

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

# Cambios en los patrones asociados con la salud de los migrantes indocumentados: la experiencia en el norte de México, 2006–2007

*Marcela Agudelo Botero y Martha Cecilia Jaramillo Cardona*

---

### Introducción

El fenómeno de la migración es quizá uno de los factores demográficos, sociales, culturales y económicos que mayor interés y preocupación genera en diversas esferas de la actualidad mundial y local. Es por ello que en lo relacionado con la movilidad poblacional, emerge el tema de la salud del migrante como un aspecto crucial que debe analizarse y profundizarse con más detalle, especialmente porque el desplazarse involucra necesidades, vulnerabilidades y riesgos particulares de los individuos que requieren formas heterogéneas y complejas de atención (Salgado *et al.*, 2007; Canales *et al.*, 2010; Sáenz *et al.*, 2010). Para comprender la salud del migrante es preciso indagar sobre su historia individual pero también sobre todo el proceso por el que se transita, desde la partida hasta un destino final –deseado o no– (Moya y Uribe, 2007).

México se ha convertido un país que desde todas sus dimensiones está integrado con la migración, principalmente hacia los Estados Unidos: es expulsor y lugar de tránsito y destino de miles de personas que persiguen mejorar sus condiciones generales de vida, incluyendo la salud. De acuerdo con el más reciente informe sobre desarrollo humano del *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo* (PNUD, 2009), una de las motivaciones que aparecen para concretar una

migración es el mejorar el acceso a los servicios, incluida la atención médica, lo que muestra que no solo el factor económico se convierte en la razón más importante de salida desde el lugar de origen.

Pero pese a la importancia del tema, la mayoría de estudios se han centrado en describir los cambios del estado de salud de los migrantes entre el momento en que llegan al país receptor y un lapso determinado, posterior a este evento. Sin embargo, hay que tener en consideración que generalmente este tipo de población cuenta con visas o permisos oficiales de estancia, lo que los hace –de alguna manera– más privilegiados que aquellos que cruzan las fronteras geográficas de manera indocumentada (Bronfman y Leyva, 2008). Las condiciones y características de la migración incrementan a la vez los riesgos a los que se ven enfrentados los migrantes, los cuales pueden repercutir desfavorablemente en su estado de salud, tanto físico como mental (Salgado, 1998). Asimismo, la *Organización Internacional para las Migraciones* (OIM, 2010) ha encontrado que durante los procesos migratorios, tanto hombres como mujeres transitan y experimentan distintos riesgos y están expuestos de manera disímil a determinadas circunstancias que impactan su salud, debido, en parte, a la asignación de roles y conductas específicas, antes, durante y después de la migración.

En este tenor, el fin último de este artículo es analizar los principales aspectos relacionados con la salud de la población migrante<sup>1</sup> indocumentada

---

**Marcela Agudelo Botero.** Estudiante de Doctorado en Estudios de Población, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México. Correo-e: [magudelo@colmex.mx](mailto:magudelo@colmex.mx)

**Martha Cecilia Jaramillo Cardona.** Doctora en Ciencias Sociales, especialidad en Estudios Regionales; docente e investigadora, Facultad de Economía y Relaciones Internacionales, Universidad Autónoma de Baja California. Correo-e: [mcjaramu06@hotmail.com](mailto:mcjaramu06@hotmail.com)

---

<sup>1</sup> Como migrante entendemos aquellas personas que cambian de residencia (de manera temporal o permanente) sin importar la distancia, y siempre tiene que ver un destino y un origen.

en la frontera norte de México (Tijuana y Mexicali) entre 2006 y 2007. Lo que se busca es evidenciar los cambios en los patrones de conducta y estilos de vida que se ven alterados con la movilidad (tabaquismo, consumo de drogas y/o alcohol, prácticas sexuales y violencia).

### ***Breve contexto de la migración México–Estados Unidos y políticas de salud para los migrantes en México***

De acuerdo con el *Instituto Nacional de Estadística y Geografía* (INEGI, 2006), el total de población mexicana residente en Estados Unidos para 2006 era poco más de 11 millones de personas, lo que representaba 10% de la población mexicana viviendo en el vecino país. De éstos, el *Consejo Nacional de Población* (CONAPO, 2009) refiere que alrededor de 6.2 millones cruzan y permanecen de manera irregular, con base en datos de la *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte* (EMIF). La frontera terrestre entre México y Estados Unidos tiene una longitud de 3,200 kilómetros en donde se ha construido un muro metálico en un tercio de su extensión. Tijuana y Mexicali han sido históricamente puntos geográficos estratégicos para efectuar la movilización, aunque debido a las restricciones de regulación y seguridad en la frontera, se han desplazado y diversificado los lugares de cruce por otros más deshabitados, agrestes y peligrosos (Anguiano y Trejo, 2007).

