



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

**SÓLO LE PIDO A DIOS PROTECCIÓN Y SALUD:
ENTRECRUCE DE SALUD Y RELIGIOSIDAD EN
MIGRANTES CENTROAMERICANOS
INDOCUMENTADOS EN SU PASO POR MÉXICO**

Tesis presentada por

Maya Cervantes Martínez

para obtener el grado de

MAESTRA EN ESTUDIOS CULTURALES

Tijuana, B. C., México
2016

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis:

 Dra. Olivia Ruiz Marrujo

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. _____

2. _____

3. _____

A mis padres y hermanos que me han
acompañado en cada paso de la vida.

A las mujeres, hombres, niños y niñas que provienen de
Centroamérica y recorren nuestro país con el ideal de
tener una vida mejor.

A los responsables de las Casas para
Migrantes en Puebla y Tlaxcala y a los
profesionales de la salud por su labor
comprometida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el la beca y los apoyos que me otorgaron y que me permitieron realizar los estudios de maestría en Estudios Culturales en El Colegio de la Frontera Norte.

Agradezco a las personas que le dan vida a El Colegio de la Frontera Norte, docentes, investigadores, personal administrativo, personal de biblioteca, asistentes, becarios, personal del comedor, personal de limpieza y jardinería. Porque todos contribuyen a que esta institución funcione. Particularmente agradezco a El Colef por la formación recibida.

Agradezco a la Dra. Olivia Ruiz por haber aceptado ser la directora de mi proyecto, por mostrarme su compromiso y su congruencia con las personas y temas con los que trabaja, por su solidaridad, por darme libertad para desarrollar mi punto de vista y ayudarme a encaminarlo.

Agradezco al Dr. José Manuel Valenzuela por haber aceptado ser el lector interno de este proyecto y por mostrarme a través de sus clases, libros y anécdotas parte de los múltiples significados que puede tener el vivir en la frontera.

Agradezco al Dr. Cesar Infante por haber aceptado ser el lector externo de esta tesis, por compartirme parte de su experiencia como investigador en salud con migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito y por ayudarme a precisar mi investigación.

Agradezco a la Dra. Olga Odgers por su asesoría y sugerencias para la realización de esta tesis.

Agradezco por su mediación, disponibilidad, amabilidad y estar al tanto de nuestras inquietudes, entregas y trámites durante este posgrado tanto a la Lic. Irene Becerra asistente de la coordinación de MEC como a la Dra. Sayak Valencia, coordinadora de MEC quien, además tuvo la amabilidad de brindarme sugerencias y orientación para este trabajo.

Agradezco a los compañeros de MEC y de otros programas de posgrado, especialmente a quienes se volvieron parte de mi familia aquí en Tijuana, por estar conmigo en asuntos académicos y en asuntos personales. Su compañía, generosidad, amistad, apoyo, ayuda, retroalimentación, enseñanzas y críticas fueron fundamentales durante estos dos años.

Agradezco a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional y amoroso. Por ser mi guía, fortaleza, consuelo y ejemplo. Asimismo, les agradezco a Valeria Ramírez y a Nancy Cházari por su amistad y apoyo invaluable.

Agradezco al padre Gustavo por ayudarme a tener un acercamiento a las Casas de Migrantes de Puebla y Tlaxcala y por mostrarme parte de los problemas profundos que padecen los migrantes indocumentados en tránsito. Le doy las gracias también a todos los encargados de los albergues y profesionales de la salud que aceptaron participar en esta investigación y me mostraron en el proceso su calidad humana.

Agradezco especialmente a las mujeres y hombres centroamericanos que aceptaron participar en este proyecto y que compartieron conmigo sus experiencias, reflexiones, inquietudes, pesadillas y sueños.

RESUMEN

Este trabajo aborda cómo resuelven sus problemas de salud migrantes centroamericanos indocumentados que transitan por México. Se enfoca especialmente en comprender y visibilizar la importancia de la religiosidad en este proceso. Para lograr este propósito el análisis se basó principalmente en entrevistas semiestructuradas realizadas a migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito, encargados de Casas de Migrantes y especialistas de la salud que atienden a esta población. También se recabó información a través de observación participante. Este trabajo se hizo entre febrero de 2015 y febrero de 2016 en las ciudades de Puebla, Puebla y Apizaco, Tlaxcala, puntos intermedios del trayecto migratorio por México hacia Estados Unidos. Se siguieron preceptos analíticos-conceptuales de la antropología médica al separar los modelos de atención a la salud en cuatro: autoatención, alopatía, popular y basado en la religiosidad. Se encontró que la religiosidad, como interpretación y apropiación personal de los preceptos religiosos, es una constante que les da a los migrantes indocumentados seguridad y certidumbre ante los problemas de salud y ante las grandes adversidades por las que atraviesan en el camino. Recurren a ella de forma complementaria incluso cuando tienen acceso a otras formas de curación, y la utilizan aún más de forma instrumental ante padecimientos emocionales y físicos cuando no pueden acceder a otras formas de curación o la curación que se les brindó a través de otro modelo, por ejemplo, el alópata, no les satisfizo.

Palabras clave: migrantes centroamericanos indocumentados, salud, religiosidad

ABSTRACT

This work explores how undocumented Central America migrants who transit through Mexico address their health issues. More specifically, it focuses on the role of religiosity in this process. The analysis was based on semi-structured interviews of Central America migrants in transit, personnel of migrant shelters and health professionals as well as participant observation in migrant shelters.

Fieldwork was carried out between February 2015 and February 2016 in the cities of Puebla and Apizaco, located in the states of Puebla and Tlaxcala, intermediate points in the migratory route between Mexico's southern and northern borders. The study employed analytical and conceptual frameworks from Medical Anthropology to identify four models of health care: self-medication, allopathic, folk medicine and religiosity based remedies. It was found that religiosity, as an interpretation and personal appropriation of religious precepts, is a constant that offers security and certainty in the face of adversity during the migratory journey. Migrants invoke religiosity even when they resort to other models of health care. They turn especially to religiosity to address emotional suffering and to resolve physical issues when other medical services are not available or when the remedy was not completely satisfactory.

Key words: undocumented Central American migrants, health, religiosity

ÍNDICE

Introducción	1
1. Antecedentes	1
2. Justificación.....	2
3. Objetivos	2
3.1 Objetivo general	2
3.2 Objetivos secundarios	3
4. Descripción de la metodología.....	3
5. Argumentos de la investigación	4
6. Pregunta de investigación.....	5
7. Hallazgos.....	5
8. Alcances y limitaciones de esta investigación	5
9. Organización del capitulado.....	6
Capítulo I. Acercamiento teórico-conceptual sobre migración, salud y religiosidad y, apunte metodológico	8
1.1 Cómo llegamos a este punto: migración y sus implicaciones en la salud y en la religiosidad.....	9
1.1.1 Conceptualizando la migración.....	9
1.1.2 Migración y globalización.....	9
1.1.3 Migración y capitalismo gore.....	11
1.1.4 Riesgo durante la migración.....	12
1.1.5 Precariedad en el lugar de origen y en el viaje.....	13
1.1.6 Vulnerabilidad durante el tránsito migratorio	14
1.1.7 Género y las relaciones de poder durante el tránsito migratorio indocumentado	14
1.1.8 Culturas populares: hegemonía, subalternidad y transacciones	15
1.2 Salud: su concepto y las aproximaciones a su estudio en poblaciones vulnerables	16
1.2.1 Acercamiento conceptual a la salud	16
1.2.2 Modelos de atención a la salud a los que recurren las poblaciones vulnerables	18
1.3 Religión y religiosidad	23
1.3.1 Religión	23
1.3.2 La relación entre creencias y prácticas religiosas.....	24
1.3.3 Lo numinoso: acercándose a la experiencia emocional de sentir a Dios.....	24
1.3.4 La religión personal.....	26
1.3.5 Religiosidad.....	27

1.3.6 Interpretación y simbolismos en la religiosidad.....	28
1.3.7 Estudios centrados en migrantes indocumentados que atraviesan México en donde hay un entrecruce de salud y religiosidad	31
1.4 Estructura, agencia y resistencia	32
1.5 Resumen del capítulo teórico	34
1.6 Estrategia metodológica	35
1.6.1 Sujetos de estudio y fuentes de información	36
1.6.2. Delimitación espacio-temporal.....	38
1.6.3 Consideraciones éticas y de seguridad	38
1.6.4 Instrumentos.....	41
1.6.5 La construcción de los datos y de las narrativas.....	45
1.7 Síntesis del acercamiento teórico-conceptual y de la metodología	46
Capítulo II. Contexto: población, migración, salud y religión	48
2.1 Generalidades de la población estudiada desde su lugar de origen.....	48
2.1.1 Características sociodemográficas	48
2.1.2 Salud y acceso a los servicios de salud en los países de origen	54
2.1.3 Composición religiosa.....	57
2.2 Causas de la migración.....	59
2.2.1 Las guerras y la migración	59
2.2.2 Migraciones: el Huracán Mitch, causas económicas y de otros tipos	61
2.3 Los migrantes indocumentados de Guatemala, Honduras y El Salvador que pasan por México	62
2.3.1 Datos sociodemográficos de los migrantes indocumentados que transitan por México	62
2.3.2 Factores de riesgo y vulnerabilidad asociados a la migración indocumentada que inciden en la salud de esta población.....	63
2.3.3 El cruce y la salud	65
2.4 Puebla, Puebla y Apizaco, Tlaxcala: características generales y flujos migratorios	69
2.4.1 Ubicación, población y unidades médicas en Puebla y en Apizaco.....	69
2.4.2 Migrantes centroamericanos indocumentados en Puebla y Tlaxcala	70
2.4.3 Características de los migrantes entrevistados	71
2.4.4 Entrecruce de salud y religión: rituales antes de emprender el viaje.....	73
Capítulo III. Daños a la salud y sus curaciones: modelos de atención a la salud a los que recurren migrantes indocumentados en su paso por México y la importancia de la religiosidad en la salud	77
3.1 Salud.....	77
3.2 Trayecto de la frontera sur de México a Puebla o a Tlaxcala	78
3.3 Daños a la salud y los modelos de atención	79

3.3.1 Enfermedades populares y sus curaciones	82
3.3.2 Salud y religiosidad.....	89
3.3.3 Violación a los derechos humanos y casos en que se concedieron visas humanitarias.....	92
3.3.4 Las religiones, la Iglesia y los ministros religiosos. La medicina académica, los Centros de Salud, los médicos.....	96
Conclusiones	99
1. Conceptos clave	100
2. Migración	100
3. Religiosidad.....	101
4. Problemas de salud de centroamericanos indocumentados durante el tránsito migratorio por México.....	101
a) Agencia	102
5. Rituales de protección antes de iniciar la migración	103
6. Modelos de atención durante el cruce migratorio	103
a) Autoatención	103
b) Modelo alópata.....	103
c) Modelo popular	104
d) Modelo de salud basado en la religiosidad	105
7. Sistema de salud: conglomerado complejo de modelos diferentes	106
8. Posibles líneas de investigación	107
Bibliografía	109

ÍNDICE DE MAPAS Y CUADROS

Mapa 1. Triángulo del Norte de Centroamérica.....	49
Mapa 2. Ubicación de Puebla, Puebla y Apizaco, Tlaxcala.....	69
Cuadro 1. Componentes del Índice de Desarrollo Humano.....	50
Cuadro 2. Inseguridad personal	50
Cuadro 3. Características sociodemográficas por país.....	51
Cuadro 4. Parte de la composición étnica del Triángulo del Norte centroamericano.....	53
Cuadro 5. Adscripción religiosa en el Triángulo del Norte de Centroamérica.....	58
Cuadro 6. Muestras de religiosidad en la población del Triángulo del Norte de Centroamérica	59

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes

Ya tiene varias décadas que se ha estado registrando la migración de centroamericanos indocumentados a través de México (Castillo, 1992). Cada periodo se ha caracterizado por diferentes circunstancias. Así, el año de 1978 es el que marca el inicio de una fase en la que comenzó a desplazarse una oleada masiva de centroamericanos hacia México y Estados Unidos (a través de México) como consecuencia de la Guerra Civil nicaragüense y que tuvo un fuerte impacto no solo en ese país, sino en toda la región, posteriormente, en 1980 son ahora los salvadoreños quienes huyen de su país en grandes cantidades y también en ese año se visibilizan los refugiados guatemaltecos cuya presencia sigue creciendo en los años posteriores, tanto como refugiados en México como migrantes en tránsito por este país (Aguayo, 1985: 21-28).

Las migraciones que se realizan actualmente empiezan a diferenciarse de las anteriores por el recrudescimiento de las políticas migratorias de Estados Unidos y México expresadas en programas como el Frontera Sur (Castañeda, 2015). Este programa cumple uno de sus propósitos, pues ahora se reporta que hay más centroamericanos detenidos en territorio mexicano que en Estados Unidos (Rodríguez, 2014). Sin embargo, los problemas estructurales que llevan a estas poblaciones a migrar no se mitigan, por lo que los flujos de migrantes se siguen alimentando y van tomando rutas más riesgosas (DelaPeña-Padilla, 2014). Debido a que los abusos y actos criminales realizados por población civil y el crimen organizado no cesan (París, Ley y Peña, 2016), como tampoco el tomar medios de transportes peligrosos, el resultado es que sufren problemas de salud en el camino, algunos directamente relacionadas por el intento de huir de los agentes migratorios. Esta problemática se empieza a visibilizar cada vez más, especialmente por los promotores de derechos humanos, muchos de ellos solidarios con los migrantes a través de albergues o Casas de Migrantes situadas a lo largo de todo el país y en las principales rutas migratorias.

Los problemas sociales aquí planteados son tan graves que se vuelve prioridad atender las necesidades básicas de supervivencia de los migrantes. Existen algunas iniciativas gubernamentales que intentan humanizar el trato al migrante, como es la legislación migratoria en la que se especifica que todas las personas sin importar su estatus migratorio pueden acceder a los servicios de salud en México (DOF, 2014) o la creación y operación del Grupo Beta (INM,

2015). También, existen otros grupos no gubernamentales que atienden a migrantes en el camino como Cruz Roja y Médicos Sin Fronteras y otros médicos alópatas de iniciativas privadas y estatales. Asimismo, se han generado trabajos académicos de estudios en salud alópata que se centran en los migrantes centroamericanos indocumentados (ver Caballero, Leyva y Bronfman, 2007; Leyva y Quintino, 2011; Infante, *et al.*, 2012; Servan-Mori, *et al.* 2014). Todos estos esfuerzos son de vital importancia. Sin embargo, se han dejado un tanto desdibujados otros modelos de atención a la salud en los que creen y recurren los migrantes indocumentados centroamericanos, entre ellos el de medicina popular y especialmente la importancia de la religiosidad en la salud.

2. Justificación

Este estudio ayuda a identificar y comprender formas de recuperación de la salud a las que recurren migrantes indocumentados centroamericanos durante su trayecto por México. Especialmente las realizadas a través de la religiosidad. No son abundantes los estudios sobre migrantes centroamericanos en tránsito en los que se aborden las creencias y prácticas religiosas relacionadas a la salud debido a la naturaleza móvil y clandestina de este tipo de migración y a la subestimación del papel de la religiosidad como guía o recurso principal de curación. Es así que en primer lugar este estudio sirve para dar una mirada a la compleja subjetividad de estas personas que atraviesan México en este contexto migratorio precario y riesgoso, lo cual podría ser retomado por especialistas en la salud o en políticas públicas para darles un trato más efectivo y humano. Y en segundo lugar se aporta información académica que se suma a la discusión sobre el entrecruce de la salud y la religión en el contexto migratorio.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general:

Documentar y comprender la importancia que los migrantes centroamericanos indocumentados le confieren al empleo de la religiosidad como medio de protección y atención a su salud durante el tránsito migratorio.

3.2 Objetivos secundarios:

- Conocer, documentar y comprender los diferentes modelos de atención a la salud que reconocen y utilizan los migrantes en tránsito.
- Conocer, documentar y comprender en qué casos los migrantes usan cada modelo de atención a la salud.
- Conocer, documentar y comprender el uso simbólico e instrumental que le confieren los migrantes indocumentados a la religiosidad en su salud.

4. Descripción de la metodología

Para llevar a cabo los propósitos de este trabajo, se escogió seguir una metodología cualitativa que lograra hacer palpable las experiencias migratorias que les generan problemas de salud a estas personas y que permitiera al mismo tiempo poder entender la complejidad de la composición de los sistemas de salud en los que creen y utilizan. Esta metodología también fue escogida debido a que tanto las creencias y prácticas religiosas y como las creencias prácticas de la medicina popular pueden ser temas delicados, ya que mucha gente siente que puede ser juzgada como ignorante si manifiestan su conocimiento y fe en ellos, por lo que era necesario establecer un ambiente de confianza y estar frente a frente con los entrevistados mientras iban construyendo sus narrativas.

Se escogieron tres grupos de personas que proveyeron de información sobre la salud de los migrantes centroamericanos en tránsito y su relación con la religiosidad: migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito, encargados de Casas de Migrantes y especialistas en salud alópata.

El trabajo de campo estuvo basado en algunos preceptos de la teoría fundamentada en el sentido de que fue flexible y adaptativo según las circunstancias que se iban presentando y en que se hicieron tres temporadas paralelas a la investigación documental para ir profundizando en los temas que se fueron perfilando como más importantes por los grupos entrevistados. Los instrumentos utilizados fueron entrevistas abiertas, entrevistas semiestructuradas, y observación participante además de que se llevó registro en un diario de campo. También se consultaron bases de datos para contextualizar la información y se recurrió a literatura especializada en temas relacionados principalmente con la salud y la religión tanto en Centroamérica como durante el

tránsito migratorio. El trabajo se llevó a cabo en las ciudades de Puebla, Puebla y de Apizaco, Tlaxcala, puntos intermedios de la ruta migratoria, entre febrero de 2015 y febrero de 2016.

5. Argumentos de la investigación

En este trabajo se plantea que la migración centroamericana indocumentada es riesgosa y precaria, y uno de los subgrupos más vulnerables dentro de los migrantes indocumentados es el que está compuesto por quienes deciden o se ven orillados a tomar el tren o a avanzar largos tramos del trayecto a pie (Chávez y Landa, 2012). Las características de esta migración causan o agravan daños a la salud de los migrantes y ellos resuelven esta situación de diferentes formas.

La salud en este trabajo está vista como un bienestar integral compuesto por elementos físicos, emocionales, sociales y culturales que requieren de un balance para funcionar correctamente (OMS, 1946; Castila, 2008). Es así que la población estudiada está compuesta en realidad por grupos heterogéneos en características como edad, sexo, religión, etnicidad y nacionalidad. Sin embargo, comparten algunos rasgos culturales que los hacen distinguir diferentes modelos de atención a la salud,¹ en el que el dominante es el obtenido -impuesto o reapropiado- desde la cultura hegemónica de la salud alópata y coexisten otros subalternos como el popular (Menéndez, 1994) y la creencia en curación a través de la religión.

Es precisamente de la religión que se desprende el concepto de religiosidad el cual se refiere a una apropiación e interpretación personal de las creencias religiosas (Ramírez, 2004) expresadas en prácticas como la oración, el adquirir y cargar parafernalia religiosa como Biblias y el expresar la fe en Dios. La religiosidad implica, entre otros factores, establecer una relación directa con Dios sin necesidad de intermediarios eclesiásticos (Kolakowski, 2002).

Es común que los migrantes se reserven hablar ante especialistas de salud alópata, tanto de curaciones que emplean la religiosidad como de tratamientos o enfermedades denominadas populares, ya que sospechan que no les creerán. Los migrantes indocumentados invocan la religiosidad especialmente cuando no tienen acceso a otros modelos de atención a la salud, cuando no pueden o no se quieren detener o cuando los otros modelos no les brindan la curación esperada, ya sea física o emocional. Sin embargo, se debe enfatizar que la fe en Dios es

¹ Este conocimiento no fue homogéneo entre la población de migrantes en tránsito ni tampoco la creencia en su efectividad.

transversal a los modelos de atención y se encuentra siempre presente, especialmente como figura que provee protección integral y aún más, la religiosidad les da herramientas para comprender y dar sentido a algunas de las experiencias que tienen durante su tránsito migratorio incluyendo las relacionadas con la salud.

6. Pregunta de investigación

Para realizar esta investigación se planteó la siguiente interrogante: cuando los migrantes centroamericanos indocumentados que atraviesan México perciben un problema o amenaza a su salud ¿Cuál es el papel de la religiosidad para mantener o restablecer su salud?

7. Hallazgos

Ante la interrogante mencionada anteriormente, se observó que los migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito no necesitan necesariamente de intermediarios para experimentar la conexión con Dios. Para estas personas, la religiosidad es parte de las experiencias cotidianas durante el tránsito. Les ayudan a encontrar certidumbre ante los numerosos riesgos y la precariedad que padecen, este aspecto abarca a los modelos de curación, incluido el alópata. Si bien reconocen que existe medicina alópata para padecimientos físicos, los rituales religiosos y la fe en Dios se encuentran siempre disponibles como posibilidad de ser vehículos de curación. Especialmente ante los problemas de salud emocional o cuando los migrantes no tienen acceso a otros modelos curativos. Cargar con parafernalia religiosa como imágenes, Biblias y Rosarios, son expresiones de la religiosidad de los migrantes que perciben como elementos que coadyuvan a preservar su salud. Ese mismo fin cumplen la oración y la fe, solo que estas además son usadas instrumentalmente en algunos casos como remedios de padecimientos físicos y emocionales.

8. Alcances y limitaciones de esta investigación

Un alcance de este trabajo fue lograr visibilizar la importancia de la religión en la salud de esta población. Y es que en algunos trabajos en los que se cita a migrantes, muchas veces aparecen alusiones a Dios, sin embargo, en sus análisis y conclusiones estas referencias son continuamente pasadas por alto o minimizadas, como si las referencias a la religión, a Dios o a la religiosidad no formaran parte de las personas cuyos problemas se están analizando. Otro alcance fue documentar que coexisten e interactúan en los migrantes diferentes sistemas

simbólicos con relación a la salud. También se documentó el conocimiento de algunas enfermedades populares por parte de los migrantes.

En contraste, debido a que este fue un estudio exploratorio, apenas se puede empezar a comprender la variedad de elementos que interactúan en el complejo sistema de salud de los centroamericanos en tránsito en el que caben varios modelos de atención. El grupo estudiado fue una muestra singular de migrantes que viajan en tren, caminan y utilizan el sistema de Casas de Migrantes, por lo que se quedó fuera una gran cantidad de migrantes indocumentados que usan otros medios de transporte, no se quedan en las Casas de Migrantes o utilizan otras rutas para desplazarse por México. Otra limitación fue no haberse podido observar las curaciones populares o por medio de la religiosidad de primera mano, por lo que estos procedimientos solo quedaron documentados de forma narrativa. Tampoco se pudo hablar con personas que abiertamente se adscribieran a algún grupo indígena, por lo que no se pudo conocer más profundamente el conocimiento y alcance de la medicina popular por estos grupos, en comparación con los estudiados, ni si la religiosidad era utilizada o interpretada de otra forma a las presentadas en este trabajo.

9. Organización del capitulado

Esta tesis está organizada en tres capítulos. El capítulo I es el marco teórico-metodológico. Este capítulo se divide en cinco temas principales: 1) Se toma como eje el primer concepto de este trabajo que es la migración y a partir de él se discute otros elementos relacionados como son globalización, sistema-mundo, capitalismo gore, riesgo, precariedad, y vulnerabilidad, los cuales conforman el contexto por el que se desarrolla la migración en estas condiciones terribles. 2) Se centra en el segundo concepto que es salud, para guiar el análisis se rescatan algunos modelos de atención a la salud de grupos vulnerables y se hace un repaso de algunos trabajos sobre salud pertinentes al tema. 3) Se aborda el tercer concepto central que es religiosidad, para lograrlo se hace una breve discusión de algunas teorías sobre la religión y se retoman algunos de sus conceptos como es el de religión personal (James, 1994) y de lo numinoso (Otto, 1996), al final también se presentan algunos trabajos que han tratado el entrecruce de la salud y la religiosidad en migrantes centroamericanos en tránsito. 4) En este apartado se incluyen los conceptos de estructura y agencia (Giddens, 1998) y el de resistencia (Scott, 2000: 5).

Finalmente se aborda la metodología que se empleó para realizar este trabajo en donde se incluyen algunas generalidades sobre los entrevistados.

El capítulo II trata del contexto en el que se da la migración, los problemas de salud y la religión y continúa con estos mismos temas durante el tránsito migratorio. Aborda datos sociodemográficos para comenzar a caracterizar a las poblaciones desde su lugar de origen. Posteriormente se mencionan algunas causas de las migraciones centroamericanas a través de México. Después se abordan datos de los migrantes que transitan por México sobre sus problemas de salud, grupos o instituciones que les prestan asistencia médica alópata. Finalmente se dan datos generales sobre los Estados de Puebla y Tlaxcala, además de algunos datos estadísticos sobre los migrantes centroamericanos presentados al Instituto Nacional de Migración (INAMI) en esa zona y datos más específicos que caracterizan a los entrevistados. También se establece la relevancia de la religiosidad en relación con la salud de los migrantes antes de emprender el trayecto.

El capítulo III aborda los resultados de la investigación. Se habla de los problemas de salud que enfrentaron los migrantes entrevistados y los modelos que emplearon para atenderse y resolverlos. Empieza con un resumen de los rituales de protección tanto médicos alópatas como religiosos que realizaron los migrantes antes de comenzar el trayecto migratorio. Después se habla específicamente de los problemas de salud reportados por los entrevistados durante el tránsito migratorio en los que se observa cómo interactúan los diferentes modelos de atención a la salud. Así los problemas de salud durante el análisis se dividen en cuatro según las causas y la forma de tratarse: autoatención, alópata, popular y, usando la religiosidad.

Finalmente se llega a las conclusiones en las que se hace una síntesis de los hallazgos, se habla de los alcances y limitaciones de esta investigación y se proponen otras líneas de investigación que se pueden derivar de este estudio.

CAPÍTULO I.

ACERCAMIENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL SOBRE MIGRACIÓN, SALUD Y RELIGIOSIDAD Y, APUNTE METODOLÓGICO

Es entonces ambos, el privilegio y la obligación de la antropología médica la de traer atención renovada a la experiencia humana, al sufrimiento, al significado, a la interpretación, al rol de narrativas e historicidad, así como al rol de formaciones sociales e instituciones, mientras exploramos un aspecto central de lo que significa ser humano a través de las diferentes culturas. (Good, 1997: 24).

Los problemas de salud que padecen los migrantes centroamericanos indocumentados en su paso por México parecen estar anclados en causas muy claras: pobreza, violencia, formas riesgosas de viajar, transportes peligrosos, corrupción, xenofobia, climas extremos. De igual forma parecería simple la forma de remediar los problemas de salud, por ejemplo, en caso de que un migrante sufriera una fractura, acudiría con un médico alópata para curarse. Sin embargo, para poder entender mejor cómo los problemas de salud se conciben y cómo es que son resueltos en las circunstancias extraordinarias de la migración indocumentada es necesario encontrar líneas teóricas y conceptos que ayuden a entender y demarcar esta problemática. Este es especialmente el caso para comprender el papel de la religiosidad durante el trayecto migratorio.

Sobre la naturaleza de las definiciones,² Berger sostiene lo siguiente: “Las definiciones no pueden, por su propia naturaleza, ser ni “verdaderas” ni “falsas”, solo más o menos útiles. Por esta razón tiene relativamente poco sentido discutir por definiciones.” (Berger, 1990: 175). Es así que las teorías y conceptos que se presentan en este trabajo no pretenden ser un punto final en la problemática sino ayudar a dirigir la comprensión del problema planteado.

En este capítulo se presentan primero los conceptos contextuales en los que se da la migración de personas y de ideas, es decir los de: globalización, sistema-mundo, centro y periferia, capitalismo gore, género, precariedad, riesgo, hegemonía y subalternidad. En el segundo apartado se aborda la construcción del concepto de salud que se retoma en este trabajo y los enfoques pertinentes que tocan el tema del acceso a la salud en poblaciones vulnerables como

² Este comentario lo hace a propósito de las definiciones sociológicas sobre religión, pero en este trabajo se piensa que pueden ser aplicables para todas las referencias conceptuales que guían la discusión y el análisis.

son los migrantes indocumentados. En el tercer apartado se tratan los conceptos y discusiones sobre el enfoque religioso que fueron los más adecuados para la salud de los migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito. En el cuarto apartado se habla de estructura, agencia y resistencia, tres ejes clave que atraviesan la problemática. En el quinto apartado de este capítulo se incluye el apunte metodológico con el que se hizo esta investigación. Por último se hace una síntesis de la articulación teórica-conceptual que se siguió para hacer el planteamiento teórico, la metodología y el análisis.

1.1 Cómo llegamos a este punto: migración y sus implicaciones en la salud y en la religiosidad

1.1.1 Conceptualizando la migración

Se debe comenzar con uno de los conceptos más importantes que guían esta investigación y es el de migración. En este trabajo se entiende por migración un “desplazamiento geográfico [...] y subjetivo” (Aquino, 2012: 19), que en este caso se da de forma indocumentada y oculta³ (Ham y Bustamante, 1979), y por ende riesgosa y precaria, por lo que este factor incidirá tanto en la salud de los migrantes, como en la forma de conservarla o reestablecerla. Indica que al moverse esta población lleva consigo subjetividades relacionadas con la concepción del mundo y específicamente del interés de este trabajo, sobre la salud y la religiosidad. Y que algunas creencias y rituales resistirán, pero otros serán reelaborados o desechados durante el camino.

1.1.2 Migración y globalización

Para entender la migración se aborda el concepto de globalización para entender el contexto en el que sucede. La globalización “designa la escala ampliada, la magnitud creciente, la aceleración y la profundización del impacto de los flujos y patrones transcontinentales de interacción social. La globalización remite a un cambio o transformación en la escala de la organización humana que enlaza comunidades distantes y expande el alcance de las relaciones de poder a través de regiones y continentes en todo el mundo” (Held y Mc Grew, 2003: 13).

³Como mencionan Ham y Bustamante, con la palabra “indocumentada” se quiere subrayar el hecho de que estas personas entran a un país diferente al suyo sin los documentos que pide el Estado para internarse de forma transitoria, o indefinida (Ham y Bustamante, 1979: 185). De la misma forma, cuando este internamiento es clandestino, ni el país de origen ni el de llegada cuentan con información oficial de su ubicación (Ham y Bustamante, 1979: 186).

Primero, unas de las consecuencias de la globalización al consolidar ejes de poder (países centro como Estados Unidos) son que por un lado cambia la estructura económica, política y social de los países periféricos (Prebisch, s.a.: 23-24; Pérez, Sunkel y Torres, s.a.: 6) y por otra causa una expulsión masiva de las personas que ya no encuentran un lugar adecuado para tener el tipo de vida que quieren dentro de los países periferia. Esto se puede ver en el caso de los centroamericanos desplazados principalmente por las circunstancias económicas y, por la inseguridad y violencia que se retroalimentan. La globalización denota la existencia de un sistema-mundo en el que “estamos frente a una zona espaciotemporal que atraviesa múltiples unidades políticas y culturales, una que representa una zona integrada de actividad e instituciones que obedecen a ciertas reglas sistémicas.” (Wallerstein, 2005: 17). Beck sostiene que las personas actualmente se desplazan más fácilmente que en otras épocas, ya que los ricos lo hacen con cierta facilidad entre zonas geográficas (al igual que sus capitales y ganancias) y los pobres -muchos con grandes dificultades- se trasladan a lugares donde esperan tener una mejor vida (Beck, 1998:19-20).

Es así que la globalización y el capitalismo del sistema-mundo hacen posible que los capitales y las mercancías fluyan entre Estados-Nación con mayor rapidez y facilidad que las personas. Debido a que las personas son escogidas, clasificadas y algunas legitimadas según lo que consideren riesgoso, deseable o de confianza para poder entrar al país, entre estos elementos juegan un papel importante el grupo étnico al que pertenecen, la clase social y el estatus que ostentan (Heyman, 2011: 82-90). De esta forma se sostiene que el Estado-Nación sigue siendo importante para clasificar personas, al mismo tiempo que crea políticas que pueden resultar en daños concretos a la salud de la población estudiada al hacer el trayecto más riesgoso, como es el Programa Frontera Sur (del que se habla en el capítulo siguiente), con el que se intenta específicamente detener a grupos de personas de escasos recursos económicos provenientes de Centroamérica y procurar que no lleguen a Estados Unidos pero también de que no se asienten en México.

Segundo, si bien actualmente hay un proceso cultural y económico con tendencia homogeneizadora, éste no es totalmente coherente ni se expresa igual en todas las sociedades, sino que tiene sus propias especificidades dependiendo de las características preexistentes y de las actuales relacionadas con los intereses de las personas y grupos que controlan los capitales,

así como del comportamiento de los mercados locales, regionales y nacionales (Petras, 1999: 10-13). Este proceso no es sólo económico; también está imbricado con elementos culturales y sociales. Estos procesos homogeneizadores comunican y transforman a las sociedades provocando radicalizaciones nacionalistas, religiosas y étnicas (Arriarán, 1997: 212-214).

Es así que, por un lado, existe una difusión económica y cultural desde los países dominantes y una penetración en los países dominados de ofertas, ideas y necesidades tanto materiales como ideológicas que quizá no existían antes. Y, por otro lado, nace una respuesta a este proceso por medio del consumo, la reelaboración de las creencias, a veces el reemplazo, la anexión a lo ya existente, el rechazo o la prohibición e incluso una difusión en sentido invertido hacia los países dominantes como sería con el caso de platillos de cocina, o prácticas y creencias religiosas. En el caso estudiado, el cambio religioso en la población ha sido un proceso paulatino que ha llevado a que actualmente haya una diversidad de Iglesias en los tres países estudiados, la mayoría de los templos tienen una base judeo-cristiano.

1.1.3 Migración y capitalismo gore

Como se mencionaba anteriormente, en este sistema la acumulación de capital es imperante; con este fin da lugar a diferentes situaciones como el conflicto por tierras, los desplazamientos forzados, los asaltos, los robos, y en casos extremos puede llegar a darse lo que Valencia llama el capitalismo gore:

para hacer referencia a la reinterpretación dada a la economía hegemónica y global en los espacios (geográficamente) fronterizos [...] nos referimos al derramamiento de sangre explícito e injustificado (como precio a pagar por el Tercer Mundo que se aferra a seguir las lógicas del capitalismo, cada vez más exigentes), al altísimo porcentaje de vísceras y desmembramientos, frecuentemente mezclados con el crimen organizado, el género y los usos predatorios de los cuerpos, todo esto por medio de la violencia más explícita como herramienta de *necroempoderamiento* (Valencia, 2010: 15).

Este tipo de violencia extrema la pueden experimentar los migrantes centroamericanos en tránsito por México, no solo por parte del crimen organizado, también por criminales oportunistas, los cuales pueden resultar más crueles debido a no estar insertos en las estructuras del crimen organizado que sigue ciertos códigos y jerarquías (Valencia, 2010: 107-108).

Y si bien esta violencia se concentra en las zonas fronterizas geopolíticas de los Estados-Nación como sostiene Valencia, también la pueden padecer durante todo el trayecto. Quizá porque ellos

van encarnando la noción de frontera con sus cuerpos, debido a que son vistos por los voraces como extranjeros, pobres, fuente de ingresos y de sometimiento para empoderarse. Los migrantes indocumentados son “el otro” en un estado de suma vulnerabilidad puesto que los criminales de carrera, los oportunistas y los aprovechados saben que no cuentan con redes en el país que los protejan o apoyen y cuya identidad se vuelve anónima al no estar registrada su entrada al país. El cuerpo de estos migrantes es concebido como un bien que les darán a quienes lo posean tanto dinero como el poder de decidir sobre su vida y su muerte (Valencia, 2010: 21), valiéndose de la violencia exagerada, innecesaria, grotesca (Valencia, 2010: 22), todo esto mientras transitan dentro de espacios dominados por la lógica capitalista gore. En este mismo contexto es que se encuadra la violencia sexual exacerbada y orientada a las mujeres y a lo considerado femenino, pues está encaminada “a la destrucción moral de los enemigos⁴” (Segato, 2014: 22), Segato añade que “Toda violencia tiene una dimensión instrumental y otra expresiva. En la violencia sexual, la expresiva es predominante. La violación, toda violación, no es una anomalía de un sujeto solitario, es un mensaje de poder y apropiación pronunciado en sociedad.” (Segato, 2014: 56). Así la violencia sexual exacerbada en contra de las migrantes puede tener por un lado motivos instrumentales económicos y por otro ser una expresión de misoginia, racismo y una afirmación de poder hacia la afectada y hacia el grupo completo que se encuentre presente conformado por los otros perpetradores y por las víctimas.

