

Servicios de salud mental para la población en movilidad. Las limitaciones del sector público, privado y de la sociedad civil en México♦

Mental health services for the mobile population: Limitations of the public, private, and civil society sectors in Mexico.

Nayelhi Saavedra♦♦

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

ORCID: [0000-0002-6435-9800](https://orcid.org/0000-0002-6435-9800)

Jorge Galván Reyes♦♦♦

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

ORCID: [0000-0002-8113-9447](https://orcid.org/0000-0002-8113-9447)

Sarahí Alanís♦♦♦♦

ORCID: [0009-0002-6564-8732](https://orcid.org/0009-0002-6564-8732)

Fecha de recepción: 5 de mayo del 2024

Fecha de aceptación: 21 de junio del 2024

ISSN: 2415-2498

Saavedra, Nayelhi, Galván-Reyes, Jorge, & Alanís, Sarahí (2024). «Servicios de salud mental para la población en movilidad: Las limitaciones del sector público, privado y de la sociedad civil en México». *Politai: Revista de Ciencia Política*, Año 15, N.º 24: pp. 41-60. DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.002>

-
- ♦ Agradecemos el financiamiento que nos otorgó el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología, CONAHCYT para la realización de este proyecto.
 - ♦♦ Doctora en Antropología. Adscrita al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Correo electrónico: itandehui.saavedra@gmail.com
 - ♦♦♦ Maestro en Psicología. Adscrito al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
 - ♦♦♦♦ Doctora en Psicología. Investigadora Independiente

RESUMEN

Las estrategias implementadas por el Estado para proporcionar servicios de salud mental a la población en movilidad han sido endebles y discontinuas. Entre las razones está el reducido presupuesto dedicado a la infraestructura y a los recursos humanos del sistema de salud público. Por ello, la tarea ha recaído directamente las organizaciones de la sociedad civil (OSC), las asociaciones y las agencias internacionales (AI), y de manera indirecta en los financiadores. Sin embargo, debido a las limitaciones y dinámicas de todos éstos, los servicios que ofrecen no logran satisfacer las necesidades de atención de los migrantes. El objetivo del estudio es conocer quiénes son los actores que ofrecen servicios de salud mental, cómo los ofrecen, y comprender cuáles son los factores que subyacen en la escasa oferta de servicios. Se trata de una investigación exploratoria descriptiva en la cual utilizamos una metodología cualitativa. De 2019 a 2023, realizamos 81 entrevistas a integrantes de las instancias arriba mencionadas, así como a personal de varias dependencias gubernamentales, en lugares donde convergen importantes flujos de migrantes: CDMX, Tijuana, y localidades de tres estados, Morelos, Hidalgo y Michoacán. Encontramos que los obstáculos identificados por los participantes están relacionados con las políticas públicas y el financiamiento, los recursos humanos disponibles en las OSC, y los recursos materiales, administrativos y humanos del sector público. El asunto que subyace a las limitaciones es la falta de regulaciones explícitas y las normas soterradas que modelan cualquier acción del personal del sector público, de las OSC y AI, así como de los financiadores.

Palabras clave: Migración, servicio de salud mental, OSC, México, metodología cualitativa

ABSTRACT

The strategies implemented by the State to provide mental health services to the mobile population have been weak and discontinuous. One of the reasons is the reduced budget assigned to infrastructure and human resources in the public health sector. So far, the task has fallen directly to civil society organizations (CSO), associations and international agencies (IA), and indirectly to financiers. However, because of limitations and dynamics of all of them, the services they offer fail to satisfy the care needs of migrants. The aim of the study is to know who offer mental health services, how do they offer it, and to understand the factors which are underneath that restrict supply of services. This is a descriptive exploratory research. We use a qualitative methodology. From 2019 to 2023, we conducted 81 interviews with members of CSO, associations, IA and personnel from government agencies, in places where important flows of migrants converge: CDMX, Tijuana, and towns in three states, Morelos, Hidalgo and Michoacán. We realized that the obstacles identified by the participants are related to public policies and financing, the human resources available in CSO, and the material, administrative and hu-

man resources in the public sector. The issue underlying the limitations is the lack of explicit regulations and the hidden norms that shape any actions of public sector staff, CSO and IA, as well as funders.

Keywords: *Migration, mental health service, CSO, Mexico, qualitative methodology*

1. Introducción

Diversos estudios han documentado que el impacto de los procesos de movilidad (expulsión del país, tránsito y llegada al destino, retorno y reinserción) en el bienestar psicológico de las personas es alto, diferencial y generalmente se encuentra desatendido (Zimmerman y cols., 2011; Fernández-Niño y cols., 2014, Requena y cols., 2015; Willen y cols., 2017; Rosales y cols., 2017; Médicos Sin Fronteras, 2020). A pesar de que la evidencia señala cuán importante es atender el aspecto psicoemocional de las personas migrantes, en este caso de aquellos que confluyen en México³, los esfuerzos por parte del Estado para proporcionarles atención, han resultado insuficientes (Cervantes, 2021; Velasco y Hernández, 2021). La explicación inmediata podría encontrarse en el conjunto de debilidades que reúne el sistema de salud mexicano y que están relacionadas con el escaso gasto del PIB en salud⁴. El reducido presupuesto ha generado rezagos importantes en la infraestructura y en la disponibilidad de recursos humanos (Lomelí, 2020; Sovilla y cols., 2022). Por ejemplo, en el país existen 12 psicólogos por cada cien mil habitantes, y solamente un pequeño porcentaje de ellos trabaja en el primer nivel de atención (donde hay mayor oportunidad de acceso para la población en general); además, hay una clara tendencia a concentrarse en las zonas urbanas, descuidando las rurales (Cámara de Diputados, 2017; Berenzon y cols., 2018). Por otro lado, las estrategias para proporcionar servicios de salud mental a la población en general y a los migrantes en particular, han sido endebles y discontinuas, ya que se han caracterizado por contar con una pobre inversión presupuestal (Cervantes, 2021; Valdez, 2021).

En vista de lo anterior, la tarea de proporcionar servicios de salud mental a la población en movilidad ha recaído en diversas organizaciones de la sociedad civil (OSC) y en agencias internacionales (AI). Esta situación también ha sido documentada en otros países de América Latina como Costa Rica y Perú (Dobles y cols., 2014; Jave, 2021). En una investigación realizada en este último país, se reportó que de diez albergues visitados, cuatro contaban con psicólogos como parte del equipo y cinco recibieron apoyo de otras OSC locales e internacionales. Aun con la presencia de estos profesionales, el servicio sigue siendo limitado y no se ajusta a las necesidades de la mayoría de las personas migrantes (Jave, 2021). Consideramos que las dificultades para ofrecer el servicio están relacionadas, no solo con las limitaciones del sistema de salud, sino con los intereses y dinámicas de las diversas OSC y AI que interactúan con las personas migrantes, incluso con las políticas migratorias regionales y la falta de políticas migratorias locales.