La migración es un aspecto recurrente en la política de ambos países, aunque con diferentes enfoques y matices. En lo que a salud del migrante se refiere aún no existen esfuerzos conjuntos para enfrentar el tema. Por su parte, México ha puesto en marcha el *Programa de Salud para el Migrante, 2007–2012*, en donde propone una atención sustentada en cuatro estrategias clave: 1) Fortalecimiento de la colaboración institucional para la salud del migrante, 2) Promoción del autocuidado y la atención a la salud del migrante (dentro y fuera del país), 3) Proporción de servicios de apoyo a la población migrante mexicana y sus familias y 4) Promoción de investigación sobre salud del migrante (Secretaría de Salud, 2009).

### **Material y métodos**

Estudio de corte descriptivo. Se empleó información proveniente de una encuesta aplicada en albergues para migrantes de Tijuana y Mexicali, la cual fue llevada a cabo por *Médicos del Mundo* entre el primero de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007. El tipo de migrantes interrogados tenía alguna de las siguientes características: deportados, repatriados, en tránsito, con salida voluntaria de los Estados Unidos, transmigrante o con intento de cruce.<sup>2</sup> El objetivo principal de la organización no gubernamental (ONG) era ofrecer acceso gratuito a los servicios de salud a los individuos que pasaran por albergues<sup>3</sup> para migrantes, en el marco de un proyecto que se puso en marcha por tres años en la frontera norte de México. Dichos albergues, siete en total, permitieron que los funcionarios de *Médicos del Mundo* pudieran instalar un módulo donde éstos realizaban su labor.

Aunque en total se dieron 6,234 consultas, sólo participaron de la encuesta 24.6% personas, lo que significa que en total se aplicaron 1,535 entrevistas (Cuadro 1). La muestra fue no aleatoria y corresponde a migrantes que acudieron de forma voluntaria a los albergues o casas de migrantes y que además decidieron hacer uso de los servicios médicos que ofrecía la ONG ya mencionada. Por lo tanto, el análisis derivado de esta investigación no es generalizable a toda la población migrante indocumentada, por el contrario, es un ejercicio acotado y puntual que busca profundizar y resaltar los hábitos y prácticas relacionadas con la salud de la población que fue captada. No obstante, esta pequeña muestra puede constituirse en el reflejo de la población migrante que tiene características similares a las que se describen.

El cuestionario aplicado estuvo dividido en tres partes: 1) Perfil de los migrantes, 2) Acceso a la salud, 3) Situación social y trayecto migratorio.

---

<sup>2</sup> De acuerdo con el instrumento utilizado no es posible establecer el criterio que se empleó para categorizar a cada migrante entrevistado.

<sup>3</sup> Los albergues son lugares donde los migrantes reciben de manera gratuita o por un bajo costo servicios de ducha, comida, techo, ropa, teléfono, entre otros. La mayoría pertenecen a misiones religiosas.

**Cuadro 1**  
**Consultas médicas otorgadas y número de entrevistados según tipo de albergue.**  
**Frontera norte de México, 2006–2007**

Albergue	Consultas otorgadas		Personas entrevistadas	
	Total	%	Total	%
<i>Total</i>	6234	100	1535	100
Casa del Migrante Scalabrini	3441	55.2	608	39.6
Casa del Migrante Betania	1354	21.7	521	33.9
Albergue Maná	640	10.3	239	15.6
Instituto Madre Assunta	400	6.4	145	9.4
Albergue Juvenil del Desierto	333	5.3	20	1.3
Catedral de Guadalupe	66	1.1	2	0.1

**Fuente:** Elaboración propia con base en encuesta de Médicos del Mundo, México, 2006–2007

Las preguntas incluidas eran en su mayoría cerradas, con opciones de respuesta múltiples y algunas otras eran abiertas. Cabe señalar que quienes participaron en esta encuesta lo hicieron de manera informada y voluntaria, sin que ello representara remuneración alguna.