1.1.4 Riesgo durante la migración

Vale la pena hacer la precisión de qué se entiende como riesgo en este trabajo. Se retoma el concepto que elabora Ruiz (2005) en el que, tomando como contexto la etapa actual del capitalismo, los migrantes centroamericanos indocumentados viajan expuestos a accidentes, enfermedades, violaciones a los derechos humanos y otras circunstancias que pueden llegar a causar daño a su salud. El riesgo es un asunto social, dentro de una cultura que construye imaginarios de lo correcto e incorrecto, de lo normal y lo anormal, de lo esperado y lo inesperado, de lo soportable y lo insoportable, lo cual no solo repercute en la construcción de la realidad que hacen los migrantes indocumentados sobre su tránsito por México, sino también

⁴ Segato sostiene que en diferentes partes del mundo y específicamente en Latinoamérica existen “guerras no convencionalizadas” entre el Estado y aquellos que luchan por hacerse de capitales y territorios. También concibe al cuerpo de las personas como territorios mismos en los que y por los que se lucha y donde el cuerpo de las mujeres ya no sólo es botín de guerra, sino que ahora se busca su aniquilación (Segato, 2014: 26-30; 36-37; 54).

en las instituciones, organizaciones sociales y distintos grupos de la población que actúan con base en esos imaginarios y construcciones.

Se debe resaltar que estos imaginarios de riesgo no son homogéneos, tienen especificidades según quien los piense, aunque todos tienen en común la sensación de que este tipo de migración incluye incertidumbre y peligro constante. Según el planteamiento de Ruiz, en los imaginarios se llega a concebir a los migrantes como un riesgo para la población de paso o acogida y que esta travesía necesariamente es una donde los migrantes indocumentados experimentan riesgos. Es así que por un lado los Estados diseñan políticas para contener estos “riesgos” como el Programa Frontera Sur y por otro crea grupos de ayuda a la salud como el Grupo Beta. Además de que las condiciones inhumanas en las que viajan los migrantes se dibujan para seguir en el imaginario como una característica inseparable de la migración indocumentada, lo cual paraliza la acción y protesta de algunos sectores de la población y agrava la situación de los migrantes, haciéndolos blanco de atracos y violencia en un círculo sin fin. Ante esta realidad uno de los pocos elementos constantes y asequibles para que los migrantes se curen -y sobrevivan- es su religiosidad.

1.1.5 Precariedad en el lugar de origen y en el viaje

Otro concepto importante para entender las condiciones en las que se da el desplazamiento de estas poblaciones es el de precariedad. La forma en la que se entiende este concepto aquí se retoma de Butler:

“precaridad” determina aquello que políticamente induce una condición en la que cierta parte de las poblaciones sufren de la carencia de redes de soporte social y económico, quedando marginalmente expuestas al daño, la violencia y la muerte. Dichas poblaciones se encuentran en un alto grado de riesgo de enfermedades, pobreza, hambre, marginación y exposición a la violencia sin protección alguna. La precariedad también caracteriza una condición política inducida de vulnerabilidad maximizada, es una exposición que sufren las poblaciones que están arbitrariamente sujetas a la violencia de estado, así como a otras formas de agresión no provocadas por los estados pero contra las cuales estos no ofrecen una protección adecuada (Butler, 2009: 322-323).

Estas poblaciones son precarias desde su lugar de origen y esta condición se acentúa más cuando cruzan las fronteras entre Estados-Nación, ya que cuentan con pocas o frágiles redes sociales (Ver Baltazar, 2014), sin mucho dinero, sin conocer del territorio, con pocas pertenencias personales, o sin ellas, a esto se añade el nulo reconocimiento por parte de diferentes agentes

del Estado y otros grupos e individuos -entre ellos otros migrantes centroamericanos -como sujetos con el derecho de existir, expresarse y buscar lugares donde puedan tener una vida mejor.

1.1.6 Vulnerabilidad durante el tránsito migratorio

Vulnerabilidad es otro concepto relacionado tanto a riesgo como a precariedad. Al respecto Leyva y Quintino señalan que se debe “comprender la relativa desprotección en la que se pueden encontrar [los migrantes indocumentados] frente a potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto en sus derechos humanos, debido a que cuentan con menos recursos económicos, sociales y legales [...] vulnerabilidad equivale a aquella fracción de factores de riesgo que son casi inmodificables por el individuo” (Leyva y Quintino, 2011: 55). Así los migrantes centroamericanos se vuelven más propensos a sufrir daños a su salud debido a esta característica.

1.1.7 Género y las relaciones de poder durante el tránsito migratorio indocumentado

Como menciona Valencia, el género es un punto que debe resaltarse dentro de la lógica del capitalismo gore. Para entender mejor la importancia del género en este fenómeno específico, se retoma a Joan Scott quien sostiene que: “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996: 289). Un punto importante dentro de este concepto es el poder, ya que éste guía las relaciones desiguales, no solo entre hombres y mujeres sino también entre pobres y ricos e indocumentados y documentados.

En este caso en particular, no se puede soslayar que existen imaginarios sobre lo que es femenino y masculino y que tales imaginarios generan prácticas de distintos tipos. Entre ellas se encuentra la cooperación y socialización, y también el ejercicio de la violencia y la dominación. Estos imaginarios y su reproducción no son exclusivos de un sexo. Hombres y mujeres los introyectan y los reproducen a diferentes niveles ya que “las personas solo se vuelven inteligibles cuando adquieren un género ajustado a normas reconocibles de inteligibilidad de género” (Butler, 1990: 49).

Y es que las sociedades de las que provienen estos migrantes y las que se encuentran en su paso son sociedades de dominio masculino donde (en la mayoría de los casos) tanto hombres como

mujeres aceptan un principio de división social en el que existen ideales opuestos sobre lo que se entiende y se espera de lo femenino y de lo masculino -como puede ser que la mujer provea sexo al hombre de forma voluntaria o involuntaria-. Este orden asimétrico, aceptado como algo natural por la mayoría de la población, constituye lo que Bourdieu llama violencia simbólica (Bourdieu, 1996: 15-18). Y se debe aclarar que en este tipo de sociedades los afectados son tanto hombres como mujeres, ya que la dominación masculina se expresa en las “formas de control de los hombres sobre las mujeres, otros hombres y ellos mismos” (Garda, 2004: 121). Esto se puede observar en los casos mencionados más adelante en el capítulo contextual de asaltos con violencia de hombres hacia otros hombres o, como mencionó un entrevistado, coerción por parte del crimen organizado para que migrantes pasen droga a Estados Unidos.

Es así que, desde las sociedades de las que proceden estos hombres y mujeres, los migrantes centroamericanos tienen experiencias compartidas y experiencias diferenciadas que existen a lo largo del camino por México, donde encontrarán ventajas y desventajas al ser hombres o mujeres, o pertenecientes a la diversidad sexual. Hasta donde se tienen registros este tipo de violencia sexual se concentra en las mujeres (Ruiz, 2012; París, Ley y Peña, 2016). La experiencia del viaje es diferente para mujeres y para hombres y debido a esta diferencia, la forma de resolver los problemas de salud también puede variar según el género.

1.1.8 Culturas populares: hegemonía, subalternidad y transacciones

Para seguir con la línea de exposición sobre las relaciones oblicuas de poder, se abordan los conceptos de hegemonía, subalternidad y transacciones derivadas de los estudios sobre Culturas Populares.

Existe un largo debate sobre el estudio de las culturas populares, los conceptos centrales y cómo han sido usados en México (ver González, 1983; Valenzuela, 2003; Giménez, 2014). El acercamiento a estos estudios está basado principalmente en los planteamientos de Gramsci sobre hegemonía y subalternidad. Gramsci sostiene que el grupo hegemónico es quien ostenta el poder político, económico y marca las pautas culturales que siguen los grupos subalternos - quienes serían el grupo dominado- (González, 1983: 11). En este trabajo se sigue a Cirese en la visión que tiene sobre los “Desniveles Culturales” en el sentido que existen diferentes culturas subalternas (González, 1983: 33) y que además existe una compleja “circulación cultural” de diferentes gradientes entre el grupo hegemónico y los subalternos. Estas pautas se pueden seguir

por diferentes mecanismos como son la imposición, la negociación o la reelaboración y donde también tiene lugar la resistencia (Valenzuela, 2003: 259) y la creación propia.

Dentro de estos planteamientos entra el concepto de transacción desarrollado por Menéndez específicamente para el caso de la salud en donde analiza la interacción entre la medicina alópata y la medicina tradicional. Al respecto Menéndez sostiene que:

El concepto de transacciones intenta permitir una descripción de las articulaciones que en el nivel consciente, pero también en los niveles no conscientes e inconscientes, operan en las relaciones generadas entre los estratos dominantes y subalternos. En nuestro modelo de análisis el concepto refiere siempre a situaciones en las cuales ya está dado un juego de relaciones sociales, económicas e ideológicas, y de las cuales se puede abstraer la estructura dominante en dichas relaciones. En nuestro caso la estructura dominante de las relaciones supone una situación no sólo de dominación económica, política e ideológica, sino de subordinación (Menéndez, 1981: 376).

Y continúa hablando sobre la salud cuando arguye que la transacción es:

un proceso de penetración directa e indirecta de la ideología y de las prácticas curativas tradicionales que se da a través del desarrollo de los servicios públicos y privados, incluidas las farmacias. El proceso está avalado, desde el principio, por la eficacia comparativa que demuestra y por el prestigio social que dimana de su relación orgánica con los sectores sociales y económicos de poder (Menéndez, 1981: 292).

De esta forma se puede entender el proceso de penetración ideológica de la medicina alópata en Centroamérica, aún en las regiones más remotas. Se puede empezar a vislumbrar por qué existen diferentes modelos de atención a la salud coexistiendo entre sí dentro de poblaciones similares, siendo preponderante la alópata. Los desniveles culturales, la circulación y las transacciones ayudan también a entender en parte el proceso por el cual diferentes elementos de las creencias y prácticas religiosas han sido aceptados en este juego de poder entre grupos hegemónicos y grupos subalternos estratificados y heterogéneos y cómo se han entremezclado con la salud, como es el caso de orarle a Dios cuando se está enfermo.

1.2 Salud: su concepto y las aproximaciones a su estudio en poblaciones vulnerables

1.2.1 Acercamiento conceptual a la salud

En este apartado se entra de lleno en los conceptos y el enfoque que se han utilizado para estudiar problemas de salud en poblaciones vulnerables y, específicamente, los trabajos que se centran en la población de migrantes centroamericanos indocumentados que avanzan por México.

Para iniciar se discuten las bases de la construcción del concepto de salud que se maneja en este trabajo. Se comienza por la concepción propuesta originalmente en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sigue vigente hoy en día: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del más alto nivel de salud alcanzable es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social” (OMS, 1946: 100). Estas son unas bases muy generales que abarcan en realidad a todas las poblaciones bajo cualquier circunstancia.

Es por ello que también se retoma el concepto de Castilla quien arguye que: “Cuando hablamos de salud no podemos reducirnos exclusivamente al concepto biológico, pues si partimos de que la enfermedad es algo generado y pautado desde la cultura, al componente biológico hay que añadirle también el psíquico, el social y el cultural”⁵ (Castilla, 2008: 448). Así el concepto de salud engloba elementos biológicos y emocionales relacionados con los procesos socioculturales en los que se formó el migrante y también con los que se encuentra al momento de atravesar México. Así por salud se entiende, un proceso dinámico cuyos simbolismos, conceptos y funcionamiento ha sido introyectado por los individuos y que ellos reproducen, parcial o totalmente y que también reelaboran cuando se encuentran lejos de sus lugares de origen.

Así los daños a la salud para los migrantes indocumentados son provocados por “algo” que los hace “sentir mal”. Esta sensación puede ser de naturaleza física, emocional o a menudo una mezcla de ambas. Estos daños a su salud pueden ser causados, por ejemplo, por accidentes como caídas y enfermedades, por separarse de sus compañeros de viaje, pero también por violaciones a sus derechos humanos como robos, abuso sexual, humillaciones o desprecios, que lastiman en menor o mayor grado su bienestar. La forma en que estas personas previenen tales daños y se curan varían, dependiendo de las concepciones que tengan del origen de estos males y de los

⁵ En este texto se toma cultura como el marco de creencias de un grupo humano que engloba las tradiciones, valores, significados, símbolos, saberes, que comparte -muchas veces de forma heterogénea- un grupo humano, que son transmitidos, reelaborados -otros cuestionados o desechados-, de generación en generación y que se pueden expresar en su actuar dentro de diferentes esferas de su vida. Para ver una mayor discusión sobre las construcciones del concepto de cultura, ver a Giménez, 2007.

recursos con los que cuentan; así, aunque la curación alópata puede ser en su momento importante, también puede que busquen la curación popular y la curación usando su religión.

1.2.2 Modelos de atención a la salud a los que recurren las poblaciones vulnerables

En Latinoamérica hay diferentes perspectivas en torno al estudio de la salud en grupos vulnerables entre los que se encuentran los migrantes indocumentados. Algunos estudios se centran en las formas en que ha impactado el capitalismo en esas poblaciones. Asimismo, conciben a la salud y a la enfermedad como partes de un mismo fenómeno “unido dialectalmente” (Castro, 2001: 278). Este enfoque ha tenido algunas variaciones entre las que se incluyen el proceso salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1994) y salud-padecimiento-enfermedad-atención (Moreno-Altamirano, 2007). Con respecto a la primera asociación propuesta se retoma la idea que:

El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos (Menéndez, 1994: 72).

Es así que los conocimientos hegemónicos sobre salud han sido difundidos (a veces impuestos) a grupos subalternos por medio de políticas de Estado que dictan cuales son los padecimientos legítimos, las maneras de curarlos y quienes son los especialistas que deben atenderlos. Estos conocimientos hegemónicos sobre la salud coexisten y se entretajan con saberes locales de quienes viven en los pueblos centroamericanos que “buscan el Norte”.

No se puede ignorar que estos pueblos se encuentran en contextos de pobreza que les puede causar o agravar padecimientos ya existentes y les limita el acceso a la salud alópata. Sin embargo. Los conocimientos sobre la salud encuentran nuevos retos en un escenario riesgoso, precario y casi desconocido como es el tránsito migratorio.

Del proceso salud-padecimiento-enfermedad-atención, se retoma la idea de que las concepciones y rituales concernientes al proceso estarán construidos dentro de un “sistema cultural” específico (Moreno-Altamirano, 2007: 63). De la misma forma, Laurell afirma que el proceso salud-enfermedad tiene un carácter social:

Así, se propone que el objeto de la epidemiología crítica es el proceso de salud-enfermedad de un grupo (en cuanto modo específico de desarrollo del proceso biológico de desgaste y reproducción, con sus momentos particulares y diferenciales de enfermedad). Sin embargo, no es el proceso salud-enfermedad de cualquier conglomerado de individuos sino de un grupo construido a partir de sus características sociales definidas por una teoría de lo social (Laurell, 1981: 8).

Por tener experiencias en común durante el trayecto, los migrantes centroamericanos comparten problemas de salud. A la vez, como es una población heterogénea: por país, lugar de residencia, género, oficio, también es posible que varíe el desgaste biológico, por ejemplo, algunos trabajaban en el campo y otros en la ciudad. A parte del desgaste biológico diferenciado desde el lugar de origen, estos grupos se toman como una población ya que además de las experiencias compartidas durante el tránsito, compartieron la mayoría de las concepciones socioculturales sobre lo que es la enfermedad, la salud, y la forma de tratarla, de lo cual se hablará en profundidad en el tercer capítulo.

Se debe mencionar que hay otro enfoque, basado en estudios del acceso a servicios de salud de poblaciones indígenas denominado “sistema real de salud”: “el conjunto de respuestas sociales organizadas para hacer frente a la enfermedad, el accidente, el desequilibrio o la muerte, y cómo obtener información y producir indicadores teniendo en cuenta la índole de los distintos modelos que participan.” (Zolla y Sánchez, 2010: 26). Este enfoque abarca cuatro modelos de atención a la salud: la medicina académica (también llamada alópata), la tradicional (aquí referida como popular), la doméstica (autoatención) y la alternativa⁶ o complementaria (Zolla y Sánchez, 2010: 26-27). Para esta investigación se tomaron las tres primeras y se les añadió la dimensión de la curación a través de la religiosidad (utilizando mayormente la fe y la oración como vehículos) con fines analíticos y para poder notar mejor la interacción o la separación entre ellas y particularmente si la religiosidad cruzaba transversalmente a los otros modelos o si actuaba de forma independiente.

Press sostiene que la *medicina alópata* es un sistema cerrado, mientras que la *medicina tradicional* o *popular* es un sistema abierto, si la primera es más bien rígida, basada en conocimientos especializados y que se aplica a contextos específicos, la segunda se adapta a los cambios culturales, a los sociales y acepta elementos de otras instituciones como son la familia;

⁶ En la primera y segunda temporada de campo se habían incluido en las entrevistas preguntas sobre este modelo (como acupuntura o curación por imanes), pero ningún migrante lo había utilizado, por lo que se decidió eliminarlo.

también está relacionada con rituales y con la idea de la moral por lo tanto, también está interrelacionada con la vida social de los grupos. La medicina alópata está relacionada con la ideología hegemónica (occidental) de las concepciones sobre salud y con las tradiciones que vienen de los Centros de poder. En contraste la tradicional o popular es más independiente de la ideología hegemónica y puede provenir de tradiciones locales o externas y mantener especificidades particulares según el grupo en el tiempo y espacio (Press, 1978: 71-72). El *modelo de autoatención* o medicina doméstica es el que se da en el entorno familiar a través de saberes o cuidados por parte de los familiares (Zolla y Sánchez, 2010: 26). Finalmente, el modelo basado en la religiosidad tiene otras características, algunas de las cuales se pueden ilustrar con el caso del pentecostalismo mexicano. A propósito de esta denominación, Garma menciona que “Sólo Dios sana. El curandero y el médico alópata pueden curar el cuerpo, pero son incapaces de sanar el alma. La sanación se alcanza por medio de la fe y la oración. El creyente debe, entonces, tener fe y rezar. El acto mismo de sanación se expresa por medio de la imposición de manos” (Garma, 2000: 88). Este mismo autor señala que muchos mexicanos se han convertido o acercado a esta denominación atraídos por la idea de la realización de milagros (Garma, 2000: 88). Este principio se ve reflejado en las creencias de algunos de los migrantes entrevistados, sin embargo, el curar y el sanar podían entenderlos como sinónimos en ciertas circunstancias de las que se hablará en el tercer capítulo.

En vez de ver la práctica de la medicina tradicional, o popular, y de la medicina “académica” o alópata como dicotómicas y contrapuestas, se sugiere que ambas forman parte de un continuo en la cosmovisión de los sujetos. Los migrantes, por ejemplo, se curan usando una forma o la otra, o ambas, según los síntomas -como observó Bejarano (2004: 13), en un estudio en Jujuy, Argentina-, o la asequibilidad. Estos mismos fenómenos suceden con las curaciones relacionadas con la religiosidad.

1.2.2.1 Estudios pertinentes que han abordado el uso de medicina popular y alópata y a la religiosidad como forma de curación

En Latinoamérica no son abundantes los estudios que exploran en qué momentos y por qué las personas deciden usar la medicina tradicional o las formas de curación basadas en la religiosidad (menos para migrantes centroamericanos en tránsito). Existe un estudio realizado en Medellín (Álvarez, 2008), con personas no migrantes, donde se encontró que las resoluciones tomadas

por la población sobre el método de curación se debieron a motivos culturales concernientes a factores financieros, insatisfacción con la medicina occidental y con el trato en la institución oficial. Estos resultados se reflejan en los de este trabajo con migrantes centroamericanos indocumentados, puesto que esta investigación también reveló deficiencias en el acceso a la salud alópata, incluso desde el lugar de origen, junto con la existencia de otros conocimientos sobre salud.

El estudio de Berenzon-Gorn, Ito-Sugiyama y Vargas-Guadarrama, sobre el mismo tema que se realizó entre usuarios de la medicina tradicional en la Ciudad de México encontró que las personas entrevistadas buscaron ayuda de terapeutas tradicionales por padecimientos tales como: “*problemas amorosos, conflictos familiares, apuros económicos, estrés, tensión, nervios y angustias espirituales*” (Berenzon-Gorn, Ito-Sugiyama y Vargas-Guadarrama, 2006: 45). Este último trabajo señala la importancia de la medicina popular en las curaciones de los problemas de salud relacionados con las emociones y que no son resueltos con medicina alópata.

También se han realizado investigaciones sobre la decisión que toman migrantes mexicanos en Estados Unidos sobre métodos de atención a la salud. Entre las cuales se encuentra un estudio encabezado por Nigenda *et al.* (2009) que identifica seis opciones de atención según la gravedad de la condición; estas son: automedicación, consulta telefónica con familiares, uso de servicios privados, traslado a ciudades fronterizas, retorno al lugar de nacimiento y atención durante visitas estacionales al lugar de origen. Estas alternativas se explicaron por las circunstancias migratorias y la falta de opciones formales de atención médica (Nigenda, *et al.*, 2009: 407). Otro estudio realizado en la población de ascendencia mexicana establecida en Estados Unidos estuvo enfocado en comprender y explicar las creencias y prácticas de la medicina tradicional en mexicoamericanos, con el fin de que los profesionales de los servicios de salud y bienestar infantil en Estados Unidos no malinterpretaran como abuso o negligencia algunas prácticas y creencias de la población atendida (Krajewski-Jaime, 1991). Lo cual da muestra de que a veces las curaciones por parte de la medicina popular no son comprendidas por quienes fueron formados en la medicina “académica” o alópata.

En el caso centroamericano el trabajo de Campos y Vargas (2012) coloca al empacho como una enfermedad popular. Partiendo de un recuento del registro histórico de esta enfermedad en la región centroamericana, señalan que se conoce a lo largo de la parte “latina” del continente

americano y sostiene que se trata de una enfermedad de origen europeo, particularmente español, y que en América Latina tiene especificidades según la cultura que la apropia y reinterpreta (Campos y Vargas, 2012: 46-47).

De las investigaciones que abordan los problemas de salud de los migrantes centroamericanos en tránsito por México, las institucionales no suelen tomar en cuenta el factor de la religiosidad ni de la medicina popular en las decisiones de esta población en materia de salud (física o mental) ni en su influencia en los resultados curativos. Esto puede verse en los resultados del estudio realizado por Servan-Mori, *et al.* (2014) en el que analiza las razones por las que los migrantes centroamericanos indocumentados deciden continuar su camino a pesar de haber experimentado hechos violentos. Otro estudio que también ignora el papel de la religiosidad es el llevado a cabo por Infante, *et al.* (2012) sobre la violencia, en el trayecto migratorio donde son objeto de ofensas, golpes, asaltos o violaciones sexuales y ha causado en muchos migrantes daños a su salud o la muerte.

Uno de los enfoques que se ha tomado para estudiar a la salud y a la religión ha sido observar la influencia positiva entre las creencias religiosas y el proceso salud-enfermedad del modelo alópata. Como la revisión que hizo González sobre trabajos científicos en poblaciones diversas y que profesan diferentes religiones y donde se observan los beneficios de carácter extrínseco (sociales, como reuniones con las congregaciones o asistencia a servicios religiosos) e intrínseco (acercamientos más individuales como puede ser rezar, tener fe o meditar) (González, 2004: 21).

En este trabajo no se intenta probar la eficacia de la religiosidad en la salud, sino mostrar la interacción entre salud y religiosidad, así como la importancia que confieren a la religiosidad una parte de los centroamericanos indocumentados que se mueven por México.

Otro enfoque es el propuesto por Muzur *et al.* Quien plantea que la religiosidad expresada, por ejemplo, en la fe o la oración intercesora, es un fenómeno curativo que puede encontrarse en lugares o épocas en las que se carece de otras curaciones más tangibles o cercanas (Muzur *et al.*, 2005: 35). La experiencia del cruce migratorio tiene características similares a las que describen Muzur *et al.*, dado a las condiciones precarias, peligrosas y móviles de las que se ha hablado antes. Debido a todo lo mencionado anteriormente, vale la pena conocer cómo parte de

esta población resuelve las emergencias de salud y el papel que tiene la religiosidad en el proceso de recuperación de la misma.

1.3 Religión y religiosidad

En este apartado se hace un breve repaso de las formulaciones teóricas y conceptuales sobre la religión pertinentes al tema (para consultar revisiones abarcadoras de cómo han abordado la sociología y la antropología el estudio de la religión ver Cipriani, 2004; Robertson, 1980; Cantón, 2009). Las cuales guiarán la discusión hacia el concepto de religiosidad para así entender la relación que tiene con la salud de los migrantes indocumentados en tránsito.

1.3.1 Religión

Para comprender mejor el término religiosidad y la discusión teórica al respecto de la experiencia religiosa personalizada, se comienza definiendo la religión como: “la empresa humana por la cual un cosmos sagrado es establecido. Dicho de otra forma, religión es la cosmización en un modo sagrado. Lo sagrado aquí se refiere a una cualidad de poder misterioso e impresionante, que no es generado por el hombre, pero que está relacionado con él, el cual se cree reside en ciertos objetos de la experiencia” (Berger, 1990:34-35). Durkheim la define así: “Una religión es una [sic] sistema solidario de creencias y de prácticas relativas a las cosas sagradas, es decir, separadas, interdictas, creencias y prácticas que unen en una misma comunidad moral, llamada Iglesia, a todos aquellos que adhieren a ellas” (Durkheim, 2007: 42). Con el ensamble de estas dos definiciones notamos que la religión es un fenómeno social en las que una comunidad o individuos establecen normas basadas en las creencias sobre lo sagrado y se agrupan en una institución jerárquica, denominada Iglesia.

Uno de los fines de este trabajo es comprender la dimensión religiosa de la salud en las creencias y prácticas de los migrantes centroamericanos. Para ello es importante conocer cómo perciben y se relacionan con Dios, comprender qué elementos consideran religiosos (comportamientos, ritos, amuletos) que permiten que la salud se conserve o se recupere. Así que este trabajo no se enfoca en las instituciones religiosas ni en sus agentes, no porque no sean importantes (los albergues en los que se realizó la investigación estaban administrados, atendidos o relacionados estrechamente con la Iglesia católica), sino porque el foco de este trabajo exploratorio son los problemas de salud que experimentan los migrantes centroamericanos indocumentados que

transitan por México, específicamente sus creencias y comportamientos en torno a la salud y sus concepciones y prácticas religiosas se traslapan.

1.3.2 La relación entre creencias y prácticas religiosas

Teniendo en cuenta lo anterior, para poder hacer un análisis de los fenómenos religiosos, se debe empezar por Durkheim de quien se retoma una dicotomía fundamental para el análisis: “De modo natural, los fenómenos religiosos se clasifican en dos categorías fundamentales: las creencias y los ritos. Las primeras son estados de opinión, consisten en representaciones; los segundos son modos de acción determinados.” (Durkheim, 2007: 32) y añade:

Los ritos no pueden ser definidos ni diferenciados de otras prácticas humanas, de modo destacado de las prácticas morales, sino por la naturaleza de su objeto. En efecto, una regla moral prescribe, del mismo modo que un rito, un tipo de actuación, pero dirigido hacia objetos de un género diferente. Habría pues que caracterizar el objeto del rito para poder caracterizar al mismo rito. Ahora bien, la naturaleza especial de este objeto queda reflejada tan sólo en la creencia. No se puede definir el rito más que tras definir la creencia. (Durkheim, 2007: 34).

Para abundar, las creencias para este trabajo son también un cúmulo de conocimientos y saberes cuyo origen puede ser producto de la reflexividad o no⁷, unos pueden ser por costumbres y otros por elección. Así creencia y rito se encuentran estrechamente ligados. El rito es algo que se hace a partir de la creencia como el orar para pedir protección o leer la Biblia durante el camino. A la vez vale mencionar que los migrantes realizan interpretaciones a partir de creencias religiosas que no necesariamente involucran ritos, como cuando manifiestan sentir tranquilidad o resignación al pensar que lo bueno y lo malo que les ha tocado son designios de Dios.

1.3.3 Lo numinoso: acercándose a la experiencia emocional de sentir a Dios

Para empezar a entender la experiencia personal de apropiación de los preceptos religiosos desarrollados por las iglesias institucionales, se empieza por Kolakowski, quien sostiene:

El concepto carismático de la Iglesia supone que ella es la mediadora irremplazable entre Dios y su pueblo, y esto lo expresa, en particular, la interpretación de los sacramentos: actos ejecutados por personas dentro del orden de la Iglesia, de los que se supone que entrañan la presencia divina y comunican la fuerza de la gracia. Sin embargo, un místico no necesita

⁷Good (1997) establece una discusión de la forma en la que ha sido usado el término “creencia” dentro de la Antropología, el cual ha sido asociado con un estatus menor que el del conocimiento científico. Para este trabajo, la creencia se toma como un término que se puede asociar a la religión, la medicina popular y al conocimiento científico. También se coincide con la aseveración de que “todos los tipos de medicina conjuntan elementos racionales y profundamente irracionales [...]” (Good, 1997: 24).

intermediarios humanos, su comunicación con el Señor es directa y por tanto puede imaginar — como lo hicieron muchos que es libre de prescindir de la ayuda de los ministros. Para un místico radical que cree que la única vía apropiada hacia Dios es buscarle dentro del corazón de uno mismo y «gustarle» en un encuentro sin mediadores, los sacerdotes y, en realidad, toda la organización eclesiástica son una cuestión indiferente o que debe incluso ser considerada como un impedimento para el contacto real. (Kolakowski, 2002: 105).

Los migrantes centroamericanos en este caso, no son místicos radicales, ni su acercamiento a la jerarquía institucional es heterogénea. Sin embargo, sí se expresaron posturas ambiguas sobre las Iglesias y las religiones estructuradas como instituciones en las que desconfiaban y que según ellos no tenían el monopolio de la comunicación o experimentación de Dios. Se retoman estas ideas de Kolakowski ya que todos los migrantes entrevistados mostraban que su religiosidad durante el trayecto migratorio no necesitaba de intermediarios, lo cual, sin proponérselo, los coloca en el mismo nivel de los místicos radicales antiguos como “rebeldes en potencia” a los ojos de la heterodoxia eclesiástica (Kolakowski, 2002: 105).

Para comprender mejor de lo que trata esta experimentación de Dios se retoma a Otto, quien entre otras formulaciones desarrolla el concepto de lo numinoso. Este parece ser un concepto elusivo al que se refiere de la siguiente forma: “hablo de una categoría peculiar, lo numinoso, explicativa y valorativa, y de una disposición o temple numinoso del ánimo, que sobreviene siempre que aquella se aplica. Pero como es enteramente sui generis, no se puede definir en sentido estricto, como ocurre con todo elemento simple” (Otto, 1996: 8). Lo numinoso es un sentimiento religioso imponente, avasallador en el que la persona siente la omnipotencia de la divinidad y, en comparación, su propia insignificancia (sentimiento de criatura). Es algo que se experimenta en un rango que puede ir desde “el sentimiento sosegado de la devoción absorta” hasta la sensación de sentir la presencia “estallar de súbito en el espíritu, entre embates y convulsiones. Puede llevar a la embriaguez, al arrobó, al éxtasis” (lo que llama *mysterium tremendum*) (Otto, 1996: 13). En la interpretación que hace Eliade sobre este concepto, menciona que a Otto le interesaban las formas de experiencia religiosa en la que la razón estuviera ausente y sostiene que las sensaciones nombradas anteriormente tienen origen “por la revelación de un aspecto de la potencia divina” (Eliade, 1998: 14). Es así que lo numinoso es un tipo de experiencia religiosa particular cargada de fuertes emociones relacionadas con lo que se entiende por divinidad. Estas experiencias emocionales conectadas con un origen divino durante el tránsito migratorio se observaron como una revelación dada a través de los sueños. También se manifestaban en la tranquilidad que proporciona el orar a Dios por la seguridad (la

cual incluye muchas veces a la salud) durante el camino o la fuerza con la que se pide de forma instrumental la curación del cuerpo.

1.3.4 La religión personal

Otro teórico que trató el tema de la religión como experiencia fue William James. Este teórico puso énfasis en lo que llamó “la religión personal” por medio de delimitar los preceptos de la Iglesia y centrarse en cómo vivían los creyentes sus fes (James, 1994: 18). James no niega la maldad; cree que es necesaria en el mundo y que la humanidad lucha y vence con la ayuda de la experimentación de la religión. Las emociones suscitadas durante esta lucha ayudan a dar sentido a la vida: “el mundo es más rico porque existe el demonio, mientras podamos tener el pie sobre su cuello. Para la conciencia religiosa, es ésta precisamente la posición en que se encuentra el demonio, el príncipe negativo o trágico, y por esta razón la conciencia religiosa es tan rica desde el punto de vista emocional.” (James, 1994: 12). Otro ejemplo de esto lo da cuando habla de la experiencia religiosa:

el sentimiento religioso constituye una adicción absoluta a la esfera de la vida real del sujeto, proporcionándole una nueva esfera de poder. Cuando la batalla exterior se ha perdido y el mundo exterior se rechaza, redime y vivifica el mundo interior que, de otra manera, sería un yermo vacío. Si la religión ha de significar alguna cosa definida, me parece que habríamos de asumirla como si significase esta dimensión emotiva añadida, ese temblor entusiasta de adhesión, donde la moralidad, estrictamente dicho, sólo puede inclinar la cabeza y asentir. Para nosotros, nada más habría de significar este nuevo horizonte de libertad, la nota dominante del universo que suena en nuestros oídos y una posesión eterna y extensa ante nuestros ojos. (James 1994: 25).

Es así que James sostiene que la religión es experimentada con las emociones y así puede dar sentido a la vida. No niega ni rehúye de la existencia de la maldad, más bien la reconoce y glorifica la lucha, la supervivencia y el triunfo sobre ella. Como se verá estas dimensiones de la religión personal están alineadas con los relatos de los migrantes indocumentados recogidos para este trabajo. Se trata de una religión más bien personalizada que es una constante durante los relatos repletos de anécdotas terribles donde se ven enfermedades, accidentes y violaciones a derechos humanos, en donde a pesar de la adversidad, los migrantes se guían y actúan por el impulso de sus creencias religiosas, interpretadas y vividas sin intermediarios institucionales. Estas son algunas de las características que en este trabajo se denomina religiosidad.

1.3.5 Religiosidad

Los planteamientos teóricos anteriores⁸ nos llevan a entender otro de los conceptos centrales para esta investigación, el de religiosidad. William James decidió llamar religión personal a la experimentación propia de la religión: “los sentimientos, los actos y las experiencias de hombres particulares en soledad, en la medida en que se ejercitan en mantener una relación con lo que consideran la divinidad” (James, 1994: 18). Aunque este trabajo toma en cuenta esta característica, no propone que esta religión personal se exprese necesariamente de forma individual ni a solas. Por lo que el término que se usará en este trabajo será el de religiosidad, ya que como postulan Salles y Valenzuela: “El término religiosidad se relaciona con el carácter religioso de alguien o de alguna práctica o creencia que guarda un vínculo imprescindible con la religión.” (Salles y Valenzuela, 1997: 59-60). Debido a que precisamente se quiere retomar la forma en la que las personas experimentan, conciben y utilizan la religión, y los elementos que emanan de ella, se retoman del concepto de la religiosidad popular la forma en que grupos e individuos de un grupo social “acepta y manifiesta la religión” (Ramírez, 2004: 30-31). Su función puede ser tanto interpretativa como instrumental -como en los casos relacionados a la salud y a las curaciones milagrosas (Valenzuela, 2011: 196). También se toma en cuenta lo que Ramírez añade:

[...] hay formas religiosas de menor sistematización teórica y organizativa, con una notable espontaneidad [...] los cambios en las formas religiosas concretas no son absolutos, puesto que conservan al menos un núcleo estable. Los sistemas teóricos doctrinales y las organizaciones operan en resistencia a la variación y a la espontaneidad, conformando la ortodoxia doctrinal, litúrgica y organizativa. Pero, en la medida que se crean círculos que se alejan de la ortodoxia, se producen variantes religiosas más permeables al cambio, a la espontaneidad y a la incorporación de elementos nuevos o procedentes de otras formas religiosas. Es en este movimiento de distanciamiento de núcleos de ortodoxia en el que probablemente encontremos la explicación a la religiosidad popular (Ramírez, 2004: 30).

Sin embargo, el concepto utilizado será solo religiosidad, ya que el término religiosidad popular está más asociado en Latinoamérica a la reinterpretación y experimentación de la religión sobre

⁸ Se debe hacer notar que los autores anteriores formularon sus teorías desde contextos y tiempos muy distantes al fenómeno estudiado. Es decir, en Europa (Durkheim y Otto) y Estados Unidos (James) cuyo lapso de vida fue de mediados del siglo XIX a principios del XX. Por esa razón no se toman todas las concepciones completas como fueron formuladas, sino los planteamientos que pueden ayudar a comprender el fenómeno estudiado con las características específicas de población, lugar y tiempo de las que ya se ha hablado anteriormente.

una base católica como lo señala Ramírez,⁹ ya que incluso se le puede llamar catolicismo popular (2004: 32-33). Un término asociado al catolicismo popular no sería el mejor indicado para el caso estudiado, ya que muchos de los migrantes indocumentados que se entrevistaron tenían creencias protestantes. Asimismo, otro componente que suele ser central dentro del concepto de lo popular¹⁰ son los elementos de raíces o reivindicaciones prehispánicas (Valenzuela, 2003: 225) y en este caso estudiado, este elemento se encontraba desdibujado¹¹.

1.3.6 Interpretación y simbolismos en la religiosidad

Además del aspecto fenomenológico de la religiosidad en la salud por parte de los migrantes indocumentados en tránsito, es importante tocar a mayor profundidad el tema de su aspecto interpretativo. Para poder leer un texto, entender una imagen o, en este caso, un comportamiento, se debe empezar por conocer el lenguaje en el que está escrito o la intencionalidad de la composición; en este caso, el lenguaje son los símbolos, los cuales son compartidos culturalmente y entre diferentes grupos sociales. Es por ello que Geertz señala:

[...] la religión asegura el poder de nuestros recursos simbólicos para formular ideas analíticas en una concepción con autoridad sobre la realidad toda; por otro lado, asegura el poder de nuestros recursos también simbólicos para expresar emociones (estados anímicos, sentimientos, pasiones, afectos) en una similar concepción de su penetrante tenor, de su inherente tono y temperamento (Geertz, 2006: 100).

