce en colaboración con su pareja y compañeras: ella y su marido se encargan de supervisar los alimentos que su pequeño consume y ha tejido una red de apoyo social entre sus compañeras del albergue, quienes, a pesar de la escasez de recursos, le han permitido cambiar constantemente las cobijas, que deben estar limpias y elaboradas con materiales que no le causen alergia al niño.

En el sentido de la alimentación, es importante reflexionar sobre el tiempo que las personas llevan en lo que para ellas sigue siendo el tránsito migratorio, debido a que México no les representa un país con las condiciones para que puedan asentarse, así que en los espacios que reciben niños, niñas, adolescentes y familias migrantes debería ser esencial priorizar alimentos con valor nutricional acorde a cada etapa de crecimiento, además de considerar sus condiciones de salud.

En este contexto de alta vulnerabilidad, precariedad e incertidumbre en que se movilizan las personas migrantes, es pertinente analizar las prácticas de crianza y de cuidados a la salud permeadas por las diferencias geográficas, económicas, sociales y culturales (Aguirre, 2000) y el impacto de dicho panorama en los comportamientos, bienestar y desarrollo de los niños y niñas (Evans y Myers, 1996).

Estar en movilidad significa establecer prioridades, en ocasiones son tan pocos los recursos y tantas las preocupaciones por el pago de autobuses, alquiler, abogados o documentos que, se deja de lado otros aspectos importantes para la supervivencia como la compra de comida o de agua para mantenerse hidratados, lo cual trae consecuencias a la salud como desnutrición y anemia. Y aunque tratar las complicaciones de salud de sus hijos e hijas se juzgue prioritarias, carecen de los medios para lograrlo que la situación se sale de sus manos.

Kim salió de Honduras, ella y su familia estuvieron cinco meses en Chiapas alquilando un cuarto y al llegar a Tijuana encontraron espacio en un refugio para migrantes que acepta

familias sin límite de cupo, lo cual tampoco ayuda a garantizar la alimentación y nutrición de las personas albergadas, espacios adecuados de descanso ni la suficiente capacidad de regaderas y sanitarios. Ahí su hija ha presentado infección renal y anemia.

“Igual a la niña le pasó la anemia y estuvo bien baja. Un día que estaba en sus clases, en la escuela de aquí del albergue, se desmayó. Y las maestras, no sé cómo es, pero, dicen que está baja de la anemia” (Kim, Honduras, viaja con su pareja e hija).

En resumen, las mujeres que se saben madres de niños y niñas con necesidades particulares de salud tienen como prácticas maternas no dejarles solos, vigilar la dieta, tenerlos en lugares limpios, procurar que estén alejados de posibles alérgenos. Cuando no cuentan con apoyo cercano para el cuidado del menor, la elección de un cuidador alterno (casi siempre cuidadora) se torna una tarea complicada, ya que significa confiar la salud y la vida de su hijo/a una persona extraña. De acuerdo con ellas, solo las madres que tienen hijos con enfermedades previamente diagnosticadas saben los cuidados que los hijos requieren, por lo cual ejercen una maternidad intensiva; suelen viajar con un botiquín, procuran tener al alcance sus inhaladores, antibióticos y otro tipo de medicamentos, remedios o ungüentos, además portan o gestionan sus estudios médicos, controles y valoraciones sobre alguna intervención médica que sea necesaria.

5.2.4 Los padecimientos mentales

Factores de expulsión como el peligro que representan las pandillas, la violencia doméstica, el asesinato de sus parejas y los ataques en contra de sus hijos e hijas, muestran la articulación de la violencia social y la violencia de género.

Las mujeres que hablaron sobre padecimientos relacionados con la salud mental nombraron la depresión, el insomnio y traumas psicológicos originados desde el país natal y otros, que se fueron desarrollando mientras avanzaban hacia la frontera con el país de destino.

“Pero mi niña llegó a tener tipo traumas, digo yo, porque ella decía que eran fantasmas, porque aparte de que la policía entraba y los pandilleros, vivíamos en la parte de una finca y en la finca llegaban a matar toda la gente, se oían solo los gritos donde pedían auxilio, y mi niña decía: “Oí mami, los fantasmas”, entonces ella ya no quería estar ahí porque decía que había fantasmas. Al oír tantas cosas, al ver que la policía entraba, ella cuando veía un policía, decía: “Mami, nos van a matar”, para ella ya era un fantasma y la policía nos quería matar, porque siempre que veía un arma ella pensaba que nos iban a matar, porque siempre llegaban armados

y apuntándole a uno en la cabeza” (Candy, El Salvador, viaja con su pareja, suegra y dos hijos, de dos y cinco años).

Candy, quien de todas las madres de este grupo tenía a los hijos más pequeños, da cuenta de la manera en que los niños llevan marcada la violencia que atestiguan en sus comunidades de origen, e interpretan a su manera los sucesos de vida y muerte. Al no llevar un tratamiento que le ayude a procesar la información, su hija lo ha significado como sucesos paranormales y relaciona las autoridades policíacas con muerte. Lo cual representa un conflictivo ya que, en el ciclo migratorio desde Centroamérica hasta los Estados Unidos, las personas migrantes son detenidas en varias partes del camino por autoridades estatales (agentes del INM, Guardia Nacional, Grupo Beta, CBP, ICE) que portan uniforme y en ocasiones, armas en aras de controlar los flujos migratorios.

Por otro lado, para quienes se encuentran en situación de (in)movilidad, una preocupación constante en materia de salud mental es la estancia en ambientes estresantes que les provocan más crisis nerviosas, les desencadenan crisis de ansiedad o problemas de sueño. Lo cual es complicado al estar esperando indefinidamente sus procesos de refugio y/o asilo en los albergues de la ciudad. Los siguientes son ejemplos de niños, niñas y adolescentes que requieren atención psicológica debido a los traumas provocados por la violencia atestiguada y experimentada en sus países de origen.

Cris salió de su país en 2020 por violencia doméstica, dada la urgencia de escapar de su pareja solamente trajo consigo a una de sus hijas. Ambas viajaron en tiempos de pandemia y les ha sido muy difícil estar lejos de los otros hijos. Ahora que es refugiada en México, considera que tiene derecho a la reunificación familiar, pero le dicen que para traerlos necesita tener una situación estable, lo cual es complicado dado que no ha podido conseguir trabajo y aunque tenga papeles, su acento y su fisonomía diferente la han vuelto objeto de discriminación laboral. Ella y su hija han estado fuera de su país y alejadas del resto de su familia por más de dieciséis meses, manifiesta que su hija ha palidecido, ha perdido peso y está deprimida, ambas se atienden únicamente en las brigadas médicas que llegan al albergue. El malestar psicológico de la hija de Cris, también se ve manifestado de manera física; en enfermedades del estómago y falta de apetito.

“Pues fue un poquito como dicen, estresante. Incluso mi niña se me bajó de peso porque sí estuvimos caminando. Tuvimos unos problemas ahí en Guatemala porque la persona que nos traía nos dejó botados, nos hizo caminar y todas las cosas que han pasado. Entonces la niña se me puso malita, entró como en depresión. Se entiende porque es por la pandemia ¿verdad? Pero usted sabe que los niños se estresan, y la niña se me volvió a enfermar, del estómago y emocionalmente. Incluso cuando llegamos aquí la niña llegó bien bonita la verdad y aquí, la niña se me hizo así. Una compañera me dice ayer: “a la niña la veo bien delgada” y la miran como sin color” (Cris, Honduras, viaja con una hija).

Sarahí es una mujer que, a inicios de 2021, salió por coyotaje con sus dos hijos, dejando sus propiedades y negocios atrás con la urgencia de protegerse ante las amenazas de los grupos criminales que asesinaron a su esposo y balearon a su hijo mayor, quien además de las heridas físicas cuenta con traumas psicológicos severos que en México no pudieron ser atendidos. Ante las negativas de asilo a nivel familiar, ella decidió enviar al chico por delante hacia los Estados Unidos, apelando a la política de no devolución de menores no acompañados emitida por el gobierno de Biden.

“Entonces lo que hice el 14 de febrero ya de este año, mandé solo mi hijo, porque aún andaba las balas en su cuerpo, todavía las tiene aún, y necesitaba un psicólogo, porque él vivió una experiencia demasiada exagerada porque él vivió la muerte de su papá y la de él, porque según los asesinos que dejaron muerto al niño (...) B. Y me decía entonces, que su hijo sí logró cruzar a los Estados Unidos. C. Sí, el niño ya está allá con su hermana, él si está siendo atendido allá psicológicamente, y físicamente. Ya él está bien gracias a Dios, pero sí tiene un trauma cerebral, no desarrollado, él no puede llorar” (Sarahí, Honduras, viaja con sus dos hijos).

Asimismo, Sol y su hijo adolescente han pasado un tiempo muy difícil en México, ambos tienen fuertes traumas psicológicos derivados de la violencia que han vivido, requieren atención psicológica y psiquiátrica. Su hijo le expresa que no soporta más vivir huyendo ni vivir en el encierro, ya no aguanta más las condiciones de hacinamiento, incomodidad, inseguridad y suciedad del albergue en el que están, él la pasa mal incluso en las noches, llora mucho y grita. Sol y su familia viven su espera con mucha desconfianza y miedo, ya que en México han sido víctimas de persecuciones y asaltos, menciona que afuera del albergue hay sujetos desconocidos tomándoles fotos e inclusive coyotes.

“El doctor dijo que también debería llevarlo al psiquiatra porque mi hijo llora y grita en las noches, porque él vio cómo mataron cinco hombres a disparos en una camioneta negra y grita: “No quiero perder otra vez a mi papá” (Sol, Honduras, viaja con su pareja y dos hijos).

La salud mental es un tema que atraviesa las experiencias de todas las mujeres entrevistadas, sobre todo si se considera que múltiples violencias fueron las causas de su migración, así también se debe considerar que el paso por México es peligroso para ellas y para sus hijos, por lo cual van acumulando vivencias difíciles en su caminar. En este grupo la afectación psicológica fue tal que las madres lo expresaron como la mayor de las preocupaciones en cuanto a la salud de sus familiares menores. Se presume que, las causas de su migración pueden estar relacionadas con formas de estrés postraumático, violencia psicológica y estrés entre los menores y las madres migrantes. No obstante, la salud mental de las personas migrantes que llegan a Tijuana no está siendo atendida por ninguna institución oficial (Pérez Canchola, 2021).

5.2.5 Los padecimientos complejos

Los padecimientos complejos hacen referencia a la manifestación de las madres migrantes sobre las necesidades de salud variadas y acumuladas de sus hijos, hijas o sobrinos. Este grupo clasificatorio reúne los padecimientos anteriormente referidos, a los cuales se suman las condiciones contextuales de la madre, por tanto, hay una doble complejidad. Tales necesidades han sido aludidas en los casos antes mencionados (padecimientos epidémicos, leves, graves o crónicos -ya sea congénitos o adquiridos en el camino-, mentales y, en algunos casos se añade la condición de embarazo de la mujer). Las mujeres que tienen hijos con padecimientos complejos estuvieron pendientes de, por lo menos, dos personas durante el recorrido por México y el atrapamiento en Tijuana: de ellas, sus hijo/as o sus sobrino/as.

Estefany es una madre que con su testimonio permite ejemplificar la angustia de emigrar con hijos que padecen problemas físicos y mentales. Su hijo mayor ha sido diagnosticado con dislexia y déficit de atención y ni en México ni en su país, ha encontrado una escuela donde le puedan proporcionar la educación que requiere, pero es su hijo menor quien más le preocupa ya que tiene síndrome de Down y en Tijuana le han diagnosticado además epilepsia, arritmia cardiaca, hipertiriodismo, hernia umbilical e hígado graso.

“Tuve que pedir información de albergues dónde ir, porque sola con mis hijos sí ha sido bien duro. Y más con todo lo que tiene mi hijo, porque aparte de síndrome de Down tiene varias complicaciones más; tiene una arritmia cardiaca, hipertiriodismo, una piernita más grande que la otra, ataques de epilepsia, una hernia umbilical. Tiene todo eso, a parte me dijeron que tiene hígado graso y varias cosas más que necesitan todavía ser estudiadas (...) Entonces, me vine a enterar que tiene todo eso, pero hasta ahorita que estamos aquí en la clínica, porque ellos son los que me han

estado apoyando. Pero en el sistema ya aquí nosotros tenemos residencia permanente, pero fui allá en Tapachula al DIF, me dijeron que me iban a llamar y nunca me llamaron. Aquí en Tijuana, me dijeron: “No tenemos ni para nosotros los mexicanos, ahora menos vamos a tener para ustedes”. Sí he tocado puertas, pero se me ha hecho un poco difícil” (Estefany, Honduras, viaja con sus tres hijos y su pareja, quien estuvo con ellos hasta llegar a Tijuana).

En el testimonio anterior es posible constatar que a pesar de que las mujeres cuenten con documentos que avalen su legal estancia en el país y que más allá de eso, acrediten sus derechos como usuarias de los servicios de salud, en los recintos estatales se les trata de manera discriminatoria, se les ha negado la atención dificultando y obstaculizando su acceso y la atención resolutiva a los padecimientos que enfrentan sus hijos e hijas.

Otro es el caso de Loli, una mujer guatemalteca, madre de un niño diagnosticado como alérgico bronquial. Ella relata con evidencia periodística y fotografías que, su hijo presenta problemas de salud adicionales a los que traía desde el país de origen, los cuales surgieron a partir de encuentros incidentales con grupos de choque en el sur de México y con las autoridades estadounidenses al intentar ir más allá de la frontera. El primer incidente fue al estar detenidos en una estación migratoria de Chiapas, donde hubo una revuelta que provocó una crisis nerviosa en su hijo.

“Mi hijo el que tengo conmigo tuvo más problemas de respiración desde que era muy bebé; a los ocho meses desarrolló su primera crisis de asma, había ocasiones que pasaba interno hasta 15 días en el intensivo y pues nosotros sin fondos, sin oportunidades ni nada” (Loli, Guatemala, viaja con el menor de sus dos hijos).

Con respecto a cómo afectan los cambios en la política migratoria y las medidas deshumanizantes tales como las expulsiones en caliente, Loli relata un evento que desencadenó en su hijo menor taquicardia, una crisis nerviosa y una hernia en un testículo debido a un golpe a bordo de la patrulla fronteriza, esto fue en el intento de cruce irregular a los Estados Unidos, cuando un agente de la Patrulla fronteriza los detuvo y transportó sin cuidado de vuelta a México. Ella no cuenta con los recursos para atenderlo, al momento de la entrevista estaba recolectando evidencias para conformar un expediente sólido que les permitiera pelear su caso de derecho al asilo, por su condición de vulnerabilidad en salud, y reunirse por fin con su esposo e hija en el otro lado. En este caso, un padecimiento grave se convirtió en complejo en la medida que su experiencia migratoria se fue extendiendo.

“Nos llevaron a un lugar, no nos dejaron expresarnos, no nos dieron opción de nada. Únicamente nos tomaron las huellas y nos tiraron de regreso para acá. Pero en todo el camino el oficial que nos llevaba nos metió a un rincón de la panel y nos golpeó por todo el camino, iba como a una velocidad de 130 por hora, yo me golpeé toda la cabeza, todo, y mi hijo se golpeó sus testículos y a él le salió una hernia ese día” (Loli, Guatemala, viaja con el menor de sus dos hijos).

Las personas que buscan protección internacional requieren ciertos documentos para completar su expediente de solicitud, pero también para acceder a derechos durante la espera y con esto, reducir de alguna manera la inseguridad que enfrentan en las ciudades fronterizas.

A la complejidad de los padecimientos de los hijos se suma que, algunas de las mujeres vivieron un embarazo durante el tránsito por México e hicieron el trayecto con un hijo o hija en edad preescolar. De las 25 mujeres entrevistadas, solamente una de ellas expresó llevar consigo a un hijo con padecimientos graves, diagnosticado incluso desde antes de iniciar el trayecto.

Josa comenzó su trayecto como parte de un modelo familiar extenso que incluía además de su pareja e hijo a sus dos hermanas y sobrinos, la asesoría telefónica con su madre desde El Salvador facilitó la atención de los problemas gastrointestinales que presentaron los niños pequeños al recorrer el país desde Chiapas a Tijuana en autobús, proponiendo un modelo de autoatención acorde con las posibilidades del grupo y las circunstancias del desplazamiento, el cual fue mantenerlos a base de sueros. Ella es madre de un niño de tres años con labio leporino y de un recién nacido en Tijuana, que al momento de la entrevista tenía cuatro meses y carecía de sus primeras vacunas. Desde El Salvador su esposo y ella han enfrentado obstáculos para atender a su hijo en las instituciones nacionales. Esa historia de búsqueda, negación y postergación de la atención biomédica formal se ha repetido al recurrir al sistema de salud mexicano. Su familia no cuenta con seguridad social, ni con la posición económica que permita solventar los gastos de una cita médica particular o la cirugía de reparación de labio y paladar hendido que su hijo mayor requiere, aunado a esto su situación se agrava en México debido a su status como extranjeros, aun cuando cuentan con el estatus de refugiados y tienen un hijo mexicano. Por lo cual, han recurrido a la asesoría de abogados y médicos activistas para aplicar al Parole humanitario, una forma alternativa al procedimiento de asilo en respuesta al Título 42.

“Hasta el momento no le he hecho ningún examen a él, nada. Nosotros estamos hablando aquí porque sí lo queremos chequear, también estamos tratando de verle lo de la boca porque últimamente se le está dificultando la respiración, como él tiene el paladar todavía abierto, se le está acumulando la comida y se le sale por la nariz. Últimamente me está diciendo que le duele bastante. (...) B. ¿Han ido a la clínica de ahí al ladito, la de Justicia en salud? J. Ah pues ahí lo estamos llevando, de ahí nos mandaron a un Hospital del niño y de ahí me han dado un papel para que se lo dé a la doctora de aquí y ellos van a ver cómo hacen con nosotros para ver cómo nos pueden apoyar” (Josa, El Salvador, viajó acompañada de su pareja, hermanas, sobrinos, hijo pequeño y estando embarazada).

Para Josa, tener un niño con labio leporino ha representado desde el inicio de su maternidad un esfuerzo por proveerle la bebida, el alimento y gestionar en los hospitales públicos las cirugías que necesita. A pesar de que el problema de su hijo es algo que diariamente la tiene alerta, la búsqueda de atención se vio mermada durante el tránsito hacia la frontera, ya que ella migraba en un modelo familiar extenso donde además de su hijo había otros dos niños, así que la prioridad era brindarles techo y alimento a todos. Cabe mencionar que la preocupación por su hijo no era la única, ya que, durante la espera de sus trámites migratorios en el estado de Chiapas, Josa tuvo un segundo embarazo. En su relato se destaca que, la búsqueda de bienes de subsistencia con el objetivo de movilizarse hacia el norte siguió primando sobre los cuidados propios a la salud. A los cuatro meses de gestación tuvo malestares y acudió con una partera quien la sobó y le confirmó su estado gestacional, pero su primera revisión médica la tuvo hasta llegar a Tijuana e ingresar a un Hotel Filtro de la OIM, para luego continuar con algunos controles en la clínica de las parteras fronterizas ubicadas junto al albergue donde Josa, su marido y su pequeño habitaban. Ahí retomaron la búsqueda de atención para su pequeño y, además, ella incorporó la necesidad propia de atención.

“La única vez que me hice ultra fue a los 8 meses de embarazo. Fue cuando me vine pa este albergue que fue que ya empecé. Bueno, digamos que en el hotel fue la primera vez que tuve una consulta yo con una enfermera, ahí fue cuando me recetaron las vitaminas y el ácido fólico, pero gracias a Dios el niño nació bien (...) Me acuerdo que cuando me llevaron con las parteras, ahí empezaron a sobarme, darme unas tomaditas de agua, como en tres horas fue que empecé con los dolores más fuertes y pues ahí ellas mismas me enviaron para el Materno Infantil” (Josa, El Salvador, viajó acompañada de su pareja, hermanas, sobrinos, hijo pequeño y estando embarazada).

Fue atendida solo a partir del último trimestre de su embarazo y su atención principal fue en el hotel filtro de OIM y con las parteras fronterizas, es decir en organizaciones no gubernamentales. Para el tiempo del alumbramiento, fue canalizada por las parteras a un hospital estatal a donde acudió acompañada por su esposo en un auto patrocinado por el albergue. Es decir, contó con capital económico, social y humano. En el hospital fue atendida

con prontitud. No obstante, su hijo ha sido violentado en su derecho a la salud, ya que no han tenido acceso al esquema de vacunación que por su edad le corresponde.

Tanto Josa, como otras mujeres embarazadas que participaron en este estudio mencionaron haber acudido (temprana o tardíamente) a sus primeras consultas a la clínica para migrantes Justicia en Salud, en la que fueron bien atendidas por las parteras fronterizas, luego fueron canalizadas a las instituciones estatales para culminar su proceso de atención prenatal y resolución del embarazo (Collado, 2014: 133-159). Cabe señalar que, expresaron cierta desconfianza de ser atendidas en las instituciones oficiales de salud: “temo que no me vayan a querer atender en estos hospitales porque me mandan hasta Tecate”, “mi miedo, que algo me fuera a pasar, que me discriminaran, que me dejaran así, que me fuera a morir ahí o algo así. Se me venían muchas cosas a la mente de cuando estuviera adentro y si me dejan morir o me roban a mi bebé o me lo cambian”. Dichos pensamientos de temor y duda podrían ser interpretados, de acuerdo con Freyermuth (2014), como internalización de la condición subordinada; es decir, las mujeres se posicionan en el último escalón de una estructura de desigualdad e inequidades, en la que tienen una limitada capacidad para tomar decisiones y exigir el cumplimiento de sus derechos. Además, son frases que hablan de la desconfianza en las instituciones mexicanas, sustentada en las experiencias propias o las que escuchan de otros migrantes.

Las experiencias de atención materno-infantil dependieron de las características y el momento de su migración, así como del apoyo de las organizaciones pro migrante para brindar atención de primer nivel y canalizar a instituciones públicas para la atención en centros de salud, hospitales generales y de alta especialidad.

A pesar de los esfuerzos comandados por las organizaciones, la llegada del Covid-19, ha sido un factor obstaculizante para que se dé ese paso entre la atención con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y el sistema estatal, ya que en las instancias gubernamentales las mujeres embarazadas han enfrentado un sistema de referencia, contrarreferencia y multirrechazo hospitalario, comenzando por el personal administrativo, llámense guardias o secretarías (Collado, 2014) que impide su acceso real a la salud. Se señala que, ante el rechazo a la atención, las mujeres tienen que resolver con sus propios medios tanto la ubicación de otro hospital como el medio y el gasto de transporte.

Es interesante observar que el estudio de Muñoz (2014, 245-287) con mujeres embarazadas en situación de calle, coincide en ciertos aspectos con la realidad de las mujeres migrantes en los siguientes aspectos: las mujeres i) “buscan ayuda en las instituciones de asistencia social cuando el bebé está a punto de nacer”, (las mujeres migrantes buscan ayuda en las asociaciones pro migrante para los controles prenatales siempre y cuando tengan resueltas sus necesidades básicas para la vida: el techo, el vestido y la alimentación, sin embargo, quienes no obtienen apoyo de las organizaciones recurren a la búsqueda de atención del parto por urgencia hospitalaria en los aparatos oficiales), ii) “las mujeres tienen acceso a los servicios de salud en algunos hospitales públicos, gracias a convenios que establecen las instituciones de asistencia social gubernamentales y no gubernamentales” (sí, en parte es también gracias a haber recibido información, haber sido referidas y/o acompañadas por parte de agentes sociales que conozcan los derechos humanos de las personas migrantes), iii) las mujeres presentan precarias condiciones de salud (cuando están en tránsito y atrapamiento sí, pero quienes modificaron sus proyectos migratorios familiares, y cuentan con una residencia permanente en México que les brinda la libertad de acudir a los servicios públicos de salud). Dichos grupos de mujeres están en una posición de exclusión social y vulnerabilidad extremas y tienen condiciones precarias de salud.