## Resultados

### *Características sociodemográficas de los migrantes*

La muestra tuvo un predominio de varones (90%), con una edad promedio de 34.2 años. Se destaca que tan sólo 5% eran analfabetas, 47.6% tenían hasta primaria, 45.6% secundaria o preparatoria y 2.1% contaban con grado universitario o más. La mayoría eran solteros (58%) y 29.3% hablaban tanto inglés como español. Alrededor de 70% provenían de zonas urbanas, 5.3% hablaban alguna lengua indígena y 17.7% eran extranjeros; los países más comunes de emigración fueron: Guatemala, Honduras y el Salvador, mientras que a nivel interno, aproximadamente 55% de los participantes eran de estados como Jalisco, Michoacán, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero y Sinaloa. Según la calidad migratoria, los migrantes se distribuyeron de la siguiente manera: 33.2% fueron deportados, 25.3% se encontraban en tránsito, 22.6% eran repatriados, 16.4% eran transmigrantes, 1.4% estaban intentando cruzar hacia los Estados Unidos y 1.2% se habían

regresado de allí. Cabe decir que se encontraron contrastes en la distribución sociodemográfica de los individuos según características migratorias (Cuadro 2).

### *Acerca de la migración*

Un tercio de los migrantes no habían estado nunca en los Estados Unidos, en tanto 24.5% habían tenido un tiempo de permanencia en este país, que oscilaba entre los 5 y los 10 años, y 18% entre 1 y 5 años. Entre quienes cruzaron la frontera, 29.1% lo hicieron una vez, 24.2% dos veces y el resto tres veces o más. El punto de cruce más común fue Tijuana (57.8%). A la pregunta sobre la modalidad de la última migración, fue frecuente que los sujetos lo hicieran solos o con familiares y amigos, pero se menciona como una estrategia importante para lograr el objetivo, contratar servicios de “polleros” o “coyotes”.<sup>4</sup> Una vez identificadas las personas en los albergues o casas de migrantes, el propósito de la gran mayoría de los entrevistados seguía siendo el ingresar a los Estados Unidos (58.7%), en contraste con otros que desistieron de la idea y manifestaron su intención de regresar a

<sup>4</sup> Los coyotes y/o polleros se definen como actores sociales de la frontera México-Estados Unidos que prestan sus servicios como “expertos” en el traslado clandestino de migrantes desde México hacia los Estados Unidos, pero son concebidos por las autoridades competentes como traficantes de personas (Alonso, 2010).

**Cuadro 2**  
**Características sociodemográficas según tipo de migrantes. Frontera Norte de México, 2006–2007**

Características sociodemográficas		Tipo de migrante (Distribución porcentual)					
		Repatriado	Deportado	Salida voluntaria	En tránsito	Transmigrante	Intento de cruce
Edad media		34.2	35.9	32.8	34.2	31.1	32.5
Sexo	Hombre	79.8	96.5	94.4	89.7	94.0	54.5
	Mujer	20.2	3.5	5.6	10.3	6.0	45.5
Condición de Unión	No Unido	51.3	60.9	44.4	61.1	57.0	63.6
	Unido	48.7	39.1	55.6	38.9	43.0	36.4
Nivel escolar	Hasta primaria	45.8	47.5	50.0	58.2	64.1	45.5
	Secundario o más	54.2	52.5	50.0	41.8	35.9	54.5
Idiomas hablados	Uno (Inglés o español)	70.6	54.2	66.7	84.5	82.5	81.8
	Inglés y español	29.4	45.8	33.3	15.5	17.5	18.2
Lengua indígena	Si	5.2	5.5	5.6	6.7	2.0	13.6
	No	94.8	94.5	94.4	93.3	98.0	86.4
Lugar de origen	México	96.3	100.0	83.3	98.7	0.8	95.5
	Extranjero	3.7	0.0	16.7	1.3	99.2	4.5
Procedencia	Urbano	69.2	69.9	72.2	64.7	54.2	72.7
	Rural	30.8	30.1	27.8	35.3	45.8	27.3

**Fuente:** Elaboración propia, con base en encuesta de Médicos del Mundo, México, 2006–2007.

su lugar de origen (20.2%); entre tanto, 13.4% contemplaron la posibilidad de establecerse en Tijuana o Mexicali y un 7.6% no tenían claro sus proyectos.