Es así que una vez establecida la religión, ésta provee símbolos y los grupos e individuos los retoman, asimilan, reinterpretan y aceptan o rechazan. En otras palabras, los manifiestan de alguna forma en lo que constituye su religiosidad y así pueden hacer lecturas de las circunstancias, encontrarles sentido y, en su caso, darles resolución. Por ejemplo, ante un

⁹ Ramírez también reconoce brevemente la influencia cultural de doctrinas religiosas de Europa y Estados Unidos. Asimismo, menciona la existencia de componentes de la religiosidad popular provenientes de religiones africanas, de los pueblos originarios y de los “nuevos movimientos religiosos”. Sin embargo, le da mayor peso a la Iglesia católica (Ramírez, 2004: 33).

¹⁰ El autor se refiere específicamente al concepto de mística popular.

¹¹ Se debe hacer notar que sí existen creencias y rituales en el Triángulo del Norte centroamericano que entran mejor en el concepto de religiosidad popular enunciado aquí, tal es el caso del culto a Maximón cuyo origen se sitúa en Santiago Atitlán, Guatemala (Pedrón, 2008). En ese lugar existe una cofradía que se encarga de su festividad y mantenimiento. Maximón parece ser una reelaboración de la unión de la deidad prehispánica Mam con el santo de origen cristiano San Simón (Mendelson, 1959), se le hacen ofrendas de tabaco, alcohol y música (Sanchis, 1993), su culto se ha difundido a distintos países de Centroamérica y México y su imagen, plegarias y vestimenta varían de lugar en lugar; es una deidad que no necesita la legitimación de la Iglesia para ser venerada (García, 2013; Pedrón, 2008; Sanchis, 1993). Así en este culto se nota la influencia prehispánica, cristiana y contemporánea de una deidad y un culto que son reelaborados y que no necesita ser validados por ninguna institución eclesíastica pero que se puede venerar junto con deidades y santos legitimados por el catolicismo sin que los creyentes encuentren conflictos en ello.

accidente en el trayecto migratorio, los migrantes pueden entenderlo como una prueba que viene de Dios y que es el mismo Dios quien les confiere de las herramientas para superarlo. ¿Pero cómo se construyen estos significados que ayudan a mantener la estabilidad del mundo social?

Pierre Bourdieu propuso que podemos “tratar la religión como una lengua, es decir, a la vez, como un instrumento de comunicación y como un instrumento de conocimiento, más precisamente, como un médium simbólico, a la vez estructurado (por lo tanto susceptible de un análisis estructural) y estructurante, como condición de posibilidad de esa forma primordial del consenso que es el acuerdo sobre el sentido de los signos y sobre el sentido del mundo que permiten construir” (Bourdieu, 2006: 30). Aquí podemos ver que la estructura a la que se refiere Bourdieu en este estudio es la concepción de la salud en el trayecto migratorio. Se debe señalar que esta realidad no está entendida y sustentada sólo por las creencias religiosas de los migrantes; se superpone, por ejemplo, con las creencias sobre lo que la ciencia puede explicar. Además, la cualidad estructurante no es del todo estable, ya que las poblaciones centroamericanas, que constituyen la mayoría del flujo migratorio indocumentado en tránsito, cambian de creencias religiosas y reelaboran otras dentro de su historia tanto social como de la personal en el camino. Esto se refleja en que algunos informantes conciben la existencia de brujos y curanderos¹², como personajes relacionados con la maldad y alejados de los caminos de Dios. Otros aceptan parafernalia religiosa (cargada de simbolismos para quien lo recibe) no relacionada con los preceptos de su denominación, porque en tránsito y lejos de las reglas institucionales, ellos interpretan este acto como una señal de Dios.

Sobre el aspecto religioso en la vida cotidiana, Salles sostiene que: “puede ser conceptualizado como una producción de acciones simbólicas referidas a una realidad (a veces apenas imaginada) que trasciende a lo humano, a pesar de que sea elaborada por hombres y mujeres,

¹² En la *Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana*, se menciona que los *curanderos* son una: “Denominación genérica que reciben todos los terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional” y los *sobadores* son especialistas que curan padecimientos particularmente a través del uso de masajes -aunque la curación del mal de ojo incluye a menudo otros elementos como yerbas y huevo además de rezos-, mientras que los *brujos* pueden tanto sanar como enfermar (también pueden ser una: “Denominación peyorativa que reciben algunos curanderos”). Asimismo, menciona que, durante la colonia, debido a las ideologías cristianas y médicas, las creencias médico-religiosas prehispánicas fueron asociadas con la maldad y la ignorancia y a la vez éstas incorporaron elementos europeos y africanos que les dieron las características actuales (Zolla *et al.*, 2009). Cuando se introdujeron las creencias y prácticas protestante evangélicas en un contexto cultural donde existían prácticas médico-religiosas tradicionales, éstas no fueron negadas, sino catalogadas como pecaminosas y malignas, dando como resultado que incluso algunos de los antiguos curanderos se convirtieran en pastores y proclamaran que ya no practicaban la medicina tradicional (Garma, 2013).

con la finalidad de explicar lo inexplicable y de dar un sentido a la vida, cuyo contenido se determina según variables espacio-temporales.” (Salles, 1995: 30). Es así que las creencias religiosas ayudan a mantener la estabilidad de la vida, a darle coherencia y poder comprenderla. Estas creencias son muy importantes ante el sufrimiento, el peligro, la enfermedad, las injusticias y la muerte, pero no solo es por y para las circunstancias terribles. También intervienen para entender la calma, la paz, la belleza, la salud, las sorpresas agradables y para celebrar diversos acontecimientos de la vida terrenal. A la vez ayudan a concebir el ámbito de lo sagrado y extraterreno por parte de grupos humanos, lugares y tiempos específicos. Como cuando Carlos, migrante hondureño señalaba durante el trayecto migratorio que las personas no necesitan de religiones para tener un acercamiento con Dios, sino que mostrar generosidad y compasión es más congruente con la experimentación de Dios, que ir a la Iglesia (Carlos, entrevista, 2015).

Otra pregunta sería, ya que estos significados se construyeron, ¿cómo se reproducen socialmente? Peter Berger sostiene que este proceso se da a través de la socialización, por medio de la cual los símbolos y significados se introyectan y: “Es por la virtud de esta apropiación que el individuo puede lograr que su propia biografía “tenga sentido”. Los elementos discrepantes de su vida pasada están ordenados en términos de lo que “sabe objetivamente” acerca de sí mismo y de la condición de los otros.” (Berger, 1990: 21). El mismo Berger sostiene que este es un proceso constante e interminable en el que se deben estar recordando a menudo los símbolos, las reglas, los significados (Berger, 1990: 31) y de ahí la importancia de la institución religiosa y de sus agentes. Por lo que en espacios donde ese control o encaminamiento no se encuentran con facilidad, como el del tránsito migratorio, algunos individuos hacen sus propias interpretaciones y configuran rituales con mayor facilidad o frecuencia que cuando se encuentran cerca de sus iglesias y de su congregación.¹³

En el caso de los migrantes centroamericanos las creencias religiosas no son inmutables, se encuentran en constante reelaboración, en un proceso adaptativo, relacional, que puede incorporar nuevos elementos, renovar otros y desechar unos más, según el suceso o momento por el que esté pasando el individuo o el grupo. El sistema de creencias religiosas, en este caso

¹³ Este planteamiento se desprende de lo que observó Odgers (2006) al estudiar el cambio religioso en los migrantes mexicanos que se asientan en Estados Unidos y en los poblados de los cuales provienen.

manifestado en la religiosidad, se pone a prueba cuando rituales cargados de simbolismos son realizados e invocados en situaciones límite, como es en el caso de la necesidad de enfrentar un evento relacionado con la salud, por ejemplo una enfermedad, un accidente, la desnutrición o la deshidratación, riñas y ataques y los padecimientos físicos y psicológicos que sufren muchos de los migrantes indocumentados durante su cruce por México. También se invocan cuando es necesario buscar consuelo como en el caso de soledad, desesperación, inseguridad, tristeza y miedo por nombrar algunas emociones durante el tránsito migratorio.

1.3.7 Estudios centrados en migrantes indocumentados que atraviesan México en donde hay un entrecruce de salud y religiosidad

Hay pocos estudios sobre el entrecruce de la salud y la religiosidad en poblaciones de migrantes indocumentados. El de Hagan (2012), es un estudio de migrantes mexicanos y centroamericanos que estaban por salir a Estados Unidos, se encontraban en el trayecto o ya habían cruzado. Su foco de interés fue la importancia de la religión para la migración de estas personas, antes, durante y después de llegar al destino, por lo que habla de rituales religiosos realizados en las iglesias, por agentes de las Iglesias y llevados a cabo sin esta intermediación. Específicamente sobre el cruce migratorio, menciona la importancia de las organizaciones religiosas para proveer de refugio y ayuda durante el trayecto. También menciona la importancia de visitar o de mostrar respeto hacia los altares legitimados por las Iglesias y los hechos por los mismos migrantes. Por último, señala que la fe, la oración, los rezos y los milagros son importantes para salvaguardar el bienestar de los migrantes y poder soportar y superar los peligros físicos y psicológicos a los que se enfrentan.

Otro estudio que toca el tema de la religiosidad y la salud emocional en esta población es el realizado por Ruiz (2012) en el que conversó con mujeres indocumentadas centroamericanas y mexicanas para entender cómo habían sobrevivido y superado hechos violentos que ocurrieron durante la migración o la deportación. En este estudio ve la importancia de la fe en Dios para sobrevivir y sanar emocionalmente ante situaciones violentas -algunas de ellas extremas- como violaciones sexuales o tortura, que pueden desencadenar emociones como desesperación y terror. También habla sobre lo que significa Dios para ellas. Aunque todos los imaginarios de Dios representan y proveen una forma de protección y consuelo más allá del propio individuo, las descripciones fueron variadas, la imagen podía ser la tradicional de un hombre barbado,

aunque también podía tener tanto características femeninas como masculinas. Sostiene que para ellas “Dios fue una fuerza constante o permanente en el mundo, quien no juzgaba sus acciones, su sufrimiento y quien no condicionaba Su amor usando estándares que no pudieran cumplir” (Ruiz, 2012: 19). Mientras que la relación que sostenían con Dios era: “altamente personal, llena de sentimientos profundos e imbuida con confianza, cuidado, amor, e intimidad, cualidades que con demasiada frecuencia estaban ausentes en las vidas de estas mujeres” (Ruiz, 2012: 20).

Las ideas y los hallazgos contenidas en estos dos trabajos refuerzan parte del planteamiento teórico presentado y lo complementan desde una mirada emic de los propios migrantes. Asimismo, aportan algunos datos empíricos que se verán comparados en el capítulo de análisis con los obtenidos en el trabajo de campo realizado para esta investigación.

1.4 Estructura, agencia y resistencia

En los tres apartados anteriores donde se habla de las características y consecuencias de la globalización que resultan pertinentes para la problemática estudiada, hay tres factores latentes que están en constante lucha y diálogo. Estas son la estructura, la agencia y la resistencia.

Cuando en este trabajo se nombran las condiciones estructurales en las que suceden los problemas de salud de los migrantes centroamericanos indocumentados que transitan por México, se habla de pobreza, discriminación, xenofobia, riesgo, violencia, criminalización, precarización, normalización de la violencia sexual hacia lo considerado femenino y vulnerable (particularmente mujeres, niñas y personas de la diversidad sexual), poco acceso a los servicios de salud, a la vez también coexisten en estas estructuras terribles, la colaboración, la empatía, el compañerismo, la generosidad y la compasión.

Y es que las estructuras y su reproducción, dígame los sistemas políticos, económicos y sociales que afectan a las poblaciones de forma diferenciada, son producto de las ideologías y acciones de personas concretas y no de fuerzas intangibles e inexorables. Giddens lo dice de la siguiente forma cuando formula la teoría de la estructuración:

“para la teoría de la estructuración, no es ni la vivencia del actor individual ni la existencia de alguna forma de totalidad societaria, sino prácticas sociales ordenadas en un espacio y un tiempo. Las actividades humanas sociales, como ciertos sucesos de la naturaleza que se auto-reproducen, son recursivas. Equivale a decir que actores sociales

no les dan nacimiento, sino que las recrean de continuo a través de los mismos medios por los cuales ellos se expresan en tanto actores.” (Giddens, 1998: 40).

Cuando habla sobre estas estructuras, Giddens no piensa que la reproducción sea un proceso necesariamente consciente (Giddens, 1998: 40). A la vez concibe a las personas como sujetos con poder de agencia, es decir, capaces de reflexionar y de tomar decisiones con base en estos pensamientos, incluso en momentos difíciles (cabe aclarar que para él no todas las acciones son reflexivas y algunas son meras reacciones).

La noción de agencia de Giddens se puede observar para la población estudiada, tanto en las decisiones que toman al desplazarse por México, como en algunas decisiones que toman sobre su salud, o al menos en las reflexiones que hacen sobre ellas, como la decisión de atenderse médicamente hasta llegar a alguna Casa de Migrantes para no ser detenidos por los agentes de INAMI en un hospital, o la de usar hierbas silvestres durante el tránsito para tratarse porque las conciben como efectivas, gratuitas y de fácil acceso. De igual manera se puede observar en su religiosidad, en la forma en la que reapropian y reinterpretan elementos de la religión y la usan como protección, guía, consuelo y curación a pesar de las circunstancias extremas en las que encuentran.

De esta forma, Giddens afirma: “un agente deja de ser tal si pierde la aptitud de <<producir una diferencia>>, o sea, de ejercer alguna clase de poder”. Así como que en: “[...] circunstancias de constreñimiento social en que individuos <<carecen de opción>> no equivalen a la disolución de la acción como tal. <<Carecer de opción>> no significa que la acción haya sido remplazada por una reacción” (1998: 51). Es así que se sostiene que entre los migrantes centroamericanos, hay personas que, ante ciertos problemas de salud y condiciones estructurales restringentes, son capaces de tomar decisiones reflexivas dentro de la oferta que se les presenta, por muy limitada que ésta sea. Como cuando deciden tratarse el empacho ellos mismos, o acudir por este padecimiento con un médico alópata para tratarse los síntomas, pero sin revelarles que están empachados.

La última parte de este apartado es el que se refiere a la resistencia. Primero se debe hablar de lo que no es resistencia. Como mencionan Menéndez (1981: 392-394) y García Canclini (1986), el que existan expresiones culturales en los límites o espacios que permite el sistema hegemónico (como la medicina popular o la religiosidad), no significa que estas expresiones

correspondan automática o necesariamente a una resistencia reflexionada e ideada, sino que pueden ser mecanismos de estos pueblos “para resolver sus problemas, u organizar su vida” (García Canclini, 1986: 25) sin que la intención sea ir en contra del sistema hegemónico.

Ahora sobre lo que sí es resistencia, se puede decir que si bien algunas de las situaciones que vivieron los migrantes fueron duras, incluso en sus narrativas también señalan un margen de resistencia, el cual es muy importante para conservar la dignidad humana. Scott (2000: 19-20) menciona que los oprimidos no son todos iguales, ni sus condiciones perenes; sin embargo, encuentra características en común, entre ellas, el lenguaje con el que se expresa y las razones que da para ciertos acontecimientos diferían en lo que decían a los poderosos o a los que se encontraban en las mismas condiciones de subordinación que ellos, lo que corresponde a discursos ocultos o lo que llama Scott “la infrapolítica de los desvalidos”: “los rumores, el chisme, los cuentos populares, las canciones, los gestos, los chistes y el teatro como vehículos que sirven, entre otras cosas, para que los desvalidos insinúen sus críticas al poder al tiempo que se protegen en el anonimato o tras explicaciones inocentes de su conducta” (Scott, 2000, 21-22). Este rasgo de resistencia se pudo observar en la postura de los migrantes acerca de la medicina alópata cuando hablaban de la discriminación o mala atención que reciben en sus países de origen. Como respuesta, optan, en algunos casos, por la autoatención, la medicina popular o la curación a través de la religiosidad.

1.5 Resumen del capítulo teórico

En resumen, la parte conceptual de este capítulo puede sintetizarse sosteniendo que la migración de personas provenientes de El Salvador, Guatemala y Honduras se da porque en el sistema capitalista algunos pierdan tierras, otros no tienen trabajos estables y muchos viven en sociedades pobres, violentas y peligrosas con altas tasas de criminalidad y muerte. Por ende, una gran cantidad de personas ve como una salida desplazarse a países que consideran mejores o más seguros, como Estados Unidos o México. Las mismas condiciones, más la desigualdad de poder entre países de centro y periferia acentúan la vulnerabilidad y hacen que el camino por México se realice de manera indocumentada, riesgosa y precaria. También diferencia los riesgos a los que son sometidos hombres y mujeres.

Caracterizados por la vulnerabilidad, el riesgo y la precariedad, los desplazamientos conllevan problemas a la salud que son tratados desde diferentes ópticas por los migrantes y por el Estado. Tampoco debe sorprender que, debido a las condiciones clandestinas y peligrosas del desplazamiento, el acceso a los servicios de salud sea difícil o nulo. En este punto entra una mezcla entre los ámbitos religiosos y culturales (expresados por ejemplo en la medicina popular) sobre la forma en que estas personas pueden mantener o restaurar la salud de forma integral, una línea fina entre la decisión personal y la inaccesibilidad a los servicios de salud alópatas.

También se abordan algunas líneas teóricas para acercarse al concepto de religiosidad como un componente muy importante en la vida en general que se debe tomar en cuenta en toda su complejidad para lograr una mayor empatía con las personas que recorren este trayecto y para entender mejor cómo logran mantener la salud durante estas condiciones extraordinarias como es la migración indocumentada en México.

Por último, se habla de estructura, agencia y resistencia como tres ejes claves en los que se desarrolla toda la problemática, tanto de las causas y las circunstancias de la migración, como el acceso y el uso de diferentes servicios de salud, como es la apropiación y experimentación de la religión. Si bien la mayoría de estas personas tiene que realizar una travesía riesgosa y precaria, muchos lo hacen elaborando estrategias planes, y midiendo y reflexionando sobre los riesgos.

1.6 Estrategia metodológica

Hacer investigación directamente sobre la percepción y experiencia de problemas de salud en una población vulnerable es delicado, por lo que se debe tener tacto, respeto y honestidad para acercarse a las personas y al tema y no revictimizarlos o abrirles una herida emocional difícil de contener. Uno de los medios para lograrlo requiere de una metodología flexible que se adapte a las circunstancias de la investigación, pero que esté sustentada en otros trabajos científicos y que abarque tanto la recolección de los datos como su análisis e interpretación.

En este apartado abordo la metodología con la que se realizó esta investigación. Incluye: 1) la selección y características de los sujetos de estudio y las fuentes de información; 2) la delimitación espacio-temporal y las consideraciones éticas y de seguridad y; 3) los instrumentos usados, así como la forma del análisis de los datos.

1.6.1 Sujetos de estudio y fuentes de información

Los sujetos más importantes para esta investigación son los migrantes centroamericanos indocumentados que se trasladan por México ya que ellos son quienes experimentaron los problemas de salud durante el tránsito migratorio y por lo tanto son los más indicados para aportar información de primera mano sobre su concepción de la salud y la relación de ésta con la religiosidad. Por lo tanto, seleccioné a hombres y mujeres provenientes de Honduras, El Salvador y Guatemala, principalmente, aunque se incluyó a un sujeto nicaragüense que residía en Guatemala. En un principio quería entrevistar al mismo número de hombres y mujeres, pero en realidad en el tiempo que duró el trabajo de campo pasaron muy pocas mujeres por las Casas de Migrantes a las que fui. Por lo general no viajaban solas; preferían no salir a las áreas comunes y también permanecían menos tiempo dentro de las Casas, por lo que al final solo pude hablar con tres de ellas. Las edades tanto de hombres como mujeres abarcaron de los 17 a los 41 años.

En un primer momento quería entrevistar a personas cuyo destino final fuera Estados Unidos, pero la realidad encontrada fue que, aunque tengan el sueño de llegar a Estados Unidos, muchos terminan quedándose en territorio mexicano.¹⁴ Asimismo, también hay migrantes indocumentados que van de regreso a su país y siguen las mismas rutas migratorias por las que llegaron a Estados Unidos o a otras partes de México. Así que todos los entrevistados habían hecho el recorrido de la frontera sur de México hasta Puebla o Tlaxcala de forma indocumentada a través de México y tenían la intención de continuar avanzando hacia el Norte (Estados Unidos o México).

Otros sujetos importantes que entrevisté fueron los encargados de Casas de Migrantes, que ofrecían ayuda humanitaria, debido a la larga experiencia que tenían trabajando con esta población y porque habían convivido con un gran número y una gran diversidad de migrantes. La tercera mirada la aportaron los especialistas en medicina alópata que habían tratado personalmente a la población migrante centroamericana en Puebla y Tlaxcala.

¹⁴Algunas de las razones que dieron los migrantes para quedarse en territorio mexicano fueron: reunificación familiar, leyes migratorias más severas en Estados Unidos, deportación de Estados Unidos y sentirse más cómodos en México que en Estados Unidos.

Debido a la naturaleza vulnerable de los migrantes ante los agentes del Estado y los criminales usé un muestreo¹⁵ por oportunidad.¹⁶ De esa forma la selección estuvo conformada por sujetos que se encontraban de paso en las Casas de Migrantes o en lugares de ayuda humanitaria y accedieron voluntariamente a participar en la investigación.

Para el caso de los encargados de los albergues el muestreo que utilicé fue el de cadena o por redes, mejor conocido como “Bola de nieve” (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006: 568). Primero identifiqué a algunas personas que contaban con el conocimiento suficiente sobre el funcionamiento de las Casas y los lugares donde se da ayuda humanitaria, así como de los riesgos, los obstáculos y las vulnerabilidades de la migración tránsito. Para encontrar a los profesionales de la salud use tanto la técnica de bola de nieve como contactos personales.

También usé fuentes secundarias. Estas incluyeron: notas periodísticas sobre los migrantes indocumentados y los problemas de salud que han tenido en México; estadísticas de la Emif-sur sobre migración, problemas de salud y atención médica durante el cruce por México; información del Pew Research Institute para contextualizar los datos sobre creencias religiosas. Así mismo usé información oficial proveniente del Instituto Nacional de Migración y de otras instituciones gubernamentales mexicanas, hondureñas, salvadoreñas y guatemaltecas para tener la mirada y los datos que proporciona el Estado. También revisé literatura académica sobre el acceso a servicios de salud y sistemas de salud relacionados con grupos vulnerables; otros estaban enfocados en la población en la que se centra este estudio. Por último, también revisé la literatura científica que ha tratado específicamente la interacción entre salud y religión, así como sobre medicina tradicional, popular y alternativa.

¹⁵ Siguiendo a Hernández, Fernández-Collado y Baptista se usa la palabra “muestra” para denotar el grupo que se selecciona para ser estudiado, ellos añaden que en las investigaciones cualitativas la muestra es no probabilística, es decir, lo que se busca no es hacer una generalización de toda la población migrante del grupo estudiado, sino obtener información profunda (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006: 561-562) y significativa como se comentó anteriormente.

¹⁶ “casos que de manera fortuita se presentan ante el investigador justo cuando éste los necesita. O bien individuos que requerimos y que se reúnen por algún motivo ajeno a la investigación” (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006: 569).

1.6.2. Delimitación espacio-temporal

Este estudio lo realicé en Puebla, Puebla en dos Casas para Migrantes y dos sitios donde se ofrece ayuda humanitaria. En Apizaco, Tlaxcala tuve acceso a una Casa para Migrantes. En ambas ciudades, la Iglesia católica trabajaba muy de cerca con estos centros de ayuda a migrantes. Asimismo, estas dos ciudades se encuentran bajo la misma provincia de La Dimensión Episcopal de Pastoral de Movilidad Humana, (CEPS-Cáritas, 2013), también tienen comunicación e intercambio de ideas, estrategias y apoyo entre el personal que atiende las Casas de Migrantes en ambas ciudades.

La zona conformada por estas dos ciudades es un punto medio del trayecto migratorio hacia Estados Unidos y por eso consideré que sería un buen lugar para recopilar las narrativas sobre los problemas de salud que padecen los migrantes y la forma en que los resuelven. Esa zona es importante ya que el llegar a ella indica que han pasado la frontera sur de México (uno de los sitios más peligrosos de la travesía). Aunque Puebla y Apizaco son dos ciudades muy diferentes y las separa cerca de una hora y media a dos horas de distancia por autobús, ambas no solo reciben a migrantes, sino que estos viajan de un punto a otro para continuar con su ruta; parte de la red de Casas de Migrantes en donde se hizo el estudio abarca esos dos lugares. En el capítulo contextual se aborda más profundamente las características generales de estos dos puntos.

Desde estos puntos recopilé los relatos de las vivencias de los migrantes desde la frontera sur a Puebla y/o Tlaxcala. También se incluyeron los relatos de experiencias relacionadas con la salud que les ocurrieron a migrantes que ya habían realizado la travesía por México más de una vez.

El trabajo de campo estuvo organizado en tres fases: la primera se hizo con el contacto inicial en febrero de 2015; la segunda fase la realicé en julio y; la tercera se llevó a cabo en diciembre de 2015, enero y febrero de 2016.

1.6.3 Consideraciones éticas y de seguridad

Como se dijo anteriormente, debido a la condición de clandestinidad en la que se mueve esta población escogí realizar las entrevistas a migrantes en las Casas y lugares de ayuda humanitaria. Por una parte, son lugares que de manera constante reciben a migrantes y por otra

ofrecen mayor seguridad, tanto para ellos como para mí, como entrevistadora, porque son espacios cerrados en donde no se permite entrar con armas, drogas ilegales ni alcohol. Dentro de esas instalaciones hay puntos donde es posible hablar sentados, con mayor privacidad y tranquilidad que en otros espacios abiertos como puede ser la calle. Se debe aclarar que, una vez estando dentro del albergue, pude constatar que debido a estas mismas reglas, no toda la población de migrantes indocumentados en movimiento entra en ellas, por lo que se entiende que la población consultada no representa a todos los migrantes indocumentados que cruzan el país, pero sí a una porción de ellos y, por lo tanto, refleja una parte de la realidad que experimentan los centroamericanos que entran al país de forma indocumentada a México y que se desplazan por el país.

Ahora es importante resaltar que todas las entrevistas se realizaron de forma voluntaria e informada,¹⁷ y les aseguré la confidencialidad de sus identidades. Primero se contactó a los dirigentes de las Casas de Migrantes y lugares de ayuda humanitaria y les di una carta de presentación proporcionada por El Colef en la que se incluía mi nombre (personalmente realicé todas las entrevistas), el semestre que estaba cursando y el título tentativo de mi tesis.

Posteriormente, me reunía brevemente con los encargados y les explicaba los motivos que me habían llevado a realizar este estudio. Estos motivos estuvieron basados en cuatro aspectos: 1) Ante todo visibilizar los problemas de salud que padecen de los migrantes indocumentados, aclarar las estrategias a las que recurren para curarse y a caracterizarlos mejor ante los ojos de quienes tratan con ellos; 2) Aportar en específico información sobre la intersección de los ámbitos de migración, salud y religión en migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito; 3) Hacer una tesis y cumplir con el requisito para alcanzar el grado de maestría; y 4) Soy de Puebla y cada vez es más notoria la presencia de la población migrante en la zona estudiada. Me preocupan los problemas de salud de las poblaciones vulnerables como son los migrantes indocumentados. Además, por mi experiencia profesional previa en investigación social sobre temas de salud me di cuenta que a menudo no se toman en cuenta el papel de la fe

¹⁷ Sobre quién era yo, de qué trataba mi investigación, el tipo de preguntas que les iba a hacer, su derecho a no contestar o a retirarse de la entrevista en cualquier momento y lo que pensaba hacer con la información que me dieran.

ni de la religión en la curación y me parece esencial incorporarlos por la importancia que tienen en la vida de la gente.

Después de haber comentado con los encargados de las Casas mi motivación, les aseguré que la información que me proporcionaran y que iba a aparecer en este trabajo, no incluiría ningún dato personal que los pudiera identificar -ni a ellos ni a los migrantes- para salvaguardar su seguridad. Al final se registraron con grabadora de voz solo dos entrevistas (previa autorización) y para el resto se tomaron notas.

Para retribuir el acceso a las facilidades, la confianza y el tiempo otorgados por los encargados de los albergues y por los migrantes, realicé algunas labores y di donativos en especie dentro de una de las Casas; a todos los entrevistados migrantes les di un par de calcetines. Estas Casas pueden seguir en funcionamiento gracias a que reciben donativos, por lo que es común que pidan una cooperación en especie o en trabajo como apoyo y retribución de quien va a realizar alguna investigación dentro. Es así que, en una de las Casas, en la que realicé la mayoría de las entrevistas a migrantes, contribuí con donativos en especie, unos que me pidieron y otros que quise llevar¹⁸: ropa, comida y artículos de aseo personal. Asimismo, las tareas en las que apoyé fueron: servir el desayuno, ayudar a preparar la comida y repartir ropa. También hice el compromiso de enviar la tesis terminada en forma electrónica al menos a dos de las Casas (una en Puebla y otra en Apizaco) para que quien quisiera pudiera consultarla.

El protocolo que seguí cuando hablé con los migrantes fue presentarme por nombre, decir que era estudiante de maestría en Estudios Culturales en El Colegio de la Frontera Norte, les informé el nombre tentativo de la tesis, y los propósitos de la investigación descritos arriba. También les aseguré que sus datos personales serían confidenciales y que en la información resultante no se usarían datos que los pudieran identificar. Les reiteré que su participación era totalmente voluntaria, que podían escoger no contestar las preguntas que quisieran y que la entrevista la podían terminar en el momento que decidieran. Les preguntaba si tenían alguna duda sobre la investigación o su participación y al final de la entrevista les volvía a preguntar lo mismo. Antes de iniciar la entrevista les pedía su autorización para utilizar una grabadora. Por ello registré casi todas las entrevistas de esta población a través de una grabadora de voz, salvo en dos casos

¹⁸ Se debe señalar que en las Casas de Migrantes tienen un listado de los artículos que necesitan, por lo que si se quiere dar una donación es importante preguntarles lo que les hace falta.

en los que los informantes optaron porque sólo se tomaran notas. Al final de cada entrevista, como mencioné anteriormente, les entregué un par de calcetines nuevos a los participantes como muestra de agradecimiento por su participación.

Encontrar a los profesionales de la salud fue una tarea más difícil puesto que era complicado identificarlos y que accedieran a ser entrevistados. Cuando pude hacer contacto con ellos, me presenté, les hablé de mi proyecto de investigación y también les pedí su autorización para grabar las entrevistas. Asimismo, les aseguré la confidencialidad de su identidad, por lo que no usé datos personales que pudieran identificarlos. También les informé que al terminar este proyecto dejaría una copia de la tesis en dos de las Casas de Migrantes por si querían consultarla.

1.6.4 Instrumentos

La construcción de los datos para este estudio fue de tipo cualitativo, debido a que busqué generar observaciones de forma sistemática que aportaran datos con significados que fueran relevantes para los sujetos de estudio (Denzin y Lincoln, 1994: 224); es decir, busqué tener interacción directa con las personas para escuchar sus experiencias, oír las inflexiones en su voz, observar su lenguaje corporal y conocer los temas en los que querían profundizar y de los que no querían hablar. Seguí algunas técnicas de la teoría fundamentada en el sentido que busqué que la información obtenida llegara a la saturación teórica (Strauss, 2003: 21) para la parte de la población seleccionada. De la misma forma el trabajo de campo lo desarrollé en tres etapas con la finalidad de encontrar categorías en las cuales pudiera profundizar después (Trinidad, Carrero, y Soriano, 2006: 24). Como mencioné antes, la primera etapa fue el contacto con los dirigentes de las Casa y albergues, el segundo fue realizar entrevistas a encargados de albergues y a algunos migrantes y el tercero fue realizar el resto de las entrevistas a migrantes y a los profesionales de la salud. Asimismo se analizaron simultáneamente los resultados obtenidos en el campo con los encontrados en la revisión de la literatura académica para poder ir construyendo categorías pertinentes y profundizar más en los conceptos y puntos pertinentes.

El primer paso de esta investigación fue la búsqueda de literatura especializada en temas de migración, salud y religiosidad. Esta parte de la investigación la seguí realizando en paralelo con el trabajo de campo y posteriormente al análisis de la información.

El segundo paso fue el trabajo de campo, en donde primero busqué tener un acercamiento a los encargados de los albergues y los migrantes, así como las zonas donde iba a realizar la investigación. Los instrumentos que usé durante esta fase fueron: el diario de campo, la observación participante y, principalmente, la entrevista semiestructurada, aunque también usé entrevistas no estructuradas.

Como es sabido, en el diario de campo se escriben las acciones diarias llevadas a cabo durante la investigación y las actuaciones, pensamientos, emociones y sensaciones relacionados con la cotidianidad y que resulten relevantes durante la misma, con el propósito de “perfilar *ideas*” (Sáez, 2008: 262) y de registrar acontecimientos que son analizados posteriormente y que se triangulan con las otras fuentes de información. Es así que en mi diario de campo escribí las circunstancias de las entrevistas y el resultado de las observaciones, es decir, las reacciones de los informantes al ser entrevistados y mis reflexiones y observaciones con relación a las respuestas, preguntas y condiciones en que se dio la interacción con los informantes.

La observación participante fue dentro de los albergues donde ayudé con algunas tareas como repartir ropa y servir el desayuno. A través del trabajo pude observar algunas interacciones entre migrantes; entre migrantes y encargados de los albergues; y entre migrantes y algunos profesionales de la salud que, coadyuvaron a dar una imagen más completa de la religiosidad y de la atención de algunos problemas de salud.

Otra herramienta que usé fue la entrevista. Realicé tanto entrevistas semiestructuradas como abiertas, según el tiempo y la oportunidad que tenía para hablar con los sujetos. Las semiestructuradas se utilizaron con los tres grupos de entrevistados, mientras que las no estructuradas se aplicaron solo a los encargados de los albergues.

En la entrevista no estructurada se le plantea al sujeto un tema y se deja que lo desarrolle tocando los puntos que le interesan y la longitud que desee. El entrevistador interviene muy poco cuando usa esta herramienta; solo cuando es necesario que el entrevistado vuelva a encauzar el tema si ya hubo una digresión importante (Corbetta, 2007: 353-354). De esta forma, cuando se tiene la oportunidad de reentrevistar a una persona se puede establecer mejor un vínculo de confianza, conocer algunos temas importantes para la persona que habla y, en otra visita posterior, profundizar en los temas a través de una entrevista semiestructurada, que fue lo que hice con algunos de los encargados de los albergues.

Realicé entrevistas no estructuradas a ocho encargados de los albergues, de los cuales cuatro fueron hombres y cuatro mujeres. Esto contribuyó a que pudiera seleccionar algunos temas en los cuales pude profundizar una vez que había ayudado a formar un vínculo de confianza.

Las entrevistas semiestructuradas constan de guiones para poder abarcar ciertos temas preseleccionados. Los temas se pueden tocar en diferente orden en cada entrevista, dándole facilidad al sujeto de que se sienta cómodo con el ritmo de la entrevista y pueda ir formulando sus respuestas con un poco más de libertad de la que permite la entrevista estructurada. Además, este tipo de instrumento permite profundizar en algunos puntos o esclarecer otros (Corbetta, 2007: 352-353). Seguí estos principios al elaborar el guion y conducir las entrevistas.

Posteriormente hice cinco entrevistas semiestructuradas a encargados de los albergues que habían sido previamente entrevistados de forma no estructurada. Establecer *rapport* con la población de migrantes no fue tan fácil, ya que sólo se le iba a poder ver una vez y por corto tiempo, en un lugar que le era un tanto ajeno. Cabe resaltar que, aunque a todos los migrantes les pregunté si querían ser entrevistados y éstos accedieron voluntariamente, su consentimiento no significa necesariamente que desearan compartir toda la información que poseían, ya que ellos también estaban empezando a generar ese vínculo de confianza y empatía conmigo. Por estas circunstancias, opté por usar como herramienta la entrevista semiestructurada. Al final hice 16 entrevistas semiestructuradas a migrantes centroamericanos indocumentados: tres mujeres y 13 hombres, además realicé apuntes en el diario de campo de otras conversaciones informales.

Como mencioné anteriormente, entrevistar a los profesionales de la salud fue una tarea más difícil. Me acerqué primero a un representante de Cruz Roja Internacional cuando visitó uno de los albergues, pero esta persona me explicó que no había atendido personalmente a migrantes y que más bien servía de enlace con la Cruz Roja local y que su labor era otra. Amablemente me dio información oficial y dijo que si requería más datos, era posible dirigirme a las oficinas centrales en la Ciudad de México. Posteriormente traté de contactar a Médicos Sin Fronteras para entrevistarlos y aunque contestaron la primera petición y mandaron el correo del responsable del área, éste último nunca me respondió. En los albergues, me dijeron que a veces variaban los profesionales de la salud que estaban dispuestos a atender a los migrantes. Al final pude encontrar a tres profesionales de la salud que llegaron juntos a una de las Casas y

accedieron a participar en esta investigación (un médico, una enfermera y una nutrióloga); a una cuarta (enfermera) la contacté a través de una amiga que es médico. Les realicé entrevistas semiestructuradas a todos; a una de las enfermeras le hice la entrevista por teléfono y el resto de las entrevistas fue de forma presencial.