En suma, la atención en salud para la población migrante, específicamente para las madres que viajan con menores, está mediada por ciertos obstáculos como son los documentos, la discriminación y las restricciones por el Covid-19. Las mujeres suelen buscar primero la atención a la salud de sus hijos y después la propia. Buscan atender problemas físicos de salud, atención psicológica y en cuanto a la salud sexual y reproductiva, buscan sobre todo atención en el parto y postparto; algunas de ellas han sufrido distintos niveles de discriminación en su búsqueda por el acceso a la atención en los sistemas formales, se les ha negado la atención y han sido víctimas de violencia obstétrica. Es importante mencionar que, al no encontrar atención en las instituciones del gobierno y al no contar con los recursos económicos, quienes resuelven sus necesidades de salud son las organizaciones pro-migrantes. Otra cuestión importante, es el margen de acción que tienen las madres para procurar la salud de sus hijos durante el tránsito, esas acciones consisten en prevenirles la enfermedad teniendo una buena higiene, alimentación, mantener el calor y ya en caso, de caer en enfermedad recurrir a la automedicación o a los cuidados tradicionales.

En el análisis sobre los cuidados a la salud durante el atrapamiento en el tránsito, se han retomado las contribuciones de Andersen, sobre todo al poner la mirada en cómo las madres perciben la existencia o no, de una necesidad en salud. Una vez que ellas detectan o juzgan que existe tal, comienzan la búsqueda de atención para tal enfermedad, afección o malestar. No obstante, el problema no ha sido detectar la necesidad de atención en salud sino encontrar lugares donde esa necesidad sea realmente resuelta. En los procesos de salud-enfermedad-atención de las madres gestantes y los menores migrantes, la dificultad de acceder a servicios biomédicos formales se posa sobre factores estructurales diversos, entre ellos la falta de cumplimiento de las agendas políticas y sociales por parte del Estado mexicano para garantizar el derecho a la salud de las personas en movilidad, principal y urgentemente de aquellos con necesidades y vulnerabilidades particulares.

Ante dichas falencias, que se materializan en tratos degradantes u omisiones en la atención en salud, las madres migrantes se orientan hacia la búsqueda de atención biomédica fragmentada en farmacias, casas del migrante, albergues y organizaciones civiles atendidas por médicos y personal de salud voluntarios de ambos lados de la frontera. Y cuando existen limitantes aun para llegar a las instancias biomédicas no formales, las mujeres recurren a la autoatención, la automedicación y a la medicina popular-tradicional.

En los fragmentos de entrevista presentados se hace visible cómo las mujeres de países centroamericanos se encuentran México con barreras en la atención y deficiencias en el sector salud que perciben como similares o peores a las que vivían en sus países de origen. Ellas mantienen la expectativa de una vida mejor en los Estados Unidos, donde puedan garantizarle a sus hijos salud, educación, seguridad y estabilidad económica pero también emocional.

Cabe mencionar que, las mujeres que llegaron a la frontera a partir del cierre de fronteras y la entrada en vigor del Título 42, ponen especial atención en cuáles son los casos que están siendo admitidos como excepcionales y se enfocan en obtener evidencias para expediente de petición de asilo mediante el Parole humanitario, por lo cual tienen una preferencia hacia la atención biomédica formal que pueda expedir documentos probatorios. Ser parte de la excepción, incluye que las personas solicitantes enfrenten el aparato burocrático estadounidense, siendo objeto de victimización en el proceso de asilo al ser este un requisito para acceder al derecho al refugio, ya que, en la actualidad, la gestión de las migraciones ha mostrado un declive

respecto a la legitimidad del asilo. En un contexto de sospecha sobre los refugiados, se ha instaurado un “gobierno terapéutico”, desde el cual se incrementan las peticiones de evidencia y se acude a profesionistas de salud mental y expertos en víctimas de tortura para avalar la veracidad de los testimonios y de las evidencias presentadas por los solicitantes de asilo, a quienes se les pide narrar los eventos críticos que los obligaron a salir de su país, reviviendo los acontecimientos de violencia y el daño causado mediante descripciones a detalle del sufrimiento por el cual solicitan la protección. Se somete a la persona solicitante a revivir el trauma por medio de la narración pormenorizada, es decir, la exploración del pasado de la persona solicitante cumple una función institucional al evaluar la historia y la credibilidad de la persona solicitante para así justificar la aprobación del estatus como refugiado (Fassin & d'Halluin, 2007).

En relación a la conceptualización de las prácticas de crianza y cuidados como “acciones que se orientan a garantizar la supervivencia del infante, a favorecer su crecimiento y desarrollo psicosocial, y a facilitar el aprendizaje de conocimientos que permita al niño reconocer e interpretar el entorno que lo rodea” (Triana, 2010: 936) y del cuidado como “un proceso orientado a gestionar y mantener cotidianamente la vida y la salud, el bienestar físico y el emocional de los cuerpos” (López y Zapata, 2016: 242), la clasificación de los padecimientos percibidos y la identificación de los modelos de atención a los procesos de salud/enfermedad a los que las madres recurren al detectar un problema de salud, se logró un acercamiento a las especificidades y la variedad de las necesidades de la infancia y adolescencia migrante no solo para procurar su desarrollo integral sino para su supervivencia.

Al ser acciones específicas que vemos desempeñadas por las madres migrantes en el día a día para procurar la salud de sus hijos e hijas, se observa que las madres de hijos con padecimientos graves, por ejemplo, con alergias, los van instruyendo en cuanto al conocimiento de los alimentos y cosas que les hacen daño. Por otro lado, las madres cuyos hijos tienen padecimientos mentales, se preocupan por su bienestar psicológico y su estabilidad emocional, procurando alejarlos de los factores estresores.

Es importante aclarar que, aunque la totalidad de las madres en movilidad hablaron de circunstancias violentas como causantes de su emigración y describieron sus trayectos como experiencias traumáticas, que no volverían a repetir e inclusive no recomiendan. Fue

interesante el énfasis que algunas de ellas pusieron al nombrar y destacar padecimientos mentales que sobrepasan la experiencia común. Así pues, la violencia sí es un continuum en las experiencias de movilidad de las mujeres que viajan con niños, niñas y adolescentes, sin embargo, hay quienes viven la violencia de manera exponencial, además de eso la identifican, le ponen nombre y buscan una solución para enfrentarla.

VI. ANÁLISIS. TIPOS DE PRÁCTICAS MATERNAS DE CUIDADOS A LA SALUD DURANTE EL ATRAPAMIENTO EN TIJUANA

El objetivo de este capítulo es analizar las prácticas maternas de cuidados a la salud a partir de una tipología de prácticas maternas de cuidados a la salud, la cual permite ahondar en las acciones que las madres migrantes centroamericanas llevan a cabo al estar pendientes de la salud de sus hijas e hijos durante el atrapamiento en el tránsito por Tijuana.

El capítulo está dividido en tres apartados, en el primero se habla del ejercicio de la maternidad, vislumbrado a través de las labores de cuidados a la salud durante la migración y la percepción de los padecimientos como “asuntos maternos” que se reproducen en la movilidad y que, sirven de manifiesto del accionar de las mujeres ante las condiciones adversas e inciertas que envuelven la experiencia de migrar. En el segundo apartado se identifican las principales posibilidades de cuidados que tienen las madres para sus hijos e hijas durante el trayecto migratorio (incluido el tránsito y los atrapamientos). En tercer apartado se analizan las prácticas maternas de cuidados a la salud en base a una propuesta tipológica que considerando seis factores intervinientes (vulnerabilidad en salud, necesidad de atención biomédica, redes de apoyo, recursos económicos, estrategias y conocimiento socioespacial) y los obstáculos/oportunidades en el desarrollo de cada tipo de práctica.

A lo largo de la revisión teórica sobre las maternidades, se ha hecho énfasis en que las concepciones más actuales sobre crianza y cuidados apuntan a que son prácticas no exclusivas de las mujeres. Por otro lado, en las narrativas de las mujeres entrevistadas, el dato empírico reveló que en el entorno en que se desenvuelven las mujeres centroamericanas, acciones como cuidar, proteger y hacerse cargo de los hijos e hijas son tareas adjudicadas socialmente a las mujeres y que ellas han asumido en contraste con las tareas desarrolladas por los hombres, como si fueran parte de su rol o su destino. Las tareas domésticas y reproductivas no son percibidas como impuestas, sino que están naturalizadas e interiorizadas. En atención a lo observado a lo largo de la tesis se recurre al término “prácticas maternas de cuidados a la salud”.

Se hablará de tipos de prácticas maternas de cuidados a la salud durante el atrapamiento, mostrando las experiencias de las madres migrantes centroamericanas enfrentando los

problemas de salud de sus hijas e hijos, tomando en cuenta los padecimientos que la mujer identifica en los niños, niñas y adolescentes que se movilizan junto a ella y lo que considera “salud”, es decir, lo que hace para que los niños, niñas y adolescentes estén sanos, ya sea prevenir enfermedades o exacerbaciones de padecimientos existentes, conservar la salud, incrementarla o recuperarla cuando se pierde.²³

6.1 Migrar y maternar en la adversidad. La percepción de los padecimientos y las labores de cuidados a la salud y como asunto materno en la movilidad

En los capítulos de resultados que anteceden al presente se ha hablado sobre las madres de Honduras, Guatemala, El Salvador y Nicaragua en búsqueda de protección internacional, ellas ejercen la maternidad durante el tránsito y la espera que implican los atrapamientos, priorizando los aspectos del cuidado de las infancias y las adolescencias migrantes en cuanto a lo que ellas consideran más fundamental o urgente (además de la certidumbre de su status migratorio, que se resume en la salvaguarda de sus vidas) que es el bienestar de sus hijos e hijas, un bienestar enfocado en lo inmediato, la salud.

Entre sus prioridades se destaca la situación migratoria, la cobertura de las necesidades básicas (techo, comida, vestido) y la preocupación por sus hijos no sanos; aquellos que presentan alguna complicación de salud, ya sea física o mental. En un estudio sobre cómo los pobladores de una comunidad rural experimentan la salud y la enfermedad, Castro (2000) menciona que, dada la dificultad de sus circunstancias como sujetos viviendo en condiciones precarias, en el orden de sus prioridades está primero lo urgente/esencial y luego todo lo demás que pueda esperar. El autor también menciona que, las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad temen más la enfermedad, ya que tienen poco o nulo control sobre su vida y sus circunstancias.

Las madres migrantes se encuentran en condiciones limitadas y liminares, ellas tienen temor de que sus hijos se enfermen en los espacios transitorios/lugares de espera que habitan previa la llegada a su destino, temen también que la situación de salud de sus hijos con padecimientos

²³ La clasificación de los padecimientos en: epidémicos, leves, crónicos, mentales y complejos se apega a los discursos elaborados por las participantes y se distinguen con base en las necesidades y problemas de salud percibidos por ellas. La identificación de padecimientos por parte de las madres ha servido de referente para el análisis de las entrevistas.

que anteceden a su movimiento migratorio se agrave, y al mismo tiempo viven preocupadas por su situación migratoria (el avance o estancamiento de sus procesos de asilo). Asimismo, las experiencias de las mujeres e hijos emigrando en circunstancias adversas y enfrentando un cúmulo de vulnerabilidades, están atravesadas por estresores (violencias, traumas) a lo largo del trayecto que impactan el ejercicio de la maternidad.

6.2 Las principales prácticas maternas de cuidados a la salud a niños, niñas y adolescentes en el tránsito y el atrapamiento

Los cuidados a la salud que refieren las madres centroamericanas y que hacen alusión a sus procesos migratorios, tuvieron eco en ciertos temas que fueron codificados en la etapa del análisis, tales como: la atención en salud, el Covid-19, las enfermedades, los cuidados tradicionales, la alimentación y la higiene, los controles médicos, los medicamentos, la salud mental, así como el papel de las organizaciones pro migrante, el (des)conocimiento de sus derechos y la portabilidad o no de documentos. Esto para conocer a dónde o a quiénes acuden las madres migrantes en busca de resolver sus problemas de salud, cómo expresan las distintas necesidades de atención para ellas -durante el embarazo- o para sus hijos (ir a revisiones médicas, hacerse estudios de laboratorio, radiografías, chequeos, tener consultas de seguimiento del embarazo o de una enfermedad previamente diagnosticada, ultrasonidos), cuáles son los fármacos que las madres traen consigo, compran, requieren o les son recetados, qué tanto hacen uso de las medicinas tradicionales, remedios locales o populares, si recurren a parteras o sobadores e inclusive a la automedicación. Asimismo, dan una idea del impacto del virus SARS-Cov-2 en la vida de las personas migrantes, tanto en sus búsquedas de salud física y mental como en sus procesos de asilo.

En este apartado se enuncian las principales prácticas de cuidados a la salud ejercidas por las madres migrantes en el tránsito y el atrapamiento, así como las formas de acceso a los servicios de salud.

Pese a las dificultades en la salida del país de origen, las barreras de salud, las circunstancias adversas del camino y las condiciones precarias en los distintos atrapamientos que conlleva el tránsito actual de las personas en movilidad por México, las mujeres hicieron notar algunas

estrategias y prácticas que llevan a cabo para cuidar la salud de los niños, niñas y adolescentes que las acompañan en el camino. De manera general, se encontró que:

- a) **Realizan acciones preventivas en la medida de sus posibilidades**, por ejemplo, procuran mantener la limpieza de su espacio, la higiene personal de los niños y las niñas, así también tratan de conseguir alimentos nutritivos, suplementos o vitamínicos para evitar que sus hijos se enfermen, lo cual logran mediante la solicitud ante alguna asociación humanitaria, la recepción de una remesa familiar o la compra de insumos haciendo el gasto de su bolsillo.

“Pues fíjese que, gracias y bendito sea mi dios, no se me enfermaron mis niños, porque yo les daba, trataba de que comieran cosas tal vez no al 100% vitamina, pero verduras, frutas, comidas así, caldos y todo fue eso” (Lupita, Guatemala, viajó con sus tres hijos).

“B: ¿Y cómo atienden su salud acá? J: Bueno, por ejemplo, yo para proteger a mi hija le lavo bien sus cobijas y sus almohadas y me aseguro que donde va a estar ella esté limpio, y sobre todo que ella esté bien; si va a comer, lavarse las manos, lavarse los dientes, ponerse pilas y hablo acerca de ella (...)” (Jimena, Honduras, viajó con su única hija).

Lupita y Jimena son mujeres que hablan de su maternidad en términos de prácticas, al performar actos de protección y previsión, ellas hacen uso de los recursos que tienen a su alcance para conservar la salud de sus hijos. Ambas comparten ciertas condiciones como haber transitado por México, sin pareja o redes familiares, sin recursos económicos y sin conocer los lugares o los procedimientos de asilo. Se enfocaron en estar al pendiente de dos aspectos esenciales de la vida que son el vestido y la alimentación. No obstante, las experiencias de cuidados son de alguna manera distintas cuando se toman en cuenta los tiempos de espera en el tránsito, la fecha de salida del país de origen y de entrada al destino. Para Lupita y su familia el trayecto migratorio tuvo una duración total de tres meses y una semana, mientras que el de Jimena y su hija estuvo atravesado por factores estructurales-políticos y sanitarios (medidas de contención y el cierre de las fronteras a causa de la pandemia), que alargaron su espera por más de un año y medio, por lo cual las acciones de prevención que podía realizar no serían suficientes para mantener a su hija exenta de enfermedades²⁴, considerando además del factor del tiempo, el factor espacial, ya que en los albergues la población es vasta y fluctuante.

²⁴ En el tiempo que estuvieron “atrapadas” en Tijuana, la hija de Jimena presentó varicela y ambas fueron contagiadas de Covid 19.

- b) **Observan los cuerpos y comportamientos de sus hijas e hijos**, ellas han encontrado que escuchar sus voces, observar sus expresiones corporales e inclusive prestar atención a sus imaginaciones, sueños y pesadillas son medidas para conocer su estado de salud y a partir de ahí, detectar alguna necesidad de salud que requiera atención. Para ellas, que los conocen de toda la vida, esos son indicadores de cambios e inclusive alertas sobre algo que los está estresando, preocupando, haciendo daño y hay que atender.

Un testimonio que ilustra este punto es el de Rosi, una mujer de 30 años que salió de El Salvador desde el año 2019 con una sobrina de tres años y su hija de nueve. Al igual que otras madres en situación de atrapamiento en el tránsito, ella expresa una preocupación por el estado de salud de su hija, ya que en el tiempo que han estado fuera de su país, no han tenido acceso a una buena alimentación ni revisiones médicas o exámenes de laboratorio.

“Cuando me retornaron a Matamoros, mi niña siempre siguió enfermándose, porque tengo ese problema con la alimentación con ella, que es bastante complicada. No sé por qué me desecha muchos alimentos y debido a eso, mi niña tiene pues un desarrollo muy malo, porque va a cumplir nueve años ya el martes, como le decía, pero mi niña se ve como si tuviera cinco, se ve muy quebrantado su color, se ve muy delgada. Siempre la he tenido baja de peso, hoy estoy preocupada con su hemoglobina ¿cómo estará?” (Rosi, El Salvador, madre soltera, viaja con dos niñas: su hija y su sobrina).

Se ha hablado de que México ha dejado de ser país de tránsito para ser país de destino. A pesar de que el Estado mexicano ha firmado tratados internacionales en materia de derechos humanos y ha emitido planes nacionales para la atención de las personas en movilidad, aún no cuenta con acciones específicas para la atención de la población migrante que se encuentra en territorio nacional, ni siquiera de aquellas que han sido devueltas por el gobierno de Estados Unidos como parte de los acuerdos políticos entre ambos países.

- c) **Aumentan las precauciones según sea la conformación de la unidad familiar** y las características de los integrantes del grupo en el trayecto migratorio; es decir, se requiere poner más atención a los cuidados cuando se viaja sin pareja (hombre adulto), al viajar con bebés y/o con niñas (hijas o sobrinas mujeres). Una previsión que toman las madres migrantes es buscar albergues que acepten familias o solo mujeres con niños y niñas, de preferencia lugares donde no predominen los hombres o las personas usuarias de alcohol o drogas, -medida que toman también en caso de alquilar una vivienda compartida-.

En el siguiente fragmento de entrevista, habla Ana, una mujer salvadoreña de 28 años que viajó embarazada, con su esposo y una hija de seis años. A pesar de haber hecho el viaje en estado de gestación, resulta interesante la manera en que expresa que un adulto, no importa la condición en que se encuentre, es capaz de sobrellevar los estragos del camino y responsabilizarse de sus decisiones, pero el hecho de viajar con bebés demarca un grado de vulnerabilidad mayor.

“Pues yo creo que todo está en que, desde que uno sale, que uno tenga fijado hacia dónde va, pues los niños a lo mejor. Yo por mi parte si hubiera tenido un bebé no hubiera salido, porque sí es más complicado con un bebé, pues creo que uno es el principal, el responsable, sabe a lo que se atiene” (Ana, madre salvadoreña, viajó embarazada con su esposo e hija).

Por otro lado, está el hecho de que su esposo y ella hicieron el viaje con una hija en edad escolar, basados en la idea de emprender el camino en pro de su hija. Una ventaja señalada por las madres que viajan con niños y niñas mayores de cinco años es poder caminar y, de ser necesario, correr o mantenerse en silencio para esconderse. Además, los niños en esa etapa de crecimiento no requieren de una alimentación en especial y prescinden de una mochila extra, la cual en el caso de viajar con bebés estaría cargada con artículos particulares como cambios de ropa, pañales, toallas húmedas, papilla, leche de fórmula, pomadas, entre otros. Los recién nacidos requieren ciertas vacunas, revisiones y controles médicos.

Asimismo, fueron enunciadas ciertas desventajas al viajar con niños y niñas menores de tres años como la lentitud del viaje porque a esa edad dan pasos cortos, se cansan y se distraen con facilidad, así que es necesario cargarlos para avanzar a mayor velocidad, pero eso produce más cansancio a la madre, es pesada la carga física y mental sobre la responsabilidad de ir cuidando a un ser humano más pequeño y vulnerable, que se desespera y enferma. El trayecto se torna pesado en cuanto al cansancio del camino, la imposibilidad de dormir de corrido o las necesidades de los niños de pasar con frecuencia al baño. Migrar con niños puede representar que se cierren las puertas a opciones laborales, que al hacer algún trámite de oficina no haya dónde o con quién dejarlos.

- d) **Asumen las labores de cuidados como parte de roles genéricamente asignados.** Los cuidados que brindan las madres migrantes a sus hijas e hijos corresponden a las concepciones sexo-genéricas tradicionales, inclinadas hacia la división sexual del

trabajo²⁵, contrarias a las consignas teóricas actuales acerca de la corresponsabilidad de los cuidados en los niveles macro, meso y micro, mencionadas por Comas-d'Argemir (2019), Ierullo (2015) y Palomar (2007).

Al hablar de las labores de cuidados, las mujeres entrevistadas hicieron referencias a este aspecto dicotómico en los roles familiares; alusiones al rol de cuidar, marcando la diferencia entre cómo cuida una mujer y cómo lo hace un hombre, asumiendo que el cuidado corresponde a ellas y naturalizando la responsabilidad de la tarea, al enunciar que: “uno tiene sentido de resguardar a sus hijos”, “siempre una está con sus hijos” o “uno de madre atiende de manera adecuada a sus hijos...porque mayormente el papel de cuidar lo hace la madre”. En dichas formas de narrar la maternidad se observa la manera en que se conservan los roles de crianza y del ser madre en la movilidad.

El testimonio anterior, puede ser complementado con el de Josa. Ella y su familia nuclear llegaron a Tijuana en plena pandemia, por lo cual, al buscar protección internacional, se encontraron con una frontera cerrada para los cruces no esenciales, entre ellos las solicitudes de asilo. De su espera en el albergue Espacio Migrante, ella narra la división de tareas acordada con su pareja: a ella le correspondía el cuidado de sus ahora dos pequeños dentro del albergue y a su esposo, realizar las gestiones alusivas al procedimiento de petición de asilo a los Estados Unidos, las cuales constan de salidas al espacio público e interacción con diversos actores.

“Pero ahí estamos en eso, primero Dios, estamos pendientes. A él le están pidiendo unos papeles de alguien que nos pueda recibir allá. Él sabe lo que está haciendo. Haga de cuenta que yo me concentro más en lo del niño, de estar cuidándolos a ellos. Él de esas cosas, pues él anda en eso. A veces yo no le pregunto nada porque ya ve usted que no hacemos muchas cosas aquí, pero por no estresarlo de esa manera, porque como le digo nosotros hasta traumatizados estamos, nos estamos desesperando mucho” (Josa, El Salvador).

En el discurso de Josa, es posible notar que las mujeres migrantes han interiorizado el discurso patriarcal sobre los mandatos de género, el reparto de roles, las ideas romantizadas y tradicionales en torno a la maternidad, en tanto la diada esencialista madre-esposa al asumir que, hay prácticas y comportamientos exclusivos para las mujeres. Es así como asume que son más importantes, más difíciles y estresantes las labores que desempeña el marido, ante lo cual ella calla el estrés que le genera cuidar de un niño recién nacido y de su hijo de tres años, quien

²⁵ <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/division-sexual-del-trabajo>

además presenta complicaciones respiratorias y para alimentarse, debido a que nació con labio leporino y paladar hendido.

- e) **Priorizan la atención de los hijos e hijas antes que la propia** y hacen mayor uso de los servicios de atención médica que está accesible en términos de gratuidad y cercanía, ya que la mayoría de ellas no cuentan con fuentes de ingreso (ni trabajo ni apoyo económico o familiar), no conocen la ciudad y el acceso al transporte les implica un gasto significativo.