1.2. Organizaciones de la Sociedad civil, asociaciones, agencias internacionales y financiadores privados

Varios autores coinciden en que la atención a la población en movilidad, tanto extranjeros como mexicanos deportados y retornados, ha recaído principalmente en los siguientes actores: OSC, asociaciones y AI (Bobes, 2017; Rincón 2018; Carrascosa y Lacomba, 2020;

³ México es considerado un país de expulsión, recepción, tránsito y retorno de migrantes (Bobes y Pardo, 2019). Para este trabajo consideramos a dos colectivos, las personas de diferentes nacionalidades que están en camino hacia los Estados Unidos (EU), y que por diversas razones deben permanecer en territorio mexicano por periodos indefinidos. Por otro lado, a los mexicanos que emigraron a los EU y fueron deportados o vivieron un retorno forzado a México.

⁴ Para el 2019, el gasto sanitario representó el 5.5% del PIB, y la cobertura de un conjunto básico de servicios de salud en México es la más baja en la OCDE con 89.3%. Los gastos de bolsillo siguen siendo altos, con un 41% del gasto total en salud (Guanais, 2023).

Castro y Castro 2020; Cloquell y Vázquez, 2020). Las OSC se caracterizan por ser autónomas del estado, tener un mínimo de organización formal, y para realizar sus proyectos y actividades, generalmente dependen de financiadores (fundaciones, organismos nacionales e internacionales y fondos estatales), y de la colaboración voluntaria de algunas personas. Las OSC más conocidas son los albergues, hay laicos y confesionales, y otras OSC se dedican a labores de incidencia, investigación, y monitoreo entre otras (Bobes y Pardo, 2019).

Uno de los aspectos de las OSC que ha sido objeto de cuestionamientos es el predominio de una labor meramente asistencialista. Sin embargo, esta disposición podría obedecer al adelgazamiento del Estado (como proveedor de servicios) y al mismo tiempo, responder a los requisitos de las convocatorias que lanza el gobierno para financiar actividades comunitarias (Rincón, 2018; Castro y Castro, 2020). La persecución del financiamiento estatal ha traído algunas consecuencias negativas porque los largos procesos y abundantes trámites demandan mucho tiempo y recursos humanos, entonces algunas OSC terminan descuidando las actividades sustantivas de apoyo a los migrantes (Castro y Castro 2020; Cloquell y Vázquez, 2020).

Además de las OSC, están las asociaciones conformadas por grupos específicos, por ejemplo, por los retornados desde EU a México, y lo más común es que se autofinancien. Las asociaciones realizan activismo político en pro de su grupo y también ofrecen acompañamiento a sus pares en asuntos prácticos, como buscar empleo, vivienda, etc. A decir de Rincón (2018), las asociaciones constituyen una respuesta al desinterés estatal por la vulnerabilidad de colectivos específicos, como las personas deportadas.

Otro conjunto de actores está conformado por las AI, por mencionar algunas: la Organización Internacional de las Migraciones (OIM), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Médicos Sin Fronteras y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Las AI suelen contratar a profesionales de distintos campos y por lo general, su trabajo implica colaborar con otras OSC e instituciones del Estado, por ejemplo, el personal de Médicos Sin Fronteras, visita y da consulta a las personas alojadas en algunos albergues. No obstante, este tipo de colaboraciones implica retos y tensiones. Entre los primeros se encuentran las posibilidades de sostener la colaboración a largo plazo, establecer objetivos comunes y trabajar por conseguirlos. Las tensiones se manifiestan en la percepción que tienen las OSC de las AI, de acuerdo con Bobes (2017), mientras que el ACNUR es visto como propositivo y activo, la OIM recibe críticas por no canalizar los recursos a las áreas prioritarias ni aprovechar su influencia para hacer escuchar la voz de las OSC ante el gobierno.

Un aspecto delicado para las OSC y las AI son las implicaciones de operar con dinero proveniente, principalmente, del sector privado⁵. De acuerdo con la tendencia actual⁶, para acceder a este tipo de financiamiento, las OSC y AI corren el riesgo de caer en el mercantilismo y colaborar con una agenda o ideología ajena a sus principios y propósitos (Eikenberry y cols., 2018). Uno de los mayores problemas con la financiación privada, sobre todo en los países menos industrializados y con sistemas fiscales complacientes, es que al canalizar la riqueza hacia los servicios que proveen las OSC y AI, contribuyen a erosionar los fondos

⁵ En una investigación realizada en México por Bobes y Pardo (2019:110) señalan algunos de los financiadores, "...las OSC...para financiar sus proyectos y funcionamiento acuden sobre todo a fundaciones y organismos internacionales (Ford, McArthur, Kellogg, ONU, Unión Europea, etc.)."

⁶ Entre los financiadores predomina la lógica neoliberal que promueve una retórica antiestatal y un enfoque de mercado para la gobernanza de la actividad humana. Esta lógica favorece las políticas de privatización, desregulación y eliminación del bien público a favor de la responsabilidad individual. Este financiamiento se entiende como filantropismo, pero protege monopolios y sistemas fiscales que benefician a los grandes corporativos, los mayores financiadores pueden reclamar hasta un 40% de deducción fiscal por sus donaciones (Reich, 2018; Eikenberry y cols., 2018, Piketty, 2020).

que podrían destinarse al gasto público y con ello se empobrece aún más, al sector económico más débil de la población (Eikenberry y cols., 2018; Piketty, 2020). Por lo que los financiadores podrían propiciar el menoscabo del apoyo a este tipo de programas y exacerbar las mismas desigualdades sociales y económicas que pretenden remediar (McGoey, 2015; Eikenberry y cols., 2018).

Otro asunto que ha merecido críticas, es la zona gris que media entre los intereses del financiador y de las OSC o AI. En primera instancia, los financiadores tienen inclinación a costear determinados temas y proyectos por lo que, en ciertas ocasiones, las OSC y AI se ven en la necesidad de ajustar sus actividades para conseguir los fondos (Bobes y Pardo, 2019). En segundo término, desde la postura

del financiador podría resultar legítimo que al proporcionar fondos, pueda definir cuáles son las prioridades. Por ejemplo, en hospedaje, alimentación y salud de la población objetivo así como el grado de influencia que tendrá sobre las agendas de las OSC y AI, y finalmente sobre las políticas en las que éstas busquen tener incidencia (McGoey, 2015; Eikenberry y cols., 2018; Reich, 2018; Piketty, 2020).

1.3. Instituciones estatales mexicanas y políticas en migración

El Estado federal mexicano es uno de los actores principales en el escenario de la movilidad porque define las leyes migratorias, las cuales son muy recientes. Una es la Ley de Migración que se promulgó en el 2011. En términos generales, reglamenta los procesos de visado, de protección a la salud y a las condiciones de vida de los migrantes, también incluye aspectos puntuales para proteger a las víctimas de delitos. A pesar de esta ley, son numerosas las denuncias de extorsión y violencia cometidas contra personas migrantes y perpetradas por instituciones estatales como el Instituto Nacional de Migración (INM), la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), entre otras corporaciones policiacas estatales y locales (Rincón, 2018; Castro y Castro, 2020).