Cabe mencionar que durante las entrevistas a los migrantes tuve cuidado de no insistir en asuntos críticos de los que no quisieran hablar ni profundizar en sentimientos que les podrían abrir heridas emocionales con las cuales tendrían que lidiar en lo que les restara del camino. Escuché atentamente las narrativas con las que contestaron a las preguntas formuladas y otras que surgieron de forma casi espontánea cuando voluntariamente querían desahogarse o compartir otros momentos de su vida, pero en lo que pude, traté de evitar provocar crisis en las personas entrevistadas. Susana,¹⁹ una de las encargadas de los albergues, mencionó que les daban talleres a los migrantes pero que no les proporcionaban terapia psicológica precisamente para no dejar abiertos procesos que no podrían ser cerrados en el breve tiempo de su estancia (Susana, entrevista, 2015).

Después de realizar las entrevistas, las transcribí y posteriormente cree códigos para analizar la información a través del programa Atlas ti, pues según Strauss y Corbin (2002: 11), la codificación es el “proceso analítico por medio del cual se fragmentan, conceptualizan e integran los datos para formar teoría”. Generé códigos separados para las diferentes unidades hermenéuticas: para los migrantes, los encargados de los albergues y otros para los profesionales de la salud. Contrasté y comparé entre sí la información resultante a través de categorías formuladas previamente y reformuladas a lo largo del trabajo de campo, con las características de los migrantes como edad, sexo, lugar de origen, adscripción religiosa, etnicidad, expresiones de religiosidad, tipo de problemas de salud y elección en el método de recuperación de la salud.

Para hacer el análisis tomé en cuenta la narración de los problemas de salud y estrategias para curarse en sus lugares de origen y los comparé y contrasté con los que experimentaron durante el tránsito. Finalmente, la información resultante la complementé, comparé y contrasté con los datos recabados en el diario de campo, con los de la observación participante y con la información obtenida en bases de datos y literatura especializada sobre los temas.

¹⁹ Como se mencionó anteriormente, todos los nombres fueron cambiados para proteger su identidad.

1.6.5 La construcción de los datos y de las narrativas

Para entender la naturaleza de esta investigación, se debe definir lo que se entiende por datos en este documento. Se trata de una abstracción y construcción que hace el investigador sobre “interacciones, situaciones, fenómenos u objetivos de la realidad estudiada” a través de marcos de referencia, conceptuales, teóricos e interpretativos previos (Rodríguez, Gil y García, 1999: 198). Cabe señalar que las personas entrevistadas también hacen un proceso interpretativo de su propia realidad al enunciarla, al decidir qué es lo que contarán y qué es lo que pasarán por alto u ocultarán. Este proceso tiene que ver con el momento de su vida en el que se encuentre al recordar los eventos que narran (Lindón, 1999: 301). De esta forma, los datos son el resultado de la interacción entre el investigador y el sujeto o los sujetos que están ayudando a esclarecer el fenómeno estudiado dentro de contextos situados en un tiempo definido y dentro de sociedades y culturas particulares (Charmaz, 2000: 521-522).

En este caso se está estudiando un problema palpable y grave, que es la salud de los migrantes centroamericanos en tránsito. Esta realidad se vuelve sujeto de una investigación planteada por una persona, yo, externa al grupo estudiado, y con propios marcos de referencia, creencias y conocimiento que me llevan a formular ciertas preguntas y no otras y a comprender e interpretar las respuestas de cierta forma. En la misma lógica, la construcción de los datos emanados de las entrevistas se dan gracias a la interacción entre los diferentes sujetos involucrados (migrantes, encargados de los albergues y profesionales de la salud), entre ellos y conmigo y desde la concepción y percepción que tienen estas personas sobre mí, sobre mi investigación. También se dan en la reflexión de los sujetos al contar su historia y en los propios intereses que tengan al hacerlo. Es de esta forma que los datos se construyeron a partir de sus experiencias y reflexiones convertidas en narrativas y de mi interpretación y análisis a través de la abstracción, comparación y contraste entre sus historias y los datos obtenidos por otras fuentes.

Se debe precisar que en este estudio se entiende que las respuestas a las entrevistas constituyen narrativas. Es decir que, en cada respuesta, la persona que responde escoge el orden y el contenido de lo que contesta; habla de las experiencias en términos y forma para que el interlocutor las entienda (Lindón, 1999: 298-299). A pesar de que Lindón sostiene que un relato es contrario a las respuestas que se obtienen a través de una entrevista semiestructurada -puesto que la forma libre en la que se construye el relato es su esencia (Lindón, 1999: 298)-, sostengo

que las respuestas vertidas para este trabajo (incluyendo las que provienen de entrevistas semiestructuradas) proporcionan datos que son construcciones de la realidad logradas entre las interpretaciones del propio sujeto y las de la investigadora, ancladas en experiencias surgidas en momentos socio-históricos y culturales específicos (Lindón, 1999: 301).

Como se vio anteriormente usé una metodología flexible adaptada a las particularidades de las poblaciones que consulté (móvil, en riesgo, clandestina) y que me ayudara a contestar la pregunta de investigación (la importancia de la religión en la salud de estos migrantes en estas circunstancias). Esta metodología estuvo impulsada por diferentes motivos mencionados anteriormente en los que se entrelazaron la razón y las emociones, las cuales no se pueden separar pues es lo que nos vuelve humanos. Por la misma razón, durante el análisis los hechos concretos fueron muy importantes, pero no se pueden ni deben dissociar de las emociones con las que fueron contados y de ahí la importancia y la responsabilidad de lograr que los resultados finales reflejen esta vinculación.

1.7 Síntesis del acercamiento teórico-conceptual y de la metodología

Para lograr los objetivos de esta investigación pensé en cuál sería la mejor forma de aproximación conceptual, metodológica y analítica dado la población, el tiempo y los recursos con los que contaba. También tomé en cuenta que al ser un tema donde la salud, la religiosidad y la migración estaban entrecruzadas, tomé la decisión de reunir elementos de diferentes aproximaciones teóricas-metodológicas que pudieran ayudar a dar una mirada profunda a las subjetividades de los migrantes en torno a estos temas.

De esta forma el primer componente importante fue el de la teoría fundamentada, a través de la cual pude acercarme al campo y regresar al escritorio para procesar los datos y replantear los presupuestos ya con base en los datos aportados por los actores y en el proceso pude buscar otras alternativas conceptuales que se acercaran mejor al entendimiento del fenómeno observado.

La segunda aproximación fue la que vino de las perspectivas gramscianas de origen socialista, en ellas se encontraron los planteamientos sobre los grupos hegemónicos y subalternos en los que se enmarcan sus ideologías y prácticas. Ya que las condiciones desiguales tanto económicas como políticas de estos grupos no se pueden obviar. En esta perspectiva se encontraron los

estudios de antropología médica en grupos vulnerables, de los cuales retomé con una finalidad heurística el esquema de Zolla y Sánchez (2010), primero para realizar parte de la guía de entrevista y posteriormente para comparar y contrastar el uso y la interacción entre los diferentes modelos de atención a la salud. Asimismo, estos planteamientos me ayudaron a entender la coexistencia e interacción entre los diferentes modelos de atención a la salud.

La tercera aproximación fue fenomenológica. Me ayudó a formular elementos en la guía de entrevistas que ayudaran a comprender las experiencias de religiosidad y de ahí vislumbrar este elemento muy humano que ayuda a dar soporte y coherencia a los migrantes en su vida diaria y particularmente durante el cruce migratorio. Posteriormente, observé los momentos de las narrativas donde hacían alusión a Dios, y cómo entrelazaban su religiosidad con su salud antes y durante el trayecto migratorio. Posteriormente les hice preguntas directas sobre su adscripción religiosa y si creían o habían atestiguado la curación a través de la fe. Después de revisar la literatura y de ir y venir en el trabajo de campo, escogí los conceptos que ayudaron a comprender cómo experimentan la religiosidad los migrantes, esta dimensión emocional y personal de la religión sin mediación necesaria de instituciones que comparten muchos de los migrantes durante el cruce sin importar su adscripción religiosa.

El último componente fundamental fue el que aportaron las narrativas. Debido al tiempo que contaba para realizar el trabajo de campo y el tiempo mismo que tienen los migrantes que están de paso, además de la imposibilidad de re entrevistarlos. Por ello opté por realizar entrevistas semiestructuradas para esta población y reforzar la investigación a través de la mirada de informantes clave como son los dirigentes de las Casas de Migrantes y los profesionales de la salud. Busqué tener un acercamiento al sentido que los migrantes le confieren a sus acciones, reflexiones y símbolos. Las narrativas, como se dijo anteriormente, son una reconstrucción de los acontecimientos (en este caso pasados) a través de los recuerdos y reflexiones de momentos significativos del trayecto migratorio, relacionados con su salud y su religiosidad. Asimismo, estas narrativas son construcciones que hacen los individuos a través de sus subjetividades y con la participación de la investigadora y sus propias subjetividades, que les plantea las preguntas con objetivos específicos, es decir, es una colaboración entre ellos y yo quienes llevamos detrás sistemas de creencias y objetivos propios.

CAPÍTULO II.

CONTEXTO: POBLACIÓN, MIGRACIÓN, SALUD Y RELIGIÓN

Para entender la importancia de la religión en la salud de los migrantes centroamericanos indocumentados que transitan por México es necesario conocer primero a esta población y situar la problemática en tiempo y lugar. Es por ello que al principio se muestran las características sociodemográficas, de salud y religiosas que tiene estas personas en su lugar de origen. Después se establecen los antecedentes históricos que muestran algunas de las causas más importantes que han propiciado los movimientos migratorios de esta población y que señalan hacia donde se dirige la mayoría de ellos. Posteriormente se abordan las características sociales más importantes que muestran por qué las condiciones de los centroamericanos indocumentados que migran son precarias y riesgosas -pobreza, violencia, desplazamiento bajo regímenes de políticas migratorias militarizadas como el Programa Frontera Sur- y que por lo tanto causan problemas de salud o acentúan los ya existentes, a la vez que limitan el acceso a cualquier tipo de servicios de salud. Más adelante, con base en los datos existentes se caracteriza a los flujos migratorios de centroamericanos indocumentados lo mejor posible, así como algunas de las instituciones que los pueden apoyar en materia de salud durante su tránsito. Luego se abordan datos generales de ubicación y población de las ciudades de Puebla, Puebla y de Apizaco, Tlaxcala, puntos intermedios de la ruta hacia Estados Unidos y donde se llevó a cabo la construcción de las narrativas para este trabajo. Posteriormente se abordan las características de la población de migrantes indocumentados, que se ha registrado, que pasa por estos puntos y específicamente de los entrevistados.

2.1 Generalidades de la población estudiada desde su lugar de origen

2.1.1 Características sociodemográficas

Los migrantes indocumentados que transitan por México, son en su mayoría de los países que conforman el llamado Triángulo del Norte de Centroamérica, es decir Guatemala, Honduras y El Salvador (UPM, 2015: 31-32), por lo que la caracterización de las poblaciones de esta investigación estará centrada en esos tres países.

Mapa 1. Triángulo del Norte de Centroamérica



Fuente: elaboración propia.

Ahora, se debe comenzar aclarando que la información estadística disponible para los tres países y para los temas tratados en esta investigación difiere en los años en que se levantaron los censos y también en las preguntas específicas que se formularon para recabar la información, por lo que las cifras que se presentan no pretenden ser exhaustivas ni definitivas, sino caracterizar, lo mejor posible, a la población de donde salen estos flujos migratorios. De la misma manera, es difícil conocer la información específica con respecto a los flujos migratorios en tránsito debido a la naturaleza clandestina y móvil de esta población. Como sostiene Casillas sobre el registro del total de personas que cruzan México, lo que se puede obtener son “*apreciaciones y deducciones* indirectas de algunos registros de organismos civiles y de instancias oficiales” (Casillas, 2008: 158).

En los tres países son notables los problemas estructurales como pobreza, desempleo, inseguridad y baja escolaridad. Estos se intersectan e impulsan la emigración y provocan o agravan problemas de salud de estas personas desde su lugar de origen.

El Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo coloca a Guatemala en el lugar 125, a Honduras en el 129 y a El Salvador en el lugar 115. Para entender mejor lo que significa esta puntuación se compara con México, al que le asignaron el lugar 71 y con Estados Unidos que ocupa el número 5 (PNUD, 2014: 176-179).

Cuadro 1. Componentes del Índice de Desarrollo Humano					
Clasificación según IDH	Índice de Desarrollo Humano (IDH) Valor	Esperanza de vida al nacer	Media de años de escolaridad	Años de escolarización previstos	Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita
	(años)	(años)	(años)	(años)	(\$ de PPA en 2011)
	2013	2013	2012a	2012	2013
5 Estados Unidos	0,914	78,9	12,9	16,5	52 308
71 México	0,756	77,5	8,5	12,8	15 854
115 El Salvador	0,662	72,6	6,5	12,1	7 240
125 Guatemala	0,628	72,1	5,6	10,7	6 866
129 Honduras	0,617	73,8	5,5	11,6	4 138

Fuente: extracto de “Índice de Desarrollo Humano y sus componentes” (PNUD, 2014: 176-179).

En lo que se refiere a la inseguridad personal, estos son los resultados:

Cuadro 2. Inseguridad personal		
Clasificación según IDH	Profundidad de déficit alimentario	Tasa de homicidios
	(kcal/cápita/día)	(cada 100.000 personas)
	2011/2013	2008–2011
5 Estados Unidos	..	4,7
71 México	23,7	23,7
115 El Salvador	78	70,2
125 Guatemala	201	38,5
129 Honduras	46	91,6

Fuente: extracto de la tabla 12 “Inseguridad personal”, (PNUD, 2014: 220-223).

Con estas tablas se puede apreciar que aunque las cifras varían entre los tres países centroamericanos, Guatemala tiene el peor déficit alimentario y Honduras la tasa de homicidios más elevada y que las cifras de Estados Unidos e incluso las de México son más favorables, lo cual deja entrever algunas de las razones por las que los centroamericanos deciden migrar a Estados Unidos y a México y tomar grandes riesgos para conseguirlo, aun cuando migrar pueda agravar o provocarles daños severos a su salud durante el trayecto.

2.1.1.1 Población, composición por género y etnicidad

De esta forma se comienza con la población de Guatemala, la cual se estimó que para el 2012 era de 15,073,375 personas de los cuales el 48.8% eran hombres y el 51.2% mujeres (Instituto Nacional de Estadística (INEa), 2013: 13). Cerca de 7 millones tenían 17 años o menos que equivale a un 50% de la población (INEa, 2013: 14). En lo que respecta a Honduras, según el censo de 2013, se estimó que la población total fue de 8,303,772 personas de ellas el 48.8% correspondía a hombres y el 51.2% a mujeres, 3,550,759 eran menores de 18 años, lo que equivale al 42.8% de la población (Instituto Nacional de Estadística Honduras (INEb), 2013). En lo que respecta a El Salvador, en el año 2014 la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), reportó que la población total del país fue de 6,401,415 personas, de ellos, el 52.7% eran hombres y el 47.3% mujeres; mientras que 2,163,678 era la población menor de 18 años, lo que equivale al 33% (DIGESTYC, 2014: 3-4).

Estas cifras indican que de estos tres países, Guatemala es el que en los años señalados contaba con mayor población, seguido por Honduras y al último El Salvador -el cual es considerado como el país con mayor densidad poblacional promedio de los tres, con 304 habitantes por km² (DIGESTYC, 2014: 5), o 295 según el Banco Mundial, ya que la de Guatemala es de 149 habitantes por km² y la de Honduras es de 71. Valdría la pena compararlo con México que tiene registrado 65 y con Estados Unidos con 35 (Banco Mundial, 2015). Son poblaciones con una gran cantidad de jóvenes. Las poblaciones de los tres países están conformadas casi en proporciones iguales por hombres y mujeres, aunque es notable que para los respectivos años, en Guatemala y en Honduras fue ligeramente más alta la proporción de mujeres y en El Salvador es ligeramente mayor el número de hombres.

Cuadro 3. Características sociodemográficas por país					
País	Población total	Porcentaje de menores de 18 años (excepto Guatemala que es de 17 años o menos)	Porcentaje de mujeres	Porcentaje de hombres	Densidad de población por km ²
Guatemala	15,073,375	50.0%	51.2%	48.8%	149
Honduras	8,303,772	42.8%	51.2%	48.8%	71
El Salvador	6,401,415	33%	47.3%	52.7%	304 o 295

Elaboración propia con datos de INEa, 2013; INEb, 2013; DIGESTYC, 2014; Banco Mundial, 2015.

Estos son países étnicamente heterogéneos. En lo que respecta a la composición étnica de la población de Guatemala, el 30.8% se identificó como indígena en contraparte a un 60.2% que se identificó como no indígena (INEa, 2013: 13). Sobre Honduras, el 82.9% de la población se consideró mestiza, el 7.9% blanca, el 7.3% indígena, el 0.7% afrohondureño, el 0.7% negro y 0.6% otro (INEb, 2013). Para El Salvador, según el censo de 2007, había 13,310 personas adscritas a algún grupo indígena, lo cual representaba el 0.23% de la población (DIGESTYC, 2007), aunque en 2004 se había manejado también que esta población abarcaba el 10% del total (Bonilla, 2004: 5), lo cual nos puede hablar de la posibilidad de una representación insuficiente en las cifras oficiales sobre la conformación étnica de las poblaciones.

Estas cifras oficiales nos indican que en los tres países hay una pluralidad étnica conformada principalmente por mestizos y que Guatemala resalta por la gran proporción de población indígena. Según el Ministerio de Educación de Guatemala, se distinguen cuatro pueblos diferentes en ese país, es decir comunidades “de personas que comparten una historia y cultura común, que tienen voluntad de tener y mantener su propio destino” (Ministerio de Educación, 2011: 2), que cuentan con autogobiernos que no los separa del Estado guatemalteco. Estos cuatro pueblos son: Maya, Xinka, Ladino y Garífuna. Sobre la procedencia de los grupos étnicos se puede decir que:

Al igual que los mayas, el origen de los xinkas se remonta a la Mesoamérica prehispánica. Su ocupación de territorios en el suroriente de lo que hoy es Guatemala es anterior a la llegada de los pipiles a las costas (Termer 1939:39). El origen de los garífunas o garínagu es afrocaribeño. Actualmente habitan en la costa atlántica de Belice, Guatemala y Honduras. En Guatemala se concentran en los municipios de Livingston y Puerto Barrios (UNESCO 2004, en el Ministerio de Educación, 2011: 10).

En lo que respecta a los ladinos, aunque existe la controversia de si en realidad en su heterogeneidad pueden conformar un pueblo (Bastos y Camus, 2004: 102), son el grupo de personas que no entran en las etnicidades anteriores, que generalmente hablan el idioma español y que en otras regiones son llamados también mestizos. Cabe resaltar que también hay personas que se consideran a sí mismas “blancas,” sin mezclas indígenas, y parte de este grupo se relaciona socialmente entre sí y con los demás con base en la creencia en esta identidad. Es decir, tiene una tendencia a la endogamia con el fin de preservar la supuesta blancura de sus genes y mantiene actitudes racistas hacia el resto de la población como sucede en otros países latinoamericanos (Casaús, 1999: 11).

En lo que respecta a los pueblos indígenas y afrodescendientes de Honduras, el censo de 2013 reconoce: Maya-Chortí (4.6%), Lenca (63.2%), Miskito (11.2%), Nahua (0.9%), Pech (0.8%), Tolupán (3%), Tawahka (0.4%), Garífuna (6%), negro de habla inglesa (1.7%) y otros (8.5%) (INEb, 2013).

En el Salvador se reconocen tres pueblos indígenas que son: el Náhuatl-Pipil, el Lenca y el Kakawira (cacaopera) (Banco Mundial, 2003: X). Cabe destacar que el grupo mayoritario que se encuentra en El Salvador es el mestizo, pero también hay grupos catalogados como blancos y afrodescendientes (DIGESTYC, 2007: XLVIII).

Cuadro 4. Parte de la composición étnica del Triángulo del Norte centroamericano				
Países	Indígenas	Mestizos	No indígenas	Ascendencia africana
Guatemala	30.80%	58%	60.20%	4%
Honduras	7.30%	82.90%	..	1.40%
El Salvador	0.23% o 10%	86.34%	..	0.13%

Fuente: elaboración propia con datos de INEa, 2013, INEb, 2013; DIGESTYC, 2007; Bonilla, 2004; Segeplán, s.a.

Esta diversidad étnica en el Triángulo del Norte centroamericano también se asocia con una diversidad de cosmovisiones y costumbres y, específicamente, para los fines de este estudio, concepciones heterogéneas sobre la salud y la curación. A la vez que hay puntos de difusión y encuentro, como se verá con mayor profundidad en el capítulo analítico. Todos los migrantes entrevistados para este trabajo recurren a la medicina alópata, por ejemplo, cuando sus malestares son muy fuertes o resultan incapacitantes. Asimismo, reconocen los síntomas y formas de curación de enfermedades populares, como son el empacho y el mal de ojo. De igual manera todos los entrevistados manifestaron creer en Dios. De la misma forma sus narrativas mostraron un entrecruce de la religiosidad y la salud a través, principalmente, de la oración.

Otro punto a tomar en cuenta es que como menciona Odgers (2006) en su estudio sobre migrantes mexicanos que se establecen en Estados Unidos, al encontrarse lejos de las instituciones, las presiones y los reforzamientos religiosos tanto de la iglesia a la que suelen acudir como de los grupos sociales a los que pertenecen en los lugares de origen, sus creencias religiosas pueden cambiar. En este caso, se toma en cuenta la idea de la pérdida de fuerza de los mecanismos que ayudan a reproducir preceptos y normas religiosas y también otros preceptos

y normas culturales no religiosas. Estos, combinados con las circunstancias riesgosas y precarias del viaje, dan cabida a reelaboraciones y excepciones, como el hecho de aceptar parafernalia religiosa de extraños o entrar a servicios religiosos o iglesias de denominaciones diferentes a las suyas.

2.1.2 Salud y acceso a los servicios de salud en los países de origen

Para poder entender cómo atienden y resuelven sus problemas estos migrantes, es importante tomar en cuenta cuáles son sus condiciones de salud antes de salir de sus países. Es también importante saber a qué modelos de cuidados de la salud acuden y por cuáles males recurren a la medicina alópata. Parte de esta información la proveen los reportes e informes oficiales sobre morbilidad, mortalidad y acceso a servicios de salud que tienen los países de donde provienen. Si bien estas cifras no hablan de los casos específicos de donde provienen los flujos migratorios, sí forman un cuadro de lo que sucede en esos países.

2.1.2.1 Guatemala

A) Decesos:

El reporte de 2012 de Guatemala sobre las estadísticas de la salud, señala que en ese año se registraron 71,980 decesos, de los cuales, el 60.9% fueron hombres y el 39.1% mujeres. La mayoría de las muertes se registró entre los mayores de 59 años (43.7%) y el segundo grupo correspondió a los menores de 15 años (18.8%). La principal causa de muerte fue neumonía, seguida por infarto agudo, diabetes mellitus y agresión con armas de fuego (INEa, 2012: 17). También hubo morbilidad por: resfriado común, amigdalitis aguda, infección en vías urinarias y parasitosis intestinal (INEa, 2012: 19).

B) Servicios de salud:

En el 2011, un estudio hecho por Becerril-Montekio y López-Dávila (2011) daba cuenta de que el 70% de la cobertura médica en Guatemala la realizaba el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el 18% lo cubría el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

C) Uso de servicios de salud:

Sobre la demanda de servicios públicos, para el 2010, se dieron 873,482 consultas externas (INEa, 2012: 21). Becerril-Montekio y López-Dávila sostienen que “La subsistencia de la medicina comunitaria tradicional indígena [...] no debe ser soslayada. Es utilizada por más de un tercio de la población y aunque opera en el marco de estructuras comunitarias también funciona con base en pagos de bolsillo” (2011: 201). Esto último es importante dado que señala que, al tratar los problemas de salud, la población no solo tiene maneras denominadas populares²⁰ de concebir y curar enfermedades, sino a la vez tiene poco acceso a los servicios de salud alópatas debido a la falta de dinero, empleo sin seguridad médica, localización lejana de los servicios ya que tener acceso a ellos implicaría invertir dinero de transporte y tiempo. Hay poco uso de servicios de salud privados. Datos de 2010 indican que se recurren a ellos principalmente para atender partos “naturales” y por cesárea y diarrea (INEa, 2012: 21).

2.1.2.2 Honduras

A) Decesos:

Para Honduras las primeras causas de mortalidad son: hipertensión esencial, “otras cirrosis del hígado y no especificadas”, Diabetes mellitus no insulino dependiente. Aunque el mayor número correspondió a “otras causas”. Entre las principales causas de morbilidad se encontraron: enfermedades del sistema respiratorio, embarazo, parto y puerperio, enfermedades infecciosas y parasitarias (IHSS: 2014).

B) Servicios de salud:

En Honduras se proveen servicios de salud por medio de instituciones públicas y privadas. La Secretaría de Salud es el órgano rector y ofrece cobertura al 100% de la población, aunque “se estima que únicamente cerca de 60% de los hondureños acceden a estos servicios de manera regular” (Bermúdez-Madriz *et al.*, 2011: 212). La población total asegurada en el Instituto

²⁰ Que no son reconocidas por la medicina alópata.

Hondureño de Seguridad Social fue de 1,686,649, de ellos los cotizantes fueron 687,026, lo que equivale al 19.8% de la población total (IHSS, 2014).

2.1.2.3 El Salvador

A) Decesos:

En 2009, las tres primeras causas de defunción fueron: agresión con disparo de otra arma de fuego y las no especificadas, infarto agudo al miocardio, neumonía e insuficiencia renal (DIGESTYC, 2014: 130).

B) Servicios de salud:

En lo que respecta a El Salvador, al igual que Guatemala y Honduras, la cobertura en servicios de salud se da en forma pública y privada. Las instituciones que abarcan a la mayoría de la población cubierta son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (Acosta, 2011) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Para el año 2014 el 23.8% de la población total del país manifestó tener seguro médico. Este porcentaje es de 9.7% en el área rural y de 32.4% en el área urbana (DIGESTYC, 2014: 19).

C) Uso de los servicios de salud:

Para el 2014 está registrado que el 13.3%²¹ de la población padeció de alguna enfermedad, síntoma o lesión y de ellas el 56% acudió a un médico el 1% fue con algún enfermero, farmacéutico, curandero, amigo o familiar y el 43.1% no consultó a ninguna persona (DIGESTYC, 2014: 18). De los que fueron con un médico, el 53.4% asistió a una unidad de salud o casa de salud del MINSAL; el 8.6% consultó en un hospital del MINSAL; el 11.8% consultó en unidades del ISSS, ya sea unidades médicas, clínicas comunales o empresariales, mientras que el 5.3% consultó en un hospital del ISSS. Por su parte el 15.8% de los que se enfermaron y consultaron algún profesional de la salud lo hicieron en hospital o clínica particular, mientras que el 5% consultó en otros lugares como el hospital militar, bienestar magisterial, ONG's, farmacias y clínica natural (DIGESTYC, 2014: 19).

²¹ Cabe la pena considerar que quizá el porcentaje tan bajo se deba a que existe un subregistro.

En resumen, se observa que las causas de muerte varían entre países, pero la neumonía, la diabetes mellitus y las agresiones por arma de fuego se encuentran entre las principales. Llama la atención que esta última no aparece entre las primeras cuatro causas de muerte en Honduras, aunque tiene la mayor tasa de homicidios de los tres según el reporte sobre el Índice de Desarrollo Humano presentado anteriormente. De cualquier forma, la incidencia en muertes por arma de fuego da cuenta de la inseguridad y violencia que se experimenta en los países de origen.

En cuanto al acceso y uso de los servicios de salud, menos del 25% de la población de cada país cuenta con afiliación al Seguro Social pese a que por ley la población tiene cobertura por parte de los Ministerios de Salud. No es muy claro cuánta población al enfermarse acude o recibe atención, aunque siendo la población rural la menos beneficiada en cuanto a cobertura de seguridad social es probable que sea la que menos uso haga de los servicios de salud. Estos datos indican que desde el lugar de origen el acceso a servicios de salud alópata es restringido para gran parte de la población de estos países.

Cabe destacar que en los informes oficiales de los Seguros Sociales de cada país casi no se menciona el uso o importancia de la medicina popular para sus poblaciones. Sólo en el estudio del Sistema de Salud de Guatemala del 2011 se hace referencia a la importancia del uso que le da su población. En esto es importante recordar que Guatemala es el país que cuenta con mayor población indígena de los tres y, quizá, esta característica esté relacionada con el mayor uso de medicina tradicional. En contraste, en el informe estadístico de El Salvador se menciona solo un pequeño porcentaje que acudió a un curandero, y para el caso de Honduras no se menciona nada al respecto. En ninguno de los tres países se hace mención de algún tipo de curación o sanación religiosa.

2.1.3 Composición religiosa

Otro aspecto importante para este trabajo es la composición religiosa y particularmente la religiosidad de las poblaciones de origen. Según una encuesta realizada por el Pew Research Center, en Guatemala el 50% de la población se considera católica, el 41% protestante, el 6% sin afiliación religiosa y el 3% pertenece a otra religión (Pew Research Center, 2014: 12). Según el Informe sobre libertad religiosa internacional en Guatemala 2013, también hay una minoría de alrededor del 1% de la población que profesa otros cultos, incluyendo religiones mayas. Los católicos y los protestantes tienen presencia en todo el país y sus fieles se encuentran en todos

los principales grupos étnicos. Según los líderes de organizaciones espirituales mayas y misioneros católicos y protestantes, muchos indígenas católicos y algunos protestantes practican también algunos ritos espirituales indígenas (United States Department of State, 2013: 1-2).

En Honduras el 46% de los encuestados se autodenomina católico, mientras que el 41% se autodenomina protestante, el 10% dice no tener afiliación religiosa y el 2% dice pertenecer a otra religión. En El Salvador el 50% se considera católico, el 36% protestante, el 12% sin afiliación y el 3% de otra religión (Pew Research Center, 2014: 12).

Cuadro 5. Adscripción religiosa en el Triángulo del Norte de Centroamérica			
	Guatemala	Honduras	El Salvador
Católicos	50%	46%	50%
Protestantes	41%	41%	36%
Otra religión	3%	2%	3%
Sin afiliación religiosa	6%	10%	12%

Fuente: Extracto de “Afiliaciones Religiosas de los latinoamericanos”, Pew Research Center, 2014: 12.

Estas cifras indican la presencia prominente de religiones con base judeo-cristiana en estos países; sin embargo, por sí mismas no dan cuenta de la relevancia de la religión en la vida cotidiana de estas personas, especialmente de la religiosidad y su relación con la salud. La encuesta aquí citada también preguntó sobre lo que catalogaron como compromiso religioso - asistencia a servicios religiosos y orar- que para esta tesis serían expresiones de la religiosidad en prácticas concretas. También se les preguntó sobre la aseveración de haber presenciado una sanación divina y estos fueron los resultados:

Esta encuesta mostró que el 58% de los católicos y el 75% de los protestantes en Guatemala manifestaron tener compromiso religioso, es decir orar, asistir a servicios religiosos cada semana y considerar que la religión es muy importante en su vida. Las cifras sobre compromiso religioso para Honduras fueron de 55% de los católicos y 63% de los protestantes. Para El Salvador las cifras fueron el 48% de los católicos y el 71% de los protestantes (Pew Research Center, 2014: 17).

Sobre la afirmación de haber presenciado una sanación divina, la mayoría de los protestantes - Guatemala 70%, Honduras 62% y El Salvador 70%- y un gran porcentaje de los católicos -

Guatemala 46%, Honduras 44% y El Salvador 53%- contestaron de forma positiva (Pew Research Center, 2014: 13), lo cual da cuenta de la importancia de la religión en la concepción de la salud de la mayoría de estas personas desde su lugar de origen.

Cuadro 6. Muestras de religiosidad en la población del Triángulo del Norte de Centroamérica						
	Guatemala		Honduras		El Salvador	
	Católicos	Protestantes	Católicos	Protestantes	Católicos	Protestantes
Compromiso religioso	58%	75%	55%	63%	48%	71%
Presenciaron sanación divina	46%	70%	44%	62%	53%	70%

Fuente: Pew Research Center 2014: 13 y 17.

2.2 Causas de la migración

2.2.1 Las guerras y la migración

Esta zona de Centroamérica ha sufrido de diversos momentos de movimientos armados que han llevado a que parte de su población haya sido perseguida y obligada a desplazarse. Algunas fuentes sostienen que la persecución que siguió a las revueltas indígenas y campesinas de los treinta fue un factor fundamental para que no se siguieran enseñando las lenguas a las siguientes generaciones (Lemus, 2008: 34), así como a que ocultaran su identidad étnica (Banco Mundial, 2003: 10). Diversos factores políticos, económicos, religiosos y étnicos propiciaron levantamientos armados y la posterior intervención militar de Estados Unidos dieron como resultado que hubiera guerra civil en varios países, entre ellos Guatemala y El Salvador. Ciertos pobladores de esos países huyeron de la violencia militar hacia México y de ahí algunos se fueron hacia Estados Unidos (Aguayo, 1985: 22-24; Hamilton y Stoltz, 2001: 33). Algunos entraron directamente en Estados Unidos de forma legal (Puerta, 2004: 68-69). Posteriormente, algunos que se habían asentado en México se fueron a Estados Unidos durante la crisis económica que sufrió México desde inicios de 1982.

Durante los últimos años de la década de los ochenta, la guerra y la política deterioraron aún más las condiciones económicas tanto de Guatemala como de El Salvador y provocaron otra oleada de migrantes económicos hacia Estados Unidos (Hamilton y Stoltz, 2001: 33). Cabe mencionar que no todos los migrantes salieron de la región centroamericana. Está registrado que

por lo menos desde la mitad de los años setenta también hubo migrantes intrarregionales: del campo a la ciudad o entre países centroamericanos cuyos motivos fueron económicos, políticos o una combinación de éstos (Ver Del Cid, 1992: 31-41).

Algunas fuentes sostienen que en el periodo de 1989 a 1991 se notó un incremento en los flujos migratorios legales hacia Estados Unidos y que este periodo coincide con las guerras civiles de Guatemala y El Salvador. También Puerta sostiene que durante esa época hay “un número significativo pero impreciso de hondureños que entraron a Estados Unidos con “pasaportes salvadoreños”, aprovechando “la receptividad” que en ese entonces mantenían las autoridades migratorias norteamericanas hacia los salvadoreños (Puerta, 2004: 70). Además, que ya existían redes de apoyo y familiares que atraieron a más migrantes a Estados Unidos.

Es importante señalar que, desde la segunda mitad del siglo XX, no se presentó una guerra civil declarada en Honduras, como las que ocurrieron en El Salvador y en Guatemala (Zinecker, 2012: 3). Sin embargo, en el 2009 tuvo lugar un golpe de Estado militar, lo cual evidenció la “vulnerabilidad política” de ese país (Santana, 2013: 12). Propició la persecución de varios sectores de la población, principalmente de los contrarios a este sistema, entre ellos de campesinos, afrodescendientes e indígenas que luchaban por tierras y a los que defendían los recursos naturales (Sosa, 2014: 203, 212-213). Asimismo, hubo otros grupos organizados inconformes, como fueron mujeres, obreros, estudiantes, artesanos, artistas, intelectuales y parte del clero (Pastor, 2011: 365). Esta situación de persecución por sí misma alentó a las personas pertenecientes a estos grupos a buscar refugio en otros países. Los problemas estructurales - dependencia hacia otros países, “[...] la falta de justicia, y recursos del Estado, la inoperancia de los servicios públicos, la corrupción, la falta de cohesión social, la miseria, la desigualdad extrema, la falta de una institucionalidad coherente” (Pastor: 2011, 366), que se hicieron más visibles o se intensificaron a raíz del golpe, fueron otras razones muy importantes que ayuden a entender por qué se llevaron a cabo las migraciones desde Honduras.

Hoy en día Honduras es un país peligroso e inseguro como lo muestra el alto número de extorsiones, robos, y asesinatos violentos asociados a las pandillas²² y al crimen organizado y

²² Las pandillas conocidas como maras tienen su expresión más visible y violenta en el Triángulo del Norte centroamericano: Guatemala, El Salvador y Honduras, pero es este último país el más afectado (Sampó, 2013: 149-150).

las políticas estatales fallidas con las que se ha manejado la situación (Sampó, 2013: 148, 152), lo que ha colocado a la ciudad de San Pedro, Sula, como la más violenta del mundo cuatro veces consecutivas (Seguridad, Justicia y Paz, 2015: 1), y en 2015 la situó en el segundo lugar después de Caracas, Venezuela (Seguridad, Justicia y Paz, 2016, 3).