“A: Sí, sí me enfermó, pero de la gripe, nomás B: ¿Y cómo la atendieron de la gripe? A: Como cada martes llegaban los médicos, a ellos les pedía como medicina, porque sí le dio bien fuerte, quizá si hubiera existido el coronavirus hubieran dicho que era eso, se ponía cansada del pecho, pero porque a ella tiernita le dio bronquitis, entonces una media gripe se le pone bien escandaloso, pero no más es como unos dos días, después se le tranquiliza, pero cuando ella empieza se le oye bien cansado el pecho y le dio una fiebre bien fuerte, pero le dieron medicina porque según era infección. Si uno ve que es algo de gravedad sí le ayudan, si uno necesita baja ahí donde están las oficinas y le dicen qué necesitan, siempre había como solución. Pues yo me las ingeniaba para cuidarla y que le pasara más rápido, así nada más dos días, que no me dejó dormir, pero rápido se compuso” (Ana, El Salvador, viajó embarazada con su esposo y su hija).

Siguiendo la historia de Ana y trayendo a colación los estudios de Andersen y Menéndez, es interesante que la madre es la primera persona en detectar el padecimiento, en este caso la gripe, y aunque lo asume como un padecimiento menor, juzga que necesita atención. Por lo cual, recurre a la atención biomédica que brindan los voluntarios de las brigadas en el sitio donde ella y su familia se estaban albergando.

Cabe señalar que, al enfatizar ciertas frases como “según era infección” o “le hubieran dicho que era el coronavirus” en el discurso de los médicos que la atendieron, hay un dejo de desconfianza sobre el diagnóstico y el tipo de consultas que brindan. En este orden de ideas, otras madres han descrito las revisiones médicas que se llevan a cabo dentro de los albergues como muy superficiales e inclusive han mostrado inconformidad con la recepción de recetas sin los respectivos medicamentos, de recibir medicinas caducas o en su percepción, poco adecuadas (les ofrecen miel en lugar de medicina alópata). En contraposición, como es en el caso de Ana, han expresado el conocimiento que ellas como madres tienen de la sintomatología de sus hijas e hijos, el cual han ido adquiriendo a lo largo de los años. Así también se recupera del testimonio, el ingenio en los cuidados, el propio empeño de la madre para mantenerse despierta y haber asumido el cuidado de la hija enferma, a pesar de estar embarazada y

cohabitar con su esposo. Estas son prácticas que dan cuenta del ejercicio de la maternidad y la intensidad de los cuidados cuando se presenta un problema de salud a nivel familiar, que implican sacrificios de parte de la madre-esposa como renunciar al descanso o estar expuesta al contagio.

- f) **Acuden a las organizaciones de la sociedad civil**, entre otras cosas, para atender los problemas de salud. Las organizaciones pro migrante en particular, son actores sociales (albergues, asociaciones civiles nacionales o binacionales, agencias internacionales de labor humanitaria) que proporcionan algún tipo de ayuda a las personas migrantes y refugiadas.

Dichos apoyos consisten en recibir asesoramiento legal, insumos de higiene personal y limpieza, alojamiento, alimentación, vestido, ayuda psicológica, atención médica, apoyo o acompañamiento para el ingreso a una instancia de salud, comedores comunitarios, espacios para la recreación y el estudio de niños, niñas y adolescentes mediante iniciativas educativas, préstamo de libros, e inclusive apoyo para ingresar a escuelas u obtener un empleo. Así pues, cumplen un rol fundamental para hacer garante los derechos de las personas en movilidad.

Las madres acuden a estas organizaciones porque les generan confianza, son cercanas en cuanto a distancia y trato. En las Casas migrantes y otros albergues, las organizaciones acuden a brindar pláticas sobre derechos humanos y diversos talleres, entre ellos sobre nutrición y prevención de las enfermedades de los niños. Las agencias internacionales también suelen ser un soporte importante, sobre todo para quienes comienzan sus trámites de refugio en México, ya que les proveen de ayuda humanitaria que las madres utilizan para continuar el camino seguras.

La situación de las personas alojadas en albergues de Tijuana es una espada de doble filo. Por un lado, al estar cohabitando con otras familias están expuestas a enfermedades contagiosas y por el otro, a diferencia de los migrantes que se encuentran en las calles, en hoteles o en viviendas de alquiler, cuentan con la posibilidad de ser atendidos por brigadas médicas visitantes, recurrir a consultas médicas gratuitas o de bajo costo, ya sea, en las clínicas que atienden específicamente a la población en movilidad o por medio de organizaciones, médicos voluntarios o convenios entre las agencias humanitarias y algunos centros clínicos de la ciudad -particulares o estatales-.

En el siguiente testimonio habla Cris, una mujer hondureña de 33 años. Ella salió de su país en el 2020, huyendo de su esposo, solamente pudo llevar consigo a la menor de sus cuatro hijos. Ella relata cómo desde los albergues se gestionan visitas médicas e inclusive ciertas vacunas para la atención, la prevención y no propagación de ciertas enfermedades.

“Aquí sí hemos venido a enfermarnos, prácticamente yo llevo todo el tiempo con gripa, tos, dolor de cabeza. La niña incluso ahorita está enferma con gripa y tos y la enfermedad de los ojos que siempre le sale a los niños, esa también le está pegando. Incluso, una parte la he automedicado yo, pero le he pedido la información al médico que está en la farmacia y de Prosalud, y otra, que vienen también acá del Espacio migrante, y de ahí nada más. Incluso ayer nos vinieron a inyectar para lo de la influenza” (Cris, Honduras, separada, viaja con una hija de siete años, en su país están sus tres hijos mayores).

Ante la dificultad de acceder a servicios biomédicos formales las madres migrantes se orientan hacia la atención biomédica fragmentada proporcionada en casas del migrante, albergues y organizaciones civiles brindadas por personal de salud voluntario de ambos lados de la frontera, así como acuden a las farmacias, recurren a la autoatención y formas tradicionales o populares. Entre los sitios reconocidos por las mujeres como facilitadores de atención en salud destacan las casas de migrante -refugios, albergues-, organizaciones de la sociedad civil o agencias humanitarias de cooperación internacional. Éstas les proporcionan apoyo médico, canalización a instancias gratuitas de atención física o psicológica, apoyo económico para solventar los gastos en clínicas particulares con quienes tengan acuerdos o en la Cruz Roja. Algunas de las instancias mencionadas por las madres migrantes centroamericanas fueron: Prevecasa, Prosalud, Médicos sin fronteras, la clínica Justicia en Salud operadas por médicos voluntarios y las parteras fronterizas como parte la organización *Refugee Health Alliance*, las casas del migrante, Al Otro Lado, *Immigrant Defenders*, ACNUR, OIM, HIAS, UNICEF y *Save the Children*.

Fotografía 5. Clínica Justicia en Salud- Parteras fronterizas, 17 abril 2021



Captura por: Benelli Velázquez

Diversos estudios sobre migración y salud han evidenciado que, las y los migrantes tienen preferencia a los servicios de atención a la salud de las casas del migrante antes que las instancias formales o gubernamentales, ya que están accesibles físicamente, son gratuitos, no se les exige documentación ni les niegan la atención como suele suceder en los nosocomios de la secretaria de salud mexicana, permeados además por un ambiente de discriminación y xenofobia.

- g) **Hacen una búsqueda intencionada del servicio biomédico formal para atender situaciones crónicas o urgentes**, aunque signifique un costo económico o un afrontamiento con el sistema de salud mexicano o custodios de la seguridad pública.

Las mujeres recurren a la atención biomédica en las instancias formales o gubernamentales, en tres situaciones; cuando hay una emergencia (por ejemplo, la atención de un parto o del recién nacido, crisis de asma, ataques epilépticos...), una situación de salud crónica, o cuando la persona tiene acompañamiento por un/una voluntario/a de una organización de la sociedad civil nacional o binacional o es canalizada por medio de una instancia nacional o internacional (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Asylum Access, Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR).

Zuleiha, una mujer hondureña de 45 años fue testigo de las falencias del estado mexicano para garantizar el derecho a la salud de las personas en movilidad. Si bien la hija con la que viajaba se encontraba sana, su esposo tuvo complicaciones graves de salud durante su estancia en México, que duró del 2018 al 2021, periodo en el que vivieron en Tabasco y Tijuana. Él padecía de presión arterial alta y constantemente requería atención médica hospitalaria, la cual buscó de manera independiente, no sin encontrarse con barreras burocráticas y elevados costos. A pesar de contar con seguridad social y documentos que acreditaban su estatus regular, fue hasta que ingresó a un albergue con su familia cuando logró acceder a una atención adecuada, ya que contó con el apoyo de organizaciones que los ayudaron con las cuestiones médicas en Tijuana y con el trámite de Parole humanitario para ingresar a los Estados Unidos y solicitar desde adentro el asilo, lo cual fue posible debido a la gravedad de su estado de salud.

“Fíjese que, si nosotros no hubiéramos llegado a Espacio migrante, si nosotros no hubiéramos llegado a esa organización, solo Dios sabe lo que le hubiera pasado a mi esposo. Porque él estuvo yendo al Seguro y nunca le dieron solución de la presión, siempre le mandaban a hacer exámenes, solo por encima y nunca le encontraron nada y gracias a Dios cuando nosotros entramos en Espacio migrante, ellos se hicieron cargo. Bueno, la primera vez que yo fui a la Cruz Roja, Espacio migrante o sea la OIM, se hicieron cargo de pagar todo eso; ellos me facilitaron taxi, dinero para la comida, el medicamento para mi esposo, el pago de la Cruz Roja, que en esos días no sé si fueron siete mil u ocho mil pesos que tuvimos que pagar ahí, en exámenes y todo lo demás. Y fíjese, que estando nosotros ahí en la clínica de Espacio Migrante, me lo han atendido mejor que en el propio Seguro” (Zuleiha, Honduras, viajó con su esposo y su hija adolescente).

Se ha documentado que, las personas en tránsito irregular por México desconocen que son portadoras de derechos, esto sumado a factores económicos y culturales inciden en que no acudan a los servicios formales de atención en salud. El testimonio antes citado, da cuenta de que inclusive quienes solicitan atención médica con los documentos en mano, se enfrentan con negativas, postergación de la atención, falta de empatía y discriminación en los servicios estatales. Lo cual no hace gran diferencia entre migrar de forma segura, regular y ordenada como dicta el pacto de Naciones Unidas, sino que las deficiencias del aparato estatal mexicano frente a las personas migrantes aumentan su vulnerabilidad e impacta en sus proyectos de vida, ya que, si bien la familia aludida contaba con la posibilidad legal de hacer una vida en México, las condiciones estructurales y la negación de derechos los llevaron a buscarse la vida en el país del norte.

En resumen, los cuidados generales de la infancia dejan ver que, en las mujeres hay una prioridad sobre el cuidado de los cuerpos de los demás, en este caso los niños, niñas y

adolescentes que las acompañan, que la valoración de su estatus como madres se basa en el bienestar de ellos y en el contexto precario en que se encuentran (inmovilidad), expresar preocupación o enlistar las falencias que identifican es un signo de ser buena madre.

Al igual que en el estudio entre mujeres mexicanas de la Ciudad de México, desarrollado por Bojórquez y sus colegas, en el cual se sitúa la experiencia corporal en el contexto de la maternidad y se encuentra que, el cuerpo de los hijos es visto por las mujeres como prueba de su éxito como madres (Bojórquez, et al. 2014). Las madres migrantes también guiaron sus intervenciones en la entrevista hacia el cuidado del cuerpo de sus hijos e hijas.

La experiencia de las mujeres y sus nociones sobre el cuerpo permite observar lo significativo del cuidado del cuerpo propio y los cuerpos de los demás como producto del ejercicio de la maternidad. El cuidado al cuerpo de “los otros”, es parte de “proyectos de maternidad”, en los cuales el cuidado y cultivo de los cuerpos de los hijos e hijas es considerado prioritario y precede al cuidado de las mujeres sobre sí mismas, sobre sus propios cuerpos, lo cual refuerza los estereotipos de género de las mujeres como cuidadoras (Bojórquez, et al. 2014: 1128).

En los fragmentos de entrevista analizados y siguiendo con las aportaciones de Bojórquez y sus colegas, se observa que, el cuerpo de las infancias es un marcador del buen o mal ejercicio de las maternidades; que los hijos e hijas muestren cuerpos pálidos, bajos de estatura o delgados, es decir, al margen de lo estéticamente ideal, es expresión de una falencia en la inversión de esfuerzos y recursos para mantener saludable a la niñez, y aunque el deterioro en los cuerpos de la infancia sea producto de la experiencia migratoria, afecta la presentación de la mujer en una red de relaciones, exponiéndola al juicio social sobre si es buena o mala madre, y posicionándola en una situación de vergüenza por no haber cuidado esos otros cuerpos de los que está a cargo (Bojórquez, et al. 2014: 1125).

6.3 Una propuesta tipológica para el análisis de las prácticas maternas de cuidados a la salud

Un hallazgo importante sobre el ejercicio de la maternidad migrante fue la prioridad reiterativa a la salud de sus hijos e hijas, ante la imposibilidad de cubrir otras áreas de la crianza, por ejemplo, el ámbito educativo o recreativo, a falta de estabilidad residencial, económica y

emocional. Al abordar el tema de la salud, las madres centroamericanas hacían referencia a las acciones de prevención y a problemas específicos de salud presentados en las distintas fases del proceso migratorio.

Otro hallazgo fundamental consistió en la identificación de los diferentes problemas de salud de los niños, niñas y adolescentes y la manera en que son percibidos, enunciados y atendidos por las madres. Al nombrar cada uno de los problemas de salud percibidos en sus hijos e hijas, las madres iban atribuyéndoles cierto grado de gravedad. A partir de esas distinciones, se propuso agrupar las percepciones maternas de los problemas de salud y clasificarlos como padecimientos según la gravedad percibida por la madre: epidémicos, leves, graves o crónicos, mentales y complejos para dar cuenta de la variedad y complejidad de los estados de salud de los niños, niñas y adolescentes en la movilidad.

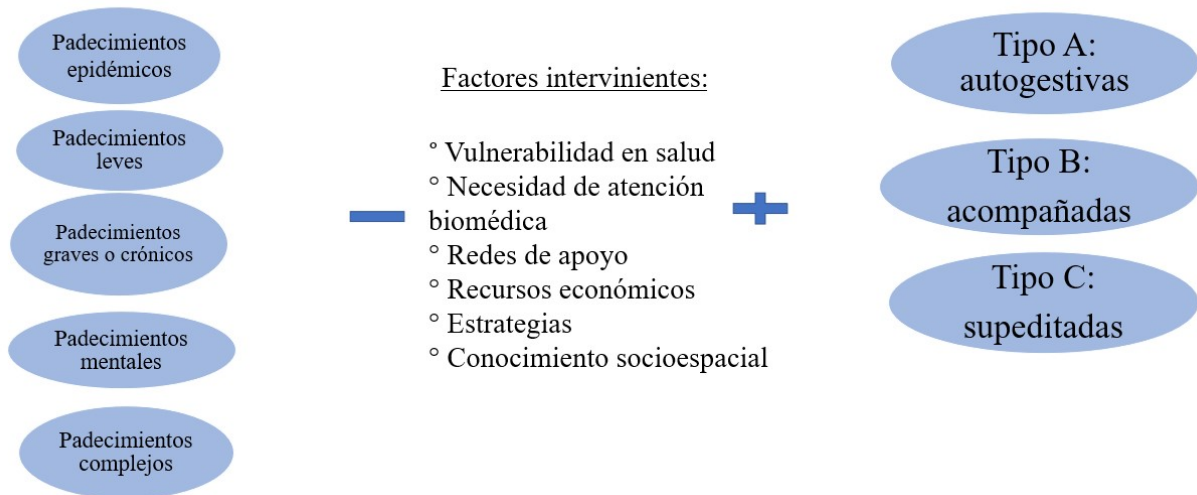
Las experiencias de los padecimientos fueron obtenidas desde el punto de vista de las madres, quienes atienden y cuidan, pero también sufren, se duelen, batallan y son testigos de la pérdida de salud de sus hijos e hijas, así como son intercesoras entre ellos y los médicos, curadores o sanadores. El hecho de distinguir las percepciones de salud que las madres migrantes construyen a partir de lenguajes médicos o no, ayudó a entender el sentido de sus prácticas de cuidado en función del carácter apropiado y/o factible con el que se responde y en función de la gravedad percibida del padecimiento en los niños, niñas y/o adolescentes que las acompañan en el trayecto.

En términos de los resultados antes señalados se elaboró una propuesta tipológica que permite explicar cómo el grado del padecimiento percibido por las madres está relacionado con el tipo de práctica materna de cuidado a la salud. Así pues, se identificaron tres tipos de prácticas maternas de cuidados a la salud, en función de la percepción que tiene la madre sobre el padecimiento de sus hijos e hijas y de la gravedad estimada y acorde con eso, la lleva a tomar acciones: i) autogestivas, ii) acompañadas y iii) supeditadas.

Los tipos de prácticas maternas de cuidado a la salud en la movilidad se analizaron conforme a los siguientes factores intervinientes: vulnerabilidad en salud (la gravedad y clasificación del padecimiento), necesidad de atención biomédica (a qué tipo de modelos de atención recurren), redes de apoyo (involucramiento de otros cuidadores, de médicos, abogados, activistas, pastores...), recursos económicos (recursos monetarios para el pago de consultas, viáticos,

medicamentos...), estrategias de cuidados (observación de la madre hacia el cuerpo, comportamiento, actitudes y emociones de los hijos), y conocimiento socioespacial (información sobre sus derechos, conocimiento de la ciudad, rutas de transporte y los servicios en salud).

Esquema 4. Tipos de prácticas maternas de cuidados a la salud



Fuente: Elaboración propia

En cada tipo de práctica materna de cuidados a la salud existe una diferenciación de los factores intervinientes, según el padecimiento percibido por la madre y la gravedad asignada.

- 1) Tipo A. Autogestivas: son las prácticas maternas de cuidados a la salud ejercidas por las madres, como las principales ejecutoras para gestionar la atención de los problemas de salud de sus hijos e hijas. Consisten en buscar estrategias de solución por sus propios medios y con sus propios recursos para lograr satisfacer y cumplir las necesidades de salud de los NNA que vienen a su cargo. Estas prácticas a menudo reproducen acciones que desarrollaban en sus países de origen, como puede ser recurrir a la medicina tradicional, a la herbolaria o a la automedicación para aliviar los padecimientos.

En las prácticas autogestivas, la agencia femenina sale a flote consciente de las adversidades de su situación durante el atrapamiento en el tránsito, por lo cual, las mujeres afirman que la estrategia de cuidado durante el proceso migratorio es que cada madre se hace responsable de sus hijos e hijas, o en palabras de ellas: “cada quien ve por su santito”, “cada quien está pendiente de sus hijos”, “cada padre se hace responsable de sus hijos”, “cada quien tiene que llevar lo suyo”, “cada una debe estar con sus hijos en el área que le corresponde”. De hecho, al relatar su travesía desde Centroamérica, las mujeres que ejercen una maternidad con esta perspectiva declaran que, cada madre tenía que venir preparada por cualquier situación que surgiera con los niños y niñas.

“Cada quien tiene que llevar lo suyo. Yo iba preparada, llevaba para la niña crema para los raspones, para las llagas, para el estómago. Nosotros traíamos niños. Tenía que venirme preparada” (Rosa, madre hondureña viajando con sus tres hijos y su esposo).

En el atrapamiento, las estrategias de cuidados de algunas mujeres son procurar “no dar molestias” a los demás. Las prácticas maternas de cuidados a la salud de tipo autogestivas, se han identificado entre las madres de NNA con padecimientos percibidos como leves o de salud mental.

Cabe mencionar, que los tipos de prácticas maternas de cuidados a la salud en la movilidad no son opuestos unos con otros, sino que dependiendo de la necesidad de atención y del tiempo que lleve la familia en el atrapamiento, se traslapan en una suerte de escalada para lograr resolver el problema de salud. Por ejemplo, una mujer cuyo hijo o hija presentó un padecimiento leve, lo primero que hace es tratar de solucionar de manera autogestiva, pero si no ve solución o el padecimiento se agrava, buscará el tipo de práctica acompañada y si esta tampoco resulta o el problema es más serio, irá directamente al nivel supeditado de cuidados.

Los padecimientos leves son resueltos con mayor facilidad en comparación con los otros, dada la corta duración, el bajo costo y la menor vulnerabilidad en salud. Al percibir estos padecimientos como menos vulnerables, menos delicados, las madres requieren en menor medida de las redes de apoyo, hacen un uso mínimo de recursos monetarios, humanos y sociales dado que no se necesita acudir a múltiples consultas, exámenes médicos o de laboratorio. En la mayoría de las ocasiones con una pastilla o jarabe basta.

La necesidad de atención biomédica queda a preferencia cultural de la madre, acudir o no a un modelo biomédico, no agravará la enfermedad. Las estrategias desplegadas son

básicamente recordar lo que se hacía en la localidad de origen, ya sea conseguir algún alimento de origen natural, té, pomada o acudir a una farmacia en búsqueda de un medicamento que mitigue las molestias. En términos de tener información sobre el sistema de salud o conocimiento socioespacial, puede ser nula o básica y eso no hace mayor diferencia, ya que las madres han preguntado entre la gente que tienen alrededor para encontrar soluciones cuando lo han juzgado necesario. De hecho, la solución suele presentarse en las mismas coordenadas espaciales en que se encuentra la familia, así que no requieren desplazarse en automóvil o varios kilómetros.

“Y, por ejemplo, si se llegaran a enfermar de diarrea ¿Qué pudieras hacer acá? E: Te compras rapidito estas pastillas tapón, le dicen tapón, no sé cómo le llaman acá, acá son otros nombres, incluso cuando yo compro medicina se ríen, hasta yo le digo “¡eh, sabe!” (risas), para la garganta le doy amoxicilina” (Jimena, madre hondureña)

“B- ¿tú traías algún remedio o algún saber de tu país?, que dijeras: “si a mi niño le duele la cabeza le voy a dar esto”. E. Sí, pues ya ve que la manzanilla, la hoja de laurel para el estómago y también el orégano. B.- ¿y cómo se lo das? E. En té, a mi hija lo que le doy es el ajo. El ajo se lo come así entero para las lombrices, y eso mi mamá le hacía mi mamá (Eli, madre hondureña)

En cambio, los padecimientos mentales son catalogados por las madres como delicados porque alteran el funcionamiento, la calidad de vida y de sueño de los NNA. Son padecimientos que, en voz de las mujeres son considerados prioritarios, pero en las prácticas no se vislumbra una búsqueda apremiante. Los padecimientos mentales se mantienen en observación, se platican al interior del ámbito familiar, o con los psicólogos y médicos voluntarios y solamente en casos extraordinarios se extrapola a la búsqueda de atención biomédica fuera del albergue o, en tiempos de pandemia, mediante terapias por medios digitales.

Las prácticas autogestivas tienen como obstáculos la representación de la propia vulnerabilidad de cara al desamparo, la sensación de no merecimiento de la atención o de resignación ante el contexto abrumador. Y como oportunidades, este tipo de prácticas reflejan un empoderamiento de las mujeres, al demostrar que, a pesar de estar en un contexto alejado y desconocido, pueden ir resolviendo poco a poco y por sí mismas las dificultades de salud de sus hijos e hijas. Lo cual sirve de antesala para cuando se establezcan en el país de destino.

Este tipo de prácticas en el contexto del atrapamiento en la movilidad se podría definir como un accionar desde el abandono político, institucional y social. Al percibir su movilidad envuelta en un contexto de hostilidad, rechazo y discriminación hacia los y las migrantes de

procedencia centroamericana, las madres migrantes optan por un accionar orientado hacia la prevención de las enfermedades de sus hijos e hijas, prevención de medicamentos que amortigüen el malestar y búsqueda independiente de atención en medios fuera de lo institucional o estatal. Si bien hacen gasto de bolsillo, presumiblemente es un gasto modesto. Es un accionar desde lo propio, desde el juicio personal y la valoración del padecimiento.

- 2) Tipo B. Acompañadas: son las prácticas maternas de cuidados a la salud que realizan las madres en compañía del grupo de pares. Es decir, cuando la madre recurre a otras personas migrantes, en igual situación y viviendo el mismo contexto para resolver el problema de salud que aqueja a sus hijos o hijas.