Hay que subrayar que la principal motivación de movilidad era el componente económico (8 de cada 10 migrantes lo hacían por esto) y en una menor proporción se aludió a la reunificación familiar (18.5%). Llama la atención que aunque en cantidades mínimas, un 0.5% decidió migrar con el propósito de buscar asistencia médica; además, 80% laboraban en su lugar de procedencia y los que se vieron en la necesidad de trabajar en el transcurso de la migración fueron poco más de 30%.

Puesto que la migración que se analiza ocurre en un marco de indocumentación, en el total de los casos se observa que 36.8% de los que lograron cruzar la frontera norte de México fueron detenidos al “otro lado”.<sup>5</sup> De estos últimos, 26.2% manifestaron que el motivo de encarcelamiento y posterior deportación fue el haber cometido

infracciones de tránsito/acumulación de multas, 22.8% por consumo de drogas y/o alcohol, 17.2% por otros delitos o crímenes, 14.2% por ser indocumentados, 12.7% por vender drogas y los demás por otras razones.

***¿Qué patrones asociados con la salud cambian?:  
El antes y después de la migración***

En esta última fase del artículo se ilustran los cambios que se suscitan después del cruce fronterizo –o en su intento por lograrlo–, con respecto a variables como el consumo de alcohol, dependencia al tabaco y las drogas, prácticas sexuales (uso del condón), así como también se describen los actos violentos a los que se enfrentan algunos de los migrantes (tanto en Estados Unidos como en México), los cuales ubican a esta población en un escenario de permanente vulnerabilidad social para su salud.

Se encontró que al momento de la entrevista 38% de los migrantes consumían bebidas alcohólicas, lo que significa que su consumo disminuyó en 10

<sup>5</sup> Estados Unidos.

**Cuadro 3**  
**Hábitos y comportamientos según tipo de migrantes. Frontera Norte de México, 2006–2007**

Hábitos y comportamientos		Tipo de migrante (Distribución porcentual)					
		Repatriado	Deportado	Salida voluntaria	En tránsito	Transmigrante	Intento de cruce
Consumo de bebidas alcohólicas	Actualmente	30.3	42.0	22.2	43.3	36.7	22.7
	Antes de la migración	38.3	60.1	27.8	50.0	39.8	22.7
Uso de tabaco	Actualmente	43.8	59.9	27.8	51.9	57.4	27.3
	Antes de la migración	34.3	47.0	33.3	34.8	27.1	27.3
Uso actual de drogas		4.0	4.9	0.0	6.2	4.4	4.5
Relaciones sexuales sin condón		64.3	64.4	38.9	72.2	72.5	59.1
Mezcla de sexo con alcohol y/o drogas		37.2	49.7	16.7	48.3	31.9	22.7
Intercambio de sexo por dinero y/o drogas		6.6	9.8	0.0	10.6	8.4	9.1

**Fuente:** Elaboración propia con base en encuesta de Médicos del Mundo, México, 2006–2007.

puntos porcentuales con respecto al total de personas que antes de la movilización ingerían licor. Por el contrario, el uso de tabaco aumentó considerablemente: 53% de los encuestados fumaban después de la migración, en tanto esta cifra fue de 37.3% para antes de efectuarse el desplazamiento. En términos relativos, fueron los hombres los que más uso tuvieron del alcohol y el tabaco (en más de 97% de los casos) frente a las mujeres.

Asimismo, se evidenció que 4.9% de las personas empleaban otros tipos de drogas ilícitas y de éstos, 52.9% adquirieron este hábito en su lugar de origen, 21.4% durante la etapa migratoria y 25.7% en los Estados Unidos. Exactamente la mitad de los que usaban drogas mencionaron haber alterado sus prácticas con la migración; esto consistió en aumentar/disminuir la dosis o combinar/cambiar el tipo de drogas. Lo más frecuente era que el consumo se hiciera como mínimo una vez al día (45.1%). Las drogas más comunes fueron, en su orden: *Tetrahydrocannabinol* (56.3%), *Metilendioximetanfetamina* (28.1%), *Hidrocloruro de cocaína* (7%), *Clorhidrato de cocaína* (6.7%) y otras (1.9%). De todo el conjunto de migrantes interrogados sólo seis admitieron ser usuarios de drogas inyectables (UDI) y cinco de los mismos comenzaron esta experiencia durante el cruce o ya instalados en Estados Unidos.