2.2.2 Migraciones: el Huracán Mitch, causas económicas y de otros tipos

Posteriormente el huracán Mitch (1998) marcó un punto de quiebre en lo que respecta a la migración centroamericana. En Honduras provocó más de 5000 muertos, 12,000 heridos, 8,000 desaparecidos y 1.5 millones de damnificados, afectando al total de la población de una forma o de otra. (CEPAL, 1999: 11-12,14). El informe de los estragos de este fenómeno natural en Guatemala también señala pérdidas graves con relación a “vidas como en infraestructura física (vial, de salud, vivienda y educación), producción agropecuaria y medio ambiente” (CEPALa, 2004: 9). Todo el país de El Salvador fue declarado zona de desastre, aunque hubo mayores afectaciones en ciertas zonas. Se registraron 240 muertos y cerca de 280,000 damnificados (CEPALb, 2004: 11-12). Estos daños en los tres países y principalmente en Honduras provocaron que algunas personas se vieran forzadas a desplazarse; también contribuyeron a un deterioro económico y social agravando la situación previa que habían traído consigo los conflictos armados (CEPALb, 2004: 3).

Posteriormente hubo otras contingencias ambientales que coadyuvaron a que la gente de esa zona siguiera emigrando, tales como el terremoto del 2001 que se sintió con fuerza en El Salvador y el huracán Stan en 2005 (Rodríguez, 2014:10), el cual sólo en Guatemala dejó 670 muertos, 32,000 desplazados y daños por más de mil millones de dólares (ONU, 2005). Estos fenómenos causaron estragos en la población de la región y exacerbaron las condiciones de pobreza que ya había antes, lo cual provocó que las emigraciones continuaran.

Cabe destacar que las migraciones no se dan en forma pura y que pueden ser en modalidades variadas. Es así que desde antes de las guerras civiles existían migraciones estacionales de trabajadores centroamericanos que se dirigían a México, principalmente a Chiapas. Desde los ochenta también había registros de otros tipos de migraciones como la semipermanente (con población documentada e indocumentada), los refugiados guatemaltecos reconocidos y los transmigrantes (Castillo, 1992: 10-13). Cabe mencionarse que incluso el trayecto de los

transmigrantes puede verse interrumpido en algunos lugares, a veces por días o incluso meses, para juntar dinero o debido a problemas de salud, buscar un tratamiento para seguir avanzando hacia lugares donde puedan tener mejores oportunidades.

Y es que como señala Asakura “Para empezar, las desigualdades económicas existentes entre los países del mundo se han agudizado conforme hayan avanzado los procesos de globalización, sobre todo económicos” (2014: 1).

Estas desigualdades entre el Norte global y el Sur global han producido movimiento poblacional que va más allá de las fronteras nacionales; la gente se mueve atravesando las líneas que dividen geopolíticamente los Estados-nación en busca de empleo. La composición de esta población han cambiado a lo largo del tiempo; al principio eran mayoritariamente hombres, pero ahora hay cada vez más mujeres que dejan sus lugares de origen. Los motivos de la migración femenina son diversos; algunos coinciden con los de hombres pero otros son propios de su condición de género como la violencia doméstica. (Asakura, 2014: 2).

Es así que las razones de la migración actual de los pobladores de estos tres países son complejas. Para repetir son notables los problemas estructurales que se mencionaron anteriormente como pobreza, desempleo, inseguridad, violencia y baja escolaridad.

2.3 Los migrantes indocumentados de Guatemala, Honduras y El Salvador que pasan por México

2.3.1 Datos sociodemográficos de los migrantes indocumentados que transitan por México

Se estima que cada año pasan por México cerca de 400,000 migrantes indocumentados con el sueño de tener una vida mejor y el ideal de llegar a Estados Unidos (OIM, 2014). De ellos la mayoría, como se dijo al principio, proviene del llamado Triángulo Norte de Centroamérica, conformado por Honduras, Guatemala y El Salvador. Según estadísticas de la Unidad de Política Migratoria para el 2015, el total de migrantes presentados²³ fueron 178,254 personas, de ellos, el 41.3% fue de Guatemala, el 30.1% de Honduras y el 18% de El Salvador. Del total de extranjeros presentados, el 35.1% fueron mujeres y 64.9% hombres. Los menores de 18 representaron el 18.1%, y los de 18 años y mayores fueron el 81.9% (UPM, 2015: 31-32).

²³ Se refiere a los extranjeros que no acreditaron su estatus migratorio en México y a los cuales se les inició un proceso administrativo para posteriormente regresarlos a su país de origen (UPM, 2015: 31).

La mayoría de ellos se identifica como mestizos o como no indígenas y hablan español, además de provenir de países ubicados en el nivel medio del Índice de Desarrollo Humano (IDH)²⁴ (PNUD, 2014: 177-178), lo cual habla de la precariedad en que viven y de su vulnerabilidad. Son por lo general personas de bajos ingresos y baja escolaridad y tienen poco o nulo acceso a los servicios de salud.

Un factor que incide en la experiencia migratoria es la condición de género. Este factor también crea vulnerabilidades debido en gran parte, a la creencia en que lo femenino es una especie de objeto sexual al que se puede usar, intercambiar o dominar y que se expresa en violencia sexual ejecutada principalmente contra mujeres y niñas; del mismo modo, las personas de la comunidad LGBTTTI pueden ser objeto de abusos, violaciones y otros tipos de violencia durante el camino (París, Ley y Peña, 2016: 26) ya sea porque se les relaciona con lo femenino o porque son vistas como transgresoras del sistema. El género es un punto muy importante que se retoma en el análisis, aunque el enfoque de la vulnerabilidad de la población estudiada recae principalmente en el estatus de ser migrante indocumentado.

2.3.2 Factores de riesgo y vulnerabilidad asociados a la migración indocumentada que inciden en la salud de esta población

La población que cruza de forma indocumentada por México sale de estos países con ciertas características diversas, pero al juntarse por las rutas migratorias son percibidos y catalogados por el Estado y por la mayoría de la población de este país, como: “migrantes indocumentados”, “irregulares” o “migrantes en situación irregular”, incluso “ilegales” o “clandestinos” (OIM s.a.). También se les denomina “transmigrantes” porque éstos son personas que atraviesan un país con el fin de llegar a un tercero; en este caso son individuos que se internan en México sin visado y con rumbo a Estados Unidos. Es así que estas etiquetas aluden principalmente a dos cuestiones: al estatus migratorio irregular ante la ley y a la característica móvil de esta población.

Estas dos condiciones son parte de la estructura que vulnerabiliza a estos grupos, ya que no tener autorización para ingresar a México y no existir registros de su ingreso al país, los vuelve prácticamente invisibles y susceptibles a ser víctimas de violencia que merma su salud. Según

²⁴ “Índice de Desarrollo Humano (IDH): un índice compuesto que mide el rendimiento promedio en las tres dimensiones básicas del desarrollo humano: vida larga y saludable, conocimientos y nivel de vida digno. Consulte la Nota técnica 1 (<http://hdr.undp.org/en>) para obtener más detalles sobre el cálculo del IDH” (UPND, 2014: 179).

Médicos Sin Fronteras (MSF), seis de cada diez migrantes atendidos por ellos padecieron de uno a más episodios de violencia las cuales fueron en orden de mayor a menor porcentaje los siguientes eventos registrados: 1) el robo, extorsión o asalto, 2) las amenazas y la intimidación verbal, 3) las amenazas y la intimidación con arma, 4) golpes, 5 y 6) ataques con armas y secuestro -con el mismo porcentaje-, 7) agresión sexual, 8) otro, 9) violación (Morales, 2014). Esta violencia puede ser infringida por parte de grupos delincuenciales, de algunos miembros de la milicia, de la policía municipal, estatal y de los agentes migratorios, de otros migrantes y de ciudadanos comunes mexicanos o residentes de México. (Foote y Small, 2013: 3, 10-11). Estos eventos generan impactos físicos y emocionales que dañan la salud de los migrantes.

Además, el desplazamiento propio de la migración representa un factor más que puede causar o acentuar daños a la salud como: amputaciones, fatiga, sed, hambre, escoriaciones en la piel, fracturas, luxaciones, torceduras o golpes. Varios de estos males son derivados de la forma de transportarse debido, por ejemplo, a la caída del tren, de caminar muchas horas o de huir (algunos de estos daños los mencionaron los informantes y serán retomados en el análisis). Al mismo tiempo, el estar en constante movimiento dificulta la atención a la salud, ya que puede que no encuentren atención médica, y si la consiguen, quizá no tengan tiempo o dinero para quedarse en el lugar para realizarse exámenes y seguir el tratamiento indicados. Incluso si logran conseguir atención médica y tienen el tiempo y el dinero, algunos no acuden por miedo a la deportación y siguen el camino con ayuda de la autoatención, o automedicación (Leyva *et al.*, 2009: 285).

Si deciden seguir el trayecto, es posible que no puedan mantener los cuidados prescritos para una mejor curación. Si la atención de la afección requiriera cuidados no alópatas, puede ser más difícil que encuentren un especialista de confianza.

Lo mismo ocurre con las necesidades espirituales, ya que por continuar el trayecto y por la clandestinidad, resulta secundario hacer paradas en iglesias. Además, a menudo desconocen donde se encuentran los templos de la denominación a la que pertenecen, por lo que estas circunstancias llevan a que tanto las necesidades espirituales, entre ellas las relacionadas con su salud, sean resueltas de forma cercana y práctica, a través de la autoatención y/o la oración intercesora y la fe (Muzur *et al.*, 2005: 35) o el rezo.

2.3.3 El cruce y la salud

Para caracterizar mejor los flujos migratorios poblacionales en materia de salud, se toman los datos recabados por la Encuesta Sobre Migración en la Frontera Sur (EMIF-Sur), la cual registró para el 2015 sobre la pregunta de si cuenta con algún tipo de seguridad en salud, que de los 1559 guatemaltecos encuestados, ninguno respondió afirmativamente y 34 no contestaron. En lo que respecta a Honduras, de un total de 915 encuestados, solo dos personas respondieron afirmativamente y 51 no respondieron, y en lo que respecta a El Salvador, del total de 2016 encuestados, ninguno contestó afirmativamente y sólo una persona no contestó. Estos resultados nos dejan ver que desde que salió de su lugar de origen esta población tenía aún más restringido el acceso a la salud alópata que otros de sus connacionales.

En esta misma encuesta se preguntó cómo percibían su estado de su salud, si Muy bueno, Bueno, Regular, Malo (y no respondió). La gran mayoría (89.7%) de los guatemaltecos contestó “Bueno”. Del total por sexo, el 88.1% de mujeres contestó con esa categoría y el 90.6% de los hombres. Para Honduras el mayor puntaje lo tuvo también “bueno” y sumado con “muy bueno” dio la mayoría (72.7%); el 70.7 % de mujeres contestaron de esta forma y el de 73.0% los hombres. Entre los salvadoreños, la mayoría de los encuestados también consideró como “bueno” su estado de salud (60.4%); de ellos, las mujeres constituyeron el 57.3% y los hombres el 61.2%. Esto significa que los encuestados se consideraban sanas y posiblemente no pensaban que necesitarían acudir al médico. Dado que la gran mayoría no tenía acceso gratuito a la salud, quizá sólo acudían a estos servicios en situaciones de emergencia o cuando la enfermedad les imposibilitaba realizar sus labores cotidianas.

Al preguntarles si habían procurado ayuda de un profesional de la salud para atender algún padecimiento relacionado con el colesterol, la diabetes y la hipertensión, ninguno de los migrantes de Guatemala manifestó haber sido diagnosticado con problemas por el colesterol; en lo que corresponde a la diabetes, sólo una mujer respondió afirmativamente, y sobre hipertensión, solo un hombre y dos mujeres respondieron afirmativamente. Referente a problemas de colesterol, solo dos hombres hondureños contestaron positivamente, lo mismo fue para la pregunta sobre diabetes y sobre la hipertensión (28 hombres y seis mujeres contestaron afirmativamente), (EMIF Sur 2015). Para El Salvador, nadie respondió afirmativamente cuando se le pregunto si tenía problemas de colesterol; sobre problemas de diabetes, ocho hombres y

una mujer contestaron afirmativamente, y sobre la hipertensión, 12 hombres y cuatro mujeres contestaron afirmativamente. Estas cifras pueden hablar de dos cosas: o son poblaciones mayormente sanas en estos rubros o son poblaciones que no buscan atención médica cuando sienten alguno de los síntomas relacionados con los padecimientos anteriores, ya sea porque no consideran que sea un problema para su salud, porque no pueden acceder a los servicios de salud. Aunque cabe una tercera posibilidad de que no quisieran revelar esos datos en una encuesta.

2.3.3.1 Opciones alópatas de atención a la salud de los migrantes indocumentados durante el tránsito migratorio y algunas leyes que inciden en la salud de esta población

Como ya se mencionó antes, durante el trayecto los migrantes pueden padecer daños a su salud. Ante esta posibilidad existe la opción de buscar curarse usando medicina alópata que proporciona el Estado mexicano, los rescates y primeros auxilios que proporcionan el Grupo Beta, el cual depende del Instituto Nacional de Migración y que se formó en 1994 en Nogales, Sonora y que actualmente cuenta con 22 agrupaciones funcionando en nueve estados de México: Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Veracruz, Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua, Sonora y Baja California (INM, 2015). También está establecido en la Ley de Migración en el Artículo 27 que le corresponde a la Secretaría de Salud I. “Promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables” (DOF, 2014). Además, según el artículo 159 de la misma Ley: “No se impondrá pena a las personas de reconocida solvencia moral, que por razones estrictamente humanitarias y sin buscar beneficio alguno, presten ayuda a la persona que se ha internado en el país de manera irregular, aun cuando reciban donativos o recursos para la continuación de su labor humanitaria.” (DOF, 2014). Así en principio, cualquier migrante en situación irregular debería poder ser atendido en algún Centro de Salud u hospital si lo requiriese.

Existe otro programa de gobierno que se llama Vete Sano Regresa Sano, el cual está orientado fundamentalmente a migrantes mexicanos, tanto internos como internacionales y a sus familias, pero también a los migrantes centroamericanos, ya que se acepta que México es un país de tránsito. Así el programa: “plantea de la misma manera problemas de los que no podemos

desentender de los migrantes, predominantemente centroamericanos, que vienen a nuestro país. Esto requiere ampliar la cobertura de nuestros servicios y coordinar acciones con los países de origen sin importar la situación formal de la población en riesgo” (Córdova, en Secretaría de Salud, s.a.: 8).

Este programa tiene como propósito establecer:

información, orientación, capacitación, difusión y comunicación a la población migrante en sus lugares de origen, traslado y destino, mediante la utilización de la red de servicios en las rutas de migración, acreditación de albergues agrícolas, realización anual de una Semana de Salud, atención en estaciones migratorias y en ventanillas de salud y capacitación sobre temas para el autocuidado de la salud (Secretaría de Salud, s.a.: 14).

Otra opción con la que cuentan durante el trayecto es ir a la Estación migratoria y pedir o aceptar la ayuda médica que les deben brindar bajo el amparo del artículo 107 de la Ley de Migración en el párrafo I. (DOF, 2014).

Entre las opciones de curación que no brinda el Estado se encuentran: ir a hospitales o consultorios privados en donde tendrán que pagar. También se puede recurrir a la automedicación, aceptar o pedir ayuda médica y psicológica.

Cabe resaltar que durante el tránsito los migrantes centroamericanos también pueden recibir ayuda a través de distintas redes como son las familiares, las comunitarias, asociaciones civiles y grupos religiosos que pueden brindar la orden de los scalabrinianos, los jesuitas y la Dimensión Pastoral de Movilidad Humana (Chávez y Landa, 2012: 9-10). En México, la Iglesia católica tiene una fuerte presencia en el apoyo a migrantes a través de la Dimensión Pastoral de Movilidad Humana:

que enlaza a las casas, los fondos y los colectivos en términos de información y auxilio en proyectos comunes (defensa, llamados de urgencia, propuestas legislativas y convenios con los diversos niveles de gobierno para el apoyo a migrantes, así como el conjunto de labores de asistencia, y actividades de “desarrollo humano” que buscan aportar a la autonomía de los migrantes como sujetos de su destino) (Chávez y Landa, 2012: 10).

La Dimensión Episcopal de Pastoral de Movilidad Humana está dividida por provincias. Dentro de la provincia de Puebla se encuentran dos casas de migrantes y dos lugares donde se da ayuda humanitaria en la ciudad de Puebla (pertenecientes a la Arquidiócesis de Puebla) y una Casa de Migrantes en Apizaco, Tlaxcala (perteneciente a la Diócesis de Tlaxcala) (CEPS-Cáritas, 2013).

En estos lugares, además de otros servicios, se les ayuda a los migrantes a conseguir atención médica en caso de solicitarla o necesitarla.

Cabe destacar que, pese a las leyes enunciadas anteriormente, muchos migrantes prefieren no acudir a los servicios que les podría prestar el Estado por miedo a la deportación. También ha habido reportes de migrantes que han solicitado atención médica, pero se las han negado (Maya, 2014; Ponce, 2014).

Lo que está pobremente documentado son las necesidades de estas poblaciones con relación a la atención que puede proveer la medicina popular. De la misma manera, las investigaciones institucionales o académicas con enfoque médico, suelen pasar por alto las curaciones netamente religiosas a las que acude esta población o la importancia de la religiosidad para dar sentido a las experiencias y curarse, si bien las alusiones al poder Divino sí se encuentran registradas en los testimonios de muchos migrantes en diferentes estudios (Ver Villanueva, 2012; Baltazar, 2014).

A la vez, los mecanismos y estrategias del Estado que funcionan para regular y frenar la migración resultan ser otro factor más que contribuye a los riesgos que dañan la salud de esta población. Como dice un reporte, la política de “contención y deportación” (Castañeda, 2015: 9) que se ha adoptado con el nombre de Programa Frontera Sur (o Plan Frontera Sur), el cual fue anunciado por la presidencia de México el 7 de julio de 2014 y que tiene como propósitos: “Uno, **proteger y salvaguardar los Derechos Humanos de los migrantes** que ingresan y transitan por México; y dos, **ordenar los cruces internacionales**, para incrementar el desarrollo y la seguridad de la región” (Presidencia de la República, 2014), ha resultado en mayores detenciones y devoluciones de indocumentados centroamericanos que en años anteriores. Es así porque este programa es una respuesta a la crisis migratoria que se visibilizó en Estados Unidos con el incremento de un gran número de menores no acompañados y de familias completas, por lo que enfocó su política a disuadir y detener la migración antes de que alcanzara su frontera. Para lo cual necesitó de la aprobación y participación de los gobiernos de México, El Salvador, Honduras y Guatemala (Castañeda, 2015: 5-7), a través de la implementación de mayor seguridad y militarización en las fronteras (DelaPeña-Padilla, 2014: 177) y de “los constantes operativos de detención—aseguramiento—y deportación de migrantes que lleva a cabo el INAMI en coordinación con el ejército, PFP, y policías municipales.” Lo cual muestra

“las prácticas y actitudes que criminalizan a los migrantes centroamericanos” (Castañeda, 2015: 8-9). Al parecer, una consecuencia de la implementación de este Programa ha sido que bajen los flujos migratorios que atraviesan México con destino a Estados Unidos y que “Los [migrantes centroamericanos y mexicanos] que deciden hacerlo están tomando rutas más largas, peligrosas, costosas e invisibles, lo que aumenta su vulnerabilidad” (DelaPeña-Padilla, 2014: 172). Es así que esta política de gobierno que intenta frenar el flujo de migrantes puede resultar en otro factor más que contribuya a los riesgos que dañan la salud de esta población.

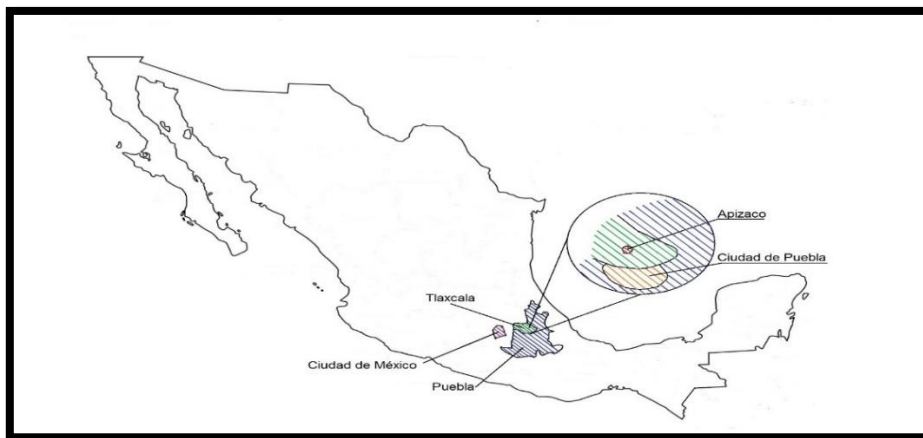
2.4 Puebla, Puebla y Apizaco, Tlaxcala: características generales y flujos migratorios

2.4.1 Ubicación, población y unidades médicas en Puebla y en Apizaco

Los estados de Puebla y de Tlaxcala difieren en tamaño, población y oferta en servicios de salud. El estado de Puebla es el quinto más poblado en México con 6,168,883 habitantes. Mientras que el estado de Tlaxcala ocupa también el quinto lugar, pero de los menos poblados con 1,272,847 habitantes (INEGI, s.a.).

Las ciudades de Puebla y de Apizaco siguen con esta tónica diferencial. La ciudad de Puebla en el 2010 tenía una población de total 1,539,819 habitantes y en 2011 contaba con 111 unidades médicas y 4,453 personal médico (INEGI, s.a.). La ciudad de Apizaco en el 2010 tenía una población total del 76, 492 habitantes y contaba en el 2011 con 16 unidades médicas y 202 personal médico (2011), (INEGI, s.a.). El recorrido entre estas dos ciudades en autobús puede durar entre hora y media y dos horas.

Mapa 2. Ubicación de Puebla, Puebla y Apizaco, Tlaxcala



Fuente: elaboración propia

Ya que la religiosidad es un punto central en este estudio, se debe señalar que Puebla y Tlaxcala se encuentran entre los estados con mayor número de católicos practicantes, aunque éste número vaya a la baja en todo el país, como lo muestra la Encuesta Nacional de Religión, Secularización y Laicidad (2015), en la cual se calculó que el 65.2% de la población mexicana era católica y que la “región centro” -es decir, Tlaxcala y Puebla junto con Aguascalientes, Colima, Guanajuato Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Querétaro, San Luis Potosí- alcanzan el 49.5% de católicos practicantes (Salazar, Barrera y Espino, 2015: 135). Se debe enfatizar en que las Casas de Migrantes y lugares donde se da ayuda humanitaria en esta zona se encuentran directamente coordinados por la Dimensión Pastoral de Movilidad Humana, aunque cada espacio tiene su propia administración, reglas y financiamiento. Particularmente el de Apizaco es un caso diferente a los de Puebla, pues si bien trabajan en conjunto con la Iglesia católica, está conformado como una asociación civil.

2.4.2 Migrantes centroamericanos indocumentados en Puebla y Tlaxcala

Los datos más accesibles sobre la población de migrantes indocumentados que pasa por los estados de Puebla y Tlaxcala es la que proviene de los casos de extranjeros presentados y devueltos en estos estados. Es así que, en el estado de Puebla, durante enero-noviembre del 2015 fueron presentadas 1,936 extranjeros, 23 fueron deportados y 1,211 devueltos por retorno asistido. Para el estado de Tlaxcala, las cifras fueron de 1,194 extranjeros presentados, cuatro deportados y 741 devueltos por retorno asistido (Secretaría de Gobernación, 2015). Según el reporte de la Unidad de Política Migratoria (UPM) presentado en diciembre de 2015, ni el estado de Puebla ni el de Tlaxcala aparecen entre los primeros ocho estados por número de eventos presentados, quedando de esta forma: Chiapas, Veracruz, Tabasco, Oaxaca, Tamaulipas, San Luis Potosí, Coahuila y Nuevo León (UPM, 2015: 31). Se ha señalado que no existen estadísticas precisas que midan el flujo migratorio indocumentado por Puebla, ni estadísticas confiables sobre sus problemas de salud y, aun peor, tampoco políticas públicas que ayuden a defender a los migrantes (Páez, 2015).

Casi todos los migrantes que llegan a Apizaco van siguiendo la ruta del tren. Según Chávez y Landa (2012: 12-13) los migrantes que toman el tren son algunas de las personas con menos recursos económicos o que no pueden o no quieren pagar un coyote. De los que pasan por la

ciudad de Puebla, algunos pasan por autobús, otros llegan por tren. En ambas rutas también hay migrantes que van alternando medios de transporte y pueden o no viajar guiados por un coyote. Las personas que transitan estas dos rutas no van necesariamente por caminos paralelos. Algunos de los encargados de los albergues sostuvieron que hay migrantes que se trasladan entre Puebla y Apizaco (Tlaxcala), por lo que existe un intercambio de personas entre estos lugares. A estas Casas de Migrantes arriban sobre todo hombres. En mucho menor número también llegan a pasar mujeres; la mayoría de ellas viaja con otras personas, ya sean de su familia o no. Según los testimonios de los encargados de los albergues, los profesionales de la salud y lo que se observó durante el trabajo de campo para esta investigación, se pudo constatar que un gran número de estas personas que pasan por la Casas de migrantes creen en Dios. Esta creencia tiene varias facetas entre las que se encuentran la guía, el consuelo, la fortaleza, la compañía y la protección, además de ser usada simbólica e instrumentalmente para prevenir y curar problemas de salud.

Los encargados de los albergues y los profesionales de la salud entrevistados coincidieron en que para los migrantes que pasan por esas Casas, Dios está presente en la mayoría de sus narrativas y esto pudo constatarse durante las entrevistas y las conversaciones informales. Esto es lo que Gabriel, encargado en una Casa de Migrantes mencionaba al respecto: “traen una fe grande. La mayoría de ellos expresa una fe en Dios, que Dios los va a ayudar y que Dios los ha puesto aquí, que Dios les mostró el camino aquí o que tuvieron un sueño.” (Gabriel, entrevista, 2015).

Es por ello que la religiosidad de los migrantes indocumentados no se debe soslayar al estudiar los graves problemas a la salud que pueden padecer durante su trayecto migratorio. Al comprender este aspecto se puede ayudar a dibujar otra parte de esta problemática y concebir a los migrantes como los seres humanos complejos que son.

2.4.3 Características de los migrantes entrevistados

A pesar de que cada historia es singular, todas tienen características en común y eso es lo que se explora en este estudio. Como se mencionó antes hay situaciones estructurales de pobreza, violencia e inseguridad que comparten estas personas desde su lugar de origen, además de la condición de indocumentados impuesta desde la mirada del Estado mexicano y reconocida por

sus agentes y la mayoría de la población que los vuelve vulnerables en su trayecto por el país. Otra situación que los distingue y vulnera más a comparación de migrantes que han realizado el trayecto en otros años es, como se mencionó anteriormente, la puesta en marcha del Programa Frontera Sur que los expone a mayores riesgos debido a que ahora el INAMI intenta detener un mayor número de migrantes indocumentados (Castañeda, 2015). Como consecuencia, para evitar ser detenidos, los migrantes toman rutas y medios de transporte riesgosos que pueden acarrearles problemas en la salud.

La mayoría de los migrantes entrevistados para este trabajo fueron de Honduras (11), tres de Guatemala, uno de El Salvador y uno más nació en Nicaragua y desde niño migró a Guatemala. Tres eran mujeres (una guatemalteca y dos hondureñas). Las edades de los migrantes iban de los 17 a los 41 años. Dos²⁵ de ellos se adscribieron como garífunas²⁶.

Sobre la conformación religiosa, cinco fueron católicos, cuatro protestantes, uno dijo pertenecer a la fe baha'í,²⁷ una mencionó asistir a la Iglesia del Rosario, pero no especificó su adscripción religiosa o la denominación y cinco dijeron no pertenecer a ninguna religión, aunque durante el desarrollo de sus narrativas hablaban de Dios, de Su compañía y protección a lo largo del trayecto migratorio. En realidad, todos los migrantes que dieron su testimonio hablaron de Dios o hicieron referencias a Él en diferentes momentos de las entrevistas. La forma en la que hablaron de Él y cómo recurrían a Él sin intermediarios evidencia la apropiación de creencias religiosas judeo-cristianas, de simbolismos y rituales con esa forma a pesar de que algunos no se adscribían a ninguna religión.

Las ocupaciones y trabajos en los que estos migrantes dijeron dedicarse en su país de origen fue variado: estudiante, chofer, campesino, encargada de tienda, ayudante de cocina, trabajador de la construcción, electricista, artista callejero o lo que fueran encontrando, como dice Carlos de Honduras: “A veces por ganarse la vida uno tiene que hacer muchas cosas [...]. Entonces pues allá [en Honduras] el que sabe su profesión la desarrolla y a veces aunque haiga... o no hay

²⁵ Se tuvo una conversación informal con un tercer garífuna, que también aportó elementos significativos a esta investigación.

²⁶ De aquí en adelante en el texto, cuando mencionan algunos elementos identitarios en el análisis que puedan ser relevantes, se marcan sólo étnicamente los de quienes se autoadscribieron como garífunas.

²⁷ La fe baha'í o baháismo es considerada una religión independiente que emergió del islam en Irán en el siglo XIX y una de las diferencias fundamentales con el islam es que reconoce a otro profeta posterior a Mahoma y su doctrina principal es “la unificación de todas las naciones y religiones” (Warburg, 1999: 49).

trabajo pues, tampoco no, no se puede hacer nada.” (Carlos, entrevista, 2015). El testimonio anterior y las distintas ocupaciones mencionadas por los entrevistados dan cuenta, por un lado, de la diversidad de habilidades y conocimientos de los entrevistados y, por otro, de la precarización laboral que coadyuva a la necesidad de emigrar del Triángulo del Norte de Centroamérica (Ver Castillo y Toussaint, 2015: 74; Rodríguez, 2014: 10).

Para algunos de ellos éste trayecto correspondía a su primer viaje entre Centroamérica y Estados Unidos; otros ya lo habían transitado varias veces. Casi todos tenían alrededor de un mes dentro del territorio mexicano.

2.4.4 Entrecruce de salud y religión: rituales antes de emprender el viaje

El segundo paso en esta narrativa es conocer los preparativos y rituales para antes de emprender el viaje. El padre Rigoni (2008) menciona rituales muy específicos, para el caso de los campesinos: despedirse de sus tierras, de la familia, a veces de los vecinos también. En este punto menciona que las personas de las que se despide el migrante le entregan diferentes objetos como imágenes religiosas, oraciones, escapularios, fotos de la familia y de la casa, teléfonos, direcciones, instrucciones y continúa sobre los rituales:

El abrazo a los hijos, a la madre, a la esposa se acompaña con aspersión de agua bendita si son católicos y con la bendición en forma de cruz en la frente o sobre el pecho.

En esta despedida del migrante con sus oraciones espontáneas y con las que uno se lleva en el bolsillo tenemos un *sacramento* sencillo, sin rúbricas y sin embargo lenguaje de su²⁸ liturgia. (Rigoni, 2008: 43).

Es importante resaltar este punto, debido a que desde ese momento se empieza a notar lo que en este trabajo se denomina religiosidad y lo que James (1994) y Kolakowski (2002) sostienen como la forma en que es vivida por los creyentes sin la mediación institucional. Asimismo, es la manera en que las creencias y prácticas religiosas se apropian y expresan, como sostiene Ramírez (2004) sobre la religiosidad popular. Lo anterior se ve reflejado en la narrativa que hace Rigoni en donde menciona como un punto clave que los rituales religiosos que llevan a cabo los migrantes se pueden realizar de forma espontánea y como parte de tradiciones de orden familiar. Las observaciones de Rigoni sobre el inicio de la travesía son compartidas por Hagan (2012), quien también menciona la importancia de las oraciones tanto de forma individual como

²⁸ El subrayado es mío.

familiar antes de migrar. Añade que algunos de ellos acuden a la bendición de algún pastor o sacerdote de confianza. Así mismo, sostiene que los migrantes “Piden guía y ayuda en uno o más de estos asuntos [para]: 1) completar los preparativos del viaje; 2) cuidado para la familia que se queda; 3) protección en el camino; y 4) ayuda para asentarse en Estados Unidos.” (Hagan, 2012: 33).

De los entrevistados que tuvieron tiempo de hacer preparativos para el viaje, todos menos uno, mencionaron haber orado o rezado antes de iniciar el viaje. De ellos solo uno dijo haber ido a la iglesia para orar antes de salir; fue a un templo católico, aunque él se adscribía a la iglesia evangélica y no indicó que hubiera acudido a algún pastor o sacerdote para recibir la bendición. Todos los demás oraron o rezaron rodeados de su familia.

Lo anterior lo ejemplifican algunos testimonios de personas pertenecientes a diferentes adscripciones religiosas: Héctor, hondureño católico de 31 años que viajaba con su esposa y su hijo de tres años, dijo lo siguiente: “Especialmente no fuimos a la iglesia, hicimos una oración en casa mi mamá, mis hermanas, mi familia, la de ella [su esposa]. Estar encomendados a Dios pues.” (Héctor, entrevista, 2015). Rodrigo, hondureño, garífuna de 27 años, practicante de la fe baha’i dijo al respecto: “Miré a mis hijos y me puse a dialogar con ellos y me persignaron creyendo en Dios y me puse a orar y gracias a Dios todo me va saliendo a la perfección.” (Rodrigo, entrevista, 2016). Por último, Sergio, salvadoreño de 17 años quien dijo haber asistido a la iglesia evangélica, aunque la había abandonado por la corrupción de ésta, expresó lo siguiente: “Sólo oré al salir y le dije a Dios que me cuidara. Le dije a mi mamá que orara porque ella sí es cristiana, allí la tiene con el dedo de la mano de Dios y ya.” (Sergio, entrevista, 2016).

Además de estos rituales, los migrantes también suelen llevar desde sus casas objetos sagrados, esto es, cargados de significados religiosos a modo de protección. Esta práctica ya se ha documentado en otros trabajos (Ver Hagan, 2012; Rigoni, 2008). De los entrevistados, Héctor viajaba desde Honduras con una imagen religiosa, la de San Judas Tadeo (Héctor, entrevista, 2015). Otros migrantes, la mayoría, llevaban Biblias.²⁹

²⁹ La preferencia por las Biblias (por encima de las imágenes religiosas) puede deberse al hecho de que la mayoría de los entrevistados tenían creencias religiosas que estaban asociadas al protestantismo, que ve con malos ojos venerar, portar y emplear imágenes religiosas.

También hubo los casos de una mujer y un hombre, ambos hondureños, que llevaban objetos religiosos que les fueron regalados durante el camino (en México) por desconocidos y los llevaban como protección. Mireya hondureña, de 33 años, quien se definió como cristiana no practicante, cuenta que cuando se encontraban en Oaxaca, específicamente en “la Basílica de Oaxaca”, empezó a sentir hambre y a desesperarse. En eso, se le acercó una señora y le entregó una imagen de Jesús y le dijo que confiara en Él; ella se sintió mejor y en Puebla aún la llevaba consigo (Mireya, entrevista, 2015). El otro caso fue el de Samuel, hondureño de 36 años, quien dijo no pertenecer a ninguna religión; narra que una persona desconocida le obsequió un Rosario durante el trayecto; en el momento de la entrevista en Tlaxcala lo seguía conservando en el cuello (Samuel, entrevista, 2015). Asimismo Andrés, uno de los encargados de una Casa, comentó que los migrantes traen consigo escapularios o, si no, compran afuera de la iglesia Biblias o misales para llevárselos en el camino (Andrés, entrevista, 2015). Es así que se puede observar que el llevar estos artículos religiosos les da seguridad al sentir a Dios más cerca, de forma más tangible que la oración, así van cargando un objeto imbuido con divinidad, un pedacito de lo sagrado.

Los casos anteriores ejemplifican lo que parece ser una constante para esta población. Un gran número de los migrantes realizan rituales religiosos antes de salir, específicamente oraciones de protección (y despedida) acompañados de sus familias, sin intermediarios. Asimismo, muchos llevan elementos tangibles religiosos a modo de protección.

En síntesis, las poblaciones que se desplazan por México son en su mayoría centroamericanas provenientes de Guatemala, Honduras y El Salvador, tres países distintos, pero con historias interrelacionadas, lo cual hace que la población que conforma este flujo sea a la vez heterogénea y comparta características y experiencias. Son en su mayoría hombres mayores de 18 años, pero también hay mujeres y niños en menor número. Es una población caracterizada por la diversidad religiosa, aunque principalmente constituida por creencias basadas en el cristianismo. Si bien predomina la población “mestiza” también cuenta con una gran diversidad étnica; algunas de las minorías étnicas han sido perseguidas históricamente; no obstante esa persecución, han conservado saberes propios que coexisten con los sistemas simbólicos hegemónicos como la salud alópata. Vale subrayar que son poblaciones migrantes que, desde su lugar de origen, llevan vidas precarias –la mayoría vive sumida en la pobreza con problemas económicos, con acceso

restringido a la salud, baja escolaridad y vulnerable ante la violencia que se ha desatado en la región.

Asimismo, este flujo constante de personas, hombres, mujeres y niños centroamericanos que atraviesa el país de forma riesgosa y precaria tiene necesidades de atención a su salud que no pueden ser ignoradas y que deben ser entendidas en toda su complejidad. Así se propone que no se debe soslayar a la religiosidad como un recurso para atender estos problemas de la salud. La religiosidad es una fuerza cultural transformadora que reconfigura la cosmovisión. Incluso llega a incidir fuertemente en lo que se considera enfermedad y la forma de curar, como se verá en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III.