Las prácticas acompañadas aluden a una sensación de compañerismo en el albergue, que es su casa temporal y a una perspectiva colectiva, por ejemplo, las mujeres refirieron haberse mostrado solidarias y consejeras con otras madres con las que compartieron caminos. En el atrapamiento las estrategias de cuidar en colectivo recayeron sobre encargar a sus hijos con sus familiares, amigas, vecinas, con otras mujeres del albergue (connacionales) o confiarlos a los programas de voluntariado.

Las prácticas maternas de cuidados a la salud de tipo acompañadas responden a los padecimientos percibidos como graves o crónicos, ya que requieren de cuidados especiales, acceso a medicamentos específicos y atención médica de urgencia/especializada, tales como las alergias, un accidente con secuelas (caída, golpe) o la atención de un parto. Por ejemplo, ante la llegada al albergue de un recién nacido, las connacionales apoyan a la mamá, las abuelas cuidan de sus nietas y de otras niñas reproduciendo las redes de cuidado en el origen con las familias extensas que en el contexto migratorio no son sanguíneas sino por lazos de empatía. Las amigas cuidan, comparten información, se acompañan en los caminos, aunque ninguna conozca la ciudad o el sistema de salud mexicano, hay una solidaridad entre mujeres que alude a las cadenas de cuidado.

“Me tocó un caso con una amiga que conocí acá y conviví mucho tiempo. Ella estaba en su tiempo, ya le tocaba tener su bebé y no sabían a dónde la podían llevar para que tuviera su bebé porque la mayoría de los lugares le pedían varios documentos. A la hora que ella iba a tener a su bebé, lo tuvo acá, ya casi que para salir del albergue. Y yo me fui con ella a ver quién los atendía porque necesitaban quién los atendiera porque no había nacido en el hospital. Anduvimos por muchos lugares y nos dijeron que no, que no la podían atender, nos pedían documentos y así. Insistimos todo el día. Anduvimos de taxi en taxi por varios lugares, nos

fuimos hasta Rosarito y no nos quisieron atender, luego fuimos a -no me acuerdo cómo se llama el lugar donde sí nos atendieron-, pero fue porque un doctor vio al bebé y dijo que él necesitaba atención, porque ya su ombligo se le estaba infectando. Yo anduve todo el día con ella y con la bebé, ella andaba con un dolor que no aguantaba, desde las ocho de la mañana hasta las seis de la tarde. Y cuando llegamos ahí donde la atendieron, el guardia fue el que nos había regresado como dos veces, pero como ya le llamaron, y él nos dejó pasar y le dijeron a él que ¿por qué no nos había pasado desde la mañana que llegamos? Entonces ya cuando llegamos la enfermera también nos estuvo esperando que llegara la licenciada y cuando llegó la doctora le dijo que ¿por qué no nos había pasado? Que era un caso de emergencia. Al bebé lo tuvieron ocho días en observación porque sí se le infectó la sangre. La muchacha estuvo tres días y luego yo la fui a traer, fue muy difícil ver todos esos rechazos. Es bien difícil estar acá y no tener una atención rápida y segura” (Kim, Honduras, testigo de violencia obstétrica).

Cuando el modo autogestivo no funciona y la salud de los niños va empeorando, las mujeres acuden a la ayuda entre pares, es decir buscan el apoyo en otras personas migrantes, casi siempre connacionales que conocen en el albergue. Así se observó en el relato de Kim. Ella acompañó a una amiga a buscar atención postparto de emergencia que terminó en un caso de violencia obstétrica. A pesar de llegar a los hospitales con una emergencia visible, las mujeres fueron víctimas del rechazo por parte de los empleados en el primer nivel de atención: los guardias de hospital. Los motivos del rechazo era no portar documentos y la exclusividad de atención a enfermos de Covid-19. Sin conocer la ciudad y tener pocos recursos económicos, las mujeres se trasladaron con sus propios medios de hospital en hospital, hasta que un médico evaluó la situación y avaló el derecho a ser atendidas. El retraso en la atención fue de por lo menos 10 horas, entre que la mujer juzgó que requería la atención y el personal del hospital cedió.

De acuerdo con Collado (2014), el proceso de atención prenatal-resolución del embarazo, incluye consultas y controles prenatales donde se le debe ofrecer a las mujeres embarazadas servicios integrales de atención y prepararlas para detectar signos de alarma con respecto a las complicaciones que se pudieran presentar y el conocimiento sobre los momentos oportunos para buscar la atención del parto. En el relato de Kim, se presume que no hubo atención prenatal correspondiente y, además, al no tener información sobre sus derechos no buscó asistencia médica, ya que como señala Graciela Freyermuth (2014), las personas inmersas en una estructura evidente de desigualdad internalizan las inequidades y su condición de subordinación. En el ejemplo aludido se denota que las mujeres recibieron rechazo por parte del personal del hospital, a pesar de los alegatos, las súplicas y que era un evidente caso de urgencia médica.

Otro ejemplo de prácticas acompañadas es el de Daisy, una mujer que enviudó a causa de la violencia en Honduras y huyó de su país con una hija de 18 meses. Al momento de la entrevista la niña tenía tres años y, llevaban 23 meses entre el trayecto y los atrapamientos, con experiencia de seis citas en la Corte estadounidense y siete días de estancia en las hieleras. En el camino le robaron sus documentos, entre ellos, el certificado de vacunación de su hija. La falta de papeles le cerró las puertas en los centros de salud mexicanos. Sin la opción de recurrir a la atención formal y estatal, las alternativas que le quedan como madre soltera, extranjera, sin documentos ni recursos fueron acudir a las redes de connacionales y personas de los albergues.

“la niña sí se me puso bien mal, se me enfermó y ningún medicamento me le caía bien. Pasó tres días sin comer ni tomar agua, hasta que una señora le dio un poquito de agua y no sé qué, y ahí sí se mejoró. B: ¿Y la señora que le ayudó, de dónde la conocía? DN: O sea, la señora no la conocía (ríe), sino que otra que yo le fui a preguntar, una que también era de Honduras, que ya tenía años de estar ahí, me dijo que la señora era buena para sobar. Bueno me la sobó, le dio un poquito de agua y así se pudo curar la niña (...) Cuando me puse a trabajar, la niña se me cayó de las gradas y se golpeó el ojo, se le puso bien feo, se le moradeó, se le hinchó exagerado. Y entonces, dejé de trabajar para cuidarla, porque el albergue esta como en un bordo, esta peligroso, los niños se caen. Hay que estar atrás de ellos B: ¿y como curó a su hija de su ojo? D: Don Daniel la llevó al médico, la llevaron a la (farmacia) Roma, le recetaron una pasta y pues sí se le desinflamó” (Daisy, Honduras).

Las prácticas acompañadas tienen obstáculos, como se observó en el relato de Kim, al hacer la búsqueda biomédica en instancias formales acompañadas de mujeres en la misma situación de género, clase, nacionalidad y edad, se acumulan la discriminación, la negación y el rechazo, se convierte en una búsqueda a ciegas, tardada y sin rumbo sobre los derechos, los servicios y la atención de salud.

En contraposición, las oportunidades que surgen de este tipo de práctica son la conformación de lazos de solidaridad con personas que han pasado por la misma situación, pero tienen más experiencia por llevar más tiempo en México, la creación de amistades para la resiliencia, poder compartir experiencias con alguien que comprende lo que se vivió y la trascendencia de esos lazos allende las fronteras.

Dependiendo de la vulnerabilidad percibida o la gravedad del padecimiento, se busca su resolución en este nivel de tipo de práctica, pero cuando no es suficiente se recurre al siguiente nivel, el tipo supeditado. Considerado que las redes, los recursos, las estrategias, la información

y el conocimiento socioespacial articulado entre el grupo de par no fue suficiente y se requiere una práctica dependiente de organismos más abarcadores.

- 3) Tipo C. Supeditadas: son las prácticas maternas de cuidados a la salud desempeñadas por las madres que acuden, requieren o dependen del apoyo externo de una o varias organizaciones e instituciones especializadas en salud para ejercer los cuidados necesarios y así atender el padecimiento de sus hijos e hijas.

Este tipo de prácticas van más allá de lo que les puedan ofrecer en los albergues donde las mujeres y sus familias se alojan. Responden a la búsqueda de atención de segundo o tercer nivel (especialidades médicas o quirúrgicas) para los niños, niñas o adolescentes que presentan padecimientos crónicos o complejos. Las prácticas maternas supeditadas se perciben con la mayor vulnerabilidad en salud, implican más estrategias, mayor uso de recursos, de conocimiento socioespacial e información sobre el sistema de salud y los derechos sociales. Las madres recurren al uso de recursos y servicios que se les pueda proporcionar de parte de los albergues, las organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales tanto de México como de Estados Unidos.

Mariana es de Honduras y es madre de dos niñas de cinco y siete años. Sus hijas y ella son asmáticas así que han batallado durante el camino sobre todo en los espacios de espera (estaciones migratorias y campamentos abiertos) donde la gente está expuesta al polvo, el sol y la lluvia. Cuando comenzó la pandemia decidió salirse del albergue donde estaban alojadas y alquilar un espacio propio, sabiéndose población vulnerable ante las complicaciones del virus.

En el tiempo que estuvieron viviendo por su cuenta, una de sus niñas presentó problemas de salud físicos, problemas del aprendizaje y traumas devenidos del asesinato de su padre en Honduras y la persecución que han sufrido incluso estando en el norte de México. Y aunque ellas (y otras participantes en este estudio) han sido reconocidas como refugiadas ante la COMAR, en México no se les ha garantizado la educación, la salud ni la seguridad por lo cual, buscan la posibilidad de irse para los Estados Unidos. Una manera de acceder al país del norte es justamente probar que se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad, tanto por los motivos de salud como por la persecución y las amenazas de las que han sido víctimas en Honduras y México.

“Decidí pedir protección al gobierno de Estados Unidos, aun cuando tengo mi residencia. Yo ya no estoy segura en este lugar. Mis hijas son enfermas, son asmáticas y estamos en trámite de una carta legal médica para entregársela a la abogada, a donde se le hizo una evaluación a mis hijas y puede ser la esperanza que tengo de que realmente nos saquen de aquí y pueda darles una estabilidad a mis hijas. Estamos yendo con Alianza para refugiados (*Refugee Health Alliance*) que tienen la clínica aquí, es la que esta así a lado del Chapel” (Mariana, madre hondureña, viaja con sus dos hijas).

A mayor gravedad del estado de salud de sus hijos e hijas, mayor es el estrés por resolver su situación migratoria, mayores son las precauciones y las medidas para buscar atención en salud, tener acceso a tratamientos, procedimientos médicos y/o medicamentos. Cabe señalar que, frente a las limitaciones en el sistema de asilo estadounidense, algunas familias cuyos integrantes presentan problemas de salud graves o complejos han sido consideradas como casos prioritarios y se les ha concedido el permiso humanitario para ingresar a los Estados Unidos.

En el siguiente fragmento de entrevista, Estefany relata que, ante el abandono de su pareja, padre de sus dos hijos más pequeños, se sintió desamparada y acudió a solicitar ayuda a un albergue. También ha recibido apoyos de parte de ACNUR porque tiene estatus de refugiada en México, a pesar de eso se le ha negado el servicio en los servicios de salud mexicanos. Su único medio de ayuda han sido las organizaciones pro migrante en Tijuana, gracias a las cuales se ha enterado de los varios padecimientos de su hijo más pequeño y ha logrado tener atención médica y legal para resolver su situación familiar.

“Sí he tocado puertas, pero se me ha hecho un poco difícil. La organización de Al otro lado es la que ha estado al pendiente con respecto a todos los exámenes de Matías, incluso estamos esperando porque solicité un Parole. En eso estamos ahorita, ya tengo todo y estoy esperando nada más la respuesta. B. ¿solicitó el Parole humanitario? DN. Sí. Incluso en la clínica me dijeron que yo tenía que irme porque en realidad mi hijo sí necesita mucha ayuda. Ya lo tengo todo, ya mandé el expediente, bueno la abogada me dijo: “ya mandé la solicitud”, ahorita solo nos queda esperar la respuesta de la patrulla fronteriza porque ya tengo la carta, ya tengo el patrocinador, a parte uno tiene que mandar fotos de los taxes, un recibo, fotos de residencia o de licencia de conducir. Entonces sí me costó porque las personas de esa misma casa dicen que la persona se hace cargo de los gastos médicos y de que uno de inmigrante vaya a las citas de migración” (Estefany, Honduras, viajó con sus tres hijos).

Se constata que, tener pruebas médicas aporta a los expedientes de las madres solicitantes de asilo, sumando evidencia sobre los riesgos que corren al esperar en México. Las mujeres colocan en su expediente los diagnósticos médicos de sus hijos e hijas junto a otros testimonios de la violencia vivida por la familia desde el origen.

Los obstáculos vistos en las prácticas supeditadas consisten en depender de los tiempos y procesos institucionales, de las voluntades médicas y políticas, inclusive cuando la búsqueda de apoyo es con agencias humanitarias o activistas. Entre las oportunidades se destaca la agilidad en los procesos de asilo para las familias que entre sus miembros existe un caso de extrema vulnerabilidad en salud, tienen la oportunidad de recurrir a la figura legal del Parole Humanitario que no dejó de existir, aun en tiempos de pandemia. Al recurrir a las prácticas supeditadas, las madres obtienen un mayor apoyo social, acompañamiento y cercanía de los actores de la sociedad civil profesionalizados, expertos en el área de salud y asilo, con perspectiva en el manejo de otros casos y trato humano, acorde a la perspectiva de derechos humanos.

Las prácticas maternas de cuidados a la salud de tipo supeditadas consisten en depositar en las manos de otros la salud y de bienestar de sus hijos e hijas. En este sentido, es una práctica que contrario a asumir toda la carga de los cuidados en la mujer, delega y contribuye a un reparto de tareas fuera de los límites de lo doméstico y lo familiar, haciendo de estas prácticas, actividades conformadas por un cuerpo social más amplio, que trae consigo una serie de recursos que influyen no solo en la persona que padece sino en su entorno familiar directo.

La tipología presentada muestra la diversidad en las formas de accionar de las madres frente a la heterogeneidad en las necesidades de salud percibidas en los NNA que emigraron junto con sus madres. Se observa que las prácticas de cuidados a la salud empleadas por las madres migrantes muestran ciertos patrones ceñidos a las condiciones objetivas de vida en los procesos migratorios que enfrentan, entre ellos, la pobreza, la incertidumbre, la adversidad y el sentimiento de estar a la deriva.

En las narrativas de las mujeres que expresan un tipo de práctica materna de cuidados a la salud de tipo autogestiva, ellas expresan nociones de maternidad alienada o individualizada, muestran culpabilidad por no llevar a la totalidad de sus hijos con ellas o por haber emprendido el viaje sin sopesar las consecuencias de la larga espera a la que se han tenido que enfrentar, así también expresan preocupación por no causar molestias a las personas de alrededor o a su pareja, tomando el rol de madre-esposas, asumen que es su tarea llevar un botiquín como parte del equipaje. En cuanto a las mujeres que aluden a ejercer un tipo de práctica acompañada, consideran que es de mujeres ser solidaria con otras madres, ayudarlas a cargar a los niños

pequeños, consolarlos cuando están asustados y apoyar en la búsqueda de salud. Finalmente, las mujeres que acuden al tipo de prácticas supeditadas dejan ver el peso de sus preocupaciones, la conciencia de su posición en una estructura mayor y, por ende, de lo limitada que está su capacidad de agencia. No se rinden, sino que delegan el cuidado a instancias mejor posicionadas, con mayor conocimiento y control de la circunstancia. Ellas se valen de asociaciones profesionalizadas donde cuentan con médicos, abogados e intérpretes que les permiten no solamente encontrar una respuesta a sus situaciones de salud sino también una salida a su situación de atrapamiento en la movilidad, mediante la gestión de la figura de Parole humanitario.

Durante la espera o el atrapamiento en el tránsito las familias (las mujeres, sobre todo aquellas que sufren junto a sus hijos padecimientos complejos) terminan por delegar indirectamente el cuidado y la crianza de los hijos e hijas a las organizaciones, albergues y refugios, recurriendo así al tipo tres de prácticas maternas de cuidados a la salud. En el sentido de que al estar inmersas en procesos migratorios prolongados e inciertos, debido al reforzamiento de las fronteras y las restricciones por la pandemia, viven a la expectativa de los avances en sus solicitudes de asilo o refugio, en la lucha de su caso particular ante el número de solicitudes que aumenta día con día. El estrés y las preocupaciones constantes afectan la forma en que se relacionan con ellas mismas, con su entorno y con sus hijos, la carga mental y emocional, les impide estar cien por ciento al tanto de ellos, más allá de lo urgente y lo visible.

CONCLUSIONES

Esta tesis permite observar la complejidad y multicausalidad de la emigración femenina y familiar desde las narrativas de 25 madres migrantes de países centroamericanos. Mujeres que llegaron a la frontera México-Estados Unidos a partir de 2019, con la intención de buscar protección internacional en el país del norte y que estuvieron habitando temporalmente en un albergue para familias migrantes en la ciudad de Tijuana, a la espera de completar sus procesos de solicitud de asilo.

Contrario a las expectativas que tenían cuando salieron del país de origen, sus trayectos migratorios por caravana, coyotaje o a cuenta propia, sufrieron las consecuencias de las medidas antiinmigratorias estadounidenses y mexicanas, cada vez más coercitivas en cuanto a la contención de los flujos desde el sur, así como de la biomedicalización de la movilidad humana como resultado de las restricciones sanitarias por la pandemia, quedando sujetas a los designios estado-nacionales y prolongando su espera indefinidamente, en lo que se suponía era un tránsito arriesgado pero corto. En su camino hacia el norte se enfrentaron con varias barreras físicas, culturales, sociales e institucionales y con problemas que no tenían previstos, por ejemplo, quedar atrapadas con sus familias en medio del trayecto.

Los testimonios de las mujeres permitieron acceder a las preocupaciones que tienen las madres al emigrar junto a sus hijos e hijas de diferentes edades, y a las prácticas de cuidados a la salud que desarrollaron durante el viaje en función de la gravedad de los padecimientos percibidos.

Además de temer y velar por la seguridad de los más vulnerables del grupo familiar, a lo largo del proceso migratorio, las madres migrantes llevan la angustia por los problemas de salud de sus hijos e hijas, tanto los previamente diagnosticados como aquellos que se van presentando en el camino y que se agravan en la medida que van traspasando fronteras, sorteando los peligros, las restricciones securitarias, los filtros sanitarios y las amenazas de deportación. Las desigualdades estructurales las ponen en peligro a ellas y a sus hijos e hijas, y son violentas porque operan como una barrera en el acceso a los servicios de salud.

Las diferentes violencias que viven en el trayecto y en los atrapamientos son un *continuum* de la violencia que las expulsó de sus países de origen. La violencia es pues, causa de su salida y consecuencia de la desprotección y de la no garantía de sus derechos humanos y sociales.

La violencia basada en género afecta historias y cuerpos específicos, generando afectaciones a nivel físico y emocional, subjetividades con miedo y dolor profundo que parten de esos sentimientos para seguir adelante. Saberse con la valentía de haber dejado atrás las condiciones violentas de su país y de su hogar, les da el impulso para emprender el camino hacia una vida nueva, aunque incierta, hacia una búsqueda de las condiciones básicas para salvaguardar la propia vida y la de sus hijos e hijas, y vivirla en condiciones dignas. En aras de ese cambio, las madres migrantes centroamericanas buscan la manera de resolver las angustias y superar los pesares. En medio de todas las adversidades, ellas reaccionan con resiliencia.

La violencia estructural las amenaza como grupo afectando su seguridad, su estabilidad emocional, económica y su protección social (en los testimonios se destaca la negación o dificultad de acceso a la atención médica). La incertidumbre, la pobreza, la marginalización y la violencia -estructural y de género- vividas en la cotidianidad son características de las experiencias de movilidad de las mujeres solicitantes de asilo en el contexto actual.

Las madres centroamericanas se reencuentran en el camino con las preocupaciones de la vida diaria: el techo, la comida, el vestido. A pesar de que algunas de esas necesidades básicas sean resueltas total o parcialmente en los albergues donde viven la espera, al no estar en un entorno conocido, tener escasas oportunidades y pocos recursos, ellas se postergan para priorizar las atenciones y el bienestar de sus acompañantes más jóvenes, percibidos como más vulnerables.

Los resultados de la investigación muestran que, en la ciudad de Tijuana la atención a la población en movilidad es mayormente brindada por parte de las “organizaciones promigrante”: albergues de asociaciones civiles e iglesias, agencias internacionales, organizaciones no gubernamentales binacionales y locales.

Se ha mostrado que, en un contexto de sospecha hacia las personas solicitantes de asilo y ante la instauración de un “gobierno terapéutico” en la actual gestión migratoria estadounidense (Fassin & d'Halluin, 2007), que ha incrementado las solicitudes de evidencia y la aplicación de entrevistas de miedo creíble como filtro y demostración de casos de extrema vulnerabilidad.

El apoyo de las “organizaciones promigrante” ha sido fundamental para dar a conocer a la población en situación de (in)movilidad las últimas actualizaciones en la política de asilo estadounidense, brindar pláticas sobre los derechos humanos, asesorías legales, acompañamiento y consultas médicas. Todo lo cual son factores que se conjuntan para que las madres, que viven el atrapamiento en los albergues de Tijuana, amplíen sus posibilidades de ingreso a los Estados Unidos, en comparación con las personas que viven el atrapamiento en situación de calle, campamentos o viviendas de alquiler.

Las madres alojadas en los albergues quienes perciben en sus hijos e hijas algún problema de salud cuentan con apoyo interagencial para completar sus expedientes de solicitud de asilo, “armar el caso” en base a los padecimientos percibidos por ellas y legitimados por alguna autoridad médica. Lo cual conforma una base sólida para la búsqueda de protección en Estados Unidos, aun en tiempo de cierre a cruces esenciales, les brinda mayor seguridad para hacer frente a la burocracia migratoria estadounidense.

Un asunto que al parecer es privado como la salud de un familiar, forma parte de una problemática pública, se convierte en un criterio excepcional de ingreso, influye en la decisión de quiénes entran y quiénes no a un país. Es así como, en el panorama político actual, un asunto que trastoca el orden de lo íntimo, lo familiar, interviene en las decisiones de control de fronteras.

La tipología propuesta para el análisis de las prácticas maternas de cuidados a la salud muestra cómo la práctica del cuidado ejercida por la madre va transitando del tipo A: autogestiva, al tipo B: acompañada, y se dirige hacia el tipo C: la práctica supeditada, a medida que la percepción del padecimiento se considera de mayor gravedad. Contar con apoyo adicional de parte de las organizaciones aporta a la consolidación del proyecto migratorio familiar. Las madres con hijos e hijas que tienen algún padecimiento crónico o complejo, al ver que sus posibilidades autogestivas no cubren las necesidades específicas, acuden a solicitar apoyo no solamente a sus connacionales o compañeras en el albergue donde viven la espera sino a instancias de un nivel mayor: las organizaciones promigrante desde donde se suman esfuerzos para resolver tanto el acceso a la atención médica como aportar al caso legal.

Es decir, la diferencia entre los tipos de prácticas, más allá de que las mujeres recurran a una o a diferentes personas e instancias, descansa en la eficacia para su objetivo principal que es el

cruce a Estados Unidos con el fin de solicitar la protección internacional y atender allá los problemas de salud que presentan sus hijos e hijas.

El ejercicio de los cuidados maternos en la movilidad

Los cuidados, en tanto prácticas, están relacionados con la socialización y las necesidades básicas de la infancia, implican creación de hábitos, proveeduría de patrones de comportamiento acordes con las exigencias de la sociedad de referencia, pero también de alimentación, vestido, prevención y atención de enfermedades, protección y apoyo afectivo. Son acciones de reproducción de conocimientos, creencias y representaciones, que no solamente involucran acciones concretas, sino que significan una responsabilidad económica y social.