La mayoría de los migrantes declararon ser heterosexuales (89%) y en menor medida bisexuales (9.3%) u homosexuales (1.7%). Cuando se les indagó por sus prácticas sexuales y, en concreto, sobre el uso de condón en algún momento del traslado, 67.3% dijeron haber sostenido relaciones sexuales sin protección: 69.4% de los varones lo hicieron de tal modo y 48.1% de las mujeres también. Un 8.9% de las personas se vieron en la necesidad de intercambiar servicios sexuales por drogas y/o dinero, situación que fue más recurrente entre los hombres (9.4%) que entre las mujeres (4.5%). Otro dato importante fue que alrededor de 43% mezcló sexo con drogas.

De acuerdo con la condición migratoria, los hábitos y comportamientos de los individuos también se modificaron. El grupo que más bajó el consumo de alcohol fue el de los deportados, mientras que los transmigrantes fueron los que más incrementaron el uso de tabaco. Los migrantes en tránsito fueron los que tuvieron el consumo de drogas más elevado, con respecto a los demás migrantes. Tanto los deportados como las personas que estaban de tránsito fueron las que más combinaron sexo con alcohol y drogas. Estos últimos en mención mostraron un alto porcentaje de intercambio de sexo por dinero y/o drogas (Cuadro 3).

En cuanto a la violencia de la que fueron víctimas los migrantes, se obtuvo que un tercio de éstos se vieron involucrados en actos violentos, ocurriendo gran parte de estos atropellos en territorio mexicano (85.6%). De todos los que fueron violentados, en un 4.6% de los casos se requirió de asistencia médica y tan solo la mitad recibieron efectivamente los servicios de salud. En más de 80% de los registros, la violencia fue física (agresiones, insultos) y robos, y quienes ejercieron este tipo de proceder eran principalmente policías de ambos lados de la frontera.

### Discusión y conclusiones

La salud de los migrantes constituye hoy en día un tema de interés general que debe ser incluido en las agendas transfronterizas entre México y Estados Unidos (Médicos del Mundo, 2008; Sáenz *et al.*, 2010). Más aún, hay que hacer un énfasis especial sobre grupos de mayor vulnerabilidad social, como los migrantes que fueron objeto de este estudio, es decir, aquellos que por diversas razones deben dejar sus lugares de origen para ir en busca de mejores opciones socioeconómicas, aunque para lograrlo deban hacerlo en un contexto de mayor riesgo (sin documentos, sin dinero, sin protección social, etc.).

El carácter o estatus de indocumentado de estos individuos disminuye las posibilidades de disponer de registros que permitan dar cuenta de la realidad de estos migrantes, de sus características, de las rutas y procesos de movilización y mucho menos de los factores que se asocian con su salud y bienestar (Revista Panamericana de Salud Pública, 2005; Salgado *et al.*, 2007; Bronfman y Leyva, 2008). Desde esta perspectiva, este análisis es un aporte de gran riqueza, que si bien representa tan sólo la punta del iceberg, muestra un panorama sobre quiénes son estos migrantes, bajo qué características se da la migración y cuáles son algunos de los elementos asociados con la salud.

Así, por ejemplo, podría decirse que aunque estos migrantes comparten ciertas características con sus homólogos documentados (el ser jóvenes, procedentes de zonas urbanas, ser alfabetos, entre otros), también es cierto que los contextos de interacción a los que se enfrentan durante el proceso de movilidad los convierte en un grupo de

interés particular. Otra contribución de esta investigación estriba en el hecho que los migrantes indocumentados que se analizan no son los que ya están establecidos en el lugar de destino, como generalmente ocurre, sino que son aquellos que han intentado o intentan traspasar las barreras limítrofes y que, por lo tanto, siguen itinerantes, esperando lograr sus objetivos, que, en este caso, es llegar a los Estados Unidos.