Otras instituciones estatales involucradas con las personas migrantes son las secretarías de Trabajo, de Seguridad Social (SIBISO), y de Salud (Bobes y Pardo, 2019). Con relación a esta última, debemos mencionar que las desigualdades económicas y sociales que persisten en México, se reproducen en la infraestructura, recursos sanitarios y acceso a los servicios de salud. Lo que significa que entre más vulnerable se encuentre una persona, grupo o región, tendrá menos acceso a los servicios médicos (Lomelí, 2020). Por ello, para la población en movilidad, el acceso a los servicios de cualquiera de los niveles de atención (tercero, segundo, incluso primero) y en cualquier área -medicina general, enfermería, psicología- tiende a ser restringido. Entre las barreras de acceso podemos mencionar, la falta de información sobre la disponibilidad de los servicios, las actitudes y prácticas discriminatorias (xenofobia y aporafobia) del personal de salud dentro de un marco institucional que las permite, la lejanía entre las clínicas y los albergues o rutas de paso, la burocracia del sistema salud, y la falta de procesos claros para la atención de esta población (Morris, 2019; Llanes-Díaz y cols., 2023).

Cuando se trata del acceso a los servicios de salud mental en el sector público, las personas migrantes, tanto extranjeras como retornadas, comparten con sus pares de otros países de América Latina, la falta de acceso a servicios de calidad que satisfagan sus necesidades (Dobles y cols., 2014; Rivera, 2019; Jave, 2021). Para tratar de subsanar esta situación, una de las estrategias a las que recurre el personal operativo de las OSC y las AI en México, es crear y aprovechar canales informales (conocidos, colaboradores, amigos) para lograr que las personas migrantes accedan a los servicios (Llanes-Díaz y cols. 2023).

Finalmente, las relaciones entre las instituciones estatales y el resto de los actores descritos, tienden a ser conflictivas antes que complementarias. Por principio, las OSC y el gobierno se posicionan como contendientes al disputar espacios y agendas políticas migratorias. El gobierno tiende a ver a las OSC que trabajan el tema migratorio como actores entrometidos en sus ámbitos de autoridad y como agentes que pueden vehicular intereses privados. Por su parte, las OSC suelen buscar la incidencia denunciando públicamente la indiferencia y pobre ejecución del Estado hacia las diversas problemáticas de los migrantes en temas de inseguridad, violencia, salud, y documentación (Bobes, 2017).

En este manuscrito abordamos los aspectos mencionados, desde el punto de vista de las personas que, de manera cotidiana, interactúan con la población en movilidad. Nos propusimos responder ¿quiénes y cómo proporcionan servicios de salud mental a la población en movilidad en diversos lugares de México?, y ¿cuáles son los factores que subyacen a las limitaciones de la atención especializada en salud mental dirigida a la población en movilidad?⁷

2. Metodología

La evidencia discursiva que analizamos proviene de una investigación exploratoria descriptiva en la cual utilizamos metodología cualitativa, y que realizamos del 2019 al 2023 en las ciudades de Tijuana, la CDMX, y localidades de tres diferentes estados: Morelos, Hidalgo y Michoacán. El estudio fue diseñado para conocer, desde las vivencias y percepciones de los actores sociales, los aspectos que limitan las acciones de las OSC, las asociaciones, las AI y de las instituciones públicas en el momento de atender a la población en movilidad, ya sea extranjeros o mexicanos, que requieren atención psicológica o psiquiátrica. Para ello se condujeron 57 entrevistas antropológicas individuales a voluntarios y personal de diversas instancias arriba mencionadas, así como entrevistas grupales a 24 personas distribuidas en tres grupos. En total hablamos con 81 personas.

2.1. Escenarios, participantes y colaboradores

Las localidades se eligieron en razón del número importante de migrantes en tránsito y de retorno que concentran, así como de la disponibilidad de OSC, asociaciones e instituciones públicas que les proporcionan alguna forma de atención. En la CDMX se entrevistaron de manera individual a 30 personas (ver tabla 1) y se realizaron entrevistas grupales⁸ a tres colectivos diferentes (ver tabla 2). La decisión de combinar dos técnicas de entrevista obedeció a razones prácticas. Debido a los horarios y cargas de trabajo de los potenciales entrevistados, acordamos que lo más conveniente sería realizar la entrevista bajo la modalidad grupal, de tal forma que pudiéramos conversar con todo el personal. En la ciudad de Tijuana se entrevistaron a 10 personas, en dos diferentes localidades del estado de Michoacán se entrevistaron a 11 personas, en un pueblo de Hidalgo, a cuatro y en otro de Morelos, a dos personas (ver Tabla 1).

⁷ Financiamiento: A partir del 2022, el proyecto recibió financiamiento de CONAHCyT del programa Fordecyt-Pronaces, F/3578.

⁸ Es una técnica que se refiere a la situación en la que el entrevistador formula preguntas sobre un tema a un grupo preexistente, es decir, no es un grupo conformado exclusivamente para ser entrevistado. Con esta técnica se buscan descripciones detalladas de experiencias compartidas por los integrantes del grupo, y entre las ventajas es que aportan gran cantidad de información y estimula la emergencia de recuerdos compartidos (Fontana y James, 2015).

Utilizamos un muestreo intencional para seleccionar a todos los participantes ya que buscamos y elegimos a quienes tuvieran experiencias con la población en movilidad que interesara a los objetivos de la investigación. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad (tener 18 años o más), y que en el momento del estudio realizara alguna actividad relacionada con la población en movilidad, mientras que los de exclusión fueron ser menor de 18 años y no tener contacto directo con esta población. Consideramos que la muestra de participantes estaba completa cuando contamos con al menos una entrevista de cada tipo de instancia que, de acuerdo con la literatura revisada, ejecutan alguna acción directa con los migrantes (Bobes, 2017; Velasco, 2018; Rincón, 2018; Candiz y Bélanger, 2018; Bobes y Pardo, 2019; Carrascosa y Lacomba, 2020). Una vez que, con cada nueva entrevista ya no obteníamos información diferente, consideramos que alcanzamos la saturación de datos, con la cual no se agota el objeto de estudio ni la realidad empírica pero sí las unidades o categorías de análisis (Suárez y Arenas, 2013; Flick, 2018).

El equipo de investigación estuvo conformado por un maestro en psicología, una doctora en psicología y una doctora en antropología quienes elaboraron el protocolo del estudio, organizaron y coordinaron las actividades de investigación, establecieron los contactos, realizaron las entrevistas en la CDMX, Hidalgo y Morelos, transcribieron algunas entrevistas, organizaron, resguardaron el material discursivo, analizaron el material y redactaron el presente texto. En la ciudad de Tijuana y las localidades de Michoacán, para realizar las entrevistas, contamos con el apoyo de estudiantes graduados de psicología y un maestro en estudios culturales.