El estudio de las maternidades en el marco de la migración centroamericana muestra empíricamente que el ejercicio de los cuidados maternos en la movilidad se da en términos heteronormativos, es decir, las mujeres centroamericanas traen consigo la carga de los mandatos de género patriarcales, en los cuales se asume la división sexual del trabajo y trasciende más allá de las fronteras, al reproducir ciertas prácticas en los trayectos y en la espera. La organización cotidiana de la vida de las mujeres gravita en ser las encargadas de los afectos, de los trabajos de cuidados y crianza, de las labores de cocina y limpieza en los albergues. En contraposición, la organización y ocupación del tiempo de los hombres -en un modelo familiar nuclear heterosexual- se da en torno a su responsabilidad en las gestiones legales-administrativas sobre la petición del asilo familiar y en la búsqueda de trabajo o sustento económico. En la ausencia de la pareja, las mujeres asumen las múltiples responsabilidades: los cuidados de los hijos e hijas, las gestiones médicas y las administrativas-legales con la dificultad de lograr un equilibrio entre el autocuidado, el cuidado de los otros y salvar el proyecto migratorio familiar.

Ellas son las principales encargadas de las labores socio-reproductivas, aun cuando la unidad familiar se desenvuelve en situaciones y espacios extraordinarios, en los que ella misma requiere atención. Al salir de sus hogares y sus países, las madres migrantes se asumen como las principales responsables de buscar solución a sus padecimientos, ya fueran leves, crónicos, complejos, mentales o epidémicos.

Las madres migrantes centroamericanas hacen uso de ciertos recursos para el cuidado a la salud de sus hijos e hijas, en medio de condiciones de pobreza y desamparo institucional. Cuidar de su salud conlleva prácticas de resistencia y el despliegue de acciones en las que muestran sus estrategias de afrontamiento, supervivencia, protección y cuidado de los suyos en los caminos, poniendo en juego su capacidad de resiliencia. “Pues el mismo cuidado, es el mismo que les tengo acá, pero sí he adaptado otras cosas” (Mariana, Honduras). Como menciona Mariana, los hijos e hijas siempre requieren ser cuidados, la diferencia es que en la (in)movilidad las condiciones, las situaciones y el contexto social en que tienen que cuidar son menos favorecedoras si se compara con el país de origen. Por lo cual, las mujeres tienen que buscar la manera de proveer los cuidados, los afectos y la protección que se les demanda, ajustando sus prácticas de crianza y cuidados al contexto de llegada, en este caso al de espera.

Ellas ejercen los cuidados aun cuando vienen huyendo de contextos violentos que ponen en peligro sus vidas y que las continúan acechando en los caminos. Ellas cuidan pese a las circunstancias adversas y las condiciones precarias, mientras se mueven por lugares desconocidos y peligrosos, afrontando la discriminación, los abusos y malos tratos, aguantando hambre, sed y climas extremos que causan o agravan sus problemas de salud.

A lo largo de la tesis se constató que la migración es un determinante social y estructural de la salud, que suma a la vulnerabilidad estructural de las mujeres y la infancia, configura los modos de ejercer la maternidad en la medida que las prácticas maternas de cuidados a la salud están inmersas en un orden social jerárquico e incrustadas en diferentes redes de poder que las afectan y posicionan junto con la niñez y adolescencia migrante como grupos subordinados, a los cuales la injusticia social, la opresión, la pobreza, la desigualdad y la discriminación les socava la capacidad para acceder a la atención médica (Bourgois et al. 2017). Maternar en un ambiente de inequidad e injusticia social implica un desgaste físico y emocional para las madres. Ellas expresan estrés y preocupaciones constantes sobre el futuro y lo que pasa con sus hijos e hijas en el presente.

Se ha mostrado que, a pesar de su accionar, de poner a flote su capacidad de resiliencia y sus recursos, al encontrarse en situación de atrapamiento o limbo legal, la carga de cuidar la salud de sus hijos e hijas sobrepasa las posibilidades individuales.

En la experiencia de las 25 madres migrantes esto se despliega en el análisis de las prácticas maternas de cuidados a la salud de tipo autogestivas, acompañadas y supeditadas que suman a la circularidad de los cuidados en la cotidianidad, tomando en cuenta que las redes de cuidado familiares y no familiares siguen constituyéndose mayormente entre las mujeres, independientemente de si viajan o no con su pareja. Es por eso importante hacer un cambio en la narrativa de víctimas, de concebir a las mujeres migrantes desde la vulnerabilidad y así poder resaltar sus prácticas de afrontamiento y sus estrategias para buscar apoyo en otras personas, organizaciones e instituciones.

En este estudio fue posible poner en perspectiva las necesidades específicas en salud de esta población, la oferta de servicios de salud para las y los migrantes, las barreras que enfrentan y los factores que facilitan el uso que hacen las mujeres migrantes sobre tal “oferta” en términos de accesibilidad y disponibilidad. Es decir, lo que ellas retoman para cuidar de sus hijas, hijos u otros familiares que las acompañan en el trayecto desde Centroamérica.

Se encontró que las madres migrantes centroamericanas realizan acciones de atención, prevención, control, alivio, curación o tratamiento, haciendo uso de diferentes modelos de atención y recurriendo a diferentes tipos de curadores, ya sean biomédicos, tradicionales o alternativos (Menéndez, 2003), acciones que en ocasiones se empalman y entre las cuales destacan: la autoatención, automedicación y atención biomédica fragmentada. Ellas recurren principalmente a modelos biomédicos en farmacias, a las organizaciones de la sociedad civil y en menor medida, a la atención biomédica institucional especializada (hospitales).

En su lucha por la vida, las mujeres traspasan las fronteras físicas y culturales, y transgreden las fronteras simbólicas. Ellas movilizan su propio conocimiento para proveer el cuidado; lo cual muestra un sentido activo ante los padecimientos. Ante las necesidades de salud y barreras de acceso identificadas por las madres en sus acompañantes, niños, niñas y adolescentes, ellas recurrieron de manera general a las siguientes prácticas para accionar ante los problemas de salud: i) realizan acciones preventivas en la medida de sus posibilidades, por ejemplo, procuran una alimentación saludable, mantener la higiene personal de los niños y la limpieza de su espacio, traen un botiquín con medicamentos, ii) observan los cuerpos y comportamientos de sus hijas e hijos, iii) aumentan las precauciones según sea la conformación de la unidad familiar y las características de las y los integrantes del grupo en el trayecto migratorio, iv) asumen las

labores de cuidados como parte de roles genéricamente asignados, v) priorizan la atención de los hijos e hijas antes que la propia, vi) hacen mayor uso de los servicios de atención médica accesibles en términos de gratuidad y cercanía, vii) acuden a las organizaciones de la sociedad civil, las cuales cumplen un rol fundamental para hacer garante su derecho a la salud, viii) hacen una búsqueda intencionada del servicio biomédico formal para atender situaciones crónicas o urgentes, aunque significara un costo económico o un afrontamiento con el sistema de salud mexicano o custodios de la seguridad pública, ix) envían a sus hijos por delante a recibir la atención médica urgente o tramitan el Parole Humanitario en beneficio de la unidad familiar.

Y de manera particular, cada una fue ejerciendo distintos tipos de prácticas maternas de cuidados a la salud (autogestivas, acompañadas, supeditadas) según la gravedad del padecimiento percibido en sus hijos e hijas.

El atrapamiento obliga a estrategias particulares

Movilizarse en un contexto antiinmigrante, de securitización de fronteras, sobre todo ante la puesta en práctica de los Protocolos de Protección a Migrantes (MPP) en 2019 y del Título 42 desde marzo de 2020, ha implicado modificaciones en las políticas y procedimientos de asilo que repercuten en las percepciones sobre el cruce, así como en las sensaciones y experiencias compartidas en el limbo/la espera. Así lo decían las mujeres en las entrevistas: “el Presidente (de Estados Unidos) ya no está recibiendo familias” o “antes las embarazadas pasaban rápido”.

Los cambios contextuales tienen injerencia en las dinámicas para la organización de los cuidados y los arreglos familiares en la movilidad, implicando modificaciones en las prácticas maternas de crianza y cuidados a la salud, en las cuales el acceso a ciertos recursos gratuitos ofrecidos por organizaciones sociales y religiosas que apoyan a migrantes, tanto a nivel local como internacional, juega un papel importante.

a. El maternaje con cuidadores alternativos

El escenario migratorio actual se ha modificado no solo por la diversidad de personas que migran, la diversificación de las rutas, las formas de viajar, la exacerbación de la vigilancia y

control de las fronteras, los riesgos, los obstáculos y pausas que implica el tránsito, sino también en los espacios, las prácticas y las formas de organización surgidas desde las personas migrantes y no migrantes por la hospitalidad, la dignidad y la solidaridad. Son prácticas ligadas a actores sociales emergentes en la historia de vida de las madres que se movilizan junto a sus hijos e hijas e inmersas en una economía de la solidaridad, mostrada en “espacios disponibles para amortiguar el cansancio, la incertidumbre y el miedo, escenarios dotados por la espiritualidad, recursos de organización desde “abajo”, la organización civil, centros de acopio de la dignidad humana amparados bajo la ética de la movilidad” y la conformación de redes de cuidado colectivo (Acuña, 2019:128). Es decir, los albergues ahora no son solo categorizados y teorizados como espacios de tránsito o de vulnerabilidad sino como espacios solidarios.

El atrapamiento obliga a las madres migrantes a tejer una “red de cuidadores alternativos” (Mummert, 2011). Los roles de género perduran en la migración internacional y los trabajos de cuidados se posan en las mujeres migrantes, con la particularidad de que viven sus maternidades alejadas de las redes socio parentales. En los espacios solidarios se da un cambio en el rol que jugaba la familia extensa en el apoyo a los cuidados de la infancia, al sustituirlo por el apoyo y acompañamiento de otros lazos sociales y actores emergentes.

Durante el atrapamiento en Tijuana se construye una red de maternaje solidario conformada por cuidadores alternativos. La nueva red social de apoyo a los cuidados de los niños, niñas y adolescentes está integrada por: otras madres migrantes -las paisanas, las nuevas amistades que se tejen-, voluntarios/as y encargados/as de los albergues, trabajadores de las organizaciones de la sociedad civil, activistas que luchan y resisten por los derechos de las y los migrantes varados en las ciudades mexicanas. Es una red basada en la solidaridad y la empatía cuyos fines son el apoyo en la búsqueda de salud, educación y empleo, a manera de adaptar la vida en la espera. Permitiendo a las madres aprovechar la disponibilidad de recursos personales, humanos y sociales para ocuparse de otras actividades, sobre todo es una oportunidad para que las madres solteras (incluidas viudas y separadas) salgan del albergue a buscar empleo, asesoría legal y consultas médicas.

En resumen, el estudio ha dado cuenta de los nuevos lazos de apoyo social y de solidaridad que se tejen en la (in)movilidad. La emergencia de actores sociales que, con sus recursos, redes de relaciones, conocimientos y empatía, apoyan las prácticas y las causas de las madres

migrantes, hace eco en los avances teóricos sobre las representaciones de las maternidades y a las críticas hacia la exclusividad femenina de los cuidados. El involucramiento de las organizaciones pro-migrante en las labores de cuidados a la infancia y adolescencia en (in)movilidad, aporta a la desvinculación del trabajo de cuidados de la identidad femenina, a la comprensión de la práctica de los cuidados a la infancia como una responsabilidad social, colectiva y global, que no se encapsula en una casa ni se detiene en una nación.

b. Estrategias en salud particulares de la migración y compartidas en las situaciones de pobreza

Como ya se ha dicho, las estrategias particulares de salud en la migración por parte de las personas atrapadas en la movilidad consisten en la búsqueda intencionada de la atención biomédica, en parte por una necesidad genuina de atención en salud, que se ve reforzada por el anhelo de construir un caso que sea considerado como excepción a las expulsiones expeditas (Título 42) y se les permita ingresar a Estados Unidos para esperar desde adentro sus fechas para ir a la Corte, como era antes.

Las excepciones a las restricciones impuestas por la política migratoria estadounidense son de conocimiento común entre las personas que habitan temporalmente los albergues fronterizos, entre las que se encuentran los casos de personas con niños, niñas u adolescentes no acompañados, personas con problemas graves de salud y personas con altos grados de vulnerabilidad y riesgo de tortura al esperar en México. Por lo cual, ante el miedo, el riesgo a ser maltratados, negados, humillados y discriminados en los servicios formales de salud mexicanos, las mujeres acuden a los servicios biomédicos de las organizaciones de la sociedad civil o buscan acceso a la atención en los servicios de la Secretaría de salud con intermediario o previa canalización a instituciones específicas de salud (de parte de asociaciones civiles, agencias internacionales y activistas) con el fin último de obtener evidencia médica sobre su estado de salud vulnerable/grave que avale la existencia de un problema de salud para integrar a su expediente y tener mejores posibilidades en su proceso de asilo. Dejando ver la relación entre estatus legal y padecimiento, dos procesos en los que inciden las condiciones de vida, legales, sociales, las microagresiones y la experiencia del sufrimiento no solo para la mujer sino para su grupo familiar y su salud mental.

Si bien, hay manera de poner en el juego algunas estrategias para acceder a la atención en salud en los servicios formales, las experiencias relatadas en esta tesis se dirigen hacia una atención fragmentada evidenciando la desarticulación en la cadena de servicios sin continuidad de tratamiento en México y las ciudades fronterizas, tanto por la saturación de los servicios en la pandemia, el prejuicio hacia las personas migrantes y las iniciativas que se sostienen de voluntades particulares. Porque las instituciones públicas brindan atención de manera discrecional y voluntariosa, poniendo en el último escalafón de necesidad a las mujeres migrantes y sus hijos e hijas por sus circunstancias legales (no portar documentos), étnicas (acento), entre otras.

Ante la persecución y el acoso de parte de las autoridades que les encierran en estaciones migratorias, les impiden el paso o el avance en su movilidad y, ante el rechazo colectivo y el prejuicio que recae en las y los migrantes centroamericanos en México. Las madres migrantes se mueven en dos escenarios, por un lado, el del miedo que disminuye su voluntad para acercarse a los sistemas de salud y por otro, la valentía que motiva la búsqueda de la atención médica en los servicios formales, capaces de expedir documentación oficial y creíble. Ambos escenarios resultan de experiencias personales de rechazo y discriminación, pero también del intercambio de experiencias positivas entre personas migrantes que dan a conocer los casos exitosos de obtención del asilo mediante la presentación de evidencias que avalen una vulnerabilidad en salud familiar o personal.

De esta investigación se destaca que las mujeres pobres y las mujeres migrantes tienen en común que se postergan, es decir, se descuidan o dejan la atención a su salud para después, para otra coordenada tiempo/espacio (el futuro en el lugar de destino), priorizando la atención de los “otros”.

Cabe mencionar que, al ser excepciones, los casos exitosos de entrada humanitaria a Estados Unidos son pocos. De los datos recabados en campo al respecto, se destaca que los miembros de la familia que calificaron a esta excepción dada su vulnerabilidad en salud fueron los NNA y en un caso, el marido de la mujer.

Paternidades no visibles

En las narrativas de las mujeres, el papel de sus parejas y/o padres de sus hijos e hijas fue poco mencionado y en algunos casos inexistente. Valdría la pena cuestionar y reflexionar sobre ¿cuál es el papel de los hombres en la movilidad con motivos de búsqueda de asilo? o ¿cuál es la composición o modelo familiar que impera en los nuevos flujos migratorios si tomamos en cuenta que incluyen cientos de unidades familiares?, ¿qué tipos de familias son las que emigran por desplazamiento forzado?, ¿qué tanto hemos normalizado las paternidades ausentes y no solamente en contextos migratorios? o ¿qué tanto el criterio de recepción en algunos albergues es favorecer a las madres solteras?

En la lógica patriarcal heteronormada se piensa a las familias desde el sesgo tradicional, como estructuras nucleares conformadas por parejas heterosexuales. Lo cierto es que muchas de estas familias vienen lideradas por mujeres, y es que en Latinoamérica la jefatura femenina de los hogares es alta debido al abandono de parte del *Pater familias*, por la facilidad con la que algunos hombres, que no se suelen nombrar padre-esposos, se desentienden de la proveeduría económica y se desvinculan del ejercicio de paternidad y crianza casi sin amonestación social.

Así ocurrió en algunos casos con las mujeres que emprendieron el trayecto con su pareja, él abandonó el grupo familiar en pleno tránsito o se adelantó a Estados Unidos cuando el grupo estaba cerca del muro fronterizo México-Estados Unidos. En contraposición, existe el caso de mujeres solteras, viudas o separadas que viajan con hijos e hijas y, en el camino o en el albergue, conforman alianzas con hombres que viajan solos o son padres solteros, con la intención de presentarse como unidad familiar ante la aplicación de ingreso en algún albergue de la ciudad o en el puerto de entrada a Estados Unidos. Dicha “negociación”, protege a la mujer del acoso de otros hombres, al hombre de encontrar un lugar más seguro para alojarse y a ambos, les permite encarar juntos la burocracia en México y Estados Unidos. Del intercambio de experiencias ocurrido en los espacios de tránsito (tales como albergues, campamentos, estaciones migratorias, centros de detención) entre personas con diferentes trayectorias migrantes, las personas van haciéndose una idea de qué tipo de perfiles cruzan con mayor velocidad, con menos trabas, lo cual permite armar sus casos, sus estrategias.

De las mujeres que hicieron todo el viaje o solo una parte junto a su pareja, se destaca el rol que juega el varón en la dinámica familiar durante la movilidad y el atrapamiento; los hombres son percibidos por las mujeres desde dos aristas: una positiva y una negativa.

La positiva apunta a un compañerismo en dúo tradicional acorde a la heteronorma. Como compañeros de camino la pareja funge como un equipo que puede turnarse para cargar las mochilas o a los niños, repartir las tareas, hacer la vida más fácil y tomar decisiones en conjunto. Con el término “dúo tradicional” se hace referencia a los roles socioculturalmente asignados para los hombres y para las mujeres, es decir, el hombre como el encargado de salir a buscar trabajo, conseguir dinero, el líder o cabeza de la familia, guía en el camino, y llevar las gestiones legales y administrativas para el expediente familiar de búsqueda de protección internacional.

La perspectiva negativa de las paternidades ejercidas en el proceso migratorio, están de hecho enunciadas al referirse a la pareja como hombre-pareja y no como padre, como individuo y no como parte de un grupo familiar, son aquellos hombres que, sin importar la etapa del camino se separan del grupo para avanzar por su cuenta, toman decisiones de manera unilateral, suelen abandonar la unidad familiar para cruzar de manera independiente, dejando a su pareja e hijos a su suerte, sin previo aviso o bajo pretexto de adelantarse para apoyarles desde el otro lado, dejándolos en suspenso e incertidumbre.

Las mujeres entrevistadas relataron haber conocido padres viajando solos con sus hijos o hijas, la percepción al respecto era de desconfianza y se basaba en la idea de que los hombres no saben cómo cuidar, no son buena influencia para la infancia, ya que los orillan a desenvolverse en ambientes inadecuados e inapropiados, en entornos violentos, de vicios, maltratos, gestos groseros y malas palabras. Otras inclusive opinaban que los hombres son peligrosos para los niños y las niñas aunque sean sus propios padres.

De las 25 mujeres entrevistadas, doce mencionaron haber hecho el viaje con su esposo o pareja, de las cuales únicamente cuatro se refirieron a sus acompañantes varones como figuras positivas de paternidad. Por medio de las observaciones y entrevistas se identificó que estos hombres iban en grupos familiares de más de cuatro integrantes, se hacían cargo de llevar a los niños a las instancias de salud: consultorios de farmacias, centros de salud u hospitales para vacunación o revisión médica, tomaban decisiones en conjunto con sus parejas, se involucraron

en la crianza, tenían a la familia como prioridad y coincidían con poseer valores y creencias judeocristianas explícitas.

Durante el tránsito, estos padres jugaron un rol importante en el traslado de la infancia: cargándolos, llevando consigo objetos simbólicos como legado, por ejemplo, los ombligos de sus hijos e hijas, un anillo de oro como ritual de paso a la adultez. Sin embargo, el reparto de actividades entre el padre y la madre seguía acorde a la heteronorma sin demostrar tensión sino conformidad con los arreglos de la pareja: “él sabe lo que hace, a él le están pidiendo unos papeles”.

En ciertos grupos familiares los hombres comienzan a tomar corresponsabilidad en la labor de cuidados de los infantes y adolescentes que migran en conjunto. Sin embargo, la generalidad es que las mujeres siguen siendo quienes llevan la mayor carga de los cuidados e invierten mayor tiempo en las labores reproductivas y domésticas en el diario vivir.

Se considera prudente continuar analizando las prácticas de crianza, cuidados a la infancia y cuidados a la salud desde la perspectiva de género, poniendo en la ruta el abordaje del tema desde las masculinidades. Igualmente, se considera interesante retomar de las voces de la niñez y la adolescencia las prácticas que ellas y ellos mismos desarrollan para el cuidado de sí.

Obstáculos y oportunidades de la migración internacional

La metáfora de la migración como una navaja de doble filo (Freidenberg y Sassone, 2018) al hablar sobre las fronteras como obstáculos, pero también como oportunidades se considera pertinente para sopesar las experiencias migratorias de las madres con sus hijos e hijas.

Existen distintos factores estructurales y sociales que se conjugan en la vulnerabilidad estructural de las mujeres que viajan con niños, niñas y adolescentes y que constituyen obstáculos que menguan la agencia femenina en la movilidad internacional. Es preciso acotar que, la vulnerabilidad no es algo inherente a las mujeres migrantes, sino que se da y se incrementa según sean las condiciones del viaje. Entre los obstáculos se destacan las violencias múltiples que enfrentan las mujeres al transitar o habitar los territorios violentos de frontera: la violencia de género en ámbitos considerados domésticos, la violencia de pandillas y de los

grupos criminales, la violencia institucional y la violencia feminicida, así como las modificaciones en la política exterior y la pandemia.

Las madres emigrantes ponen sus cuerpos y los de sus hijos al frente, en la movilidad y en la lucha. Los cuerpos maternos e infantiles son casi el único recurso para huir de la violencia, para ocupar nuevos espacios y también son recipientes “sobre los cuales pasa toda la estructura de rechazo, discriminación y reclamo de la diferencia” (Acuña, 2019: 42).

En el análisis se destaca la potencia que tiene la migración para el empoderamiento de las mujeres. Al respecto, una mujer de El Salvador habló sobre la crianza recordando la advertencia que le hizo su madre cuando era joven: “mire hija, a la que la lleva en las mañanas, la lleva también por la tarde”, refiriéndose a que cuando una mujer sufre en la niñez, no deja de sufrir, aunque sea adulta, ante esto su decisión migratoria fue una oportunidad de transgredir ese designio y norma cultural. Con su movimiento, ella y otras madres marcaron una ruptura ante el sufrimiento generacional de las mujeres en las sociedades patriarcales tradicionales, donde las tecnologías y los mandatos de género parecen permear su destino.

Al cumplir su proyecto migratorio y estar lejos de las personas que las violentan se les presenta la oportunidad de un nuevo comienzo con sus hijos e hijas. En particular, la decisión de alejarse de la violencia brinda a las mujeres oportunidades para permitirles ocupar posiciones que tradicionalmente les son negadas, entre ellas, la posibilidad de ser reconocidas como líderes o cabeza de familia, portavoces de información, experiencias y estrategias de cuidados, de lugares donde alojarse y de organizaciones a dónde acercarse ante sus familiares, connacionales y otras mujeres.

Pese a las dificultades que representa la migración para el ejercicio de las maternidades, la migración internacional presenta oportunidades para las mujeres, tales como una opción de reinención que se traduce en: la posibilidad de salirse del *status quo* respecto a las aspiraciones propias y lo que visualizan para sus hijos desde la salida: criar niños/as a su manera sin la interferencia de las abuelas, suegras y en la lejanía de los maridos violentos, cuando es el caso, les permite ser más abiertas con sus hijos, de tal manera que buscan cambiar en ellos las experiencias de violentas de la infancia, al alejarlos de los abusos y las carencias con las que ellas vivieron. Así como, la experiencia multicultural que ha caracterizado las movi­lidades recientes ofrece a las madres migrantes adoptar aspectos de otras culturas

(alimentos y formas de educar) y aumentar las expectativas de darle a sus hijos e hijas seguridad, amor, buena autoestima e incluso una carrera universitaria y un segundo idioma.