DAÑOS A LA SALUD Y SUS CURACIONES: MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD A LOS QUE RECURREN MIGRANTES INDOCUMENTADOS EN SU PASO POR MÉXICO Y LA IMPORTANCIA DE LA RELIGIOSIDAD EN LA SALUD

Este capítulo se centra en documentar y analizar lo que hacen los migrantes para atender y resolver sus problemas de salud durante el trayecto. Se abordan los modelos de atención a la salud empleados por los migrantes durante el trayecto: la autoatención, el alópata, el popular y cómo la religiosidad los atraviesa a los tres. También se toca el tema de cómo son tratados algunos problemas de salud derivados de la violación de derechos humanos y por último se habla de la concepción de las instituciones religiosas y de salud en su lugar de origen y en México, de sus agentes y de la relación con Dios.

3.1 Salud

Se les preguntó a los migrantes si habían acudido al médico antes de iniciar el trayecto como parte de los preparativos para la travesía. La mayoría contestó negativamente arguyendo que se percibían saludables. Dice Carlos de 27 años: “En Honduras no, no. Porque pues estaba bien de salud. No, este, no tenía problemas con la salud, estaba bien” (Carlos, entrevista, 2015). Aquella persona que contestó afirmativamente fue porque ya tenía un padecimiento anterior. Explica Roger, hondureño de 30 años: “sí, antes de salir fui al hospital [...] pues en Honduras estuve como un mes que me estaba doliendo, fui en el doctor el mismo pero no se me ha bajado el dolor, cuando hago fuerza me duele.” (Roger, entrevista, 2016). Rodrigo, garífuna de 27 años fue al médico como una medida preventiva antes de emprender su migración: “Yo fui a ver al médico porque normalmente estaba chequeándome de los pulmones porque fumo mucho y me decían que me puedo enfermar. Entonces fui a chequearme me dijo que estaba sano entonces le dije que si podía correr. Estás sano, estás limpio... para eso fui al médico.” (Rodrigo, entrevista, 2016). Otro caso de previsión fue el de la pareja de Mireya y Héctor, hondureños de 33 y 31, años respectivamente quienes llevaron a su hijo de tres años al Centro de Salud para una evaluación antes de emprender el viaje, pero ninguno de los dos padres se revisó con el médico. Lo que estos padres sí hicieron fue traer medicina desde Honduras: “acetamamidofén, Tums y vitaminas,” cuenta Mireya (Mireya, entrevista, 2015), aunque en este caso las vitaminas eran solo para el pequeño. Estos datos coinciden con la información documentada anteriormente

(Leyva *et al.* 2009) sobre que algunos migrantes centroamericanos viajan con medicina y prefieren automedicarse, especialmente por el miedo de acudir a un hospital y ser detenidos y deportados. En resumen, son pocos los que entre sus preparativos previos al viaje visitan al médico alópata (o de otro tipo). Los migrantes que sí acudieron al médico alópata por lo general tenían acceso a algún servicio de salud. Querían darle seguimiento a algún tratamiento anterior y/o percibieron un riesgo potencial para ellos o para otros a su cuidado que les impediría o dificultaría llegar al destino deseado.

Así, aparte de los recursos simbólicos de protección que les proveen el orar, rezar o recibir la bendición de un familiar en el ámbito religioso, algunos buscan la certificación oral de un médico que les indique que puedan continuar. Ya en el viaje encuentran recursos materiales religiosos como imágenes, Rosarios o Biblias, así como recursos materiales médicos alópatas, por ejemplo, medicinas, ya sea que les hayan sido prescritas por un médico o que ellos hayan considerado necesarias y las hayan obtenido sin un intermediario médico.

Sin embargo, estas provisiones pueden verse comprometidas desde la entrada a México. Como cuenta Hernán, hondureño de 41 años, recordando el atraco que sufrió: “Sí, yo traje mi Biblia. Como le dije, la traje en mi morral... sí, me quedé la noche tirado pues ya se acercó el día y ya no pude regresar por lo que había traído pues ya, ya nomás mi pantalón, mis zapatos. Todo se llevaron, también mi medicina que traía puesta [que traía para tomar].” (Hernán, entrevista, 2016). Este testimonio de Hernán muestra que los dos recursos materiales de protección religiosa y de salud le fueron robados al mismo tiempo. Posteriormente, durante el resto de su relato se observó que hubo elementos inmateriales que no le pudieron quitar con el robo, puesto que pudo conservar su fe y su capacidad de orar que le ayudaron a seguir el camino, además del conocimiento del nombre de la medicina que necesitaba, la cual procuró tan pronto como le fue posible.

3.2 Trayecto de la frontera sur de México a Puebla o a Tlaxcala

Desde la entrada a México se empieza a notar la demarcación narrativa sobre la segregación e inseguridad que sienten los migrantes indocumentados al entrar a un país cuyo Estado les hace saber que no son deseados. Al entrevistar a los migrantes, se les preguntó ¿Cuánto tiempo llevas viajando? Se esperaba en un primer momento que el punto de partida fuera desde que salieron

de sus casas, pero invariablemente la respuesta fue desde la entrada a México por la frontera sur.

Si bien esta respuesta puede tener diferentes razones, da cuenta de un imaginario -enclavado en experiencias muy tangibles del territorio mexicano. Para los menos, cruzar la frontera es la ilusión de encontrar un punto donde comenzar el traslado a una vida mejor o si acaso, un punto intermedio, como una suerte de premio de consolación o lugar de espera para algún día llegar a su destino deseado (casi siempre Estados Unidos). Para la mayoría de los migrantes, México es el territorio donde sufren persecución y exclusión. Al cruzar la frontera sur se convierten en blancos de ataque de políticas y agentes del Estado (como lo muestra el Programa Frontera Sur), del crimen organizado e incluso de la población civil. También son discriminados por algunos sectores de la población. Así, México es un territorio que para unos representa un impedimento para llegar a Estados Unidos.

No sorprende que la mayoría de los migrantes sostuvieron que la frontera sur había sido uno de los puntos más difíciles del trayecto hasta ese momento debido a que era uno de los lugares donde habían tenido más experiencias negativas. Los impactos en su salud fueron de diferente índole: accidentes, asaltos, enfermedad, desgastes físicos, extorsiones, abusos y humillaciones. Incluso los medios de transporte para realizar su migración presentaban riesgos singulares. Todos habían recurrido a diferentes formas para trasladarse a lo largo de México, entre ellas caminar, tomar el autobús y montar el tren (la mayoría había viajado en él en algún momento del trayecto).

3.3 Daños a la salud y los modelos de atención

Viajar en tren puede comprometer la salud de distintas maneras: el intenso frío ocasiona ardor en la piel y sangrado en los labios (Héctor, entrevista, 2015). También se pueden sufrir intoxicaciones o quemaduras por viajar en trenes de carga química (Roger, entrevista, 2015). Las caídas son siempre un riesgo potencial que pueden resultar en fracturas, amputaciones, incluso la muerte, como comentó Aurora, enfermera de Puebla, sobre el caso de un migrante que al caerse del tren carguero sufrió varias fracturas en el cráneo (Aurora, entrevista, 2016). Gabriel, encargado de una Casa, contó el caso de Lucio, migrante hondureño quien cayó del tren y creyó que se había fracturado el pie, hasta que llegó a Puebla y le descubrieron que en

realidad tenía una espina enterrada en un pie (Gabriel, entrevista, 2015).

La mayoría de los migrantes entrevistados en Tlaxcala tomaron el tren y también caminaron trayectos muy largos. Los entrevistados en Puebla habían tomado el autobús y caminado. Todos entraron a México a pie. Estas formas de transportarse les implicó diferentes daños a su salud. Ángel, (guatemalteco de 27 años entrevistado en Tlaxcala), y Héctor (hondureño de 31 años entrevistado en Puebla) tuvieron experiencias muy similares en su entrada a México:

Yo sí, en “cabal...” la mera entrada de México, de ahí de Tenosique en la frontera nos siguió la Migra y cuando iba corriendo, yo, este, huyendo de la Migra, choqué con un palo, o no sé qué fue lo que pegó, era de noche y en la carrera que uno lleva no va viendo en que va a topar y para decirle que toda no se me ha quitado lo hinchado y ya pasaron 30 días y no se me ha quitado lo hinchado y se me puso todo esto así [enseñando con la mano el tamaño de lo hinchado del tobillo] que ni el pantalón se me podía bajar. Grueso y morado. Y todavía no se me ha quitado lo hinchado, pero ya no me duele a como me dolía antes. (Ángel, entrevista, 2015).

Héctor relata una experiencia muy similar:

Porque nos siguió la Migración y me caí en un barranco y me lastimé mi tobillo y quedé así hinchado, todo esto [mostrando su tobillo]. Pero ahorita ya se me mejoró. Ahorita ya más o menos, ya puedo decir que camino, me decían que andaba yo como Moisés con un bastón [risas] (Héctor, entrevista, 2015).

Estos dos hombres jóvenes se lastimaron sus tobillos al intentar huir de los agentes de migración. Afortunadamente no fue algo que pusiera en peligro sus vidas, pero hay muchos otros que no corren con la misma suerte. Cuenta Roger (hondureño):

allí estaba un montón de sangre. La sangre cuando ya se queda así manchada y por el mero ferrocarril, le había botado las manos a una muchacha de El Salvador. Porque cuando uno mira la Migración uno no haya que hacer, busca la forma de escapar y sálvese quien pueda pues. Y dicen que la muchacha se tiró del tren, cuando se tiró no sé cómo, sería la mala suerte y ella puso las manos en el tren, en la línea y le quitó las manos.” (Roger, entrevista, 2016).³⁰

En estos tres testimonios se puede ver algunas de las consecuencias dañinas a la salud de los migrantes indocumentados que ocasionan las redadas del INAMI³¹ que ahora son más frecuentes debido al Programa Frontera Sur.

³⁰ Un fragmento de este testimonio se presentó primero en la reflexión: “La Bestia y algunos daños a la salud para quienes se transportan en ella” (Cervantes, marzo, 2016), dentro del blog electrónico de la Comunidad de Estudios Interdisciplinarios de Estudios Migratorios (CIEM) (ciemcomunidad.wordpress.com/2016/03/).

³¹ Muchos migrantes no se van a detener ante el orden de los agentes migratorios, en cambio van a intentar huir, por lo que se considera en este trabajo que se debería de replantear las prácticas y políticas migratorias que pueden causar daños a la salud y a la integridad de esta población.

La curación en el caso de Ángel (que venía acompañado de un grupo de otros migrantes jóvenes que conoció en el camino), la llevó a cabo hasta llegar a la Casa del Migrante de Tenosique; sostuvo que ahí le aplicaron una crema y se la dieron para que se la fuera poniendo en el camino. Héctor, quien iba viajando con su familia, solo recibió las atenciones que le pudo brindar su esposa, que fue sobarlo. En el caso de la muchacha que cayó del tren, Roger contó que se la llevó Migración a un hospital. En estos tres casos, la curación se realizó utilizando distintos modelos de atención (siguiendo a Zolla y Sánchez, 2010), en dos de ellos acudieron directamente a la medicina alópata, y en otro a la autoatención, es decir, realizada por alguien sin entrenamiento médico y a través de los cuidados de un familiar según sus propios saberes (Zolla y Sánchez, 2010: 26).

Otro problema de salud recurrente entre los migrantes fue el contagio de chikungunya. Según la OMS se define de la siguiente manera: “es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos infectados. Además de fiebre y fuertes dolores articulares, produce otros síntomas, tales como dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas.” (OMS, 2016).

La OMS asegura que el procedimiento que se sigue consiste esencialmente en tratar los síntomas. La mayoría de los migrantes que manifestaron haber estado infectados de esta enfermedad sostuvieron que se las diagnosticaron y trataron en las Casas de Migrantes por las que pasaron con anterioridad. En el caso de un migrante la medicina para esta enfermedad se la dio un desconocido que no era profesional de la salud.

Otros problemas de salud fueron el cansancio extremo, la deshidratación, las rozaduras en piernas y los hongos en los pies. El cansancio y la deshidratación la iban atendiendo principalmente a través de la autoatención con cuidados como descansar cuando ya no pudieran continuar o comer limón; en casos extremos también fueron atendidos por profesionales de la salud. Aurora, pensaba que lo primero que se le debía dar a los migrantes era comida, agua y reposo y de ahí ya curar otros problemas menores (Aurora, entrevista, 2016). Estos padecimientos eran atendidos principalmente por profesionales de la salud que los migrantes encontraron en el camino. Esto lo mencionaron tanto los migrantes como los médicos y

enfermeras entrevistados. También se registraron casos de enfermedades respiratorias que los migrantes se trataban también comiendo limones. Cuando podían acudían a un médico alópata.

3.3.1 Enfermedades populares y sus curaciones

Otros problemas de salud muestran una etiología más compleja. Este es el caso de Roger quien dijo haber padecido de ardor en la vista. Lo narró de esta forma:

Roger: no, sólo ardor en la vista.

Entrevistadora: ¿Por qué da el ardor en la vista?

Roger: A porque uno agarra el tren a veces todo el día del aire sucio que a veces le toca a uno subirse a vagones que llevan pura arena

Entrevistadora: ¿Cuándo te están ardiendo los ojos qué es lo que haces para sentirte mejor?

Roger: Me lavo la cara a veces o me pongo gotas, en las Casas de Inmigrantes le dan gotas. Hay unas que yo las tengo. (Roger, entrevista, 2016).

En un principio, esta narración se quedó en el orden de un malestar causado y curado por la autoatención o recurriendo a la medicina alópata, sin una especificidad o referente cultural que diera cuenta de un significado más profundo. Posteriormente al hacer una revisión de los artículos científicos sobre enfermedades populares entre los garífunas, se encontró lo siguiente:

En Rio Tinto, ojo o mal ojo [...] no está relacionado con la vista fuerte y una causalidad mágica, como sucede a menudo en Hispanoamérica, sino a problemas de los ojos de una naturaleza física. Los síntomas son dolores de cabeza, coloración rojiza y dolor en los ojos, o una sombra sobre los ojos, y son atribuidos a calor excesivo, o irritación causada por el sol, el viento y la arena. El remedio para el ojo es herbal, Un informante aplastó varias hojas de *frijolillo* (*Cassia occidentalis*) [...] y aplicó esto [el líquido] directamente en el ojo. Varias personas mencionaron la necesidad de visitar a un médico para lidiar con este problema (Cohen, 1984:18).

Roger no es garífuna,³² pero llama la atención que la descripción de su malestar coincide con la descripción de esta enfermedad popular garífuna, además de que la colocó en la narrativa después de la conversación del mal de ojo y de la caída de la mollera:

Entrevistadora: ¿Esa persona que soba también cura otras cosas a parte del empacho?

Roger: Para los niños que tienen ojo, supuestamente que les pega la diarrea, se les cae la mollera.

Entrevistadora: ¿Alguna otra enfermedad que curen?

³² Por lo que puede pensarse que esta enfermedad registrada como popular entre los garífunas en 1984, se ha difundido culturalmente a otros grupos poblacionales o ya lo estaba desde esa época. El hecho es que de alguna forma este malestar está asociado con otras enfermedades populares como el empacho, la caída de mollera y el mal de ojo.

Roger: No, sólo ardor en la vista

Entrevistadora: ¿Por qué da el ardor en la vista?

Roger: A porque uno agarra el tren a veces todo el día del aire sucio que a veces le toca a uno subirse a vagones que llevan pura arena [...] (Roger, entrevista, 2016).

Esta narración empieza a mostrar la complejidad y la interrelación que existe entre las creencias de estos migrantes sobre las enfermedades denominadas populares y sus curaciones y, las reconocidas y tratadas por la medicina alópata. En este punto vale la pena adentrarse en las enfermedades populares a la que hicieron referencia los migrantes.

Las enfermedades populares mencionadas por los migrantes fueron: el mal de ojo, el ojo o ardor en la vista (del que ya se habló arriba), la caída de mollera,³³ la caída de la paletilla³⁴ y el empacho. De todas estas enfermedades, (además del ardor en la vista) solo la última apareció en las entrevistas como una enfermedad que habían padecido los migrantes durante el tránsito migratorio, pero aquí se comenta también del mal de ojo, ya que aparecían ambos padecimientos relacionadas en los relatos.

Pero, ¿Qué son las enfermedades populares? Dentro de este rubro y para este análisis, entran los conceptos de salud, saberes y prácticas de los pueblos originarios, así como la reelaboración y la incorporación que han tenido desde el momento del contacto con los europeos. Hoy en día son conocimientos, prácticas y concepciones traídas desde África y España principalmente y mezcladas con los conocimientos y sistemas simbólicos prehispánicos.

Menéndez (1994) sostiene que en el conjunto de modelos de salud, algunos se encuentran en una posición de subalternidad ante otros (en este caso el modelo popular es subalterno a la medicina alópata). También subraya que: “El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus

³³ La caída de mollera es un padecimiento que se da solo en los bebés (Cohen, 1984: 18), por lo que no se profundizó sobre este mal en la población estudiada, ya que ninguno de los entrevistados viajaba con bebés.

³⁴ Rogelio, garífuna, mencionó sobre este mal: “esto aquí [se toca el esternón] cuando se le sume a uno es la paletilla, se sume pa’abajo, es donde la gente le da tos y dicen que es tuberculosis. Pero si lo soban bien o si viene y se inclina en un poste... en un palo y se pone. Se para en la mañana sin hablar con nadie se pone en barra [sube los brazos en forma paralela como si se estuviera sosteniendo de una barra horizontal encima de su cabeza], esto vuelve a colocar y ya la tos para. [...] Esta el hueso y cuando tú haces una mala fuerza, le haces aquí y se sume. [...] Entonces todo eso cuando tú te agitas y caminas, esto como que roza con el pulmón como que hace un fuego con el pulmón. Entonces tu quedas todo como así, una tos no muy común. Y entonces cuando tu vienes te la soban la vuelven a colocar aquí así tú ya estas normal ya no “tueses” más y ya “tueses” y botas flemas.” (Rogelio, entrevista, 2016)

significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos” (Menéndez, 1994: 72), lo cual aplica tanto para la medicina popular como para la académica. Los planteamientos de Cirese sobre la circularidad cultural y los desniveles culturales (González, 1987: 33-34) también ayudan a entender cómo es que la dimensión simbólica de la salud fluctúa entre las distintas ideologías, dejando al descubierto la existencia de diferentes culturas subalternas estratificadas y diversificadas cuyos simbolismos se pueden comunicar entre ellas y los grupos hegemónicos, en un proceso donde puede haber apropiación, resignificación, reelaboración y resistencia (Valenzuela, 2003: 259) de significados, prácticas y otros elementos culturales, en este caso relacionados a la salud.

Así, la medicina popular se entiende, por una parte, como un ensamble de saberes reelaborados de forma histórica y situados en contextos específicos que reflejan concepciones sobre las causas de la enfermedad y la forma de curarse, y, por otra parte, como subalterna ante la medicina alópata (Menéndez, 1994). Un ejemplo concreto de lo anterior es el empacho, dolencia en que, según Roger de Honduras, “los doctores no creen” (Roger, entrevista, 2016).

Campos y Vargas definen así al empacho: “El empacho o ahíto es un trastorno del aparato digestivo provocado por la ingesta excesiva de alimentos, o bien, el consumo de elementos que se caracterizan por su escasa o nula digestibilidad que se detienen y estacionan en el tubo gastrointestinal. El trastorno puede variar desde un simple malestar de indigestión hasta cuadros clínicos aparatosos” (Campos y Vargas, 2012: 45). Esta definición nos acerca a los síntomas que dieron los migrantes, aunque ellos fueron más específicos como se verá más adelante. Estos autores sostienen que es una enfermedad de origen ibérico que se conoce en toda América Latina y que ha sido reelaborada con creencias propias de cada lugar, por lo que presenta características y variaciones específicas tanto en síntomas como en curación de región a región. De la misma forma afirman que hay presencia documental de esta enfermedad en Centroamérica desde el siglo XVI (Campos y Vargas, 2012: 46-47).

El empacho es un padecimiento que todos los migrantes conocían —cuáles eran sus causas y cómo se curaba—. Algunas causas que todos mencionaban eran por no comer a las mismas horas, ni cantidades apropiadas; por tomar mucha agua y comer poco. Todos concordaban en que les daba una sensación de saciedad y cansancio. Otros síntomas que algunos mencionaron fueron

que también causaba altas temperaturas, o que ocasionaba vómito y diarrea. Siguen algunas descripciones:

Te da cuando uno aguanta mucha hambre y come demasiado o cuando come demasiado también. Uno se pone mal del estómago (Helena, 17 años, hondureña, 2016).

A quien no le pega hambre, siente llenura en el estómago. A veces le pega calentura, ganas de no hacer nada, dolor en el cuerpo. (Roger, 30 años, hondureño entrevista, 2016).

Si usted come y tiene empacho, se come una tortilla y luego sientes que el asco, que quieres vomitar y la vomitas y tienes dolor de estómago, fiebre y pues el que sabe dónde está el empacho y eso le guían -estas empachado- y le buscan remedios. Estar empachado es duro da fiebre, da dolor de cabeza, debilidad. Debilidad es no comer ¿verdad?. Porque si comes lo vomitas, si tomas agua lo vomitas, o sea que el cuerpo no resiste nada tanto así. (Sergio, 17 años, salvadoreño, entrevista, 2016).

Pues el dolor... como le digo el deseo cuando uno se levanta y que se levanta con hambre y que a la gente le dice que se levanta con hambre. Y ya nomás me echaba un taco y ya sentía otra vez el dolor. Pero como le digo ya, ya me curé y ya no me sentía enfermo. Yo ya me levantaba y seguía, pero cuando me acostaba otra vez sentía como el dolorcito como de hambre y no era sino después era otro tipo de la enfermedad. (Hernán, 41 años, hondureño, 2016).

Esta enfermedad puede incluso volverse peligrosa, como narra Rodrigo, garífuna hondureño:

El empacho le da porque muchas veces aguanta hambre cuando toca comer. Comía comida maltratada, ya comía comida helada. Entonces solo come dos cucharadas y se siente lleno. Cuando la reacción comienza es cuando empieza a “pupiar” muy flojo “pupiar”. Ya cuando quiere volver comer ya no tiene hambre, pero tiene empacho. La piel se le empieza a poner “pelotosa” y se le quita la voluntad de todo, empieza a vomitar cuando ya se está haciendo “ahíto” se está apoderando del cuerpo y empieza a vomitar del otro lado de la boca [diarrea]. Entonces más continuo va al baño, vomita continuo. Ya allí... ya se está haciendo... ya no es empacho si no que es un “ahíto”. Ya está provocando muerte. Pero si lo quiere detener tras el empacho busque un poco de sal con agua y se lo bebe. (Rodrigo, entrevista, 2016).

En esta última descripción, Rodrigo se aleja un poco del concepto de Campos y Vargas, ya que para él el ahíto no es sinónimo de empacho, sino que es una evolución más peligrosa del primero que incluso puede ser mortal.

Hernán también mencionó que existía el empacho de agua y el empacho de comida; en ambos casos presentaba los mismos síntomas y se daba, según por el consumo irregular, en el tiempo y en la cantidad, ya fuera de líquidos o sólidos.

La forma reconocida de curar el empacho fue a través de un sobador (o sobadora), un especialista quien tiene el conocimiento de los movimientos correctos y las partes del cuerpo

donde se debía aplicar el masaje. Sin embargo, dos de los entrevistados mencionaron que ellos mismos se habían curado del empacho durante el trayecto (uno de ellos dijo que su madre “sabía curar” y le había enseñado como); otro sostuvo que él no había recurrido a un sobador durante el trayecto, pues no conocía a nadie de confianza.

Además del sobador y de los masajes necesarios para la curación, hubo otros elementos curativos que no todos mencionaron: magnesia (Helena, hondureña), beber sal con agua (Rodrigo, garífuna hondureño y Néstor, nicaragüense/guatemalteco) y purgante (Roger, hondureño).

Campos y Vargas sostienen que las causas del empacho pueden variar de cultura a cultura, menos en un punto importante: “todas las causas remiten a procesos naturales, sin intervención de elementos mágico-religiosos.” (Campos y Vargas, 2012: 52). De la misma forma, al no estar relacionado con brujería, magia ni alguna creencia o práctica que fuera en contra de sus preceptos religiosos, los entrevistados no vieron ningún conflicto entre sus creencias religiosas y acudir con sobadores. Esto no sucedió cuando a los migrantes se les preguntó si habían acudido a algún curandero, como muestran las palabras de Ángel de Guatemala: “sí hay brujos, porque hay brujos [en Guatemala]. Pero nosotros no hemos visto [acudido]. Es malo delante de Aquel de allá arriba [Dios].” (Ángel, entrevista, 2015). Por su parte, Mireya, católica, mencionó que no creía en los curanderos porque eran charlatanes (Mireya, entrevista, 2015). Ahora, no se pretende sostener que todos los sobadores son percibidos por todos los migrantes que siguen preceptos religiosos judeo-cristianos como curadores aceptados, ni que todos los curanderos son vistos como charlatanes o relacionados con la magia negra, sino que al menos para los entrevistados, el término sobador les pareció menos cargado de significados negativos que el de curandero.

Ahora un elemento que relaciona el mal de ojo con el empacho radica en que la misma persona -sobador o sobadora- es reconocida como curadora de los dos males. Una nota de cautela. Se debe hacer mención que no todos creían en la existencia del mal de ojo ni en qué consistía, aunque algunos que no creían en él, sí describieron sus características y forma de curación. Una vez hecha esta aclaración, se debe empezar por entender qué es el mal de ojo. Así lo describe Sergio:

dicen que habemos quienes - yo no tengo esa cosa que llevamos-, pero habemos quienes tenemos eso. De pequeños tal vez nos hicieron ojo y se logró criar y ya cuando crece pasa un día y un niño, cualquier cosa. Y el, bueno él que cree en ese se le hará realidad. [...] Y sólo Dios sabe pues pero vaya hay gente que dice que también los niños se les enferma de esa manera ojo tienen y empiezan a hacer la cura que tienen. Y se curó. Pero también es mortal porque tienes ojo y no lo curas te mueres pues. (Sergio, entrevista, 2016).

Una forma de curarlo es pasando un huevo y al parecer también alcohol por la cabeza del niño (Hernán, entrevista, 2016; Sergio, entrevista, 2016). Aurora, enfermera, mencionó que una migrante indocumentada de Honduras se quedó varias semanas en un poblado de Puebla debido a que necesitaba recuperarse porque estaba descompensada. Cuando iba recuperando su salud, la señora reveló que era sobadora y se encargó de curar de empacho y de mal de ojo a los pobladores que quisieran verla.

Aurora: una señora hondureña. Que curaba de empacho, curaba de mal de ojo y curaba de huesos.

Entrevistadora: Ah. ¿Cómo curaba los huesos?

Aurora: sobándolos, sobándolos, que les untaba un aceite de “tintura”.

Entrevistadora: ¿Y el empacho cómo lo curaba?

Aurora: El empacho golpes en el estómago y en la espalda, golpecitos y les daba una purga de aceite de olivo, aceite de almendras dulces combinada con magnesia lisada en te de manzanilla.

Entrevistadora: ¿Y el mal de ojo como lo curaba?

Aurora: Le hacía una limpia con huevo, ruda, artemisa son hierbas que también hay acá [...] Se veía que rezaba, pero nunca le pregunté que rezaba, sinceramente [...] Siempre que hacía una curación rezaba, cualquiera que fuera. (Aurora, entrevista, 2016).

La descripción que hace Aurora de las curaciones del mal de ojo y del empacho coinciden con las narraciones de los migrantes, salvo en el punto en el que la curación incluía rezos. En este punto, en la narrativa de la enfermera, se agrega una parte de religiosidad al ritual hecho por la sobadora.

¿Pero esta religiosidad es compartida por las personas a las que curó? ¿los rezos ya eran parte de las prácticas curativas desde Honduras? o ¿fue una adaptación a los pacientes mexicanos quienes estaban más relacionados con las prácticas de curación tradicional acompañados de rezos? Desafortunadamente estas respuestas no se pueden conocer, solo que en la narrativa de Aurora surge este elemento no solo para curar el mal de ojo, sino para las enfermedades como el empacho y los dolores de huesos. De cualquier forma, la figura de los sobadores se desplaza entre curaciones de enfermedades físicas y curaciones de enfermedades cuyo origen va más allá de lo físico.

Cabe subrayarse que al preguntarle a los profesionales de la salud si algún migrante les había comentado si tenía cualquiera de estas enfermedades consideradas populares, todos contestaron negativamente. Y quizá se deba a lo que había comentado Roger anteriormente, sobre el no reconocimiento de las enfermedades populares por parte de los médicos académicos. Así que cuando los migrantes pueden, hacen uso de la medicina alópata para curarse de males populares, a veces ocultando la naturaleza de la enfermedad -o el sistema simbólico en el que se origina que puede ser diferente al alópata.

No es raro que se incorpore la medicina alópata a las curaciones populares, pues como señala Cohen (1984: 23-24) al ver los resultados esperados se incorpora sin dejar del todo de lado otros elementos curativos, y es que, al final, al tratarse de grupos sociales, no se puede soslayar que también las concepciones de las enfermedades y las curaciones se van reelaborando con el tiempo y el contacto con otros modelos curativos. Menéndez (1981) sostiene que este proceso es lo que le llama transacciones -donde puede o no haber reciprocidad entre los grupos hegemónicos y subalternos-, puesto que los subalternos recurren a los modelos hegemónicos de salud ya que se vive dentro de un sistema donde existen relaciones de poder oblicuas en todos los ámbitos: político, económico, religioso y cultural en su conjunto, donde la ideología sobre la salud no escapa a esta dominación y se le relaciona con un mayor estatus, a la vez que se ha observado que su aplicación funciona. En lo que se disiente sobre el planteamiento de las referencias de Menéndez es que sostiene que los grupos subalternos han aceptado su dominación y aceptan la ideología hegemónica sin cuestionarla (Menéndez, 1981: 380-381). Ya que, por un lado, si bien el uso de medicina popular o de la religiosidad por sí mismas no significan que se cuestionen las ideologías sobre la salud (o sobre la religión), el hecho de que oculten información sobre su padecimiento según el profesional de la salud al que recurran (como en el caso del empacho) o que decidan optar por uno u otro modelo según lo que les parezca mejor, da luz sobre el cuestionamiento de lo que se considera legítimo por los otros y lo que ellos consideran legítimo. Asimismo, estos migrantes al construir y contar su narrativa, manifestaban su descontento ante el sistema de salud alópata debido al desabasto de medicina, la frialdad y el menosprecio o incomprensión que mostraban los médicos ante sus padecimientos. De la misma forma, muchos de ellos estaban inconformes con la manera en la que operan las iglesias, por lo que para ambos ámbitos decidían buscar alternativas como la autoatención.

Un punto importante de resaltar es que al mencionar casos en particular los migrantes manifestaron (en este caso todos fueron hombres), que las personas que tenían el conocimiento sobre la herbolaria familiar eran normalmente las mujeres y que ellas eran quienes realizaban las curaciones. Los hombres entrevistados comentaron que habían aprendido como se usaban algunas plantas y que las usaban, pero que no tenían todos los conocimientos. Específicamente sobre los sobadores, por lo menos en dos casos, eran mujeres quienes realizaban esta labor.³⁵ Estos datos parecen indicar que las curaciones desde este modelo popular, al menos el de la autoatención (familiar) queda mayormente en manos de las mujeres -como ya lo había observado Campos (1992: 198) para otros contextos culturales en México.

3.3.2 Salud y religiosidad

La relación de la salud con la religiosidad de estos migrantes indocumentados mientras pasan por México, comienza desde los preparativos para salir como se vio anteriormente. Y la religiosidad continúa como guía, compañía-protección e instrumentalmente como curación.

Un caso extremo de guía y que podría coincidir con esos momentos numinosos según Otto (1996), fue el que contó Gabriel sobre una familia guatemalteca que se iba guiando a través de sueños y designios de Dios que incluso les salvaron la vida:

sí es que Dios me mostró esto y yo creo que me está diciendo que tenemos que hacer aquello [...] le van pidiendo a Dios señales, porque ellos también iban a ser secuestrados. Según la historia ellos pasaron a México. En México ahí en la frontera encontraron trabajo, pero empezaron a salir autobuses que llegaron a una comunidad ahí diciendo que buscaban como tipo pepenadores para llevarlos a trabajar, no a Estados Unidos, sino de este lado de la frontera [en México], a pizca de no sé qué y pues ellos se emocionaron, ¡vámonos! Estando allá nos desaparecemos y ya tenemos cerquita la frontera. Pero el primer autobús no lo agarraron, ya no alcanzaron. Se esperaron, creo que unos días y agarraron el otro, pero ellos traían celular, ellos venían viendo muchas cosas, como que no los dejaban casi bajar, que estaban como muy restringidos. El chiste es de que ella le habla a una de las señoras que ya habían hecho amistad allá en la frontera creo Chiapas, no me acuerdo en qué parte y le dice: bájese ¿están bien? Estamos bien, estamos aquí en el autobús por Veracruz, creo. Es que me acaban de hablar que mi hijo, pidiéndome dinero para rescate de mi hijo. Su hijo se había ido en el primer autobús. Y dice: todo es una farsa, bájese del autobús y entonces ellas vieron la forma y casualmente se poncha la llanta aquí... todo lo veían ellos como milagro. Se poncha la llanta, entonces les dan chance de bajarse y ellos se desaparecen. Ya no regresaron. Y estuvieron acá [en la Casa], a ellos sí les dieron un poquito más de días. (Gabriel, entrevista, 2015).

³⁵ Sería motivo de otra investigación conocer cuáles son las características que deben tener los sobadores en el Triángulo del Norte centroamericano tanto para tener los conocimientos suficientes para realizar las curaciones como para que sean reconocidos por la comunidad como tales.

En el caso del uso de la religiosidad como compañía-protección, varios sostenían que realizaban oraciones en distintos momentos del día, algunos antes de comer, otros antes de acostarse o de abordar el tren, esto con la finalidad de recibir protección. Cuando se le preguntó a Uriel de Guatemala si había ido al médico antes de iniciar el viaje contestó negativamente y añadió: “hemos venido con Dios” (Uriel, entrevista, 2015). Esta frase revela lo que muchos de los migrantes decían sobre la compañía y protección de Dios. Cabe mencionar que algunos de ellos asociaban los eventos negativos que habían padecido otros migrantes con conductas negativas y nocivas para los demás y que no eran bien vistas por Dios:

Pues porque... No sé, ya es cosa que Dios nos pone digo. Tal vez ellos vienen mal la mayoría, el que viene molestando a los demás que vienen porque hay quienes que vienen molestando, vienen robando nomás, lo que hagan que vienen ensuciando a la gente, que vienen aquí pues en eso. La ley, ya Dios quizás les pone el destino que les tiene que pasar algo. Pero el que viene con buena mente no le pasa nada porque varios han pasado y dicen que no les han hecho nada también. (Sergio, entrevista, 2016).

De ninguna manera se piensa insinuar en esta tesis que los problemas que atraviesan muchos migrantes sean consecuencia de sus propias acciones. Más bien, con el testimonio anterior se intenta mostrar como la idea de Dios sirve a la vez como protección y como interpretación de los sucesos. En este caso Sergio observaba que a él le había ido bien en el trayecto de la entrada hasta Apizaco en donde fue entrevistado, a diferencia de otros migrantes. A pesar de que él no se adscribía a una religión, se consideraba como alguien que creía en Dios. Y parte importante de su religiosidad era respetar al prójimo, lo cual le confería la seguridad en que, si seguía esta norma, Dios lo continuaría protegiendo de los peligros.

Por último, se va a abordar la forma instrumental a la que estos migrantes mencionaron haber recurrido a la religiosidad para curarse. Para comprender mejor la relación de las creencias religiosas de estas personas con la salud, se les preguntó si habían presenciado o si sabían de algunas personas que se hubieran curado a través de la fe en sus lugares de origen. Hubo toda una gama de respuestas. Aunque todos los entrevistados creían en Dios, no todos habían presenciado o sabían de casos de curaciones a través de la fe. Pero sí hubo varios migrantes que contestaron de forma afirmativa. Entre las enfermedades mencionadas que fueron tratadas por este modelo se encontraron: cáncer, uso de drogas, alcoholismo y discapacidades físicas no especificadas. Quizá la respuesta más emblemática de quien se encontraba en medio del escepticismo y la creencia fue esta: “Pues el que cree en Dios se cura, pero hay que uno siempre que buscar al médico” (Roger, entrevista, 2016). Vale la pena mencionar que la curación por fe

no fue siempre dentro de una iglesia y a través de la congregación, como lo muestra el siguiente testimonio:

era mujer de mi tío y él era cristiano y a la mujer de él le entro cáncer en la matriz. Y vino él y fue a los doctores y le dijeron que no, que cura no tenía que fuera en la matriz. Y que le iba caminando el cáncer, el cáncer le iba caminando, caminando que le iba acabando poquito a poco. ¿Qué pasó? él empezó a orar y en la religión le empezó a pedirle a Dios que si qué cura le podía dar, que si qué era lo que le podía dar. Un día por revelación de Dios le mostró la cura, le mostró un árbol y todo lo demás que tenía que hacer. Ya vino él, lo que había recibido con fe se lo dio. Y allí está todavía. (Sergio, entrevista, 2016).

Es así que, algunos de los migrantes creen que son posibles las curaciones totalmente instrumentales de males físicos y psico-físicas (como las adicciones). Para lograrlo hacían uso de las instituciones religiosas y de su religiosidad.