2.2. Procedimiento

Para establecer el contacto con los entrevistados se procedió de manera similar en todos los escenarios. Primero, alguno de los integrantes del equipo se comunicó (de forma presencial, vía telefónica o mediante correos electrónicos) con una persona que estuviera colaborando en una de las instancias de interés. Durante el primer contacto se les explicó el objetivo de la investigación, la forma en cómo recabaríamos la evidencia discursiva, los procedimientos para su resguardo y análisis, y cómo se divulgarían los hallazgos del estudio. También se les facilitó el protocolo del estudio, se subrayó que se trataba de una participación voluntaria, y a quienes aceptaron participar se les entregó el consentimiento informado. La mayoría de las personas contactadas aceptaron participar en el estudio, quienes no aceptaron fue por cuestiones de horario.

Después del primer contacto se acordaba una reunión en algún lugar que cumpliera con un mínimo de características para mantener la confidencialidad de la conversación, en el que no hubiera interrupciones y donde el entrevistado se sintiera cómodo. Una vez que concluía la entrevista, utilizando la técnica “bola de nieve”, se les pedía que nos pusieran en contacto con otras personas que también proporcionaran alguna forma de atención a la población en movilidad ya fuera en su misma instancia o en otras de su localidad y/o ciudad.

2.3. Instrumentos

Para ambas modalidades de entrevista, se recurrió a la entrevista antropológica (Guber, 2012), basada en preguntas abiertas del tipo “cuénteme cómo...”, “¿me puede platicar...?”. Los temas que se abordaron con todos los participante fueron a) Percepción sobre la migración y los migrantes b) Descripción de la organización o servicio c) Experiencias y percepción del contacto con la población objetivo d) Percepción sobre los problemas, obstáculos y oportunidades para atender a esta población e) Percepción sobre las necesidades y

problemas de salud mental de la población en movilidad f) Percepción y experiencias sobre la atención de la salud mental de esta población y g) Datos sociodemográficos.

La diferencia entre las modalidades individual y grupal fue que, durante la segunda, colaboraron al menos tres investigadores para que uno condujera la entrevista, mientras otro tomaba notas de la reunión (anotara el orden de participación, entre otros aspectos), y el tercero moderaba la conversación (y se asegurara de que todas las personas tuvieran oportunidad de hablar). En las entrevistas individuales, participaron uno o dos investigadores. Las entrevistas duraron entre una y cuatro horas, el número de sesiones varió de una a tres. Todas se grabaron en audio, transcribieron y almacenaron en archivos digitales.

2.4. Análisis del material discursivo

El análisis siguió la propuesta de Guber y cols. (2014) que consiste en realizar tres niveles de lectura de todo el material para extraer y organizar el contenido en diferentes archivos y facilitar las consultas para cada analista. El procedimiento fue realizado de forma individual por cada uno de los tres investigadores, de tal forma que los hallazgos pudieran ser comparados.

En la primera lectura se recopiló el contenido que respondía a los temas de la guía de entrevista, así como a los temas emergentes; entre estos últimos encontramos, por ejemplo, las interacciones con los colaboradores de otras OSC. Mediante la segunda lectura se identificaron las conexiones entre los diversos temas abordados, por ejemplo, el tema de las condiciones para recibir financiamiento y cómo interfería para sostener un servicio de salud mental. El último nivel de lectura implicó la triangulación de la información, denominada “entre jueces”. Cada analista leyó el material generado por los otros dos y se sometió a comparación, cuando se encontraron discrepancias en la identificación de temas emergentes o en el establecimiento de conexiones entre temas, se discutió a la luz de la literatura especializada. Una vez que se resolvieron las diferencias, se establecieron las siguientes categorías para organizar el contenido del material que respondía a las preguntas de investigación.

1. Políticas públicas y financiamiento.
2. Recursos humanos en OSC.
3. Recursos materiales, administrativos y humanos en el sector público.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (IRB00006105). Se solicitó el consentimiento informado a cada participante; para proteger su identidad se utilizaron seudónimos y se omitieron los nombres de las localidades de los tres estados, y de las OSC, AI y asociaciones.

3. Hallazgos

Para comprender el lugar que ocupó la atención a la salud mental en los espacios donde los migrantes interactuaron con el personal de las dependencias públicas y las otras instancias, nos propusimos conocer las actividades cotidianas que allí se realizaban. Así como los puntos de vista de los participantes acerca de los problemas y oportunidades que regularmente enfrentaban para ejecutar sus tareas. Dos de estos asuntos fueron el respaldo o incompatibilidad que percibieron de las políticas públicas y las implicaciones de buscar y contar con presupuesto.

3.1. Políticas públicas inconsistentes, las tensiones entre los actores y los claro oscuros de los financiamientos

A todos los participantes les pedíamos que nos describieran los servicios o funciones que realizaban de manera cotidiana con las personas en movilidad. Un tema que invariablemente emergía eran las dificultades que día a día enfrenaban para cumplir con sus labores. Tanto las personas del sector público como las involucradas en las OSC, AI y asociaciones, coincidieron en la falta de políticas públicas, y en las contradicciones entre lo que señalaban las leyes y su puesta en práctica. Una de las abogadas de una OSC comentó lo siguiente

...ahora se hizo una como una ley de extranjería [Ley de Migración] donde efectivamente reconocen derechos, porque está el derecho a la salud, el derecho a la identidad, al debido proceso. Sin embargo, también disfraza algunas cosas como muy preocupantes, como que no se le dice a una persona que es detenido... se dice que es una persona presentada o que está albergada, o sea, no se llama a las cosas como se debería de llamar. Entonces también la misma ley es, desde mi punto de vista, un poco perversa...
Magali, OSC en CDMX

De acuerdo con los participantes, la inconsistencia entre las leyes, las políticas públicas y los mecanismos para el ejercicio efectivo de las primeras, generó escenarios de tensión constante entre las OSC y las instituciones estatales. En este sentido, Berta (colaboradora en OSC) comentó lo difícil que era encontrar una respuesta positiva por parte del personal de algunas dependencias públicas cuando, por ejemplo, buscaba protección para una persona migrante que había sido violentada. Ella comentó que "...el problema es no saber qué le toca a cada quién", porque era frecuente que el personal transfiriera sus responsabilidades hacia otras instancias gubernamentales.

Las tensiones parecieron aumentar cuando los participantes percibieron que, además de lo anterior, en diferentes momentos las autoridades mostraron indiferencia o una pobre capacidad de resolución. Por ejemplo, Joaquín, hizo alusión a las acciones que realizó el gobierno de la CDMX cuando, ante la llegada de las caravanas migrantes, abrió albergues de manera temporal y terminó canalizando a los migrantes hacia los albergues ya establecidos de diversas OSC.