Alcances metodológicos y perspectivas

La estrategia metodológica basada en la sistematización de padecimientos dio claridad sobre la especificidad de las necesidades de atención en salud que tienen los niños, niñas y adolescentes durante el atrapamiento en el tránsito, ya sea que hayan salido de sus países gozando de buena salud o con diagnósticos médicos. La migración como determinante social de la salud influyó en los cuerpos más vulnerables, menguando su buena salud, afectándola o agravándola.

La clasificación de padecimientos en epidémicos, leves, graves o crónicos, mentales y complejos, permitió constatar que la demanda de servicios de salud entre la población migrante no ha sido cubierta, mucho menos acorde con los componentes del acceso a la salud bajo la perspectiva de derechos humanos recomendadas por la Organización Mundial de la Salud: accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad, universalidad y no discriminación²⁶.

La demanda en salud mental de las personas atrapadas en la movilidad es un tema crucial que amerita más exploración y profundidad. El tema del trauma psicológico atravesó todas las entrevistas: el provocado por los eventos violentos en el origen y en el tránsito, sumado a la complejidad de los procesos de solicitud de protección internacional que revictimizan a las solicitantes y las afectaciones a nivel emocional entre las personas “atrapadas en el atrapamiento”, que surgieron en las esperas prolongadas en contexto de pandemia y cierre parcial de la frontera estadounidense.

A partir de la construcción de la tipología de “prácticas maternas de cuidados maternos a la salud”: autogestivas, acompañadas y supeditadas para el análisis de los padecimientos percibidos por las madres migrantes, fue posible conocer los elementos que las mujeres tienen disponibles para lograr los cuidados desde las necesidades más básicas a las más complejas, valiéndose de sus propios recursos, de la solidaridad entre pares o a niveles más abarcadores, como es a través de las organizaciones. En este último aspecto se denota que valerse de las

²⁶ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

organizaciones como intermediario o canal para la atención en las instancias formales o gubernamentales acorta las distancias y barreras económicas, burocráticas culturales y, que más allá de disminuir la discriminación, las salva de la negación de atención, rescatando el derecho a la salud de las y los migrantes, independientemente de su estatus administrativo.

Se considera que la tipología planteada puede servir para otros estudios que busquen indagar en las maternidades y los cuidados en la salud, que tengan por objetivo identificar la capacidad de agencia de las mujeres ante escenarios de precariedad y restricciones cuando la necesidad de atención en salud de sus hijas e hijos es una prioridad. La tipología también puede ser aplicada de manera comparativa en otros estudios sobre madres migrantes atrapadas en otras ciudades fronterizas o en entidades que contemplen una cantidad significativa de migrantes en tránsito.

Hizo falta indagar a profundidad sobre i) cómo afecta en la experiencia de las mujeres madres migrantes en cuanto a las narrativas difundidas en los medios de comunicación sobre el buen o mal ejercicio de sus maternidades, ii) analizar las narrativas de los medios de prensa fronterizos, donde se hace mención a las mujeres que hacen el trayecto migratorio con sus hijos e hijas, iii) ahondar en la barreras en salud sexual y reproductiva, las consecuencias de la falta de seguimiento del embarazo, los embarazos psicológicos y la violencia obstétrica, iv) la situación de los bebés recién nacidos en Estados Unidos y expulsados a México con sus madres y la falta al derecho a la identidad (registro de niños como apátridas), v) las secuelas emocionales de la violencia y sus costos, vi) profundizar en el cuidado a los enfermos crónicos en el atrapamiento.

Finalmente, este estudio es un llamado de atención sobre el ejercicio casi aislado de las maternidades migrantes buscadoras de protección internacional, sobre la manera en que se han ignorado las necesidades particulares de las familias en los programas sociales y en las políticas públicas dirigidas a la población migrante de paso, especialmente de aquellas orientadas a las mujeres que emigran a cargo de sus hijos e hijas y que, se ven obligadas a interrumpir, a pausar indefinidamente sus proyectos migratorios en condiciones precarias, adversas y en aislamiento social e institucional. Las mujeres y sus hijos en el atrapamiento migratorio por México son una población vulnerable, alienada de la institucionalidad, negada a la protección y a los servicios que salieron buscando.

RECOMENDACIONES

Las mujeres, los niños, niñas y adolescentes también migran. Ellos y ellas precisan de condiciones y espacios seguros para trazar sus caminos, requieren estar presentes en los planes de atención y que estos, dirijan acciones enfocadas en sus necesidades particulares.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones que ponen en diálogo las contribuciones académicas, el accionar institucional y la labor de las organizaciones de la sociedad civil para mejorar las condiciones y las experiencias de las mujeres y los niños, niñas, adolescentes que transitan por México, particularmente por la frontera noroeste.

Las recomendaciones se dirigen principalmente a la Secretaría de Salud, la Secretaría de Relaciones Exteriores, el Instituto Nacional de Migración, DIF y los Centros Integradores para Migrantes.

- Considerar que excluir a las personas migrantes de los programas de salud trae costos a largo plazo.
- Pensar las políticas públicas en salud situando a México como país de tránsito, atrapamiento y destino, así como dirigir los planes especialmente a áreas de mayor paso/espera/asentamiento de personas migrantes y refugiadas.
- Apelar a una gestión humanitaria de las migraciones internacionales y tener a consideración la doble gestión -sanitaria y migratoria- en las ciudades fronterizas como Tijuana o Tapachula donde las acciones van en un sentido de vigilancia, control y castigo.
- Tener en cuenta los problemas de salud que enfrentan las personas en la (in)movilidad, a partir de sus características particulares: edad, género, etc. y las necesidades específicas por los diversos padecimientos que las aquejan cuando pasan periodos largos sin atención médica.
- Formular planes de salud integrales e interculturales que incorporen la cultura del usuario en el proceso salud-enfermedad-atención y respondan a las necesidades específicas de los grupos particulares que están movilizándose por y entre las fronteras.

Como menciona Kleinman, “la interpretación del *illness* y sus significados puede contribuir a proveer cuidados más efectivos”.

- Apertura de las y los médicos, enfermeros/as u otros curadores al diálogo y al reconocimiento/validación cultural de las personas que buscan atención en salud, respecto a las denominaciones de la enfermedad, dimensión corporal del sufrimiento, así como al respeto, integración y utilización de la medicina tradicional.
- Atender la salud desde un enfoque de derechos humanos requiere concientización, sensibilización, empatía de los profesionales médicos y personas encargadas en el primer nivel de atención.
- Cubrir las necesidades integrales de las personas en movilidad forzada, considerando que vienen huyendo de situaciones de violencia y, además, han pasado por lugares peligrosos enfrentando diferencias de clima y alimentación que les ha representado problemas de salud físicos y psicológicos.
- Capacitación en temas de salud mental, auxilio psicológico y de urgencia, trato con personas en movilidad forzada a los y las médicos, abogados y personal de base y voluntarios de los albergues e instancias gubernamentales que trabajan con migrantes y refugiados.
- Una coordinación en los tres niveles de gobierno, la Secretaría de Relaciones Exteriores, el Instituto de Migración y la Secretaría de Salud con las agencias internacionales y las organizaciones de la sociedad civil enfocadas a la población migrante para dar una cobertura en salud que atienda de manera interseccional a los diferentes grupos poblacionales. Que dicha vinculación, permita lograr un acceso a la salud que sea asequible y accesible en términos geográficos, económicos y culturales.

Las propuestas y peticiones que surgieron desde las mujeres participantes en el estudio fueron las siguientes: a) abrir los caminos porque rodear expone a más riesgos y peligros, b) brindar documentos que les permitan transitar el país de manera regular, libre y sin temor a la deportación o las extorsiones, tales como la Tarjeta de Visitante por Razones Humanitarias (TVRH) y en el mismo sentido, c) poder utilizar los transportes públicos que consideran seguros como el autobús, d) la solicitud de estancias infantiles donde se integre a los hijos e hijas de familias migrantes con o sin documentos, donde se les pueda brindar cuidados, estudio y alimento con el objetivo de poder dejar a sus hijos seguros por las ocho horas que

corresponden a una jornada laboral o mientras ello/as tienen que realizar algún trámite legal o administrativo y, e) acceder a trabajos dignos y con pagos justos que no discriminen ni estereotipen.

A partir de las experiencias relatadas desde el atrapamiento en los albergues de Tijuana, surgen ideas sobre cómo prevenir ciertos padecimientos, por ejemplo, poner baños, regaderas y lavadoras diferenciados para los hombres, mujeres y niñez; proporcionar sábanas limpias e insumos de limpieza, permitir a las mujeres hacer una lista de compra y acceder a la cocina por turnos para preparar alimentos en condiciones higiénicas.

En términos generales, se recomienda a la Secretaría de Salud Federal y Estatal dotar de recursos para infraestructura y personal suficientes que garanticen la inclusión de la población migrante y refugiada al sistema nacional de salud, que incluya atención en salud sexual y reproductiva, atención pediátrica, nutricional, psicológica y acceso a exámenes de laboratorio. Asimismo, reforzar y ampliar los planes de respuesta y de vacunación de la infancia y en situaciones extraordinarias como fue el caso de la pandemia por Covid-19, promover la oferta de más hoteles filtro en las ciudades principales de tránsito de migrantes o un plan de emergencia de salud pública incluyente y culturalmente pertinente.

Capacitación en competencias culturales para sumar a una atención en salud intercultural, respetuosa de los saberes, emociones y prácticas de las madres y los niños, niñas y adolescentes.

Brindar pláticas sobre derechos humanos en los albergues, campamentos y otros sitios donde se agrupan las personas migrantes con el fin de que todos tengan las mismas oportunidades de acceder a la salud y al asilo.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, G. (2019). *Déjenos pasar. Migraciones y trashumancias en Centroamérica*. Madrid: Amargord.

ACNUR/OIM (2021). *Directorio de servicios gratuitos para personas migrantes y refugiadas en Tijuana durante la emergencia sanitaria por Covid-19*. Fecha de última actualización: 19 de enero de 2021.

Aguirre, E. (2000). *Socialización y prácticas de crianza. Socialización: Prácticas de Crianza y cuidado de la salud*. Bogotá, DC, CES-Universidad Nacional de Colombia.

Aguirre, E. & Durán, E. (2000). “Prácticas de crianza y cuidado de la salud en familias y niños que inician la escolarización en Santa Fe de Bogotá”. En: Aguirre, Eduardo (2000). *Socialización y prácticas de crianza. Socialización: Prácticas de Crianza y cuidado de la salud*. Bogotá.: CES-Universidad Nacional de Colombia.

Albicker, S. L., & Velasco, L. (2016). “Deportación y estigma en la frontera México-Estados Unidos: atrapados en Tijuana”. *Norteamérica*, 11(1), 99-129.

Albicker, S. & Velasco L. (2019). “Capacidades de la sociedad civil en Tijuana para atender y proteger a la población migrante”. En: Dolores París Pombo (coord.), *Migrantes haitianos y centroamericanos en Tijuana, Baja California, 2016-2017. Políticas gubernamentales y acciones de la sociedad civil* (pp. 53-65). Tijuana: Comisión Nacional de los Derechos Humanos/ El Colegio de la Frontera Norte.

Álvarez, S.; Miranda, B., et al. (2020). *(In)movilidad en las Américas & COVID19*. Presentación de Proyecto. Grupos de Trabajo CLACSO: Fronteras, Movilidades, Identidades y Comercio/ Migración Sur-Sur. 8 de julio de 2020. Consultado en: <https://www.inmovilidadamericas.org>

Andersen, R. (1995). “Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?”. *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 1-10.

Ander-Egg, E. (2003). *Repensando la investigación-acción-participativa*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.

Ariztía, T. (2017). “La teoría de las prácticas sociales: particularidades, posibilidades y límites”. *Cinta de moebio*, (59), 221-234.

Ariza, M. (2000). “Género y migración femenina: dimensiones analíticas y desafíos metodológicos”. En: Dalia Barrera y Cristina Oehmichen. *Migración y relaciones de género en México*. Grupo Interdisciplinario sobre Mujer Trabajo y Pobreza (GIMTRAP) y Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Ariza, M. y de Oliveira, O. (2002). “Acerca de las familias y los hogares: estructura y dinámica”, pp. 19-54. En: Catalina Wainerman (Comp.), *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Arribas, A. (2015). “Antropología colaborativa y movimientos sociales: construyendo ensamblajes virtuosos entre sujetos en proceso”. *Ankulegi Revista de Antropología Social*, (19), 59-73.

Asakura, H. (2005). “Cambios en significados de la maternidad: la emergencia de nuevas identidades femeninas (Un estudio de caso: mujeres profesionistas de clase media en la ciudad de México)”, pp. 61-98. En: Martha Torres, *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México D.F: El Colegio de México.

Asakura, H. (2013). *Movimientos en espiral: sexualidad y maternidad de mujeres mixtecas con experiencia migratoria transnacional*. México: CIESAS.

Asakura, H. (2014). “Maniobras emocionales: implicaciones de la maternidad a distancia en las mujeres centroamericanas y sus hijos(as)”, pp. 143-163. En: Oscar Misael Hernández y María Elena Ramos (Coords.), *Migrantes allá y acá. Mujeres y hombres en Estados Unidos y el noreste de México*, México: Universidad Autónoma de Nuevo León-Gobierno del Estado de Tamaulipas-Miguel Ángel Porrúa.

Asakura, H. y Torres, M. (Coords.). (2019). *Entre dos fuegos. Naturalización e invisibilidad de la violencia de género contra migrantes en territorio mexicano*. Ciudad de México: CIESAS, Publicaciones de la Casa Chata.

Avendaño, R.M. (Coord.). (2019). *Entre muros: solicitantes de asilo bajo los Protocolos de Protección a Migrantes. Tijuana, B.C., Coalición Pro-Defensa Del Migrante, A.C., American Friends Service Committee (AFSC), América Latina y El Caribe*.

Basile, G. (2020). *La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario*. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales).

Basok, T. (2004). “Post-national Citizenship, Social Exclusion and Migrants Rights: Mexican Seasonal Workers in Canada”. *Citizenship Studies*, Routledge, 8 (1), 47-64.

Benítez, R., y Rodríguez, C. (2006). “Seguridad y fronteras en Norteamérica: Del TLCAN a la ASPAN”. *Frontera norte*, 18(35), 07-28.

Berumen, S., Narváez, J. & Ramos L. (2012). “La migración centroamericana de tránsito irregular por México. Una aproximación a partir de los registros administrativos migratorios y otras fuentes de información”, pp. 89-135. En: Ernesto Rodríguez Chávez, et al. (Coord.). *Construyendo estadísticas: movilidad y migración internacional en México*. Centro de Estudios Migratorios- Instituto Nacional de Migración.

Brettell, C. B., & Hollifield, J. F. (Eds.). (2014). *Migration theory: Talking across disciplines*. Routledge.

Bojórquez, I., Unikel, C., Mendoza, M.E & de Lachica, F. (2014). “Another body Project: the thin ideal, motherhood, and body dissatisfaction among Mexican women”. *Journal of Health Psychology*, 19 (9): 1120-1131.

Bojórquez, I.; Odgers, O. & Olivas, O. (2020). “Atención psicosocial a migrantes ante el COVID 19 en albergues de la sociedad civil en Tijuana”. *Poblaciones vulnerables ante COVID 19*. Documento de contingencia, núm. 6, COLEF.

Bonilla, G. E. (2012). “Género, familia y migración transnacional del Caribe colombiano a Venezuela”, pp. 537-558. En Esperanza Tuñón Pablos y Martha Luz Rojas Wiesner (Coords.), *Género y migración*. Vol. II, México: El Colegio de la Frontera Sur-El Colegio de la Frontera Norte-El Colegio de Michoacán-CIESAS.

Bourgois, P., Holmes, S. M., Sue, K., & Quesada, J. (2017). “Structural vulnerability: operationalizing the concept to address health disparities in clinical care”. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(3), 299.

Braun, V. & Clarke, V. (2006) “Using thematic analysis in psychology”, *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2): 77-101.

Brehil, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31 (1): 13-27.

Buenrostro, K. (2014). *¿Quién los cuidará? Prácticas y significados de la maternidad en la deportación*, Tesis de Maestría en Estudios Culturales. Tijuana: COLEF.

Cabello, A.M, Ochoa, J. & Filp, J. (1992). *Pautas y prácticas en la crianza de niños y niñas entre 0 y 6 años de sectores pobres*. Chile: CIDE /Universidad Alberto Hurtado.

Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Chile: Universidad del Desarrollo.

Camarena, R. M. (2003). “Repensando a la familia: algunas aportaciones desde la perspectiva de género”. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 18 (2), 255-297.

Cantón, M. (1998). *Bautizados en fuego. Protestantes, discursos de conversión y política en Guatemala (1989-1993)*. Vermont, EE. UU., Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica, Antigua, y Plumsock Mesoamerican Studies.

Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). “Immigration as a social determinant of health”. *Annu. Rev. Public Health*, 36:375–392.

Castañeda, A. (2016). “México: país de tránsito y de contención migratoria”. *Observatorio de Legislación y Política migratoria*, COLEF/CNDH.

Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

CEAHT (2019). *Directorio de Albergues en Tijuana*. Comité Estratégico de Ayuda Humanitaria Tijuana. Consultado en: <https://tijuanamigrante.com/>

CEAR (2022). “Derecho de Asilo”, Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). Consultado en: <https://www.cear.es/derecho-de-asilo/>

CEPAL (2020). *Feminicidio*. Observatorio de Unidad de enero de América Latina y El Caribe/CEPAL. Consultado en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio>

CNDH/IIJ-UNAM (2018). “V. Salud”, 87-112. En: *Los desafíos de la migración y los albergues como oasis*. Encuesta Nacional de Personas Migrantes en Tránsito por México.

CONMIGRANTES (2017). “Migración salvadoreña: contextos y desafíos”, pp. 26-40. En: *Política Nacional para la Protección y Desarrollo de las Personas Migrantes Salvadoreñas y su Familia*. El Salvador: CONMIGRANTES/UNFPA/PNUD.

Coubés, M.L., Velasco, L. & Contreras, O. (Coords.). (2020). “Migrantes en albergues en las ciudades fronterizas del norte de México”. *Poblaciones vulnerables ante COVID 19*. Documento de contingencia, núm. 2, COLEF.

COLEF (2018). *La caravana de migrantes centroamericanos en Tijuana 2018 Diagnóstico y propuestas de acción (Primera etapa)*, Publicado el 4 de diciembre de 2018, Tijuana, México, 61 P.

COLEF (2019). *La caravana de migrantes centroamericanos en Tijuana 2018-2019 (Segunda etapa)*, Publicado el 25 de marzo de 2019, Tijuana, México, 70 P.

Collado, S. (2014). “Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica”, p. 133-160. En: Ángeles Sánchez Bringas (Coord.) *Desigualdades en la procreación: trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. Coyoacán: Universidad Autónoma Metropolitana.

Comas-d'Argemir, D. (2019). “Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados”. *Cuadernos de antropología social*, 49.

Córdova, R. (2003). “Migración y relaciones de género en México”. Reseña del libro. *Ulúa*, 2: 249-253.

Córdova, R. (2016). “Una se enloda por sacar adelante a los hijos: entre el discurso del deber y la búsqueda del placer en una localidad rural de Veracruz”, pp. 199-217. En: Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera, Tine Davids (Coords.), *¡A toda madre!: una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*, Ciudad de México; Guanajuato, Gto.: Secretaría de Cultura: Instituto Nacional de Antropología e Historia: Itaca: Universidad de Guanajuato.

Cortez, A., Guerra, M. & Stuardo, V. (2019). “Salud sexual y salud reproductiva en mujeres migrantes”, 103-121. En: Vicente Parrini (Ed.). *Segundo Informe sobre Salud sexual y reproductiva y derechos humanos en Chile- Estado de la cuestión 2017-2018*. MILES.

Crear-Perry, J., Correa-de-Araujo, R., Lewis Johnson, T., McLemore, M. R., Neilson, E., & Wallace, M. (2021). “Social and structural determinants of health inequities in maternal health”. *Journal of women's health*, 30(2), 230-235.

Cueva T., & Terrón, T. (2014). "Vulnerabilidad de las mujeres migrantes en el cruce clandestino por Tamaulipas-Texas." *Papeles de población*, 20(79), 209-241.

Cueva, T. (2015). "La producción de la salud materna: entre la agencia femenina y condiciones de acceso limitado a los cuidados médicos", pp. 221-253. En: Silvia López y Cirila Quintero (Coords.). *Los estudios de género en el norte de México a umbrales del siglo XXI*. Tijuana, México: COLEF.

De la Torre, R.; Zúñiga, C. (ed.). (2007). *Atlas de la diversidad religiosa en México*. Colegio de Jalisco.

DHS (2019). *Policy Guidance for Implementation of the Migrant Protection Protocols*. January 25, 2019. Department of Homeland Security. Source: <https://www.dhs.gov/news/2019/01/24/migrant-protection-protocols>

Evans, J., and Robert M. (1996). "Prácticas de crianza: creando programas donde las tradiciones y las prácticas modernas se encuentran." *Childrearing*, 15: 1-21.

Fassin, D., & d'Halluin, E. (2007). "Critical evidence: The politics of trauma in French asylum policies". *Ethos*, 35(3), 300-329.

Fernández, A. G., Waldmüller, J. y Vega, C. (2020). "Comunidad, vulnerabilidad y reproducción en condiciones de desastre. Abordajes desde América Latina y el Caribe. Presentación del dossier". *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 66: 7-29.

Flores, R. & Tena, O. (2014). "Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión". *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (50), 27-42.

Freidenberg, J. y Sassone, S. (2018). "Movilidad, migración y territorio: el papel del sujeto", *Revista Temas de Antropología y Migración*, 10: 45-50.

Freyermuth, G. (2014). "Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres", pp. 21-70. En: Ángeles Sánchez Bringas (Coord.) *Desigualdades en la procreación: trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. Coyoacán: Universidad Autónoma Metropolitana.

Gamlin, J. B. (2013). "Shame as a barrier to health seeking among indigenous Huichol migrant labourers: An interpretive approach of the violence continuum and authoritative knowledge". *Social science & medicine*, 97, 75-81.

Gerard, A. & Pickering, S. (2014). "Gender, Securitization and Transit: Refugee Women and the Journey to the EU". *Journal of Refugee Studies*, 27 (3), 338-359.

Goldberg, A. (2013). "Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina". *Anuario Americanista Europeo*, REDIAL-CEISAL, 11: 199-216.

González, A. & Estupiñán, M.R. (2010). "Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia". *Investigación y Educación en Enfermería*, 28 (3): 396-404.

Gushulak, B. (2017). *Health, health systems and global health*. Thematic Discussion Paper. 2nd Global Consultation on Migrant Health: Resetting the agenda. IOM Development Fund: Colombo, Sri Lanka.