También se debe tener en cuenta, que desde el lugar de origen los migrantes tenían una relación tirante con las instituciones de salud, pues varios de ellos mencionaron que no había medicinas y que recibieron malos tratos en esas instituciones; otros comentaron que preferían hacerse preparados herbales antes de ir al doctor. Esto se nota en el testimonio de Rogelio, quien es garífuna. Su narrativa refleja su resistencia étnica (una resistencia pasiva como menciona Scott, 2000) hacia el sistema médico que para él resulta inaccesible o incluso dañino a largo plazo; a la vez reivindica sus saberes culturales y familiares al expresar lo siguiente:

nosotros los negros no necesitamos mucho los doctores porque no nos gusta las medicinas artificiales, nos gusta las medicinas caseras son más naturales, sanan más rápido, tienen más efectividad y las medicinas artificiales tienen más cancerizantes más adictivos, más desarrollos hacia ciertas cosas que muchas veces no los notamos en el momento porque nos sentimos bien por el alivio. (Rogelio, entrevista, 2016).

La curación a través de la religiosidad a la que recurrieron algunos de los migrantes durante el trayecto fue para malestares físicos y emocionales. Hubo testimonios que denotaban la conciencia su vulnerabilidad por ser migrantes indocumentados; también mostraban un sentimiento de desinterés generalizado de parte de las instituciones mexicanas y sus agentes. En ese momento desolador sólo quedaba acudir a Dios:

Y a veces como dicen, no, es un inmigrante que se muera, como no tiene dinero no les interesa. Entonces así casi el sistema de salud no se interesa por un inmigrante. Son raras las partes donde les puede ayudar. Pero no, casi no hay una emergencia [donde se puede atender una emergencia de salud] que digan. No lo hay [...] Pues me sentiría yo el 100% quizás la muerte. Imagínate quien podría tener... la... quien podría tener ¿cómo te puedo decir? El interés de quererte ayudar ¿no?. No hay nadie. Entonces allí solamente que le pidas a Dios, es el único. (Carlos, entrevista,

2015).

La figura de Dios no sólo fue invocada como última medida y recurso para la curación. El uso instrumental de la ayuda de Dios también se dio para males menos graves. La práctica de la religiosidad más recurrida fue la oración: “Porque cuando yo he tenido dolores de cabeza, cuando yo he tenido calentura fuerte me he inclinado y me he puesto a orar y le he pedido a Dios con fe, ¡con fe! que me ha sanado y he pensado que estoy sano. Y me he quitado dolores de cabeza y dolores de cuerpo y he seguido caminando. Dios es primogénito, es real.” (Rogelio, entrevista, 2016).

Se debe resaltar que la oración como estrategia de curación se puede usar combinada con otros modelos de atención disponibles, como el de la autoatención,³⁶ el de la medicina alópata y/o la medicina popular. En este caso en particular, Rogelio también contó que trataba de descansar en algunos puntos del trayecto para recuperar fuerzas y así eliminar los dolores. Mientras se le hacía la entrevista llegó un médico alópata a la Casa del Migrante, al cual acudió también.

A pesar de los problemas de salud que padecen los migrantes en el camino, tratan de seguir su migración y para lograrlo emplean los recursos que tienen a la mano y que perciben como efectivos. En el interior de cada persona -y en su actuar- no parece haber contradicciones entre los diferentes modelos de atención a la salud y el uso de la religiosidad porque los migrantes se apropian de elementos de cada modelo de salud al que tienen alcance y perciben como beneficioso (como observó Cohen, 1984 en el estudio citado sobre la medicina garífuna) de tal forma que puedan tener una curación efectiva, total.

3.3.3 Violación a los derechos humanos y casos en que se concedieron visas humanitarias

se decidió escribir este apartado debido a que la violación a los derechos humanos de esta población es un problema grave, recurrente, los migrantes usan una combinación de modelos para tratarse los impactos que tienen en su salud.

³⁶ Menéndez sostiene la autoatención es el primer modelo al que se suele recurrir ante un daño a la salud (1992: 104).

Como se dijo anteriormente, los migrantes piden protección antes de emprender el trayecto. Esta protección puede implicar muchas cosas, entre ellas que no haya accidentes ni atracos (que causarían daños a la salud), pero principalmente se pide que se llegue al lugar de destino. En el siguiente testimonio, Gilberto, joven hondureño garífuna evangélico de 19 años, habla sobre lo que pide al orar durante el camino: “pues llegar sano al destino. De mi Padre que nos de protección a los cuatro en el camino, para que no nos pase nada malo y gracias a Dios no nos han asaltado ni nada.” (Gilberto, entrevista, 2016). En el ejemplo de Gilberto se empieza a entretener la idea de la salud como algo en lo que Dios puede interferir.

Como se mencionó en el capítulo contextual, está bien documentado que los migrantes que viajan en situación irregular sufren una serie de violaciones a sus derechos humanos -como son discriminación, extorsión, asalto, violación sexual y secuestro- pueden resultar en daños a la salud físicos y/o emocionales. Entre las narrativas recuperadas se encontraron ejemplos de todos estos casos, ya fuera que los hubieran experimentado los mismos migrantes entrevistados, que hubieran sido testigos de los hechos o que los narraran los encargados de las Casas de Migrantes y los profesionales de la salud. Los casos de extorsión, discriminación y asalto fueron narrados como sucesos que los hacían estar en alerta y que atentaban contra su dignidad:

Y pues más en otros estados de por aquí de México les hacen daño, les roban o a veces los extorsionan la Policía. O a veces los mismos compañeros te roban. O a veces te salen el Ejército también te roban, te dice que si no les das algo de dinero que te van a entregar a Migración. Igualmente, los policías, igualmente la Migración allá en Chiapas y si no les das algo de dinero, te piden dinero y sino pues que te van a regresar a tu país. [...] Entonces a mí me paró una patrulla federal por allá y pues me estaba queriendo... me estaban como extorsionando todo eso y me estaban inventando cosas [...] por último me dijo, si te vuelvo a ver pues te voy a matar [...] Yo digo sinceramente ya no se puede creer en nadie porque ya todo es corrupción ya. (Carlos, entrevista, 2015).

El ejemplo anterior manifestó la necesidad de protegerse de una multiplicidad de personas durante el viaje. Como se ve, no solo son agentes del Estado, también son otros migrantes, y en otros testimonios se habla del crimen organizado y de la población en general, quien roba o abusa de los migrantes elevando los precios de los productos que quieren comprar. En otro testimonio se observa el robo sobre el tren por parte de quienes Roger identificó como trabajadores del mismo tren:

el otro día robaron el tren después de los túneles, ahorita en este viaje. Pero eran los mismos que trabajan en el tren. [...] Y nos pusieron una metralleta, no sé cómo le dicen ustedes, un arma larga, nos sacaron todo, nos juntaron todo pues por lo que traíamos. Nos robaron lo único que

traíamos, a mí me robaron mil pesos. [...] Lastimarnos no, pero si nos humillaron y todo. Nos trataron bien feo. Nos dijeron que nosotros éramos unos ladrones que nosotros veníamos robando en el tren. (Roger, entrevista, 2016).³⁷

Otros casos de violación a los derechos humanos están relacionados con el secuestro y la violencia sexual, que como se dijo anteriormente, se dirigen mayormente hacia las mujeres, hacia las niñas y población de la diversidad sexual (París, Ley y Peña, 2016: 26). En el caso específico de los entrevistados, las mujeres con las que se habló, sostuvieron que a pesar de haber sido asaltadas junto con sus acompañantes no sufrieron otro tipo de violencia. Al ser esta la narrativa que decidieron contar, tampoco se les quiso presionar para saber si era cierto o no. Tampoco hubo migrantes que se identificaran como pertenecientes a la diversidad sexual, ni los encargados de los albergues ni los profesionales de la salud entrevistados hablaron de casos específicos de violaciones a los derechos humanos o de problemas de salud de personas de la diversidad sexual.

Sobre la violencia sexual a mujeres sí hubo varios sucesos registrados por los encargados de los albergues. Es así que Juan, encargado de una Casa de Migrantes narró diversos incidentes en los que la violencia sexual estaba dirigida hacia mujeres y en un caso también a niños. Este fue el caso de una familia que viajaba pidiendo aventón por la carretera y fue secuestrada por el conductor de un tráiler. Éste exigió un rescate bajo la amenaza de violar a la mujer y a los niños.

Los relatos comienzan a volverse más sombríos. Son posibles debido al contexto mexicano de la pesadilla del capitalismo gore del que se habló en el primer capítulo, es decir “al derramamiento de sangre explícito e injustificado [...]” dentro de una lógica capitalista y cuya expresión grotesca y terrible está centrada en el cuerpo (Valencia, 2010:15). Es así que una mujer joven secuestrada junto con otros migrantes no dio un número telefónico al cual querían dirigirse los secuestradores para pedir el rescate, por lo que le cortaron los pezones. Gabriel, otro encargado de una Casa de Migrantes, narró la historia de dos mujeres migrantes que fueron violadas, una de ellas asesinada y la otra fue lastimada de tal forma que perdió los dientes delanteros. Estos dos casos evidencian una crueldad extrema e innecesaria de índole sexualizada como lo menciona Sagato (2014: 54), en una “guerra no convencionalizada”, donde el cuerpo

³⁷ Este testimonio se presentó primero en la reflexión: “La Bestia y algunos daños a la salud para quienes se transportan en ella” (Cervantes, marzo, 2016), dentro del blog electrónico de la Comunidad de Estudios Interdisciplinarios de Estudios Migratorios (CIEM) (ciemcomunidad.wordpress.com/2016/03/).

de las mujeres centroamericanas indocumentadas no solo es botín, es un territorio en el que se inscriben los símbolos de los grupos sociales que los hacen presas denotando una lógica capitalista en la que se ve exacerbado el desprecio por lo femenino, por lo extranjero (pobre y centroamericano) y por la vida humana en su conjunto y que tiene cabida debido al miedo y a la impunidad en que operan. No se puede olvidar el despliegue de poder sobre la vida de estas mujeres que se vuelve un espectáculo hacia ellas, hacia los otros migrantes y hacia los criminales con un mensaje de superioridad y terror.

Se debe mencionar que estas personas recibieron ayuda médica alópata, se quedaron varios días en la Casa de Migrantes y, al menos en el último caso mencionado, esta mujer³⁸ sí recibió terapia psicológica, aunque solo cuatro sesiones³⁹. Cabe señalarse que en estos acontecimientos narrados por los encargados de las Casas no hubo oportunidad de fijarse si estas mujeres también curaban sus heridas físicas y emocionales a través de su religiosidad debido tanto a la gravedad de los casos como al poco tiempo que podían permanecer en las Casas. Se debe resaltar que estas mujeres fueron atendidas inmediatamente con medicina alópata y referidas a las instancias oficiales correspondientes.

Hubo otro caso mencionado por Gabriel en el que tuvo más tiempo de observar el proceso curativo debido a que al migrante en cuestión le concedieron visa humanitaria y se quedó en la Casa más días. Se trató de un hombre joven que llegó a la Casa porque había perdido una pierna. En la Casa lo ayudaron a conseguir una prótesis y seguir tratamientos médicos alópatas. Cuando Gabriel reflexionaba si este migrante había utilizado la curación religiosa mencionó lo siguiente: “yo creo que por su corte evangélico, él nunca quiso recibir atención psicológica y decía que Dios lo ayudaba o la oración y pues eso era parte del plan de Dios, en esa parte, entonces ponía su fortaleza en Dios, yo en esa parte no estoy peleado porque digo yo también creo en Dios. Sin embargo, los últimos días yo lo veía como que entraba esa parte de depresión. Pero nunca quiso recibir atención psicológica.” (Gabriel, entrevista, 2015). En este caso, el migrante a pesar de

³⁸ A esta mujer caso le otorgaron visa humanitaria por lo que pudo permanecer más tiempo en el país y recibir tratamientos más prolongados.

³⁹ La mayoría de estas mujeres tiene una religiosidad arraigada desde su lugar de origen, según la apropiación de los preceptos religiosos interpretan lo que viene de Dios, los dones y bendiciones, así como lo correcto e incorrecto. Ante los hechos brutales y aborrecibles como los narrados en ese párrafo, perpetrados por personas cabe la pena reflexionar en si estos hechos llegan a representar para ellas la maldad en el mundo, es más bien lógico que uno de los elementos que influyan en la sanación, ese proceso con el que se intenta regresar al equilibrio de la vida, sea a través también de la religiosidad.

ser evangélico, acudía a la misa católica de la Casa, y también oraba por su cuenta. No estaba registrado si intentó buscar una congregación religiosa más a fin a sus creencias. Sobre la curación emocional a través de la fe en Dios, Ruiz ya documentó cómo en las narrativas de sanación de mujeres migrantes violentadas, las mujeres describían a Dios como una fuerza presente, constante e importante para el proceso de recuperación (Ruiz, 2012)

3.3.4 Las religiones, la Iglesia y los ministros religiosos. La medicina académica, los Centros de Salud, los médicos.

El contexto del que provienen estos migrantes es violento, aunque quizá esta palabra por sí misma no describa cabalmente lo que viven día a día, pues muchos de ellos mencionaron que algunos de sus familiares fueron asesinados y las vidas de otros fueron directamente amenazada. Estas situaciones provocaron que varios de ellos salieran sin poder hacer preparaciones, ni siquiera los rituales de oración que narraron otros. Algunos mencionaron que tenían problemas para dormir y que estaban “mal de los nervios” debido a la violencia y amenazas recibidas, o de estar pensando en la familia que habían dejado atrás. Unos cuantos habían ido a ver a los médicos en su lugar de origen para que les recetaran algo que los hiciera sentir mejor, pero no recibieron la respuesta esperada; otros tomaban hiervas como la valeriana para mitigar la ansiedad. Asimismo, oraban para poder encontrar calma. De esta forma reportaron que recurrían a tres modelos de atención a la salud para atender estos padecimientos: la autoatención, la medicina alópata y la curación a través de su religiosidad.

Asimismo, el contexto del que provienen estos migrantes es descrito por ellos como corrupto, donde no se puede creer ni en las instituciones, ni en los gobernantes; donde los hospitales públicos no tienen medicinas, están saturados, no siempre dan buenos tratos y los privados son caros. También varios mencionaron que no creían en las iglesias o no asistían a ellas porque eran corruptas.

Algunos migrantes se adscribían a religiones, otros dijeron no pertenecer a ninguna, como dice este testimonio: “Pero te digo en este mundo Dios no busca religiones. Dios no viene por la Iglesia católica. Dios no viene por los mormones. Dios no viene por los cristianos. Dios no viene por nada de eso, viene por quien tiene buen corazón y ama al prójimo.” (Carlos, entrevista, 2015). Este testimonio ejemplifica parte de lo planteado por Kolakowski (2002), sobre la

religiosidad relacionada con el misticismo, que para experimentar a Dios no se necesita de intermediarios eclesiásticos, tampoco de religiones estructuradas. Es así que, igual que en el estudio de Sota (2010) sobre la religiosidad de jóvenes universitarios de clase media alta en México, la religiosidad que se observa en este caso empieza a despegarse de las instituciones, pero conserva estructuras judeo-cristianas que las enmarcan, que les dotan de simbolismos y rituales. Son religiones personales en el sentido de la experiencia de apropiación de elementos religiosos escogidos y de la emoción personal o comunitaria que provee el tener una relación directa con Dios. Y es que era Dios de quien se hablaba aquí y no de cualquier divinidad o fuerza sobrenatural, ni si quiera de espiritualidad, pues en las narrativas de los migrantes entrevistados siempre se usaba la palabra “Dios”.

Los migrantes entrevistados recibieron ayuda de diferentes personas e instituciones, nombraron a la Cruz Roja, Médicos Sin Fronteras, consultas en las Casas de Migrantes por las que habían pasado, en Centros de Salud, Hospitales, farmacias, médicos particulares y población civil sin estudios médicos. En el caso de una Casa en la que los profesionales de la salud iban de forma periódica, se seguían los programas sobre poblaciones en riesgo de infecciones, por lo que además de la consulta médica en la Casa, hacían chequeos periódicos de otras enfermedades como tuberculosis, VIH, chikungunya, paludismo y dengue y en caso de salir positivos se les refería a las instancias sanitarias correspondientes y se les proveía del tratamiento indicado, aunque los entrevistados manifestaron que no estaba implementado el programa Vete Sano Regresa Sano al menos en ese momento y para esa población. Debido al poco tiempo que pueden permanecer los migrantes en las Casas, proseguían su camino, a veces sin poder consultar con un profesional de la salud sobre algún padecimiento. En un caso particular el migrante dijo que iba a esperar llegar hasta a una Casa en el norte de México en donde los dejaban quedarse por varias semanas para poder atenderse un dolor que traía desde que salió de Honduras.

La relación que tienen los migrantes indocumentados con los profesionales de la salud y con los ministros de Dios con los que se han ido encontrando en el camino dentro de México es mayormente de respeto y de agradecimiento, por la ayuda que les proveen, por los conocimientos que necesitan y que ellos no tienen, por el poder que tienen para influir en sus vidas, para salvarlas. Reconocen los beneficios que les trae acudir a ellos. Tanto los profesionales de la salud como los ministros religiosos son confidentes de los migrantes, ambos

escuchan los problemas que han padecido durante el camino (los daños a la salud en todas sus dimensiones, físicas y emocionales) y les ofrecen algo para que se sientan mejor. Estos migrantes saben también que no todo se los pueden contar a estos dos grupos, se guardan las enfermedades consideradas como populares porque anticipan que no serán tomadas en cuenta. Experimentan la religiosidad también sin intermediarios, como se ha dicho, como curación, como guía, como protección, como interpretación. Perciben a México como un lugar peligroso, pero mejor que de donde vienen huyendo, un espacio que puede ser llenado con experiencias positivas, un lugar de mejores oportunidades laborales y en donde algunos creen que se puede confiar en la medicina alópata. Varios de ellos mencionaron que, ante la posibilidad de sufrir un imprevisto grave durante el trayecto, buscarían ayuda en el modelo alópata. Algunos que han ido pasando por otras Casas de Migrantes se han ido informando sobre sus derechos como lo expresa este testimonio:

Depende de qué clase de accidente. Si es digamos que uno viene en el tren esta tirado, se cayó, se quebró por decir así un pie pues en las otras Casas de Inmigrantes donde hemos pasado nos han dicho que el inmigrante tiene derecho a consulta médica. Así en México o en cualquier país donde estés. El inmigrante tiene consulta médica gratuita. Lo primero sería ir a una Casa pedir ayuda que lo lleven a uno a un hospital más cercano a una clínica o algo donde lo curen a uno. Ahora uno tiene derecho a ir a una clínica que nada que la deportación ni nada de eso. (Sergio, entrevista, 2016).

Cabe mencionarse que esta postura no es compartida por todos. Hay algunos menos optimistas en cuanto a la atención médica y son más suspicaces aún sobre la limitante de que sean deportados si buscan atención médica. Es así que lo que se está ejemplificando aquí son las opciones con las que cuentan los migrantes en los momentos de reflexión y de calma, de cómo se pueden escoger diferentes modelos de atención a la salud o combinarlos según el padecimiento o la disponibilidad del tratamiento como muestra el siguiente testimonio sobre la misma reflexión:

Yo creo pedirle a Dios que nos aparte de todo eso [hablando sobre los accidentes]. Pero como siempre puede corretear Migración. En el caso de ahorita venía un chavo con los que veníamos uno de ellos por evitar, que lo agarrara Migración se atoró un pie. Y pues creo que allí hay instituciones a las que se puede acceder nomás para curarse y luego te regresan para el país ya [...] Pero así es la gente ya que cuando le sale a uno la Migra si no se lo llevan y trae dinero lo chingan y si no trae lo mismo. Machetazo por un lado y por el otro. (Hernán, entrevista, 2016).

Es así que Dios puede tener diferentes significados para cada persona, tiene diferentes facetas también. Ruiz presenta las diferentes descripciones que las migrantes de su estudio hicieron de Dios, como una presencia amorosa, compasiva, protectora, omnipresente la cual no tendría para

todas características puramente masculinas (Ruiz, 2012). Para este estudio no se les preguntó específicamente qué o quién era Dios para ellos. Sin embargo, las alusiones a Dios son constantes, y según sus propios testimonios en los que es mencionado denotan que para la mayoría de ellos Dios es una fuerza protectora, compasiva, curadora, omnipresente, omnisciente, que da sentido, que perdona, que no juzga que incluye a todos, que no desprecia a nadie: “A Dios no le importaba si tú eres un drogadicto, un alcohólico, un de la calle. A él no le importaba, él te recibía de buena manera” (Carlos, entrevista, 2015).

A muchos de ellos, desde su lugar de origen les han fallado las instituciones, los políticos, los gobernantes, algunos médicos, algunos ministros religiosos, compañeros de viaje, hasta sus familiares. Al menos durante el camino por México, Dios es percibido como lo único constante en sus vidas, el único que no les ha abandonado, porque para ellos las desgracias de la vida cotidiana son acciones de la gente. Son personas las que deciden cometer actos violentos y actos contrarios a las enseñanzas (reinterpretadas y apropiadas) de Dios, o se trata de la suerte, lo cual no está necesariamente relacionada con Dios, sino con eventos fortuitos. Si bien Dios puede cuidar, también puede castigar, poner pruebas y según sus relatos, también provee de la fuerza y los recursos para recuperarse. De acuerdo a los testimonios recabados a los entrevistados les han robado sus pertenencias materiales y los han maltratado física y emocionalmente, pero el consuelo de Dios permanece. Dios es uno de los elementos que les da salud y les da fuerza: “Gracias a Dios Él me da mucha salud. He caminado las veces que me toca y me he sentido bien saludable. Cuando me he querido enfermar siempre [pido]: Dios mío no me desmayes mi cuerpo porque tengo que llegar a mi destino.” (Roger, entrevista, 2016). Dios les enseña la fuerza que hay en ellos.

CONCLUSIONES

A través de este estudio exploratorio se pudo observar la interacción de diferentes modelos en la resolución de problemas de salud de los migrantes indocumentados que transitan por México. Particularmente se observaron algunos aspectos que denotan la importancia que le confieren a la religiosidad en su salud y se hizo un acercamiento a la comprensión de este fenómeno, el cual está ligado a características económicas, sociales, culturales y políticas tanto del lugar de origen de las poblaciones, como del territorio por el cual transitan, es decir, México.

1. Conceptos clave

Para entender cómo es que los migrantes centroamericanos indocumentados utilizan la religiosidad como forma de protección y cuidados a su salud se siguieron tres conceptos clave: migración, salud y religiosidad. Primero se partió de la propuesta de Aquino (2012) que sostiene que la migración es realizada tanto por individuos como por grupos, es un fenómeno anclado a las subjetividades y experiencias de las personas; a la vez, el hecho de encontrarse en continuo movimiento juega un papel importante tanto en la susceptibilidad de los migrantes a desarrollar problemas en su salud, como en podérselos tratar adecuadamente.

Dentro de este contexto se siguió a la OMS (1946) y a Castilla (2008) para construir el concepto de salud que guio esta investigación. Así la salud está compuesta por elementos físicos, mentales, emocionales, sociales y culturales los cuales al trabajar juntos generan el bienestar integral de las personas considerado éste un derecho de todos, sin importar su estatus migratorio.

El tercer concepto que guio esta investigación fue el de religiosidad. Para construirlo según el panorama que se encontró, se siguió a James (1994), Otto (1996), Kolakowski (2002) Ramírez (2004), Salles y Valenzuela (1997) y Valenzuela (2011). En el concepto construido con base en estos autores, se observa que la religiosidad es una parte de la religión; más específicamente, trata de una experimentación directa de la presencia de Dios, sin mediación de iglesias ni ministros, por lo tanto, es una apropiación y reinterpretación de elementos religiosos, en este caso con base judeo-cristiana, que se expresa en prácticas concretas como orar. La religiosidad es un componente importante de la vida de los migrantes para interpretar sucesos en general, como sus experiencias migratorias, y también es vista como una opción para curarse.

2. Migración

Ahora, como ya se dijo anteriormente y lo han mencionado otras fuentes citadas (Ver Ruiz, 2005), esta problemática se sitúa en esta etapa del capitalismo, en el que hay migraciones centroamericanas que son motivadas tanto por cuestiones económicas como por la violencia, aunque las dos muchas veces están interrelacionadas. Muchos de estos desplazados huyen con el sueño de tener una vida mejor, más segura, tranquila, donde haya un empleo que les remunere lo suficiente para tener un día a día digno en donde, entre otras cosas, tengan acceso a un sistema de salud eficiente y que no los discrimine.

En esta etapa también hay reafirmaciones y étnicas y religiosas (Arriaran, 1997). En este estudio se notó como los garífunas con los que se habló mantenían un discurso de orgullo e identificación étnica, especialmente en los dos hombres de mayor edad quienes, a diferencia del más joven, ya habían vivido por periodos en Estados Unidos. Estos hombres tenían una retórica de resistencia étnica ante las circunstancias del viaje y específicamente de orgullo de sus saberes concernientes a la salud; también se mostraban críticos e independientes ante un sistema alópata que no les satisface completamente.

Otro caso que posiblemente esté relacionado a la migración y la religión es la reacción negativa que mostraron varios entrevistados hacia la palabra curandero. Pero no hacia la palabra sobador. Al curandero le conferían propiedades que eran mal vistos por Dios o lo menospreciaban como charlatán. En cambio, el sobador era visto como otra opción de curación a quien recurrir. En otro estudio más profundo se podría explorar cuáles son las diferencias percibidas entre estos dos personajes, si han existido de forma paralela desde hace mucho tiempo o si su separación o discriminación esté relacionada con la entrada de las iglesias protestantes a la región o con otras ideologías formadoras.

3. Religiosidad

Asimismo, a lo largo de este estudio se pudo constatar la fuerte creencia que tenían los migrantes en Dios, al que muchos de ellos confieren el poder de curar. La religiosidad en Latinoamérica y particularmente en el Triángulo del Norte de Centroamérica tienen una historia particular y continuada. Es claro que la religiosidad que manifestaron los entrevistados durante el tránsito migratorio es altamente experimentada de forma personal y directa. Si bien durante el trayecto respetan a quienes consideran las autoridades religiosas y reconocen los lugares sagrados, como las Iglesias, no necesitan de intermediarios para comunicarse con Dios, pedir su protección, consejo, compañía y recibir Su curación.

4. Problemas de salud de centroamericanos indocumentados durante el tránsito migratorio por México

Para entender los problemas de salud de los migrantes indocumentados se debe partir de varios factores interconectados como son: los escasos recursos económicos con los que cuentan su lugar de origen; las políticas estatales de México y Estados Unidos que los excluyen y los

obligan a realizar un tránsito clandestino; la deshumanización de los migrantes que los convierten en posibles fuentes de ingresos a través del asalto y el robo; la reafirmación de poder estatal a través de políticas y agentes del Estado (autoridades locales, estatales y federales) que hacen que el trayecto sea riesgoso y precario. Un daño a la salud que es resultado del conjunto de estos elementos es la violencia sexual que victimiza más que nada a las mujeres. Es un espectáculo grotesco y aterrador del poder y la dominación, como propone Valencia (2010), en el capitalismo gore.

a) Agencia

En medio de estas condiciones, hay algunos individuos que aún son capaces de tomar decisiones reflexivas y no solo reaccionar ante los peligros. Al menos, así lo hacen algunos migrantes al construir las narrativas sobre sus experiencias en el trayecto migratorio. Así sobre las condiciones del traslado ninguno mencionó que pensaba utilizar los servicios de los coyotes o que los estaba utilizando, en cambio, mencionaban la intención de recorrer la mayor distancia posible de forma autónoma sin tener que pagar por estos servicios⁴⁰. Muchos de ellos conocían las rutas o iban acompañados de otros migrantes que las conocían. Algunos se iban informando en las Casas de Migrantes sobre sus derechos -incluidos los de salud-, la ubicación de otras Casa y lugares donde les podrían proveer de asistencia, así como de los peligros a los que se podrían enfrentar más adelante. Asimismo, utilizaron los recursos de la medicina alópata a la que tuvieron acceso, en o a través de las Casas de Migrantes, con médicos particulares y rescatistas. Cuando no tenían a la mano esas curaciones, ellos mismos se atendían o medicaban. Al reflexionar sobre lo que harían si tuvieran que enfrentarse a una emergencia de salud, la mayoría pensaba en recurrir a la medicina alópata, pues creían, entre otras razones, que el servicio era mejor y más efectivo en México que en sus países por lo que recibirían una buena atención. Aunque hubo otros que consideraron que, ante la corrupción de las instituciones y la indiferencia de la gente en México, solo Dios podría ayudarlos si llegaran a experimentar una emergencia de salud en el trayecto migratorio.

⁴⁰Varios de ellos salieron con poco dinero de su lugar de origen, a algunos les habían robado todo lo que llevaban. Muchos se iban manteniendo pidiendo dinero en la calle. Si bien es notable que la mayoría de ellos probablemente no contaba con los recursos económicos para pagar los servicios de un pollero, dentro de la construcción de su narrativa no mencionaban el deseo de contratar uno.

5. Rituales de protección antes de iniciar la migración

La religiosidad impregna los rituales de protección que siguen los migrantes antes de iniciar su trayecto, lo cual revela tanto la gravedad y circunspección con que los migrantes enfrentan su partida como la importancia de la religiosidad en sus vidas. Algunos migrantes se preparan con diferentes estrategias de protección. La primera y más recurrida es la oración en familia, la cual sirve también como un ritual de despedida. Algunos -muy pocos- acuden al médico alópata para un chequeo, o para el seguimiento de algún padecimiento anterior, de esta forma, esperan la aprobación del profesional de la salud para tener mayor seguridad en que podrán terminar el trayecto de acuerdo a los esfuerzos físicos que implica realizar el camino migratorio.

6. Modelos de atención durante el cruce migratorio

a) Autoatención

Como menciona Menéndez (1992), el primer modelo al que suelen recurrir los migrantes es la autoatención. Esta autoatención puede ser subdividida en categorías ya que puede ser medicalizada (con base en medicina que alguien sin conocimientos formales de medicina se las da o recomienda) o que ellos mismos se receten. También puede abarcar el campo de la medicina popular, como se vio en algunos de los casos estudiados, que al no confiar ni conocer algún sobador en el camino que los curara del empacho, algunos de ellos mismos se soban y tratan de recrear los tratamientos que han tenido antes sobre esta enfermedad para curarse. Así mismo se podría decir que usar la religiosidad relacionada a la salud es una especie de autoatención, ya que recurren a la oración para mantenerla o directamente para curarse, sin intermediarios como pastores o sacerdotes ni a la congregación para lograrlo.

b) Modelo alópata

El sistema de salud alópata es central en la vida de estas personas. Todos lo conocen y lo han usado en sus lugares de origen. Durante el trayecto es de vital importancia para ellos. Y aquí la palabra vital es clave, pues puede significar la muerte o la posibilidad de quedar con un daño por el resto de sus vidas si no son atendidos a su debido tiempo.

Como se dijo antes, a las condiciones inhumanas en la que se ven forzados a realizar el trayecto, como la clandestinidad, la precariedad y el riesgo, los lleva a caminar largas jornadas, lo cual a muchos migrantes les causó fatiga, deshidratación, rozaduras en las piernas, hongos y laceraciones en los pies. Asimismo, el viajar en transportes extremadamente inseguros, como el tren, provoca enfermedades en vías respiratorias, ardor en los ojos, fracturas y amputaciones.

Los daños a la salud también son resultado de la persecución por agentes migratorios encargados con detenerlos y regresarlos a sus países. Esta persecución se vuelve aún más riesgosa cuando se da en el tren carguero. Los casos presentados en el análisis señalaron lesiones en tobillos por la caída del tren. Hubo un reporte de una amputación como resultado del intento de huir de los agentes migratorios. Además, el ser perseguidos les crea un ambiente altamente estresante que también daña su salud.

Los grupos de seguridad tanto del Estado como privadas que a veces los detienen para asaltarlos, extorsionarlos y vejarnos también pueden provocar problemas de salud. De la misma forma deben preocuparse por el crimen organizado, las bandas delincuenciales, los habitantes de las poblaciones por las que pasan y otros migrantes quienes también llegan a cometer abusos y delitos contra ellos. Y es que dada su vulnerabilidad cualquiera puede intentar sacar provecho de ellos.

A la vez, hay algunas instancias del Estado, asociaciones eclesíásticas y civiles, así como población civil que los auxilia durante su trayecto. Es por ello que algunos migrantes cuentan con diferentes opciones cuando se enfrentan a problemas a la salud. Para estos casos pueden recurrir a la opción de los talleres que ofrecen algunas Casas de Migrantes en los que pueden compartir sus experiencias y, dependiendo de la gravedad, acceder a psicólogos. Sin embargo, la mayoría de los migrantes parece preferir otras técnicas de curación cuando se trata del aspecto emocional, en el cual tanto la religiosidad como la religión juegan un papel importante, a través de la oración o de hablar con un ministro de la Iglesia.

c) Modelo popular

Otro modelo de salud que conocen y al que recurren es el popular. Sobre esto se puede decir que los padecimientos mal de ojo y empacho fueron reconocidos por los entrevistados sin importar su edad, género, nacionalidad o etnicidad. Los migrantes saben cuáles son las causas

y formas de curación de varias enfermedades populares y aceptan que hay especialistas para tratarlas quien no es ni médico alópata ni ministro religioso. Estas distinciones señalan como en la práctica existe flexibilidad y porosidad entre las fronteras de los modelos de atención a la salud.

Sobre los especialistas de la salud, se sabe que existen sobadoras mujeres, aunque se desconoce si el género es un factor decisivo para ser un sobador(a) exitoso o reconocido como tal por la comunidad. Aunque sí se puede mencionar, según los testimonios, que al menos en materia del conocimiento familiar sobre herbolaria y curación - relacionado con la autoatención-, son mayormente las mujeres quienes los tenían, transmiten y realizan la curación. Algunos de los entrevistados hombres mencionan haber aprendido cómo se usan ciertas hierbas curativas por lo que este conocimiento no está restringido solo a las mujeres.

Ahora, debido a la heterogeneidad de la población, las creencias y conocimientos sobre las enfermedades denominadas populares no son uniformes. Esto se refleja en las concepciones sobre el mal de ojo, en el cual no todos creían. También es importante mencionar que muchos migrantes, tanto católicos como protestantes manifestaron no creer en curanderos por relacionarlos con la brujería o la charlatanería. En cambio, todos conocían y habían acudido a los sobadores. Es posible que estos dos casos estén relacionados, al menos en parte a la penetración de diferentes iglesias en los países del Triángulo del Norte, quienes generalmente se oponen a los ritos y saberes que estén relacionados con herejías.

d) Modelo de salud basado en la religiosidad

El modelo de salud usando la religiosidad es complejo, ya que se usa de forma instrumental y con un sentido profundo que está anclado en las emociones. Durante el trayecto, al igual que antes de iniciar el viaje, los migrantes recurrían a la oración como forma para protegerse de los peligros, así mismo utilizaban artículos religiosos como imágenes, rosarios y Biblias. Para curarse también hubo casos en que mencionaron recurrir a la oración de forma instrumental para quitarse dolores de cabeza, fiebre, hambre, sed, sentimiento de soledad, tristeza y angustia. La oración a la vez de ser usada de forma instrumental, era usada de forma simbólica y les ayudaba a dar sentido y coherencia a las experiencias. Y en la mayoría de los casos, esta interpretación de los acontecimientos se encontraba en un orden separado al origen terrenal de los males que

habían padecido, ya que muchos de ellos manifestaban críticas ante la corrupción de los agentes institucionales, la ineficiencia de los sistemas de salud, el racismo, el abuso y el comportamiento criminal de agentes del Estado, las guardias de seguridad privada de los trenes, también de la población civil y de otros migrantes.

7. Sistema de salud: conglomerado complejo de modelos diferentes

En suma, estos cuatro sistemas –autoatención, alópata, popular y por religiosidad– coexisten de forma desigual donde el modelo hegemónico es el alópata, debido en parte a que como menciona Menéndez (1981) a los programas de salud enviados desde el Estado, que han penetrado en las comunidades con su ideología y sus resultados mayormente favorables y al estatus relacionado con este tipo de medicina. Asimismo, siguiendo a Cirese, los grupos subalternos son una pluralidad que comparte elementos simbólicos y materiales entre ellos y el bloque hegemónico (González, 1987). De esta forma los diferentes modelos proporcionan elementos a la salud de esta población que cada uno por separado no puede cubrir totalmente. El orden de estos elementos puede ser puramente material como la falta de dinero para pagar consultas o medicamentos alópatas, también puede ser emocional, puesto que algunos se sentían despreciados por el sistema alópata de sus países, saturado, incomprensivo a sus necesidades y de trato frío.

El modelo de autoatención suple muchas veces la falta de recursos materiales de estas personas; les ahorra también tiempo de traslado y de espera y brinda un elemento emocional cuando la curación viene por parte de algún familiar. Es común que el elemento emocional, relacionado con la empatía y calidez, le haga falta al modelo alópata, en cambio no cura totalmente todos los padecimientos.

El modelo popular trata enfermedades que no siempre son reconocidas por otros modelos. Da atención personalizada y es versátil en la incorporación de otros elementos curativos. Asimismo, dependiendo del tipo de profesional, del sobador, por ejemplo, es posible que el precio de los servicios sea costeable para esta población, a diferencia de un tratamiento alopático.