Nosotros sentimos la presión de la gente [migrantes] que está afuera y que quiere entrar [al albergue saturado], de los vecinos que quieren que el albergue se cierre y a veces también del gobierno que dice bueno, -"y ustedes ¿qué van a hacer?" Porque ya vieron que no tienen la capacidad, no pueden o no quieren poner recursos, entonces los problemas hay que resolverlos nosotros.
Joaquín, OSC en CDMX

Las personas de las OSC, AI y asociaciones compartieron la idea de que el "gobierno" debía asumir las responsabilidades que "le atribuye la ley", hacia la población en movilidad, y si no podía hacerse cargo de la atención y protección de los migrantes, al menos debía financiar a quienes sí se encargaran de estas tareas. Ya que, como mencionó Yuval (voluntario en OSC), las OSC, "...viven de los donativos, de los apoyos internacionales y a veces son escasos". Sin embargo, cuando preguntábamos quiénes eran los financiadores, algunos de los participantes mostraron reticencias para nombrarlos, en tanto otros no tuvieron problema en señalarlos. Por ejemplo, Rodolfo, director de un refugio comentó que puso a disposición del lugar todo su capital social, mismo que enumeró de la siguiente forma,

Nuestros contactos con Naciones Unidas, nuestros contactos con las empresas, nuestros contactos con las cámaras de comercio, nuestros contactos con el go-

bierno de Francia, nuestro contacto con el gobierno de Países Bajos, de la Unión Europea. ... y entonces desde ahí empezamos a tener subvenciones financieras que nos han permitido continuar y no debemos nada a nadie, a ningún partido político y a ninguna administración local, estatal o federal.
Rodolfo, OSC en CDMX

Como ya han mencionado otros autores (Rincón, 2018; Castro y Castro 2020; Cloquell y Vázquez, 2020), la búsqueda de financiamiento suele consumir mucho tiempo, recursos humanos y administrativos para las OSC. Uno de los encargados de un albergue confesional compartió las diferencias entre solicitar recursos en el sector privado y en el público.

Recibimos principalmente del sector privado porque de alguna manera el gobierno te limita siempre a ciertas ayudas. [El gobierno] tiene un papeleo muy estricto y muy burocrático..., y pues vamos a perder tiempo... La ayuda privada lo más que te pide, si somos donatarios, cuatro, cinco papeles oficiales y ya, y fotos, todo se pide en fotos para justificarlo ante los donadores o ante el SAT [Hacienda]. Si no hay fotos, si no hay videos, no llega la ayuda.
Bernardo, OSC en CDMX

Tal como señaló Bobes (2017), las posiciones que asumieron las OSC frente a las instituciones estatales fueron de crítica y distanciamiento. Mediante la evidencia discursiva observamos que, en una medida importante, las tensiones también se originaron en las interacciones del día a día. Es decir, más allá de las leyes y sus contradicciones, en interacciones cara a cara con algún funcionario o trabajador público que por alguna razón, no dio la respuesta esperada.

3.2. “Eso lo sé yo, Dios y el paciente”: limitaciones de los servicios de salud mental proporcionados por la sociedad civil y las AI

Les preguntamos a los participantes qué opinaban de que las personas migrantes recibieran atención en salud mental, y coincidieron en que sería ideal que tuvieran atención profesional para aliviar el desgaste emocional del proceso de expulsión, migración, inmovilidad forzada, y en el caso de los retornados, la reintegración. La mayoría de los entrevistados dijo que la posibilidad más realista para acceder a un servicio profesional, era que la OSC o AI contara con un psicólogo. Para los mexicanos retornados, la posibilidad de acceso estuvo vinculada con las asociaciones que se encargaron de buscar servicios gratuitos en diferentes organizaciones de psicólogos. Uno de los integrantes de una asociación de retornados comentó lo siguiente.

...afortunadamente en el caso de nuestras organizaciones, sí contamos con profesionales... son personas que lo hacen al cien por ciento por iniciativa propia, porque de momento es un servicio humanitario gratuito el que nos brindan...
Ovidio, asociación en Michoacán

En el caso de la población extranjera en movilidad, en una de las OSC conocimos a Amelia, una psicóloga que se encargaba de dar consulta a quienes así lo solicitaban y que eran captadas durante la atención para realizar trámites relacionados con su estadía temporal en México. Ella nos comentó que uno de los principales retos era que, en una sola sesión, cubriera alguna necesidad del consultante, y que como confirmamos, fue una de las limitaciones para ese tipo de servicios: saber que las personas no podrían regresar a una segunda sesión.

... sesión única ¿no?, que es más de terapias posmodernas, entonces justo, lo que yo aplico más, ya en la atención con las personas tiene que ver con intervención en crisis...porque eh, digamos que trabajo bajo esta visión que no tengo la garantía de que la persona regrese a la siguiente sesión.
Amelia, OSC en CDMX

Aunque la OSC para la que trabajaba Amelia hubiera dispuesto espacio, recursos y tiempo para ofrecer atención psicológica; ni el registro de los diagnósticos, ni la documentación de los casos resultaba relevante para los financiadores, porque cuando le preguntamos a Amelia qué hacía la OSC con esta información, ella respondió, “Pues no realmente [no la pide], eso lo sé yo, Dios y el paciente”. En otras OSC y AI en las que tuvieron un profesional de la salud mental, encontramos ese mismo desinterés en registrar las necesidades de atención psicológica y el impacto que el servicio tenía en la población que lo recibía. Cuando indagamos las razones, la opinión generalizada fue que tenían como propósitos principales dar alojamiento, alimentación, servicios de abogacía o acompañamiento por lo que la atención a la salud mental lo percibían como un “plus” o un servicio secundario. Por lo que, si los financiadores decidían que la atención a la salud mental no resultaba importante, el personal debía mantenerla solapada. Con ello confirmamos lo que algunos autores mencionaron sobre la capacidad de los financiadores para determinar las agendas de sus financiados (McGoey, 2015; Eikenberry y cols., 2018; Reich, 2018; Piketty, 2020).