- Gutiérrez, A. (2005). *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Argentina: Ed. Ferreyra.
- Haas, B. M. (2017). "Citizens-in-waiting, deportees-in-waiting: Power, temporality, and suffering in the U.S. asylum system". *ETHOS*, 45 (1), 75-97.
- Ham, A. y Martínez, A (2014). "Los patrones de migración en Honduras: evolución, tendencias regionales e impacto socioeconómico." *Revista de Economía y Administración*, 11 (1): 85-114.
- Hamui Sutton, L. (2019). "La noción de trastorno: entre la enfermedad y el padecimiento. Una mirada desde las ciencias sociales". *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 62(5), 39-47.
- Hernández, R. & Camus, M. (Coord.). (2017). *Sin lugar en el mundo. Desplazamiento forzado de mujeres por Guadalajara*. FM4 Paso Libre. Dignidad y Justicia en el Camino A.C, Guadalajara, Jalisco, 198 P.
- Hernández, A. (2020). *Covid-19, nuevas fronteras y la profundización de la biomedicalización de las migraciones. Observatorio Social del Coronavirus. Pensar la Pandemia*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Heyman, J. (2012). "Construcción y uso de tipologías: movilidad geográfica desigual en la frontera México-Estados Unidos", pp. 419-454. En: Marina Ariza y Laura Velasco (Coords.) *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: por los caminos de la investigación sobre migración internacional*. México: Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM/El Colegio de la Frontera Norte.
- Hondagneu-Sotelo, P. (2011). "Gender and Migration Scholarship: An Overview from a 21st Century Perspective", *Migraciones Internacionales*, 6 (1), 219-231.
- Ierullo, M. (2015). "La crianza de niños, niñas y adolescentes en contextos de pobreza urbana persistente." *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), 671-683.
- Infante, C., et al. (2004). "VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos". *Migración y desarrollo*, 3, 45-53.
- Infante, C., Rigoni, F., Velázquez, J., Leyva, R. & Ramos U. (2011). "Migrantes en tránsito por México: la casa del migrante en Tapachula, Chiapas". En: René Leyva y Frida Quintino, *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- IPAS (2012). *Guía para la aplicación del enfoque de derechos humanos a la salud materna*. IPAS México/IIMHR/ ACNUDH.
- Izcarra, S. P. (2015). "Los transmigrantes centroamericanos en México". *Latin American Research Review*, 50 (4), 49-68.
- Jeremiah, E. (2006). "Motherhood to mothering and beyond: Maternity in recent feminist thought". *Journal of the motherhood initiative for research and community involvement*, 8(1), 21-33.

- Jiménez, C. y Roquero E. (2016). “Los discursos expertos sobre crianza y maternidad: aproximación al caso español 1950-2010”. *ARENAL*, 23 (2), 321-345.
- Jørgensen, U. (2001). “Grounded theory: Methodology and theory construction”. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*, 1, 6396-6399.
- Katzer, L., & Samprón, A. (2011). “El trabajo de campo como proceso. La etnografía colaborativa como perspectiva analítica”. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, (2), 59-70.
- Kauffer, E. (2000). “Refugiados guatemaltecos en México: Del refugio a la repatriación, del retorno a la integración”, *Boletín de Migración Internacional*. CONAPO, 4 (12), 7-12.
- Lagarde, M. (2014). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, 2da edición, México: UNAM/ Siglo XXI.
- Linardelli, F., & Anzorena, C. (2021). „Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria”. *Jangwa Pana: Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 20(2), 206-224.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1997). “Everything that really matters: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world”. *Harvard Theological Review*, 90(3), 315-336.
- Leutert, S. & Yates, C. (2022). *Metering update. May 2022*. Strauss Center for International Security and Law, The University of Texas at Austin.
- Leyva, R., Infante, C., Serván, E., et al. (2015). *Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México*. CIESAS: Guadalajara, México: Central America-North America Migration Dialogue (CAMID).
- Lima, M. (2017). “Desigualdades en salud: una perspectiva global”, *Ciencia & saúde coletiva*, 22 (7), 2097-2108.
- Llanes, N. (2014). “Estar en la edad” Resignificaciones de la maternidad adolescente en un contexto de alta migración: el caso de mujeres residentes en Tijuana”. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, COLEF.
- López, L. M., & Zapata, A. (2016). “Abordajes investigativos del cuidado familiar en la migración internacional paterna/materna: la omisión del lugar de los hombres”. *Papeles de población*, 22 (87), 233-263.
- Machuca, M. (2011). "En búsqueda de los salvadoreños en los Estados Unidos: contextualizando los datos etnográficos". *Encuentro*, 89, 80-109.
- Maier, E. (s/f), *Los mitos de la maternidad: el caso de las madres de los desaparecidos*, 306, M3.

- McBride, V.; Satterwhite, L. & Berkel, C. (2013). "Gender and Family Relations", pp. 401-422. En: Gary Peterson & Kevin Bush (eds.), *Handbook of Marriage and the Family*, New York: Springer Science.
- Menéndez, E. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207.
- Menjívar, C., Morris, J. y Rodríguez, N. (2017). "The ripple effects of deportations in Honduras". *Migration Studies*, 6(1), 120-139.
- Meyreles, L. (2020). "Estudios sociales de desastres", Video-clase, FLACSO, República Dominicana.
- Mummert, G. (2011). "Todo queda en familia (transnacional): niños mexicanos a cargo de cuidadores alternativos", pp. 103-132. En: Françoise Lestage y María Eugenia Olavarria (Coords.). *Parentescos en un mundo desigual: adopciones, lazos y abandonos en México y Colombia*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.
- Muñoz, G. (2014). "Procesos y trayectorias reproductivas de mujeres jóvenes en situación de calle en la ciudad de México", p. 245-287. En: Ángeles Sánchez Bringas. (Coord.) *Desigualdades en la procreación: trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. Coyoacán: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Muñoz, C. (Coord.). (2018). *El atlas de la revolución de las mujeres. Las luchas históricas y los desafíos actuales del feminismo*. Capital Intelectual S.A., Le Monde Diplomatique, edición Cono Sur, Argentina.
- Murcia, N., Jaimes, S., & Gómez, J. (2016). "La práctica social como expresión de humanidad". *Cinta de moebio*, (57), 257-274.
- Nájera, J. (2016). "El complejo estudio de la actual migración en tránsito por México: Actores, temáticas y circunstancias". *Migraciones internacionales*, 8(3), 255-266.
- Naudon, P. (2016). "Mujeres migrantes en Chile: significaciones sobre su rol de madre y la crianza de hijos". *Revista Rumbos TS*. (14), 99-112.
- OHCHR (2008). "El derecho a la salud". Folleto informativo N.º 31. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra.
- Odgers, O., & Campos-Delgado, A. E. (2014). "Figés dans le mouvement: périodes et espaces d'attente des migrants mexicains expulsés des États-Unis". *Revue européenne des migrations internationales*, 30(2), 113-135.
- Odgers O. et Olivas O. (2019). "Les caravanes des migrants: figées dans la mobilité", *IHEAL/CREDA*, mars (27). Consultado en: <http://www.iheal.univ-paris3.fr/fr/edito/les-%C2%AB-caravanes-de-migrants-%C2%BB-fig%C3%A9es-dans-la-mobilit%C3%A9>
- OEA/CIDH (2010). *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 32 P.

OIM (2018a). Directorio de Casas y Albergues para personas migrantes. Organización Internacional para las Migraciones, México 2018.

OIM (2018b). *Guía para la atención psicosocial a personas migrantes en Mesoamérica*. 194 P. Costa Rica: Organización Internacional para las Migraciones.

OIM (2019a). "Chapter 6. Migration, inclusion and social cohesion: Challenges, recent developments and opportunities", pp. 185-206. In: *World Migration Report 2020*. International Organization for Migration, Switzerland.

OIM (2019b). *Más allá de las cifras: Caravanas migrantes*. Iniciativa de Gestión de Información de Movilidad Humana en el Triángulo Norte. Consultado en: <https://mic.iom.int/webntmi/masalladelascifras/>

OMS (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Consultada en <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

OMS (2008) "Salud de los migrantes", 61ª Asamblea Mundial de la Salud, WHA61.17, Consultada en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/26286/A61_R17-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ONU Mujeres (2019). Capítulo 7 "Familias en el contexto de la migración", pp. 204- 233. En: El progreso de las mujeres en el mundo 2019-2020.

OPS/OMS (2019). *Documento de Orientación sobre Migración y Salud*. P. 27 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Palomar, C. (2007). *Maternidad en prisión*. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara e INDESOL, 413 P. ISBN: 970-27-1127-4.

Pérez Canchola, J.L. (2021). Diálogo entre fronteras: acceso al derecho a la salud de las personas en movilidad. Primera mesa de trabajo. 7 de octubre de 2021, Universidad Iberoamericana, Tijuana, B.C.

Pérez-Soria, J. (2019). "De cómo hacer tipologías y no morir en el intento". *Atas - Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 588-592.

Polivanov, B. (2014). "Etnografía virtual, netnografía ou apenas etnografía? Implicações dos conceitos." *Esferas*, 3 (1), 61-71.

Ramos, M. E. (2014). "La culpa de la madre y la ira de la abuela: efectos emocionales de la migración femenina", pp. 125-142. En: Óscar Misael Hernández y María Elena Ramos Tovar (Coords.). *Migrantes Allá y Acá. Mujeres y Hombres en Estados Unidos y el Noreste de México*. UANL. Gobierno de Tamaulipas- Miguel Ángel Porrúa.

Ramos, E. (2014). "Migración forzada y violencia criminal. Una aproximación teórico-práctica en el contexto actual". *Colección investigaciones*, núm. 37, Universidad Tecnológica El Salvador.

Ramos, M.E. (2016). Reseña bibliográfica “Salir adelante: experiencias emocionales por la maternidad a distancia” de Hiroko Asakura, CIESAS, 2013, 264P. *Frontera norte*, 28 (56), 179-182.

Rangel, G., Tonda, J., Zapata, R., et al. (2017). “Ventanilla de Salud: A collaborative and binational health access and preventive care”. *Frontiers in Public Health*, 5 (151), 1-5.

Reckwitz, A. (2002). “Toward a theory of social practices: A development in culturalist theorizing”. *European journal of social theory*, 5(2), 243-263.

REDODEM (2019). *Procesos migratorios en México: nuevos rostros, mismas dinámicas*. Informe 2018. México.

REDODEM (2020). *Migraciones en México: fronteras, omisiones y transgresiones*. Informe 2019. México.

Rejón, C. (2016). “Visceras, humores, alientos: alma premoderna y subjetividad moderna”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(130), 479-497.

Riggiozzi, P., Grugel, J. y Cintra N. (2020). “¿Proteger a los migrantes o revertir la migración? COVID-19 y los riesgos de una crisis prolongada en América Latina. Reporte situacional: perspectivas sobre el derecho a la salud de los migrantes en América Latina durante Covid-19”. *Lancet Migration*, <https://www.migrationandhealth.org/>

Rodríguez, E. (Coord.) (2014). *Migración centroamericana en tránsito por México hacia Estados Unidos: Diagnóstico y recomendaciones. Hacia una visión integral, regional y de responsabilidad compartida*. Documento ejecutivo. ITAM: México, D.F.

Rojas, M., & Ángeles, H. (2011). “Migración femenina y derechos: la situación de las migrantes guatemaltecas en México”. *Colección de ensayos sobre población y derechos humanos en América Latina*, 221.

Rosales, Y. (2019). “Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México”. *Estudios fronterizos*, 20 (031), 1-25.

Ruiz, O. (2004). “Violencia sexual: El caso de las migrantes centroamericanas en la frontera sur”, pp. 85-95. En: Teresa Fernández de Juan (Coord.). *Violencia contra la mujer en México*. Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Saldaña, A.; Venegas, L. & Davids, T. (2016). “Introducción” pp. 15-38. En: Abril Saldaña, Lilia Venegas y Tine Davis (Coords.). *¡A toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*. INAH/ ITACA/Universidad de Guanajuato.

Sánchez, Á. (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*. México: UAM-Xochimilco.

Sánchez, R. (2004). “La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados”, pp. 97-131. En: María Luisa Tarrés (Coord.). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: FLACSO, El Colegio de México, Miguel Ángel Porrúa.

Selee, A., Argueta, L. & Hurtado, J. (2022). *Migración de Huehuetenango en el Altiplano Occidental de Guatemala. Respuestas de políticas públicas y desarrollo*. Migration Policy Institute/ Asociación Pop No'j/ OIM/ USAID.

Shire, W. (2016). ““Home, A Refugee Poem”. Consultado en: <https://austinrefugees.org/home-a-refugee-poem/>

Siles, J. & Solano, C. (2007). “Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos. La estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer”. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXV (1), 66-73.

Silva, A. (2019). *Migración adolescente no acompañada: estrategias de movilidad en el corredor Centroamérica-México-Estados Unidos*. Mexicali, Baja California: Universidad Autónoma de Baja California.

Silvey, R. (2004). “Power, difference and mobility: feminist advances in migration studies”. *Progress in human geography*, 28(4), 490-506.

Spesny, S. L. (2015). “Undeserving mothers? Shifting rationalities in the maternal healthcare of undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica”. *Anthropology & Medicine*. 22 (2), 191-201.

Stang, M. F. (2013). "Aflojando el corsé. Los estudios sobre migraciones internacionales y géneros en la Argentina." *XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Santiago, Chile.

Terrón, T. & Monreal, M.C. (2014). “Mujeres migrantes en tránsito en la Frontera Norte de México: motivaciones y expectativas socioeducativas ante el sueño americano”. *Papeles de población*, 20(82), 138-166.

Torre, E. (2021). “Las tarjetas de visitante por razones humanitarias: una política migratoria de protección ¿e integración?”, *EntreDiversidades. Revista de ciencias sociales y humanidades*, 8 (2), 145-166.

Triana, A., Ávila, L., & Malagón, A. (2010). “Patrones de crianza y cuidado de niños y niñas en Boyacá”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 8(2), 933-945.

UPM (2019a). “Nueva Política de asilo en EUA”, *Movilidades. Análisis de la movilidad humana*, núm 1, octubre, Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas/SEGOB.

UPM (2019b). “El sistema de refugio en México”, *Movilidades. Análisis de la movilidad humana*, núm 2, diciembre, Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas/SEGOB.

UPM (2020) “Boletines Estadísticos. Unidad de Política Migratoria, Consultados en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos

USCBP (2020) *U.S. Customs and Border Protection, Stats and summaries*. Consultado en mayo de 2020, en: <https://www.cbp.gov/newsroom/stats/sw-border-migration>

United Nations (2019). *International Migration 2019: Report*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Van der Laet, C. (2017). “La migración como determinante social de la salud”, pp. 29-38. En: Báltica Cabieses, Margarita Bernales, y Ana María McIntyre. *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*, UDD.

Valles, M. (2002). “Entrevistas cualitativas”, *Cuadernos metodológicos*, Madrid: CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas, 195 P.

Varela, A. (2015). “Caravana de Madres Centroamericanas, un ejemplo de las nuevas luchas migrantes”, pp. 315-352. En: Ariadna Estévez & Daniel Vázquez (Coords.). *Derechos humanos y transformación política en contextos de violencia*. México: FLACSO.

Varela, A. & McLean, L. (2019). “Caravanas de migrantes en México: nueva forma de autodefensa y transmigración”. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, (122), 163-185.

Vázquez S., Palazzo N., Halan T. y Miller, C. (2020). Conversatorio “En Defensa del Asilo”, *VII Festival Cultural Miradas Fronterizas*, organizado por Espacio Migrante, 27 de noviembre de 2020.

Velasco, L. (2001). “Un acercamiento al método tipológico en sociología”, pp. 265-296. En: María Luisa Tarrés (Coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, El Colegio de México, FLACSO, Porrúa.

Villanueva, O. (2015). *Maternidades flexibles. El caso de las mujeres hondureñas en frontera Comalapa*. Tesis de Maestría en Antropología social. San Cristóbal de las Casas, Chis: CIESAS.

Wainerman, C. (2002). “Padres y maridos. Los varones en la familia”, pp. 199-224. En: Catalina Wainerman (Comp.). *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Willers, S. (2019). “Confrontar la violencia. Proyectos migratorios y estrategias de supervivencia de mujeres migrantes en tránsito por México”, pp. 41- 80. En: Hiroko Asakura y Marta Torres Falcón (Coords.). *Entre dos fuegos: Naturalización e invisibilidad de la violencia de género contra migrantes en territorio mexicano*. Ciudad de México, CIESAS.

Woo, O. (2012). "El estatus migratorio, una condición de vulnerabilidad de las mujeres migrantes", pp. 257-277. En: Salvador Berumen Sandoval, Nina Frías Valle y Julio Santiago Hernández (Coords.). *Migración y familia. Una mirada más humana para el estudio de la migración internacional*. Centro de Estudios Migratorios/Instituto Nacional de Migración.

Xiang, B. (2020). “Shock mobility: Convulsions in human migration are having large impacts (Part I, Part II)”, *COMPAS Coronavirus and Mobility Forum*.

Zenteno, R. (2000). “Redes migratorias: ¿Acceso y oportunidades para los migrantes?”. *Migración México-Estados Unidos. Opciones de política*, 228-245.

ENTREVISTAS CITADAS Y OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Entrevistas a madres migrantes:

Jimena , Honduras, 14 de febrero, 2020. Modalidad presencial

Hilda, El Salvador, 16 de febrero, 2020. Modalidad presencial

Rosa, Honduras, 18 de octubre, 2020. Modalidad virtual

Lupita, Guatemala, 02 de diciembre, 2020. Modalidad virtual

Amaral, Honduras, 03 de diciembre, 2020. Modalidad virtual

Zuleiha, Honduras, 18 de enero, 2021. Modalidad presencial

Ana, El Salvador, 28 de enero, 2021. Modalidad virtual

Josa, El Salvador, 30 de enero, 2021. Modalidad virtual

Eli, Honduras, 01 de febrero, 2021. Modalidad presencial

María, Honduras, 01 de febrero, 2021. Modalidad presencial

Loli, Guatemala, 01 de febrero, 2021. Modalidad presencial

Gala, El Salvador, 24 de febrero, 2021. Modalidad virtual

Daisy, Honduras, 03 de marzo, 2021. Modalidad virtual

Susi, Honduras, 03 de marzo, 2021. Modalidad virtual

Mariana, Honduras, 15 de marzo, 2021. Modalidad presencial

Candy, El Salvador, 09 de abril, 2021. Modalidad virtual

Sarahí, Honduras, 09 de abril, 2021. Modalidad virtual

Chiara, Nicaragua, 09 de abril, 2021. Modalidad virtual

Kaira, Honduras, 09 de abril, 2021. Modalidad virtual

Estefany, Honduras, 10 de abril, 2021. Modalidad virtual

Rosi, El Salvador, 11 de abril, 2021. Modalidad virtual

Kim, Honduras, 11 de abril, 2021. Modalidad virtual

Sol, Honduras, 12 de abril, 2021. Modalidad virtual

Cris, Honduras, 14 de abril, 2021. Modalidad virtual

Anette, Honduras, 12 de mayo, 2021. Modalidad virtual

Entrevistas a actores clave:

Gustavo Banda, Pastor del templo-albergue Embajadores de Jesús, 3 de noviembre de 2020, Comunicación personal.

Paulina Olvera, Directora del albergue Espacio migrante, 4 de noviembre de 2020, Comunicación personal.

Ximena Rojas, Fundadora de la organización Parteras Fronterizas, 7 de noviembre de 2020, Comunicación personal.

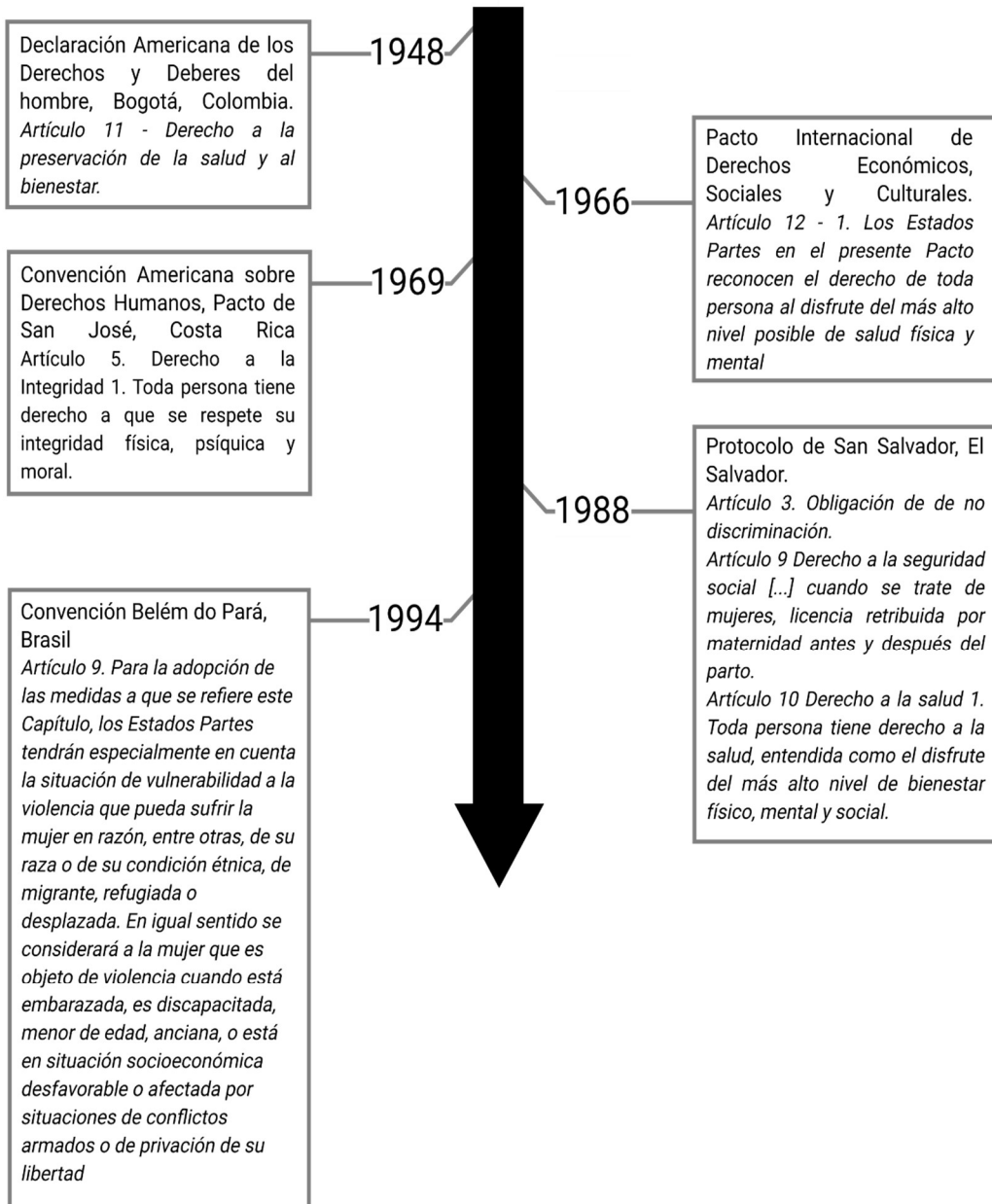
José Antonio Altamirano, Pastor del templo-albergue Camino de salvación, 16 de febrero de 2021, Comunicación personal.

Página web de la organización *LA throwback foundation* <https://lathrowback.org/embajadores-de-jesus/>

Página web de Espacio Migrante <https://www.espaciomigrante.org/>

ANEXOS

Anexo 1. Línea del tiempo 1: Tratados Internacionales en Salud



Anexo 2. Carta de consentimiento informado

Tijuana, B.C. a _____.

Estimada _____,

Soy estudiante del Colegio de la Frontera Norte y actualmente estoy haciendo una investigación sobre la experiencia de la maternidad y la migración. Quisiera saber si podría contar con tu participación respondiendo algunas preguntas. Si decides participar, te agradecería que me brindaras tu consentimiento a continuación:

“Por este medio expreso mi consentimiento para que Benelli Velázquez utilice toda o una parte de la información que le proporcioné mediante una entrevista, para que sea analizada en su tesis de investigación, la cual realiza para obtener el grado de doctora en estudios de migración, o bien para su publicación en libros y/o artículos académicos.

Comprendo que la participación en la entrevista podría resultarme incómoda debido a que se tratarán temas sensibles relacionados con la experiencia migratoria y el ser madre, y entiendo que me puedo negar a participar y/o a terminar de responder en el momento que así lo desee. Me han aclarado que toda la información que proporcione será confidencial, que mi rostro no será videograbado ni fotografiado y que mi voz sólo se usará de manera anónima para fines de investigación, ya que no seré identificada bajo ningún concepto por personas que no participen directamente en la investigación”.

Consentimiento de la entrevistada

Si más tarde usted tiene alguna duda o comentario acerca de la entrevista, puede comunicarse con la entrevistadora al siguiente correo electrónico: jvelazquez.dem2019@colef.mx

Anexo 3. Guías de entrevista

3.1 Guía de entrevista. Dirigida a mujeres madres migrantes en albergues de la ciudad de Tijuana

Nombre	
Pseudónimo	
Edad	
Estado civil	
Ocupación antes de migrar	
Nivel de estudios	
Lugar de origen	
Lugar de destino	
Albergue	
Personas con quien viaja	
Edad del primer parto	
Número de hijos	
Edad de los hijos	
Si está embarazada, ¿en qué mes?	