Como ya se mencionó, aunque la muestra es pequeña, en relación con el gran cúmulo de personas en iguales circunstancias, esto podría estar mostrando una situación común para un conglomerado mayor de migrantes. En lo que a la salud respecta, se notó una disminución en el consumo de alcohol de estos individuos, en contraste con el aumento en el uso del tabaco y de otras sustancias psicoactivas; algunos otros se inician en el uso de drogas inyectables y una marcada proporción se ven expuestos a intercambiar sexo por contribuciones monetarias o materiales. De acuerdo con un reciente estudio hecho en la ciudad fronteriza de Tijuana, los residentes que se han inyectado drogas y han sido deportados desde Estados Unidos, tienen cuatro veces más probabilidades de estar infectados con el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), que aquellos usuarios de drogas que no han sido deportados (Strathdee, 2009). Entre tanto, no se encuentran coincidencias con otros hallazgos que evidencien el decremento en el consumo de bebidas alcohólicas entre los indocumentados, por lo que se sugiere seguir investigando en esta línea y establecer las posibles causas de este fenómeno. Generalmente, se menciona que los migrantes indocumentados tienden a ingerir más alcohol de lo que habitualmente lo hace en el lugar de procedencia, aspecto que se acentúa durante el trayecto y destino final (Revista Panamericana de Salud Pública, 2005; Sánchez *et al.*, 2006; Tortajada *et al.*, 2008; Arellanez y Sánchez, 2010).

De suma relevancia resulta que estos migrantes de “paso” mantienen relaciones sexuales sin ningún tipo de protección (específicamente condón), siendo esto más asiduo entre los varones que entre las mujeres. Tal como se sostiene en otros estudios realizados con migrantes, si bien existe un conocimiento general de los preservativos, su empleo se restringe, dadas las pocas posibilidades

de negociación de las relaciones sexuales que tienen los migrantes o a la falta de recursos para acudir a métodos seguros de autocuidado (Ríos *et al.*, 2009; Médicos sin Fronteras, 2010). Lo anterior es mucho más preocupante si se tiene en cuenta que casi un 10% tuvo que intercambiar sexo por dinero u otra razón, y aunque por lo regular las mujeres se consideran un grupo más vulnerable a estas circunstancias (Kaplan *et al.*, 2002; Bronfman y Leyva, 2008), los datos empleados en este artículo arrojaron que los hombres fueron los que más vivieron este tipo de experiencias, lo que los convierte en agentes sociales sobre los cuales hay que concentrar la mirada, ya que, muchas veces, la preocupación por el grupo femenino hace que los problemas de los varones sigan pasando desapercibidos y se mantengan invisibles.

La violencia durante la migración indocumentada es persistente entre los encuestados y refuerza una vez más la necesidad de abordar la migración desde una perspectiva de derechos humanos, es decir, a través de un marco jurídico adecuado, instancias de vigilancia y defensoría ciudadana, al igual que mecanismos de representación civil (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006; CONAPO, 2008).

Finalmente, se advierte la imperiosa necesidad de generar y procesar información más precisa sobre las condiciones de salud de la población indocumentada en la frontera entre México y Estados Unidos, una manera lograrlo sería incorporando preguntas al respecto en la EMIF, la cual viene aplicándose desde 1993 (El Colegio de la Frontera Norte, 2010). Para ello, hay que considerar que la población que se quiere capturar en las encuestas es heterogénea, proviene de múltiples ámbitos culturales y se caracterizan por pertenecer a diversos contextos socioeconómicos y demográficos. De lograrse estos propósitos, se sugiere para futuras investigaciones en el tema reflexionar acerca de las diferencias existentes entre hombres y mujeres en las rutas y procesos de migración y su afectación a la salud, así como las implicaciones de género que intervienen en el fenómeno.

## Limitantes

Una limitante del estudio es que la encuesta no es representativa. Además, por las mismas características del instrumento de captación y por la muestra final obtenida no es posible emplear técnicas estadísticas más refinadas para medir y explicar el fenómeno. En este sentido, resultados como el cambio en los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas debe tomarse con cuidado, ya que la modificación de los patrones pueden no estar asociados directamente con la migración, situación que no pudo determinarse en este estudio.

## Agradecimientos

Las autoras expresan un especial agradecimiento a Stephane Vinhas de *Médicos del Mundo* (Francia), quien fue coordinador del Proyecto en Tijuana, por haber suministrado la información necesaria para el desarrollo de este artículo.