Como ha señalado la literatura (Carrascosa y Lacomba, 2020; Castro y Castro 2020; Jave, 2021) solamente una minoría de OSC contaban con un psicólogo que acudía a dar consulta algunos días a la semana y que brindaba atención individual o grupal, lo más común era que tuvieran dificultades para contar con uno de manera permanente. Olaf, un psicólogo de una OSC comentó con relación a su experiencia en diversos albergues,

Creo que, sobre todo, en el tema de salud, es muy común que en los espacios no haya como atención médica, porque llega a ser difícil tener este equipo completo de profesionales, entonces, pues, médicos, así que estén como fijos, más bien llegan a ser como voluntarios, cosas así, eventuales y pues se descuida mucho como la parte de salud.
Olaf, OSC en CDMX

Una de las estrategias a las que recurrieron los albergues para cubrir la falta de psicólogos fue convocar a estudiantes de psicología que estuvieran próximos a graduarse, para que realizaran el servicio social dando consultas a la población. Si bien con ello se logró tener un servicio accesible, la falta de pericia clínica y de experiencia con población vulnerable, dio lugar a un servicio de escasa calidad, de acuerdo con los entrevistados. Otra forma en la que el personal de algunas OSC y de AI buscaron implementar el apoyo psicoemocional fue buscando lugares donde capacitarse en temas de salud mental. Así lo platicó Antonio,

Hemos buscado con la Universidad Nacional Autónoma de México, tomamos un curso ahí de capacitación, para estar medianamente preparados ¿no?... de primeros auxilios psicológicos. Así, básicos ¿no?... Sí sirve pero o sea, nunca está uno tan preparado ¿no?
Antonio, AI en CDMX

La mayoría de las personas que recibieron este tipo de capacitación afirmaron que fue útil, pero percibieron que una o dos capacitaciones eran insuficientes para responder de manera eficaz a las necesidades de apoyo psicológico. Ante las limitaciones de las OSC, AI y asociaciones para proporcionar atención a la salud mental, el recurso más socorrido fue referir hacia los servicios del sector público. Para ello, los entrevistados comentaron que contaban con un directorio con la información de los servicios de salud mental disponibles en sus localidades, aunque algunos reconocieron que el directorio no siempre estaba actualizado

y que resultaba mejor utilizar las redes informales (conocidos, colaboradores, amigos), si es que contaban con ellas, tal como lo documentó Llanes-Díaz y cols. (2023).

3.3. Debilidades de los servicios de psicología y psiquiatría en el sector público

De acuerdo con lo que expresaron los participantes, el número, disponibilidad y calidad de los servicios de salud en cada lugar donde realizamos las entrevistas, fue muy diferente, por ejemplo, en Morelos e Hidalgo⁹ sí había centros de primer nivel de atención con servicios de psicología. Sin embargo, para tener acceso a éstos, era necesario recibir una referencia del propio sistema salud o ser canalizado por alguna escuela o por el sistema penitenciario. Es decir, solamente las personas que ya hubieran tenido acceso a alguna institución pública podían recibir una cita para consulta. Era el caso de los migrantes que atendieron ahí, todos eran mexicanos retornados. A diferencia de ambos estados, en Michoacán¹⁰, el acceso era prácticamente nulo, incluso para los mexicanos retornados, porque como explicó Margo, eran numerosas las localidades donde no contaban con servicios públicos de psicología.

Desafortunadamente, es el mismo servicio de salud que es para todos [la población local], o sea, el servicio del centro de salud en donde no contamos con apoyo psicológico para atender el tema de salud mental. Por ejemplo, te hablo en el caso de Zinapécuaro, hay un centro de salud que cuenta con un solo doctor y con un dentista y dos enfermeras... no tiene psicóloga...

Margo, sector público en Michoacán

El contraste entre Morelos e Hidalgo situados en el centro del país y otro alejado (Michoacán), confirmó que en las zonas lejanas de la ciudad capital y de carácter rural, continúan faltando los servicios de psicología (Berenzon y cols., 2018). Si a lo anterior agregamos la escasa presencia de los profesionales en psicología en el primer nivel de atención, y las percepciones de los entrevistados, podemos afirmar que para la mayoría de las personas en movilidad este servicio no estuvo disponible.

En zonas urbanas como la CDMX y Tijuana que contaron con una red considerable de centros de primer nivel de atención dirigidas a la población abierta y donde algunas tuvieron servicio de psicología, los obstáculos para el acceso de los migrantes se encontraron en las actitudes y prácticas de discriminación y de rechazo por parte del personal de salud, mismas que han sido documentadas en otros trabajos (Morris, 2019; Jave, 2021; Llanes-Díaz y cols., 2023). A decir de Amalia (personal de una AI), la negación de cualquier servicio de salud a las personas migrantes era recurrente, y ella pensaba que se debía a la persistencia de un conjunto de mitos, "...los mitos en el sector del servicio público, la gente cree que no tendría que prestar el servicio a los extranjeros...". Además, la percepción que tuvieron algunos entrevistados sobre cómo son las interacciones entre las personas extranjeras migrantes y los empleados de los servicios públicos de salud, es de maltrato institucional. Heidi (colaboradora en OSC) platicó que a unas mujeres migrantes fueron objeto de comentarios "estigmatizantes", cuando reclamaron el derecho a recibir atención, les dijeron "para qué están aquí [en México]".

⁹ Ambos estados colindan con la CDMX.

¹⁰ Se encuentra en el Occidente del país, y tiene una amplia área de zonas rurales, muchas de ellas aún dedicadas principalmente a la agricultura.

Cuando una persona migrante lograba acceder a un servicio de psicología en algún centro público de salud, podía encontrar otros obstáculos durante el transcurso de la consulta. Algunos de los psicólogos con quienes conversamos comentaron que el contexto y las condiciones de los migrantes les resultaban desconocidos. La dificultad aumentaba si el consultante no hablaba español como las personas haitianas, o si no lo dominaban completamente, como ocurrió con algunos mexicanos deportados que crecieron desde pequeños en EU. Al abordar este tema con la psicóloga Pamela, nos comentó,

...probablemente también se enfrentan a que, pudiera ser que algunos terapeutas no conocieran ¿no?, toda, como todo el ambiente al cual ellos están, desde el cual vienen...y aterrizarlo ¿no? a lo que están viviendo ahorita, porque de pronto puede costar trabajo identificar, qué es lo que está causando una frustración en ellos ¿no?

Pamela, sector público en Morelos

El tema de cómo abordar la multiculturalidad de los pacientes y consultantes es una limitante que atravesó no solamente a los psicólogos, sino al personal de salud que entrevistamos (médicos y psiquiatras). Algunos nos comentaron que percibían una falta de “sensibilidad” hacia la vulnerabilidad de las personas en movilidad. Brenda, quien trabajaba en el sector público, mencionó que es difícil “saber cómo empatizar” con ellos. Con base en estas percepciones, nos dimos cuenta que no solamente faltaban servicios, sino capacitación del personal que atiende a la población en movilidad.

Uno de los asuntos más complejos, de acuerdo con los entrevistados, fue la búsqueda de atención en el tercer nivel (hospitales psiquiátricos) para los migrantes que lo necesitaron. En Michoacán fue común derivar hacia la capital del estado, en Morelos e Hidalgo, hacia los servicios de la CDMX. Sin embargo, el costo en tiempo y dinero, constituyó otro obstáculo. Una de las entrevistadas compartió la historia de una persona que necesitaba hospitalización psiquiátrica,

... cuando le empecé a explicar, “tienes que venir, luego para allá, luego acá y luego para allá y de más”, el paciente dijo, “¿sabe qué?, es demasiado complejo, no voy a poder” se paró y se fue. Entonces, aparte de que vienen solos, la cuestión es económica, porque no es otra cosa, “es que no tengo dinero para desplazarme”.