- Estructura familiar

En tu país ¿Cuántas personas vivían en el mismo hogar y cuántos generaban un ingreso?

En el viaje ¿Quiénes conforman tu familia?

-si dice con su pareja-, *¿cuánto tiempo hace que vives con él?

¿Consideraste desde un principio hacer el viaje con tus hijos?

¿Quiénes de tus hijos hicieron el viaje contigo?

(Si tiene otros hijos, además de los que viajan con ella) ¿Dónde están? ¿De qué edades

son? ¿Quién está a cargo de ellos?

Si hubieras tenido alguien de mucha confianza y que pudiera cuidar de tus hijos en tu lugar de origen, ¿los habrías dejado a su cuidado?

- Paternidad

Durante este viaje, ¿cómo describirías los momentos en que tu pareja/ o/ su papá colabora en el cuidado de los niños? ¿Estás contenta con su grado de involucramiento?

- Experiencia migratoria

Antes de este viaje, ¿habías salido de tu país?

-si dice que sí- ¿Cuántos años tenías entonces? ¿A dónde llegaste y por cuánto tiempo?

¿Cuál fue el motivo por el que se tomó la decisión de salir de tu país en esta ocasión?

¿Cuánto tiempo tenían con la idea?

¿Con quién platicaste al respecto?

¿Sentiste que las personas con quienes hablaste te apoyaban?

¿Cómo fue para ti como mamá atravesar México para llegar hasta acá?

¿Cómo fue que llegaron a esta parte de la frontera?

- Ejercicio de la maternidad durante el trayecto migratorio

¿Qué crees que sea lo más necesario para las mamás que viajan a otro país con sus hijos/ o para las que viajan embarazadas?

¿Qué tan difícil ha sido el viaje para las mamás de los niños pequeños si lo comparamos con los hombres o con las mujeres que no tienen hijos y van viajando?

¿Has visto o escuchado alguna experiencia difícil de alguien o tú has tenido algún momento en el viaje en que deseaste no haber venido así con tus hijos?

¿Te has sentido discriminada durante el viaje por el hecho de ser mamá? ¿Crees que se podría hacer algo al respecto?

¿Alguien te ayudó a cuidar a tus hijos durante el camino? ¿De qué forma te apoyaron?

¿Has conocido gente en el albergue que te apoye? ¿has hecho amistades?

¿Qué tan fácil o difícil es cuidar a los niños mientras estás en el albergue? ¿Por qué?

¿Qué actividades tienes aquí?, ¿Qué actividades tienen los niños?

¿Cómo le haces para cuidarlos aquí, a diferencia de cómo le hacías en tu casa?

- MPP y COVID-19

Sé que antes de la pandemia del COVID, algunas personas pudieron ir a la Corte, ¿tú has tenido citas en la Corte?

¿Cómo le haces con los niños cuando van para allá?

¿Cómo los han tratado?

Ahora con lo del COVID, se han tenido que esperar más tiempo aquí, ¿hubo algún cambio en la manera en que se organizan para convivir entre los adultos y los menores?

Pensaron junto con los administradores del albergue ¿cómo le podían hacer en caso de que alguien se enfermara?

- Aspecto de salud

¿Se han enfermado tú o tus hijos desde que salieron de su país?, ¿quiénes? ¿de qué?

¿Cómo has notado a tus hijos en su comportamiento desde que salieron al viaje? Cuando tú o tus hijos se enferman, ¿cómo le haces como mamá para cuidarlos o que se curen?

¿En dónde (en qué parte del trayecto) has tenido acceso a los servicios de salud y cómo te fue?

¿Qué diferencias has notado en México sobre los servicios de salud o los medicamentos con respecto a tu país?

Si estuvieras en tu país, ¿cómo habrías resuelto el mismo problema de salud? ¿Tienes acceso a un seguro social o privado de salud en tu país?

¿Hay alguna receta/remedio familiar que sepas o hayas traído contigo como para curar algún padecimiento que tengas tú o alguien de la familia?

Aquí en el albergue o en otro lugar, ¿te han ofrecido atención médica?

¿Quién te asesora aquí en el albergue cuando necesitas ayuda para conseguir algún remedio o medicamento?

3.2 Guía de entrevista. Dirigida a directivos de albergues para familias migrantes en Tijuana

Nombre	
Edad	
Nacionalidad	
Ocupación en el albergue	

- Información sobre el albergue

¿Cómo iniciaron el albergue?

¿Cuál fue su visión al inicio?, ¿ha cambiado?

A parte de atender al migrante, ¿tienen otro servicio dirigido para otro tipo de poblaciones?

¿Hace cuánto tiempo existe este lugar como albergue para migrantes?

¿Qué criterios toman en cuenta para recibir a las personas en este albergue?

¿Qué tipo de apoyos les proporcionan?

¿Trabajan en conjunto con alguna otra organización de México u otro lugar?

¿Cree que la localización del albergue en la ciudad afecta de alguna manera la dinámica que van generando los migrantes mientras están aquí?

- Comunidad migrante

Tanto en la literatura académica como en las noticias, hemos visto que han cambiado los perfiles de las personas que migran, antes migraban más los varones en edad productiva, por ejemplo. Luego se supo de papás y mamás que migraban dejando a sus hijos en sus países de origen, pero desde Las Caravanas se hace visible que hay familias enteras que migran; muchas mamás con sus hijos bebés, niños y adolescentes.

En su experiencia trabajando en este albergue ¿cómo ha visto esos cambios?

¿Ha notado que sí han llegado más madres con sus hijos o cómo diría que ha pasado?

¿Qué ha significado para ustedes recibir a lxs migrantes de las caravanas?

¿Ha implicado cambios en lo que venían haciendo y la forma de hacerlo?

¿Cuál es su percepción sobre las experiencias de trayecto de las mujeres (ya sea las que viajan solas o las que lo hacen con sus familias, o hijos)?

¿Qué retos les han planteado?

- Salud y maternidad

Respecto a la atención médica, ¿qué tipos de facilidades hay para la comunidad migrante?

¿Qué conexiones tienen ustedes con prestadores de servicios de salud? (¿con quienes? ¿desde cuándo? ¿cómo ha resultado? ¿consideran que es suficiente?)

¿Qué medidas consideraron para seguir laborando en tiempos de pandemia por COVID 19?

¿Hubo alguna consideración espacial para las mujeres embarazadas o las mamás que vienen con hijos menores de edad?

¿Quiénes se encargan del cuidado de los menores que hay en el albergue?

¿Cómo se organizan para las actividades familiares?

¿Qué cosas podrían mejorarse para un mejor cuidado a la salud de las madres y sus hijos?

Anexo 4. Directorio de servicios para personas migrantes y refugiadas ACNUR-OIM 2021

Directorio de servicios gratuitos para personas migrantes y refugiadas en Tijuana durante la emergencia sanitaria por COVID-19

En la emergencia sanitaria los espacios de atención a migrantes y refugiados nos hemos adaptado para seguir atendíendote, ya sea por teléfono, WhatsApp, Facebook o físicamente. Conoce cómo podemos ayudarte y nuestra forma de contacto, **evita exponerte saliendo a la calle si no es estrictamente necesario, te recomendamos llamar por teléfono antes de acudir a alguna de las oficinas.** Recuerda que si presentas síntomas de COVID-19 (fiebre, tos seca, dificultad para respirar) debes llamar al 911 y/o acudir a la Clínica de Fiebre más cercana.

Agencias de la ONU / Instituciones de Gobierno			
OIM	Orientación a población migrante para acceso a alojamiento, servicios, asistencia humanitaria. Programa de retorno voluntario asistido.	55 4454 9031 / 5553320230 / 55 5332 0643	
ACNUR	Asistencia humanitaria, orientación para refugiados y solicitantes de asilo.	6645183286 / 664 518 3207	
INM	Oficina para realizar trámites migratorios.	664 636 6017 / lunes a viernes, 9 am -1 pm Blvd. Insurgentes 16000, Los Álamos	
COMAR	Atención general para procedimiento de la condición de refugiado en México.	Llama para agendar tu cita: 55 8055 9208 y 664 362 8333 O al correo: citacomartijuana@gmail.com Blvd. Insurgentes 16000, Los Álamos Nuevas solicitudes, miércoles 9 am a 12:30 hrs.	
Asesoría legal para procesos en México y Estados Unidos (EEUU)			
HIAS	Asistencia jurídica para asilo en Estados Unidos.	6632054661, 6632054662 y 6632054660 FB: @HIASMX	
Al Otro Lado	Asistencia jurídica para asilo en Estados Unidos.	Personas en lista (no MPP): 664 732 0303 Personas que son MPP: 664 194 6209	
Jewish Family Services	Asistencia jurídica para asilo en EEUU.	Personas que son MPP: +1 858 333 2857	
Asylum Access	Asistencia jurídica para asilo en México.	664 339 3722 y 664 360 4325	
Espacio Migrante	Asistencia jurídica trámites ante INM/COMAR	663 205 5823 / FB: EspacioMigranteOrg	
Instituto Federal de Defensoría Pública	Representación gratuita en trámites ante INM, COMAR y otras instituciones.	664 634 2784 Lunes a viernes, 9 am- 3 pm	
Alimentación			
Desayunador del Padre Chava	Entrega de alimento, atención médica y servicio de llamadas.	Av. Melchor Ocampo 700, Zona Centro. Lunes a sábado, 8 am a 11 pm.	
Salud/Atención médica			
Refugee Health Alliance (RHA): Clínica de resistencia en salud	Consulta médica general.	664 115 7709 / Av. Miguel Negrete 8350, Zona Río. (entre Calvary Chapel y Espacio Migrante) Lunes a jueves, 12 -5:00 pm.	
RHA: Justicia en Salud (PARTERAS)	Salud sexual reproductiva, cuidado prenatal, parto, posparto, lactancia, cuidado del recién nacido y planificación familiar.	664 345 8358/ lunes a jueves, de 9am a 4 pm	
PREVENCASA A.C.	Consulta médica general, detección y atención de VIH en colaboración con CAPASITS	Baja California 7580, Centro. Lunes a viernes, 9 a.m. - 2 p.m.	
Atención psicológica y emocional por estrés y/o violencia			
HIAS	Apoyo psicosocial	686 244 4160 y 686 114 4402	
Instituto Municipal de la Mujer	Asesoría legal y apoyo psicológico a mujeres sobrevivientes de violencia.	664 6222531 / lunes a viernes 8 am a 4 pm FB: immujertijuana gobmx	
Red de salud mental de Baja California	Apoyo psicosocial y acompañamiento emocional gratuito y confidencial.	644 690 3232 FB: Redsaludmentalbc	
Families Belong Together	Atención psicológica gratuita y confidencial.	664 695 3327	
RHA: Salud Mental	Atención psicosocial	55 4164 8444	
Servicios educativos y culturales			
Centro 32-FBT México	Talleres productivos, educativos y culturales. Apoyo en Trabajo Social	6865925 /Av. Río Tijuana 1106, Col. Revolución, 22015/ lunes a viernes 10 am a 3 pm FB: Centro32FBT	
Servicios consulares			
Consulado de Honduras	Atención a personas de Honduras.	664 4877030 FB: ConsuladoGeneraldeHondurasenTijuana	
Consulado de El Salvador	Atención a personas de El Salvador.	664 3747707, 664 3414947 y 664 1351512 FB: consuladotijuana5V	
Consulado de Guatemala	Atención a personas de Guatemala.	6649007148 y 6649007208; 6649007237/FB: FB: ConsGtTijuana	
Derechos laborales			
PROFEDET Tijuana	Despido injustificado o abusos laborales.	664347918; 800 9117877 y 8007172942	

Servicios
para personas
refugiadas y
migrantes en
Tijuana

Fecha de última actualización: 19 de enero de 2021

Consulta el siguiente enlace, <http://mexico.iom.int/fichas-informativas> donde encontrarás información importante para las personas refugiadas y migrantes. Al compartir información veraz y oportuna estás **Conectando Comunidades**

Si tienes preguntas busca a **El Jaguar** en Facebook

Anexo 5. Libro de códigos

Código	Descripción
Acoso	Ser molestadas, ser seguidas, que les hagan insinuaciones sexuales, percibir a los hombres como obstáculo
Alimentación	Lo que les dan de comer en albergues y centros para migrantes, lo que les gusta y no les gusta comer, prioridades de alimentación, no tener dinero ni para comida, pasar hambre en el camino, abstenerse de comer para darle a los hijos
Apoyo sociofamiliar	Existencia (o falta) de redes de apoyo, familiares, miembros de iglesias, patrocinadores, amigos en el extranjero o conocidos solidarios que conocieron en el trayecto, que les mandan dinero para sobrellevar el camino. Apoyo entre connacionales y familias que viajan con menores y comparten la experiencia en los espacios de tránsito
Atención en salud	A dónde o a quiénes acuden en busca de resolver sus problemas de salud
Atrapamiento	La espera en la movilidad, no estar ni en el origen ni en el lugar de destino, pero tener la intención de seguir, pese a los múltiples obstáculos, como son el encierro y las restricciones por Covid-19
Autoridades coludidas	Expresiones de duda sobre la labor de la policía y otras autoridades mexicanas, hay sospecha sobre su alianza con grupos criminales como los coyotes, los mareros, los narcotraficantes
Baño	Situaciones de complicación dadas las dificultades por pasar al baño (hombres, mujeres, NNA´s usan el mismo baño, filas y tiempos de espera, inodoros sucios, tener que aguantarse)
Caravanas	Experiencias o impresiones de las mamás sobre subir en caravana, elección de unirse a ellas o no
Confianza	Pedir ayuda o rodearse de personas que inspiren confianza, como mujeres o jóvenes
Controles médicos	Expresar la necesidad de hacerse estudios de laboratorio o ir revisiones médicas, acudir a consultas para el seguimiento del embarazo o de alguna condición médica, radiografías, chequeos, ultrasonidos...
Convivencia diaria	Los aprendizajes, las complicaciones y roces de tener que compartir los mismos espacios con gente des-conocida
Covid19	Cómo impactó en la vida de las migrantes la llegada del virus. Tanto en su salud física y mental como en sus procesos de asilo

Coyotaje	Quienes pagan por un guía, por alguien que los cruce a Estados Unidos de manera clandestina, o tienen una opinión al respecto
Crianza	Orientación, consejos, búsqueda de apoyo para la comunicación con los hijos, su desarrollo, crecimiento y bienestar
Cuerpo	Notar los cambios físicos, relacionarlos con cuestiones de salud: delgadez, palidez, parálisis facial. Lo que las mujeres sienten en y con su cuerpo: sangrado/hemorragia, hedor, temblor en las piernas, desvelos...
Cuidados	Cuidados que tienen las madres para sus hijos o cuidados postparto. Ejemplo: alejarse de personas que sean mala influencia (bebedoras de alcohol, violentas, inminentes acosadores), prevenir a los hijos con números de emergencia confiables o animarlos a contar si alguien los lastima, encargarlos con gente de confianza, acciones para prevenirles problemas de salud
Cuidados tradicionales	Uso de medicina tradicional, remedios locales o populares, herbolaria, recurrir a parteras o sobadores
Derechos	Nociones sobre los derechos que tienen o dejan de tener en el proceso migratorio
Detención migratoria	Haber estado bajo la custodia de la <i>Border Patrol</i> o ICE en centros de detención, hieleras, o en las estaciones migratorias del INM
Dios	Expresiones de fe, agradecimiento a Dios por continuar con vida, a pesar de los riesgos del camino. Pensar que es por milagro o gracia que los hijos estén sanos, que salieran bien librados del trayecto
Discriminación	Malos tratos por el hecho de ser migrantes, gritos, humillaciones, burlas, engaños, tratos inhumanos, hacer distinción en los procesos por nacionalidad, comentarios despectivos y generalizantes sobre los centroamericanos
Documentos	Papeles relacionados con su movilidad, abren o cierran las posibilidades de acceso a derechos: trabajo, salud, educación. Ejemplo TVRH, CURP
Educación	Experiencias en el acceso a la educación de niños migrantes en el sistema mexicano, el tiempo que sus hijos llevan sin estudiar, no tener la concentración o los medios para estudiar
Ejercicio de la maternidad	Tomar decisiones en pro de los niños: salir del país por su bienestar, las gestiones que consideran mejores para seguir el camino con sus hijos (continuar con o sin papeles, tirarse o no), perseverar por conseguirles atenciones, etc.

Embarazo	Estar o haber estado embarazada durante el proceso migratorio, ventajas, desventajas: no haber tenido una correcta alimentación, reposo, vitaminas, ácido fólico, no monitoreo médico, controles nulos o tardíos (último trimestre), preconcepciones y estrategias, molestias, atención del embarazo, alumbramiento, estado de salud del bebé al nacer (si requirió más tiempo en el hospital)
Emociones	Sentimientos producidos por vivencias difíciles: miedo, tristeza, angustia, desesperación, llanto, alegría, agradecimiento, preocupaciones, sufrimiento, nervios, temor, sacrificio, estrés, desahogo...
Enfermedades	Problemas relativos al bienestar físico de los hijos, desde accidentes, caídas o golpes, a enfermedades comunes y hasta condiciones médicas que requieren tratamiento especial o cirugía
Espacios NNA	Áreas especiales para niños, niñas y adolescentes
Fecha de emigración	Fecha en que salieron del país de origen
Frontera	Las dificultades de habitar ciudades fronterizas del norte de México, encontrarse con los puertos de entrada a EUA cerrados, estar de cara con la alteridad, estar a un paso de la meta
Higiene	Aseo personal o del hijo(a), limpieza del espacio, cambios de ropa, pañales (como parte del cuidado)
Infraestructura a albergues	Servicios, recursos e instalaciones que los albergues tienen a disposición de los migrantes
In-seguridad	Qué, quiénes y dónde se sienten seguras o inseguras, opiniones sobre la inseguridad en México
Lugares de tránsito	Los sitios por los cuales pasa la gente en su camino hacia el país de destino, pueden ser países, estados, ciudades, casas, hoteles, albergues, centros o estaciones migratorias...
Mantener el calor	Procurar calidez, mantener la temperatura corporal y fijar la vitamina D, mediante prácticas como calentar el agua del baño, de las bebidas, estar en los rayos del sol, abrigarse
Medicamentos	Fármacos que las madres traen consigo, compran, necesitan, solicitan o les son recetados
Miedo	Temores expresados por las madres, por ejemplo: a que les quiten a sus hijos o les hagan algo malo en el camino

Motivo de salida	Las experiencias que las mujeres expresan como causa de la migración, el evento que les hizo tomar la decisión de salir del país de origen
Obstáculos	Los impedimentos para un tránsito seguro, limitaciones para llevar a cabo sus proyectos migratorios
Ocupación origen	A qué se dedicaban la mujer y/o su grupo familiar en el país de origen
Organización es pro migrante	Organizaciones que les proporcionaron algún tipo de ayuda, ya sea de alojamiento, alimentación, vestido, asesoramiento legal, ayuda psicológica, apoyo médico, ayuda para ingresar a escuelas o empleo, etc. Pueden ser los albergues, asociaciones civiles nacionales o binacionales, agencias humanitarias internacionales...
Pareja	La diferencia de viajar como madre soltera frente a viajar con un acompañante adulto varón. Conversar, tomar decisiones juntos
Parole humanitario	El apoyo jurídico de organizaciones promigrante para interceder por casos fuertes, ya sea por urgencia médica o peligro de la espera en México, y acelerar la entrada a los Estados Unidos
Paternidad	Alusiones que hacen las mamás a la forma en que los padres cuidan o no a sus hijos, separaciones...
Peligros	Situaciones de riesgo para madres y sus hijos/as: mayor vulnerabilidad ante delitos, secuestros, rodo de infantes... ser amenazadas
Persecución	Hay personas que se fueron de su país huyendo de los mareros o hasta de sus exparejas, sus persecutores los buscan en sus casas, en casas de familiares e inclusive en los albergues, ya que los siguen hasta la frontera norte de México
Peticiones	Qué le pedirían al gobierno mexicano para hacer más seguro el camino de mujeres con niños
Proceso de asilo	Todo lo que implica solicitar el asilo en Estados Unidos: alusiones al programa MPP, cambios por fecha en las condiciones de acceso (2018-19 vs 2020-21), llegar a una ciudad fronteriza, ir por número, lista de <i>metering</i> , ver abogados, ir a Corte, la devolución bajo el título 42, el cierre de la frontera por pandemia, etc.
Retén	Revisiones en las carreteras por parte del ejército, la policía o agentes de migración, los detienen en el camino para pedirles documentos o dinero
Revictimización	Cuando las mujeres acuden a las autoridades a solicitar ayuda, denunciar un delito o agresión y, en lugar de ser atendidas y escuchadas, son violentadas o desacreditadas por la institución

Salud mental	Afectaciones a nivel emocional, hablar de traumas suyos o que sus hijos vienen acarreando derivados de la experiencia migratoria, requerir abiertamente atención psicológica o psiquiátrica
Salud sexual y reproductiva	Vida sexual, anticoncepción, relaciones sexuales a temprana edad, menstruación e higiene femenina, necesidad de toallas sanitarias, cambio de ropa íntima, infecciones vaginales no tratadas
Ser mamá	Lo que para ellas significa ser madre, cómo definen su manera de ser madres
Trabajo	Expresar necesidad de encontrar un trabajo para sobrellevar los gastos, para trabajar les piden documentos, la discriminación y el mal pago en los empleos informales, el tipo de trabajos que consiguen las mujeres, la precariedad
Trámites de refugio Mx	Solicitar la condición de refugiado en México ante la COMAR, ya sea por necesidad o como estrategia para llegar de forma más segura a la frontera norte. El trámite implica ir a firmar, quedarse en la entidad donde solicitó. Al concluir, obtienen un apoyo económico de parte de ACNUR y documentos para poder trabajar como la CURP
Trámites migratorios	Procedimientos a realizar con el INM, al ser devueltos o al estar internos en el país, filas, papeleo, permisos, canalización a albergues...
Trayecto migratorio	Alusiones a lo pesado del viaje en términos monetarios, físicos y emocionales. Por ejemplo: ir ajustados de dinero, las condiciones del camino, el tiempo (días, meses), las escalas, las dificultades, los delitos de los que fueron víctimas, etc.
Vestido	Ropa
Violencia doméstica	Sufrir violencia física, psicológica de parte de su pareja, amenazas de quitarle a los hijos, la razón por la que huyen
Violencia obstétrica	Violencia generada en los servicios de salud, omisión o negación de la atención por embarazo, parto y puerperio, tratos degradantes, atención solo en emergencia o cuando el daño ya está hecho
Vivienda de alquiler	Lo que conlleva pagar renta en México siendo inmigrante: costos, condiciones, distancia, etc
Voces de las infancias	Los niños y las niñas migrantes toman voz en los discursos de sus madres, muchas veces ayudándoles a recordar los lugares por los que pasaron, opinando sobre los cambios que se suscitan en el proceso migratorio, dando ánimos para continuar el camino, expresando las añoranzas por la vida que dejaron atrás

Benelli Velázquez Fernández es licenciada en Antropología Social por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y maestra en Estudios Culturales por el Colegio de la Frontera Norte. Hizo un Diplomado en Gestión de Políticas Públicas de Juventud avalado por el Seminario de Investigación en Juventud (SIJ-UNAM) y el Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, por parte de CLACSO. Tiene experiencia laboral como ayudante de investigación en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM-UNAM) en un proyecto sobre Salud y Derechos reproductivos, trabajó como apoyo académico realizando análisis cualitativo en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Sus intereses de investigación giran en torno a la antropología de la salud, la juventud, la religión, y el género.

Correo electrónico: jvelazquez.dem2019@colef.mx

© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.

Forma de citar:

Velázquez Fernández, B. (2022). “Maternidades migrantes centroamericanas: prácticas maternas de cuidados a la salud desde el atrapamiento en el tránsito por Tijuana”. Tesis de Doctorado en Estudios de Migración. México: El Colegio de la Frontera Norte, 235 P.