## Referencias

- Alonso G. *De migras, coyotes y polleros. El Argot de la migración clandestina en la región de Tijuana-San Diego*. OIGIA 2010; 8:15-31.
- Anguiano ME, Trejo AP. "Vigilancia y control en la frontera México-Estados Unidos: Efectos en las rutas del flujo migratorio internacional". *Papeles de Población* 2007; 51:45-75.
- Arellanez J, Sánchez R. "Migración femenina a Estados Unidos y drogas". *Revista Digital Universitaria* 2010; 9 (8):3-12.
- Bronfman M, Leyva R. "Migración y SIDA en México". En: Córdova JA, Ponce de León S, Valdespino JL (eds). *25 años de SIDA en México: Logros, desaciertos y retos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008. p. 241-258.
- Canales A, Vargas P, Montiel I. "Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y la República Dominicana". En: IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población; La Habana, Cuba 16 al 19 de noviembre de 2010. La Habana: ALAP; 2010.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Migración internacional, derechos humanos y desarrollo*; 2006.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). *La situación demográfica 2009. Emigración*

- mexicana a Estados Unidos: Balance de las últimas décadas*; 2009.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Migración y salud. Latinos en Estados Unidos*; 2008.
- El Colegio de la Frontera Norte (COLEF). Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF). Cuestionario: Devueltos. Disponible en: El Colegio de la Frontera Norte. COLEF [en línea] 2010 [fecha de acceso 14 de agosto 2010]; [citado 14 de ago. 2010]; URL disponible en: <http://www.colef.mx/emif/conteni2/Fases/Cuestionarios/2010/EMIF%20NORTE%20DEPORTADO%202010.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Migración de mexicanos desde y hacia Estados Unidos de América: Estadísticas, problemáticas y retos*; 2006.
- Kaplan, A, Coll C, Fonseca MdC, González C, Mausbach H, Marino M, et al. *Salud reproductiva de las mujeres migrantes Africanas en España: Retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias*. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics; 2002.
- Médicos del Mundo. Frontera de México con Estados Unidos. *Ciudades de Tijuana y Mexicali. Encuesta sobre la situación de la salud de los migrantes y su acceso a la salud*. Tijuana: Médicos del Mundo; 2008.
- Médicos sin Fronteras (MSF). *Violencia sexual y migración. La realidad oculta de las mujeres subsaharianas atrapadas en Marruecos de camino a Europa*; 2010.
- Moya J, Uribe M. *Migración y VIH/SIDA en América y El Caribe*. Disponible en: Organización Mundial de la Salud. OMS [en línea] 2010 [fecha de acceso 14 de julio 2010]; URL disponible en: [http://www.mex.ops-oms.org/documentos/migracion/migracion\\_vih.pdf](http://www.mex.ops-oms.org/documentos/migracion/migracion_vih.pdf)
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). *Factores Determinantes Clave de la Estadística de Migración Nacional: Migración y género*; 2010.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre Desarrollo Humano 2009. Superando Barreras: Movilidad y desarrollo humanos*; 2009.
- Revista Panamericana de Salud Pública. “La salud de los inmigrantes hispanoamericanos”. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17:200–201.
- Ríos E, Ferrer L, Casabona J, Caylá J, Avencilla A, Gómez J, et al. “Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña”. *Gac Sanit* 2009; 23 (6): 533–538.
- Sáenz R, Ramírez T, Montes de Oca V. “La salud a partir de la experiencia migratoria en México”. En: IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población; La Habana, Cuba 16 al 19 de noviembre de 2010. La Habana: ALAP; 2010.
- Salgado N. “Migración, sexualidad y sida en mujeres de origen rural: sus implicaciones psicosociales”. En: Lerner S, Szasz I (comps.). *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde las perspectivas de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad; 1998. P. 155–171.
- Salgado VN, González T, Bojorquez I, Infante C. “Vulnerabilidad social, salud y migración México–Estados Unidos”. *Salud Pública de Mex* 2007; 49 (número especial):8–10.
- Sánchez R, Arellanez J, Pérez V, Rodríguez S. “Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos”. *Salud Mental* 2006; 29 (1):35–43.
- Secretaría de Salud de México (SSA). *Programa de Acción Específico 2007–2012*. Salud del Migrante; 2009.
- Strathdee S. “Experiencias migratorias de tijuanaenses vulnerables y factores de riesgo para VIH”. Disponible en: Institute of the Americas. IAMERICAS [en línea] 2010 [fecha de acceso 13 de agosto 2010]; URL disponible en: <http://ioa.ucsd.edu/presentations/workshops/Migration09/Victoria%20Jeda.pdf>
- Tortajada S, Valderrama JC, Castellano M, Llorens N, Agulló V, Herzog A, Herzog B, et al. “Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos”. *Psicothema* 2008; 3:403–407

**Recibido:** 22 de enero de 2011.  
**Aprobado:** 16 de febrero de 2011.  
**Conflicto de intereses:** ninguno.



**Medicina Social**  
 Salud Para Todos