Carolina, sector público en Hidalgo

El común denominador de las experiencias y percepciones de los participantes sobre la canalización hacia el servicio psiquiátrico fue que, para un migrante, no era posible recibirlo. Gustavo nos platicó cómo ha sido su experiencia en Tijuana, una ciudad donde se carece de hospitales psiquiátricos públicos, solamente se cuenta con psiquiatras en algunos hospitales del segundo nivel.

...ha sido muy complejo derivar personas a psiquiatría. Y si me preguntas a mí, realmente, de todas las que hemos canalizado, no se ha atendido ni una, ha sido muy complejo... porque sabemos que son procesos burocráticos súper largos, horas para atenderlos, documentos, etcétera, y todo eso crea más y más barreras.

Gustavo, OSC en Tijuana

Las barreras burocráticas, así como los procedimientos largos y tardados para ingresar a consulta, los compartieron los servicios disponibles en la CDMX. Donde a pesar de centralizar el mayor número de hospitales psiquiátricos y de psiquiatras, los servicios se encuentran saturados. Algunos entrevistados calificaron las respuestas que recibieron por parte del tercer nivel de atención como “descomprometida”, “desinteresada en las personas”,

“burocrática”. En suma, no les parecía que contribuyera a resolver los problemas de salud mental de la población en movilidad. Lia (personal de OSC, CDMX) platicó que un hospital psiquiátrico rechazó a una migrante, diciendo: “...no hay camas, no la podemos recibir, llévensela, aquí hay tres pastillas”. Ahora, si una persona migrante pudiera atravesar con éxito el procedimiento para obtener una consulta psiquiátrica, el seguimiento implicaría, como lo comentó Alejandro, esperar por largos periodos las consultas subsecuentes.

...hay que sacar ficha como a las cuatro de la mañana, hay que formarse, las fichas se dan a las siete pero a las cuatro hay que estar formados y pues así... Pudiera tocarte una. Una vez que ya logras una ficha de primera vez, la atención subsecuente, es cada dos o tres meses. O sea, no hay muchas opciones.
Alejandro, sector público en CDMX

Lo que compartieron los entrevistados acerca de las posibilidades de acceso a los servicios de salud mental públicos, fueron las consecuencias visibles e inmediatas del rezago del sistema de salud mexicano (Lomelí, 2020, Sovilla y cols., 2022). Los trastornos no atendidos o los tratamientos interrumpidos por falta de atención y medicamentos suelen permanecer invisibilizados. Desde la perspectiva de los participantes, para que una persona en movilidad acceda a los servicios de psicología y psiquiatría, debería contar con recursos económicos para desplazarse hacia lugares lejanos, también debería sortear los procedimientos de ingreso, mostrar resistencia ante las actitudes de discriminación y los maltratos del personal, tener cierta suficiencia idiomática y una apropiada aculturación para reducir las barreras culturales con el profesional que lo atienda, y de ser necesario, debería contar con el tiempo suficiente en la localidad donde decida atenderse para asistir a las consultas subsecuentes.

4. Consideraciones finales

Nos parece que el haber explorado las condiciones que dificultan el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud, desde el punto de vista de los actores que se los proporcionan o que median entre la oferta y los potenciales usuarios, nos permitió identificar las dinámicas problemáticas y los asuntos que subyacen en algunas de las barreras de acceso.

A partir de los hallazgos, reconocemos que la población en movilidad atrapada o de retorno en México, permanece al centro de un escenario sin regulación explícita, pero con actores (personal del sector público, de las OSC y AI, así como de los financiadores, incluso de las asociaciones) que están sujetos a un repertorio de normas soterradas que modelan cualquier acción que beneficie o dañe a la población migrante. Afirmamos que no hay una regulación explícita porque a pesar de que existe una Ley de Migración, no existen mecanismos para exigir que se ejecuten las disposiciones que contribuyen a la protección de las personas migrantes. Ante la falta de mecanismos que garanticen el acceso a los servicios de salud, pensamos que las acciones de intermediación entre las OSC, AI y asociaciones con el sector salud (centros de primer y segundo nivel) para obtener una consulta psicológica y/o psiquiátrica para un migrante, permanecerán en los límites de las redes informales. Por lo que su alcance o eficacia tendrá las limitaciones que ello implica: serán eventuales y para una minoría. Además, aun cuando una persona migrante logre la entrada al sistema público de salud, deberá responder al lenguaje institucional con el cual los centros de salud y hospitales interpelan a los usuarios, es decir, el papeleo, los procedimientos que requieren largos tiempos de espera, etc. El papeleo y la espera se convierten en una suerte de instrumentos que contribuyen a gestionar las brechas entre la precariedad del propio sistema salud (escasos psicólogos y psiquiatras, cuestionable distribución regional de los recursos humanos, falta de capacitación en temas migratorios, etc.) y las leyes que garantizan el

derecho a la salud. En suma, el sistema de salud no niega el acceso a los servicios de salud mental a la población en movilidad, pero tampoco lo facilita.

Por otro lado, considerando tanto la evidencia discursiva como la literatura en torno a los intereses y tendencias de los financiadores, concluimos que en sus agendas prevalece de manera simultánea y quizá velada, el asistencialismo y el desinterés por el bienestar psicoemocional de las personas migrantes. Si bien, las OSC y AI buscan apegarse a las normas de sus financiadores, las demandas en salud mental irrumpen en la atención diaria de la población, obligándolas a buscar alternativas para cubrir este tipo de necesidades. Sin embargo, las estrategias a las que recurren tienden a ser insuficientes. Por lo que la ausencia del tema de salud mental en las agendas de los financiadores, dificulta el acceso a los servicios adecuados y obstaculiza la documentación que se necesitaría para conocer los alcances de una hipotética atención, por ejemplo, sería conveniente responder ¿qué tipo de atención resulta efectiva?, ¿qué tipo de capacitación debería recibir el personal en salud mental que trabaja con población en movilidad?, ¿cuál es la manera más eficiente de ofrecer atención?

Por último, pensamos que sería necesario implementar estrategias encaminadas a lograr sinergias entre los diversos actores para mejorar la información de servicios disponibles en cada región y potenciar los escasos recursos humanos en salud mental.