El uso de la religiosidad de forma instrumental tiene una carga emocional muy fuerte y puede ser el último recurso cuando ya han probado otros (como en el caso mencionado sobre cáncer en la matriz) o utilizado en momentos de gran precariedad (como menciona Monzur *et al.*, 2005)

donde los migrantes no cuentan con dinero, redes, medicina, tiempo para detenerse ni seguridad de que los van a atender y que los van a dejar continuar su camino.

El otro orden de los elementos que brindan estos sistemas es simbólico, y es que, aunque en origen pertenezcan a diferentes sistemas de creencias, todos estos modelos coexisten en el imaginario de esta población. Se debe enfatizar que el conocimiento y significado de cada modelo no es homogéneo entre el grupo que consiste en individuos que tienen diferentes adscripciones religiosas y étnicas.

Al igual que la relación entre religión y religiosidad popular de la que habla Ramírez (2004), estos modelos de atención a la salud tienen centros que los definen y diferencian entre sí, pero su periferia se empieza a desdibujar y a traslapar. Por lo que estos migrantes reconocen enfermedades, intermediarios y tratamientos de cada modelo, y al mismo tiempo, las pueden usar de forma combinada para lograr mayor efectividad.

La religiosidad como orden simbólico es un punto aparte de los otros tres sistemas, puesto que es transversal a ellos y no necesariamente se contradice con los otros modelos. Al contrario, complementa a los demás y, a diferencia de los otros, se encuentra presente en otros aspectos de la vida.

8. Posibles líneas de investigación

Quedan muchos aspectos por explorar. Se podría abordar más profundamente sobre otras enfermedades populares, las causas, las curaciones y si otros migrantes las han padecido en el camino. También se podría investigar el cambio religioso en Centroamérica relacionado con el reconocimiento de religiones institucionalizadas, y explorar si existe un desprendimiento constante de las ortodoxias y de las Iglesias que vaya acorde a la religiosidad propuesta en esta tesis y si este proceso tiene un impacto en la forma en la que esas personas se curan en el lugar de origen o si éste es un fenómeno que solo sucede en el cruce migratorio. También se podría trabajar con poblaciones centroamericanas residentes en Estados Unidos o retornadas a Centroamérica para conocer cuál fue su experiencia completa en relación con sus problemas de salud durante el tránsito migratorio por México y de esta forma encontrar la experiencia de aquellas personas que utilizan otras rutas a las tocadas en este trabajo o que no utilizan la red de Casas de Migrantes. Asimismo, se podría indagar a mayor profundidad las características,

puntos de encuentro y diferenciaciones específicas de los curanderos, sobadores y brujos que reconocen estos migrantes en tránsito para entender cómo han afectado en la percepción y operación de estos especialistas las diferentes religiones que han penetrado en la región centroamericana, así como la migración.

BIBLIOGRAFÍA

Aguayo, Sergio, 1985, “Las oleadas”, *El éxodo centroamericano*, México, D. F., Sep Cultura, pp.21-28.

Acosta, Mónica, Sáenz, María del Rocío, Gutiérrez, Blanca y Bermúdez, Juan Luis, 2011, “Sistema de salud de El Salvador”, *Salud Pública de México*, Vol. 53, suplemento 2, pp. 188-196.

Álvarez, Luz Stella, 2008, “Las decisiones de los habitantes de Medellín en materia de servicios de salud”, *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, Vol. XXVI, núm. 1, (marzo), pp. 98-105.

Aquino Moreschi, Alejandra, 2012, “De la militancia a la migración transnacional”. *De las luchas indias al sueño americano. Experiencias migratorias de jóvenes zapotecos y tojolobales en Estados Unidos*, México, D. F., CIESAS, UAM-X.

Arriarán, Samuel, “Redefinición de la modernidad”, 1997, en *Filosofía de la posmodernidad: crítica a la modernidad desde América Latina*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 211-217.

Asakura, Hiroko, 2014 “Migración femenina centroamericana y violencia de género: pesadilla sin límites”, ponencia FLACSO-ISA, Buenos Aires, pp., 1-19, en <http://web.isanet.org/Web/Conferences/FLACSO-ISA%20BuenosAires%202014/Archive/dc40cf25-a495-4a32-8b27-c78581d77584.pdf>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Baltazar Cruz, Alberto Isai, 2014. “Vivir de paso y mirando al norte. Identidades y comunidades móviles y contingentes en el tránsito migratorio”. Tesis de Maestría en Estudios Culturales. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 276 pp.

Banco Mundial, 2003, “Resumen ejecutivo”, “El marco conceptual” y “Contexto histórico etnográfico, población y ubicación geográfica”. Descripción del indígena en El Salvador”, en *Perfil de los Pueblos Indígenas en El Salvador*, El Salvador, Banco Mundial; Unidad Regional de Asistencia Técnica (RUTA); Ministerio de Educación. CONCULTURA y PUEBLOS INDÍGENAS, pp. X-XVI, 1-3, 4-12.

Banco Mundial, 2015, “Densidad de Población (personas por kilómetro), en “Datos”, en <<http://datos.bancomundial.org/indicador/EN.POP.DNST>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Bastos, Santiago y Camus, Manuela, 2004, “Multiculturalismo y pueblos indígenas: reflexiones a partir del caso de Guatemala”, *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, núm. 1, Vol. 1, julio, pp. 87-112.

Becerril-Montekio, Víctor y López-Dávila, Luis, 2011, “Sistema de salud de Guatemala”, *Salud Pública de México*, Vol. 53, suplemento 2, pp. 197-208.

Beck, Ulrich, 1998, “Contribuyentes virtuales”, *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*, Barcelona, Paidós, pp. 15-24.

Bejarano, Ignacio, 2004, “Lo culto y lo popular. Medicina letrada/medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos”, *Cuadernos FHyCS-UNJu*, Jujuy, Argentina, núm. 24, pp.13-22.

Berenzon-Gorn, Shoshona, Ito-Sugiyama, Emily y Vargas-Guadarrama, Luis Alberto, 2006, “Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México”, *Salud pública de México, México*, vol. XLVIII, núm. 1, enero-febrero, pp. 45-56.

Berger, Peter L., 1990, *The Sacred Canopy. Elements of a Sociological Theory of Religion*, Anchor Books, New York.

Bermúdez-Madriz, Juan Luis, Sáenz, María del Rocío, Muiser, Jorine y Acosta, Mónica, 2011, “Sistema de salud de Honduras”, *Salud Pública de México*, Vol. 53, suplemento 2, pp. 209-219.

Bonilla Alvarado, José Manuel, 2004, “Informe Nacional de la República de El Salvador”, Primera reunión intergubernamental institucionalidad y políticas públicas de América Latina y el Caribe orientada a pueblos indígenas, Fondo Indígena, Palacio Itamarati, Brasilia, 22 al 24 de noviembre, pp. 1-6, en http://www.fondoindigena.org/apc-aa-files/documentos/items/Informe_el_salvador.pdf, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Bordieu Pierre, 1996, “La dominación masculina”, *La Ventana*, núm. 3, UDG, México, pp. 7-95.

Bourdieu, Pierre, 2006, “Génesis y estructura del campo religioso” *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, vol. XXVII, núm. 108, 2006, pp. 29-83.

Butler, Judith, 1990, “Sujetos de sexo/género/ deseo”, en *Género en Disputa: feminismo y la subversión de la sexualidad*, PAIDÓS, España, pp.45-85.

Butler, Judith, 2009, “Performatividad, precariedad y políticas sexuales” *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 4, núm. 3., septiembre-diciembre, pp. 321-336, Madrid: Antropólogos Iberoamericanos en Red.

Caballero, Marta, Leyva Flores, René y Bronfman, Mario, 2007, “Mujer, migración y violencia en la frontera sur de México”, en *Memoria. Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México*. Una aproximación desde la perspectiva de género, México, Instituto Nacional de las Mujeres.

Campos Navarro, Roberto, 1992, “Prácticas Médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa”, Roberto Campos comp., *La antropología médica en México*, México, D.F., Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.

Campos Navarro, Roberto y Vargas Escamilla, Bianca, 2012, “Las “Pegas” o “empachos” en Costa Rica y Centroamérica. Una visión Histórica y socioantropológica de una enfermedad popular”. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*. Volumen 6, núm. 2, pp. 45-63.

Cantón, Manuela, 2009, *La razón hechizada. Teorías antropológicas de la religión*, Barcelona, Editorial Ariel.

Casaús Arzú, Marta Elena, 1999, “Reflexiones en torno a la legitimidad del Estado, la nación y la identidad en el marco de los Acuerdos de Paz en Guatemala”, *Anuario de Estudios Centroamericanos*, Vol. 25, Núm. 1, pp.7-31.

Casillas, Rodolfo, 2008, “Las rutas de los centroamericanos por México, un ejercicio de caracterización, actores principales y complejidades”, *Migración y Desarrollo*, en <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66001007>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Castañeda, Alejandra, 2015, Reporte del Observatorio de Legislación y Política Migratoria “Programa Frontera Sur o la política de persecución de migrantes en México”, Dolores París Pombo y Alejandra Castañeda, coords. del proyecto Observatorio de Legislación y Política Migratoria, Tijuana, Observatorio de Legislación y Política Migratoria, El Colegio de la Frontera Norte, Comisión Nacional de los Derechos Humanos México, pp. 1-13.

Castilla, Carmen, 2008, “Religiosidad y curación en Andalucía: el modelo de la promesa y el exvoto”, *Actas de las XXI Jornadas de Patrimonio de la Comarca de la Sierra*, Diputación: Huelva, pp. 447-463.

Castillo, M. Ángel, 1992, “Las migraciones centroamericanas en México”, en *Los procesos migratorios centroamericanos y sus efectos regionales*, Casillas, Rodolfo comp., México, FLACSO, pp., 7-29.

Castillo, M. Ángel y Toussaint, Mónica, 2015, “La frontera sur de México: orígenes y desarrollo de la migración centroamericana”, *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, vol. 12, núm. 2, julio-diciembre, 2015, 59-86.

Castro, Roberto, 2001, “Sociología médica en México: el último cuarto de siglo (Medical Sociology: The Last Quarter of a Century)”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 63, núm. 3, julio - septiembre, pp. 271-293.

Cervantes, Maya, 2016, “La Bestia y algunos daños a la salud para quienes se transportan en ella”, Comunidad Interdisciplinaria de Estudios Migratorios (CIEM), marzo 2016, en <<https://ciemcomunidad.wordpress.com/2016/03/>>, consultado el 25 de mayo de 2016.

Charmaz, Kathy, 2000, “Constructivist and objectivist grounded theory”, en Norman Denzin e Yvonna S. Lincoln comp., *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, California, Sage, 2da edición, pp. 509-535.

Chávez Galindo, Ana María y Landa Guevara, Antonio, 2012, “Migrantes en su paso por México: nuevas problemáticas, rutas, estrategias y redes” [ponencia]. Sesión: Inseguridad, violencia y movilidad internacional. *XI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*. Realizada del 30 de mayo a 1ro de junio de 2012, Aguascalientes, SOMEDE, en <<http://www.somede.org/xireunion/ponencias/Migracion%20internacional/147Pon%20Ana%20Ma%20Chavez-Antonio%20Landa.pdf>>, consultado el 6 de marzo de 2016.

Cipriani, Roberto, 2004, *Manual de Sociología de la Religión, Argentina*, Siglo veintiuno, pp. 359.

Cohen, Milton, 1984, “The Ethnomedicine of the Garífuna (Black Caribs) of Río Tinto, Honduras”, *Anthropological Quarterly*, Vol. 57, No. 1 (Jan., 1984), pp. 16-27.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), 1999, “Honduras: evaluación de los daños ocasionados por el Huracán Mitch, 1998. Sus implicaciones para el desarrollo económico y social y el medio ambiente”, 26 de enero de 1999, Naciones Unidas, CEPAL, pp. 105.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPALa), 2004, “Guatemala: evaluación de los daños ocasionados por el Huracán Mitch, 1998. Sus implicaciones para el desarrollo económico y social y el medio ambiente”, 22 de julio de 2004, Naciones Unidas, CEPAL, pp. 77.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPALb), 2004, “El Salvador: evaluación de los daños ocasionados por el Huracán Mitch, 1998. Sus implicaciones para el desarrollo económico y social y el medio ambiente”, 16 de julio de 2004, Naciones Unidas, CEPAL, pp. 81.

Comisión Episcopal para la Pastoral Social-Cáritas Mexicana (CEPS-Cáritas), 2013, “Dimensión Episcopal de Pastoral de Movilidad Humana”, “Dimensiones”, 21 de noviembre, en <<http://caritasmexicana.org/dimensiones/205-movilidad-humana/informacion-de-la-pastoral>>, consultado el 26 de enero de 2016.

Corbetta, Piergiorgio, 2007, “La entrevista cualitativa”, *Metodología y técnicas de investigación social*, Madrid, McGraw-Hill, pp. 343-373.

DelaPeña-Padilla, S., 2014, "Nuevos contextos y dinámicas migratorias en la región Centroamérica-Norteamérica”, en *Análisis Plural*, segundo semestre de 2014, Tlaquepaque, Jalisco, ITESO, pp. 171-184.

Del Cid, José Rafael, 1992, “Migración interna e internacional en Centroamérica”, en *Los procesos migratorios centroamericanos y sus efectos regionales*, Casillas, Rodolfo comp., México, FLACSO, pp., 31-41.

Denzin, Norman K. y Lincoln, Yvonna, 1994, “Designing funded qualitative research”, en *Handbook of Qualitative Research*, SAGE, Londres, pp. 220-235.

Diario Oficial de la Federación (DOF), 2014, “Ley de Migración”, el 25 de mayo de 2011, última reforma publicada en el *DOF* 30 de octubre de 2014, Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República.

Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), 2007, “Población indígena por sexo según municipio” y “Población según grupo étnico”, en *Tomo I Población. Características generales*, Censo de Población y Vivienda 2007, Gobierno de El Salvador.

Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), 2014, “Principales resultados”, en Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples, Gobierno de El Salvador, pp. 1-55.

Durkheim, Émile, 2007, “Definición del fenómeno religioso y de la religión”, *Las formas elementales de la vida religiosa*, Madrid, Akal, pp. 21-42.

El Colegio de la Frontera Norte, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Consejo Nacional de Población, Unidad de Política Migratoria, Secretaría de Relaciones Exteriores, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México, www.colef.mx/emif

Eliade, Mircea, 1998, *Lo sagrado y lo profano*, México, Paidós.

Foote, Joanna y Mary Small, 2013, *Inseguridad permanente: abusos contra centroamericanos en México*, Washington, Jesuit Refugee Service USA, en https://www.jrsusa.org/assets/Publications/File/Inseguridad_Permanente_web.pdf consultado el 16 de mayo de 2016.

García Canclini, Néstor, 1986, “Gramsci y las culturas populares en América Latina”, *Dialéctica*, Universidad Autónoma de Puebla, México, año 9, núm. 18, pp. 13-33.

García Espada, Antonio, 2013, “Patronos populares salvadoreños”, *Boletín de la Academia Salvadoreña de la Historia*, núm. 3, pp. 1-19.

Garda, Roberto, 2004, “Complejidad e intimidad en la violencia de los hombres: reflexiones en torno al poder, el habla y la violencia hacia las mujeres”, en Teresa Fernández de Juan, coord., *Violencia Contra la Mujer en México*, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, pp.119-142.

Garma Navarro, Carlos, 2000, “La socialización del don de lenguas y la sanación en el pentecostalismo mexicano”, *Alteridades*, vol. 10, núm. 20, pp.85-92.

Garma Navarro, Carlos, 2013, “La brujería como pecado en el protestantismo mexicano”, *Alteridades*, vol. 23, núm. 45, pp. 37-48.

Geertz, Clifford, 2006, “La religión como sistema cultural”, en *La interpretación de las culturas*, México, Gedisa, pp. 87-117.

Giddens, Anthony, 1998, “Elementos de la teoría de la estructuración”, en *La constitución de la sociedad*, Argentina, Amorrotu, pp., 39-75.

Giménez, Gilberto, 2007, *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/ITESO.

Giménez, Gilberto, 2014, “El retorno de las culturas populares en las ciencias sociales”, *Cultura representaciones soc* vol. 8 núm. 16, marzo, pp. 99-136.

González, Jorge, 1983, “Cultura (s) popular (es) hoy”. *Comunicación y cultura*, 1983, vol. 10, núm. 10, pp. 7-30.

González, Jorge, 1987, “Los frentes culturales. Culturas, mapas, poderes y lucha por las definiciones legítimas de los sentidos sociales de la vida”, *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, vol. 1, núm. 3, pp. 5-44.

González, Teresa, 2004, “Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad”, *Revista electrónica de psicología Iztacala*, vol. VII, núm. 2, marzo, pp., 19-29.

Good, Byron J., 1997, “Medical anthropology and the problem of belief”, *Medicine, rationality, and experience. An anthropology perspective*, 2^{da} reimpresión, New York, Cambridge University Press, pp. 1-24.

Hagan, Jacqueline Maria, 2012, *Faith, Hope and Meaning on the Undocumented Journey*, Cambridge, Harvard University Press.

Ham Chande, Roberto y Bustamante, Jorge A., 1979, “Las expulsiones de indocumentados mexicanos”, *Demografía y economía*, vol. 13, núm. 2, pp. 185-207.

Hamilton, Nora y Stoltz Chinchilla, 2001, Norma, “Origins and Patterns of Central American Migration” en *Seeking Community in a Global City: Guatemalans and Salvadorans in Los Angeles*, Philadelphia, Temple University Press, pp. 17-35.

Held, David y Mc Grew, 2003, “Para comprender la globalización”, *Globalización/Antiglobalización. Sobre la reconstrucción del orden mundial*, Barcelona, Paidós, pp. 13-20.

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández-Collado Carlos y Pilar Baptista Lucio, 2006 (1991), “Muestreo cualitativo” en Hernández, Sampieri, Roberto, Fernández-Collado Carlos y Pilar Baptista Lucio. *Metodología de la investigación*. (Cuarta edición). McGraw Hill, pp. 561-578.

Heyman, Josiah McC., 2011, “Cuatro temas en los estudios de la frontera contemporánea”, en Natalia Ribas-Mateos, edit., *El Río Bravo Mediterráneo: Las regiones fronterizas en la época de la globalización*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, pp. 81-98.

Infante, César, Idrovo, Alvaro J., Sánchez-Domínguez, Mario S., Vinhas, Stéphane, González-Vázquez, Tonatiuh, 2012, “Violence Committed Against Migrants in Transit: Experiences on the Northern Mexican Border”, *Journal Immigrant Minority Health*, núm. 14, pp., 449–459.

Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), 2014, *IHSS en cifras 2014*, IHSS, estadísticas <en <http://www.ihss.hn/estadisticas/Paginas/EstadisticasIHSS.aspx>>, consultado el 17 de mayo de 2016.

Instituto Nacional de Estadística (INEa), 2013 “*Estadísticas Sociodemográficas*”, en Caracterización Estadística. República de Guatemala 2012, Guatemala, Gobierno de Guatemala, INE, pp. 11-24, en <<http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/26/5eTCcFIHERnaNVeUmm3iabXHAKgXtw0C.pdf>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Instituto Nacional de Estadística Honduras (INEb), 2013, “Resultados básicos”, en XVII Censo de Población y VI de Vivienda 2013, INE Honduras, Gobierno de la República de Honduras, en <<http://www.redatam.org/binhnd/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=CPVHND2013&lang=ESP>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), s.a., “México en cifras. Información nacional, por entidad federativa y municipios”, en <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=21>>, consultado el 17 de mayo de 2016.

Instituto Nacional de Migración, 2015 (INM), “Grupos Beta del INM”, Programas INM, en <http://www.inm.gob.mx/index.php/page/Grupo_Beta>, consultado el 22 de diciembre de 2015.

James, William, 1994, *Las variedades de la experiencia religiosa. Estudio de la naturaleza humana*, 2da ed., Madrid, Ediciones Península.

Kolakowski, Leszek, 2002, *Si Dios no existe... Sobre Dios, el diablo, el pecado y otras preocupaciones de la llamada filosofía de la religión*, 2^{da} reimp., Madrid, Tecnos.

Krajewski-Jaime, Elvia R., 1991, “Folk-Healing Among Mexican-American Families as a Consideration in the Delivery of Child Welfare and Child Health Care Services”, *Child Welfare*, vol. LXX, núm. 2, marzo-abril, pp. 157-167.

Laurell, Asa Cristina, 1981, “La salud-enfermedad como proceso social”. *Revista Latinoamericana de Salud*, vol. 2, núm. 1, pp. 7-25.

Lemus, Jorge, 2008, “Un modelo de revitalización lingüística: el caso del náhuatl/ pipil de El Salvador”, *WANI*, Universidad Don Bosco, El Salvador, pp. 25-47.

Leyva Flores, René, *et al.*, 2009, VIH/SIDA y grupos móviles en México y Centroamérica: estrategias regionales para la reducción de la vulnerabilidad, en Manuel Ángel Castillo García, *et al.*, coord., *Nuevas tendencias y nuevos desafíos de la migración internacional*. Memorias del Seminario Permanente sobre Migración Internacional, vol. III. México, D. F., El Colegio de México; Tijuana, Baja California, México, El Colegio de la Frontera Norte, pp. 277-295.

Leyva, René y Quintino, Frida, 2011, “Marco conceptual y metodológico: diseño de un modelo integral para migración y salud sexual y reproductiva en zonas fronterizas”, en René Leyva y Frida Quintino edits., *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública pp. 51-68.

Lindón, Alicia, 1999. Narrativas autobiográficas, memoria y mitos: una aproximación a la acción social. En *Economía, Sociedad y Territorio*, vol. II, núm. 6, pp. 295-310.

Maya Barradas, Rafael, 2014, “Niegan derecho a la salud a las migrantes en México y EU”, *Cimac Noticias*, en “La otra ruta migratoria”, 28 de febrero, en <<http://www.cimacnoticias.com.mx/node/65795>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Mendelson, Michael, 1959, “Maximon: An Iconographical Introduction”, *Man*, vol. LIX, pp. 57-60.

Menéndez, Eduardo L., 1981, *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, D.F., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de La Casa Chata.

Menéndez, Eduardo, 1992, “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”, en Roberto Campos, *La antropología médica en México*, Tomo 1, México, D. F., Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 97-114.

Menéndez, Eduardo, 1994, “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”, *Alteridades*, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83.

Ministerio de Educación, 2011, “Calidad de la Educación y Ampliación de la Secundaria Básica”, Banco Mundial, en <http://www.mineduc.gob.gt/portal/contenido/menu_lateral/programas/educacion_bilingue/documentos/Plan%20Pueblos%20Indigenas.pdf) >, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Morales, Agus, 2014, “#Cruzando México”, en *Éxodos*, Médicos Sin Fronteras, en <http://exodus.msf.org/es/mexico.html>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Moreno-Altamirano, Laura, 2007, “Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica”, *Salud pública de México*, vol. XLIX, núm. 1, enero-febrero, pp., 63-70.

Muzur, Amir, Skrobonja, Ante, Rotschild, Vlasta, Skrobonja, Ante Jr., 2005, “Saints-protectors from Snake Bite: A Short Overview and a Tentative Analysis”. *Journal of Religion and Health*, vol. 44, núm.1, primavera, pp., 31-38.

Nigenda, Gustavo, Ruiz-Larios, José Arturo, Bejarano-Arias, Rosa María, Jacqueline, Alcalde-Rabanal, Elizabeth y Bonilla-Fernández, Pastor, 2009, “Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud”, *Salud pública de México*, México, vol. LI, núm. 5, septiembre-octubre, pp. 407-416.

Odgers Ortíz, Olga, 2006, “Movilidades geográficas y espirituales: cambio religioso y migración México-Estados Unidos”, *Economía, Sociedad y Territorio*, vol. VI, núm. 22, pp. 399-430.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2014, “La migración en México”, Hechos y cifras, *Organización Internacional para las Migraciones*, Hechos y cifras, México, en <http://oim.org.mx/?page_id=90>, consultado el 31 de diciembre 2014.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM), s.a., “Los términos clave de migración”, en Migración, en <<https://www.iom.int/es/los-terminos-clave-de-migracion>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2005, “CEPAL reporta pérdidas de mil millones de dólares en Guatemala por huracán Stan”, Noticias, Centro de Noticias ONU, en <<http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=5730#.Vzuy2PI97IU>>, consultado el 17 de mayo de 2016.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 1946, *Official Records of the World Health Organization*, N° 2, pp. 100.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016, “Chikungunya”, Centro de prensa, nota descriptiva, abril de 2016, en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>>, consultado el 31 de mayo de 2016.

Otto, Rudolf, 1996, *Lo santo, lo racional y lo irracional en la idea de Dios*, Madrid, Alianza editorial.

Páez, Samantha, 2015, “Criminales controlan a migrantes y narco en Puebla, acusan”, E-consulta.com, en “Sociedad”, miércoles 25 de noviembre, en <<http://www.e-consulta.com/nota/2015-11-25/sociedad/crimen-organizado-coopta-migrantes-centroamericanos-en-puebla>>, consultado el 04 de enero de 2016.

París Pombo, María Dolores, Ley Cervantes, Melissa y Peña Muñoz, Jesús, 2016, “Riesgos a la violencia social”, *Migrantes en México. Vulnerabilidad y Riesgos*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte, Organización Internacional para las Migraciones, pp. 21-29.

Pastor, Rodolfo, 2011, “De la paz al golpe, las últimas dos décadas, 1990-2009”, *Historia mínima de Centroamérica*, México, D.F., El Colegio de México A. C., pp. 340-373.

Pedron Colombani, Sylvie, 2008, “Diversificación y competencia religiosa en Guatemala: entre pentecostalismo y cultos “neotradicionales”, *Sociedade e Estado, Brasilia*, vol. XXIII, núm. 2, pp. 355, 379.

Pérez Caldentey, Esteban, Sunkel, Osvaldo y Torres Olivos, Miguel, s.a., “Introducción”, *Raúl Prebisch (1901-1986) Un recorrido por las etapas de su pensamiento sobre el desarrollo económico*, CEPAL, pp. 5-7.

- Petras, James, 1999, *Globalización: una crítica epistemológica*, México, UNAM.
- Pew Research Center, 2014, “Religión en América Latina: Cambio generalizado en una región históricamente católica”, en <<http://www.pewforum.org/files/2014/11/PEW-RESEARCH-CENTER-Religion-in-Latin-America-Overview-SPANISH-TRANSLATION-for-publication-11-13.pdf>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.
- Ponce, Ana, 2014, “Niegan hospitales de Torreón atención a migrante y muere”, *El Siglo de Torreón*, miércoles 10 de septiembre, en <<https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/1035976.niegan-hospitales-de-torreon-atencion-a-migrante-y-muere.html>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.
- Prebisch, Raúl, s.a., “América Latina y la elevada productividad de Estados Unidos”, *El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas*, CEPAL, pp. 20-24.
- Presidencia de la República, 2014, “Programa Frontera Sur”, comunicado de prensa, Blog, 7 de julio, en <<http://www.gob.mx/presidencia/articulos/programa-frontera-sur-10290>>, consultado el 10 de enero de 2016.
- Press, Irwin, 1978, “Urban Folk Medicine: A Functional Overview”, *American Anthropologist*, New Series, Vol. 80, No. 1 (Marzo), pp. 71-84.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2014, “Anexo estadístico” en *Informe sobre Desarrollo Humano 2014*, pp. 171-243.
- Puerta, Ricardo, 2004, “Entendiendo y explicando la migración hondureña a Estados Unidos”, *Población y Desarrollo - Argonautas y caminantes*, Vol. 2, pp. 65-84.
- Ramírez, Jorge, 2004, “La religiosidad popular en la identidad cultural latinoamericana y caribeña”, en Noemí Quezada, edit., *Religiosidad popular. México, Cuba*, México, D. F., Universidad Nacional Autónoma de México, Plaza y Valdés Editores, pp., 24-44.
- Rigoni, Flor María, 2008, “Reflexiones en el camino del migrante: expresiones, gestos y rituales del pueblo indocumentado y refugiado de Centroamérica hacia El Norte”, *México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, Miguel Ángel Porrúa.
- Robertson, Roland, comp., 1980, *Sociología de la Religión, México*, Fondo de Cultura Económica.
- Rodríguez, Ernesto, coord. editorial, 2014, *Migración centroamericana en tránsito por México hacia Estados Unidos: Diagnóstico y recomendaciones. Hacia una visión integral, regional y de responsabilidad compartida*, México, D.F., ITAM.
- Rodríguez, Gregorio y J. Gil y E. García, 1999. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, Ediciones Aljibe. Pp. 197-218
- Ruiz Marrujo, Olivia, 2005, “La inmigración indocumentada como metáfora de riesgo en la globalización”, *Estudios Sociológicos*, Vol. XXIII, Núm. 2, (mayo-agosto), pp. 611-636.

Ruiz Marrujo, Olivia, 2012, "Violence and undocumented migration of women at Mexico's borders: narratives of God, faith and the sacred in survival and healing", *Peace Building in Society and Religion: Feminist Practices of Intercultural Transformation*, Vol., pp. 1-31.

Sáez A., Hugo Enrique, 2008, "Teoría y práctica del trabajo de campo", en *Cómo investigar y escribir en Ciencias Sociales*, México, D. F., UAM-Xochimilco, pp. 243-272.

Salazar Ugarte, Pedro, Barrera Rosales, Paulina y Espino Armendáriz, Saúl, 2015, *Estado laico en un país religioso. Encuesta Nacional de Religión, Secularización y Laicidad*, México, Universidad Autónoma de México.

Salles, Vania, 1995, "Ideas para estudiar las fiestas religiosas: una experiencia en Xochimilco" *Alteridades*, vol. 5, núm. 9, pp. 25-40.

Salles, Vania y Valenzuela, José Manuel, 1997, *En muchos lugares y todos los días. Vírgenes, santos y niños Dios. Mística y religiosidad popular en Xochimilco*, México, El Colegio de México.

Sampó, Carolina, 2013, "La violencia en Centroamérica: las maras en El Salvador, Guatemala y Honduras", *Estudios de seguridad y defensa*, Núm. 2 (diciembre), pp. 139-158. En <http://esd.anepe.cl/wp-content/uploads/2014/04/Libro_ESD_Numero_2.pdf#page=139>, consultado el 29 de mayo de 2016.

Sanchis Ochoa, Pilar, 1993, "Sincretismo de ida y vuelta", *Mesoamérica*, núm., 26, pp. 253-266.

Santana, Adalberto, 2013, "Golpe de Estado en Honduras", *Archipiélago*, vol. 17 núm. 65, pp. 12-13, en <<http://www.journals.unam.mx/index.php/archipelago/article/view/20131/19121>>, consultado el 11 de marzo de 2016.

Scott, James, C., 2000, *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*, México, D. F., Ediciones Era.

Scott, Joan, 1996, "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en Marta Lamas, comp., *El género: una construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG/Porrúa, pp. 265-301.

Secretaría de Gobernación (SEGOB), 2015, "Estadísticas Migratorias, enero-noviembre 2015", Mapa de estadísticas básicas, en "Estadísticas", en http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Mapa_de_estadisticas_basicas_Jv

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplán), s.a., "Guatemala un País Pluricultural", en <http://www.segeplan.gob.gt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=85> consultado el 17 de mayo de 2016.

Secretaría de Salud, s.a., *Programa de acción específico 2007-2012, Vete Sano, Regresa Sano*, México, D. F. pp. 1-80.

Segato, Laura Rita, 2014, *Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres*, Puebla, México, Pez en el árbol.

Seguridad, Justicia y Paz, 2015, “Por cuarto año consecutivo, San Pedro Sula es la ciudad más violenta del mundo”, en <<http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/biblioteca/prensa/send/6-prensa/198-las-50-ciudades-mas-violentas-del-mundo-2014>>, consultado el 29 de mayo de 2016.

Seguridad, Justicia y Paz, 2016, “Listado de las 50 ciudades más violentas del mundo en 2015”, en <<http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/biblioteca/prensa/send/6-prensa/230-caracas-venezuela-es-la-ciudad-mas-violenta-del-mundo>>, consultado el 29 de mayo de 2016.

Servan-Mori, Edson, Leyva-Flores, Rene, Infante Xibille, Cesar, Torres-Pereda, Pilar, Garcia-Cerde, 2014, “Migrants Suffering Violence While in Transit Through Mexico: Factors Associated with the Decision to Continue or Turn Back”, *Journal of Immigrant Minority Health*, núm. 16, pp., 53–59.

Sosa Iglesias, José Eugenio, 2014, “Honduras: Entre criminalidad, enfrentamiento mediático, protesta social y resultados electorales cuestionados”, *Revista de Ciencia Política*, vol. 3, núm. 1, pp.: 203-219.

Sota García, Eduardo, 2010, *Religión “por la libre”. Un estudio sobre la religiosidad de los jóvenes*, México, Universidad Iberoamericana.

Strauss, Anselm L., 2003, “Introduction”, en *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 1-39.

Strauss, Anselm L. y Corbin, Juliet, 2002, “Introducción”, en *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Medellín, Editorial Universidad de Antioquía, pp. 11-25.

Trinidad Requena, Antonio, Carrero Planes, Virginia, Soriano Miras, Rosa Ma., 2006, “Elementos de la teoría fundamentada”, en *Teoría Fundamentada Grounded Theory: la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*, Cis Centro de Investigaciones Sociológicas, Cuadernos Metodológicos 37. Madrid, 2006, pp. 23-58.

Unidad de Política Migratoria (UPM), 2015, “Extranjeros presentados y devueltos”, en *Síntesis 2015. Estadística migratoria*, México, D. F., Secretaría de Gobernación, pp. 29-35.

United States Department of State, 2013, “Informe sobre la libertad religiosa internacional en Guatemala 2013”, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, pp. 1-4, en <<http://photos.state.gov/libraries/guatemala/788/pdfs/IRF2014Guatemala.pdf>>, consultado el 22 de diciembre de 2015.

Valencia, Sayak, 2010, *Capitalismo gore*, España, Melusina.

Valenzuela Arce, José Manuel, 2003, “Persistencia y cambio de las culturas populares”, en José Manuel Valenzuela coord., *Los estudios culturales en México*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Fondo de Cultura Económica, pp. 208-260.

Valenzuela, José Manuel, 2011, “Religiosidad, mística y cultura popular”, en Alberto Hernández coord., *Nuevos caminos de la fe. Prácticas y creencias al margen institucional*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte, Universidad Autónoma de Nuevo León, El Colegio de Michoacán, pp., 193-217.

Villanueva Domínguez, María Isabel, 2012, “Género y migración: estrategia de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México”, en Rojas Wiesner, Martha Luz y Esperanza Tuñón Pablos, coords., *Género y migración I*, México, Ecosur-El Colef-El Colmich y Ciesas, pp. 91-116.

Wallerstein, Immanuel, 2005, *Análisis de Sistemas-Mundo: una introducción*, México, Siglo XXI.

Warburg, Margit, 1999, “Baha’i: A Religious Approach to Globalization”, *Social Compass*, Vol. 46, Núm.1, pp. 47–56.

Zinecker, Heidrun, 2012, “Más muertos que en la guerra civil. El enigma de la violencia en Centroamérica.”, San Salvador, Friedrich-Ebert-Stiftung, pp. 1-19, en <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/09184.pdf>>, consultado el 14 de marzo de 2016.

Zolla, C., Argueta, A., Los pueblos indígenas de México, 2009, Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana. *Medicina tradicional mexicana*, “curandero”; “sobador”; “brujo”; “mal de ojo” en <<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/index.php>>, consultado el 14 de julio de 2016.

Zolla, Carlos y Sánchez García, Carolina, 2010, “Modelos de atención a la salud, pueblos indígenas en interculturalidad médica”. En *Pueblos indígenas e indicadores de salud*, México, D. F., PUMC, UNAM-OPS, OMS, pp. 26-33.

ENTREVISTAS

Andrés [Entrevista], 2015, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Puebla.

Ángel [Entrevista], 2015, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Aurora [Entrevista], 2016, enfermera, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Puebla.

Carlos [Entrevista], 2015, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Gabriel [Entrevista], 2015, encargado de Casa de Migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Puebla.

Gilberto [Entrevista], 2016, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Héctor [Entrevista], 2015, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Puebla.

Helena [Entrevista], 2016, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Hernán [Entrevista], 2016, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Juan [Entrevista], 2015, encargado de Casa de Migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Puebla.

Mireya [Entrevista], 2015, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Puebla.

Néstor [Entrevista], 2016, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Rodrigo [Entrevista], 2016, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Roger [Entrevista], 2016, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Samuel [Entrevista], 2015, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Sergio [Entrevista], 2016, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Susana [Entrevista], 2015, encargada de Casa de Migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

Uriel [Entrevista], 2015, migrante, por Maya Cervantes Martínez, [trabajo de campo], Apizaco.

La autora es licenciada en Antropología Cultural por la Universidad de Las Américas, Puebla. Ha sido asistente de investigación para diferentes proyectos en el Instituto Nacional de Salud Pública de México, pertenece a la Comunidad Interdisciplinaria de Estudios Migratorios (CIEM). Es egresada de la Maestría en Estudios Culturales de El Colegio de la Frontera Norte.

Correo electrónico: maya.cervantes.m@gmail.com

© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.

Forma de citar: Cervantes Martínez, Maya (2016). “Sólo le pido a Dios protección y salud: entrecruce de salud y religiosidad en migrantes centroamericanos indocumentados en su paso por México”. Tesis de Maestría en Estudios Culturales. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 123 pp.