REFERENCIAS

- Berenzon, S., Saavedra, N., & Galván, J. (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. *Salud Pública de México*, 60(2), 184-191.
- Bobes, V. C. (2017). ONG de migración como actores de un campo de acción solidaria. *Migración y desarrollo*, 15(28), 125-146.
- Bobes, V. C., & Pardo, A. M. (2019). *Política migratoria en México. Legislación, imaginarios y actores*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Cámara de Diputados LXV Legislatura (2017). *Incrementan trastornos mentales en México; población entre 15 y 20 años, la más vulnerable* <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Comunicacion/Boletines/2017/Mayo/26/3680-Incrementan-trastornos-mentales-en-Mexico-poblacion-entre-15-y-20-anos-la-mas-vulnerable#:~:text=Destac%C3%B3%20que%20en%20el%20pa%C3%ADs,y%20cualquier%20otra%20enfermedad%20mental>
- Candiz, G., & Bélanger, D. (2018). Del tránsito a la espera: el rol de las casas del migrante en México en las trayectorias de los migrantes centroamericanos. *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies*, 43(2), 277-297.
- Carrascosa, M., & Lacomba, J. (2020). Las organizaciones de la sociedad civil en fronteras de alta migración. Entre el humanitarismo y la defensa de derechos. *REMHU: Revista Interdisciplinaria de Movilidad Humana*, 28, 13-32.
- Castro, A.P., & Castro, P. (2020). La 72, Hogar-refugio para personas migrantes: la sociedad civil organizada en la atención de la agenda de los transmigrantes en la frontera México-Guatemala. *Revista Pueblos y fronteras digital*, 15, 1-33. <https://www.doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2020.v15.502>
- Cervantes, E. (2021). La necesidad de políticas públicas para la promoción del bienestar psicológico en el proceso migratorio entre México-Estados Unidos. En J. Cadena-Roa & M. L. Martínez (Coords.) *Las ciencias sociales en transición. Políticas públicas desde la perspectiva de la gobernanza: del diseño a la evaluación: Vol.*

- IV, (pp.185-197). <https://www.comecso.com/congreso-vii/volumenes>
- Cloquell, L., & Lacomba, V. (2020). Las asociaciones de inmigrantes como organizaciones no gubernamentales de desarrollo. Entre la agencia y la adaptación institucional. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 15(1), 105-136. <https://doi.org/10.14198/OBETS2020.15.1.04>
- Dobles, I., Vargas, G., & Amador, K. (2014). *Inmigrantes. Psicología, identidades y políticas públicas. La experiencia nicaragüense y colombiana en Costa Rica*. Universidad de Costa Rica.
- Eikenberry, A., & Mirabella, R. (2018). Extreme philanthropy: Philanthrocapitalism, effective altruism, and the discourse of neoliberalism. *PS: Political Science & Politics*, 51(1), 43-47.
- Fernández, J., Ramírez, C., Cerecero, D., & Bojórquez, I. (2014). Deported Mexican Migrants: Health Status and Access to Care. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 78-485.
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research*. Sage.
- Fontana, A., & Frey, F. (2015). La entrevista. De una posición neutral al compromiso político. En K. Denzin & Y. Lincoln (Comp.), *Métodos de recolección y análisis de datos. Manual de Investigación cualitativa. Vol.IV*. (140-202) Gedisa.
- Guanais, F. (2023, Noviembre 6) Panorama de la Salud 2023 Indicadores OCDE. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/Panorama-de-la-Salud-2023-LAC-launch.pdf>
- Guber, R. (2012). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores.
- Guber, R., Milstein, D., & Schiavoni, L. (2014). La reflexividad o el análisis de datos. Tres antropólogas de campo. En R. Guber, (Ed.), *Prácticas etnográficas. Ejercicios de reflexividad de antropólogas de campo* (41-63). Miño and Dávila Editorial.
- Jave, Iris. (2021). *Diagnóstico sobre albergues para personas migrantes venezolanas en el Perú: análisis de los impactos psicosociales durante la emergencia sanitaria* Coordinadora de la investigación. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Llanes, N., Bojórquez, I., & Odgers, O. (2023). Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a personas migrantes centroamericanas en Tijuana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, Artículo e56. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.56>

- Lomelí, L. (2020). La economía de la salud en México. *Revista CEPAL*, 132, dic., 95-208.
- Martínez, N. (2013). *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. Fondo de Cultura Económica.
- McGoey, L. (2015). *No such thing as a free gift: the Gates Foundation and the price of philanthropy*, Verso.
- Médicos Sin Fronteras. (2020) *Informe. Sin salida: la crisis humanitaria de la población migrante y solicitante de asilo atrapada entre Estados Unidos, México y el triángulo norte de Centroamérica (TNCA)*. <https://www.msf.mx/document/informe-sin-salida-2/>
- Morris, B., & Zunia, E. (2019) *IRC needs assessment report: Mexico-northern border. International Rescue Committee*, <https://rescue.org/report/irc-needs-assessment-report-mexico-northern-border>
- Piketty, T. (2020). *Capital e ideología*. Grano de sal.
- Reich, R. (2018). *Just Giving: Why Philanthropy Is Failing Democracy and How It Can Do Better*, Princeton University Press. <https://doi.org/10.1017/S1537592719003256>
- Requena, P., Recalde, F., Betés, C., Redondo, M., & Betelú, J. (2015). *Guía de Acercamiento a la Población Inmigrante Sin Hogar con Enfermedad Mental*. <https://doczz.es/doc/99829/descarga-la-gu%C3%ADa-de-acercamiento-a-la-poblaci%C3%B3n>
- Rincón, E. (2018, enero-abril). La sociedad civil organizada responde al impacto de políticas públicas: Las políticas sociales como factor causal del rol asistencialista de organizaciones de la sociedad civil (OSC) pro migrantes en Tijuana. *Gestión y Política Pública*, XXVII(1), 181-209.
- Rivera, L. (2019). *¿Volver a casa? Migrantes de retorno en América Latina. Debates, tendencias y experiencias divergentes*. El Colegio de México.
- Rosales, Y., Bojorquez, I., Leyva, R., & Infante, C. (2017). Oferta de servicios de salud a migrantes repatriados por Tijuana, Baja California: Cooperación y capacidad de respuesta interinstitucional. *Frontera Norte*, 29(57), 107-130.
- Sovilla, B., & Díaz, A. M. (2022). Del Seguro Popular al Insabi: ¿Por qué recentralizar el gasto público en salud en México? *Gestión y política pública*, 31(2), 63-94.
- Suárez, A., & Arenas, R. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de

víctimas del desplazamiento forzado en Colombia.
Revista Colombiana de Sociología, 36 (2), 93-114.

Valdez, R., Marín, E., & Torres, M. (2021).

Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564.

Velasco, L., & Hernández, R. (2021)

Salir de las sombras: La visibilidad organizada en las caravanas de migrantes centroamericanas. En C. Contreras, M. D. París & L. Velasco (Coords.), *Caravanas migrantes y desplazamientos colectivos en la frontera México-Estados Unidos* (103-129). El Colegio de la Frontera Norte.

Willen, S.S., Knipper, M., Abadía, C.E., & Davidovitch, N. (2017).

Syndemic vulnerability and the right to health. *Lancet*, 389, 964-977.

Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011).

Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLOS Medicine*, 8(5), Artículo e1001034. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>