

5. Salud, esperanza, y movilidad humana: Aprendizajes comunitarios desde la universidad jesuita de frontera

Roxana Elizabeth Ruiz Valenzuela

En América Latina y el Caribe, los flujos migratorios se han intensificado y complejizado en las últimas décadas, con una creciente diversificación de perfiles. Familias completas, mujeres solas con niñas y niños, adolescentes no acompañados, y personas mayores forman parte de este mosaico humano en movimiento.¹ La movilidad humana incluye desplazamientos forzados y voluntarios, motivados por la violencia, la pobreza, los desastres ambientales, la reunificación familiar, o la búsqueda de mejores oportunidades. En todos los casos, la migración se inscribe en trayectorias marcadas por desigualdades históricas y profundas brechas en el ejercicio de derechos, entre ellos el derecho a la salud.² Tijuana ocupa un lugar estratégico en este escenario, al ser uno de los principales puntos de tránsito, destino, y retorno de la migración en México, concentrando hasta el 80 por ciento de los encuentros de personas en situación irregular en el estado de Baja California.³ Esta condición de ciudad-frontera la convierte en un espacio dinámico y tensionado, donde convergen proyectos de vida, expectativas, y también múltiples formas de violencia. En este contexto, las personas migrantes enfrentan necesidades críticas de salud física, nutricional, y psicosocial, derivadas de la inseguridad alimentaria, el

¹ Diego Acosta y Jeremy Harris, “Migration Policy Regimes in Latin America and the Caribbean: Immigration, Regional Free Movement, Refuge, and Nationality” (Inter-American Development Bank, 2022), doi.org/10.18235/0004362.

² Sabina Yanet Naranjo, María Nieves González Valles, y Alberto Castro Valles, “Movilidad humana en México: Factores impulsores, riesgos, y consecuencias multidimensionales en población adulta,” *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología* 6, doi.org/10.62364/cneip.6.2024.186.

³ Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas y Secretaría de Gobernación, *Estadísticas migratorias—Síntesis 2023* (México: Secretaría de Gobernación, 2023).

hacinamiento, la exposición a climas extremos, y la limitada cobertura institucional en salud y protección social.⁴ Estas vulnerabilidades se agravan cuando se combinan con otras variables como el género, la edad, la discapacidad, la orientación sexual, o la pertenencia étnica.

Ante la respuesta insuficiente de las instituciones públicas, un papel fundamental en la acogida cotidiana de las personas en movilidad recae en asociaciones civiles, religiosas, y humanitarias. En Tijuana se han identificado más de treinta albergues para migrantes, con capacidades de alojamiento que van desde unas veinte hasta cerca de 1,000 personas por centro. En estos espacios se ofrece techo, alimentación, vestido, y, en algunos casos, asesoría legal, acompañamiento espiritual, y atención básica en salud. Algunos albergues se especializan en determinados grupos—por ejemplo, mujeres con niñas y niños o familias completas, tratando de adaptar sus servicios a las necesidades específicas de cada población.⁵ No obstante, la sostenibilidad de estos esfuerzos se ha visto comprometida por la reducción de financiamiento internacional. A pesar de ello, los albergues continúan reinventando estrategias de apoyo a través de redes solidarias, donaciones locales, voluntariado, y alianzas con universidades y organizaciones internacionales, con el fin de sostener la acogida y ofrecer un mínimo de protección a las personas en movilidad.

Necesidades de salud física, nutricional, y psicosocial

Los perfiles de morbilidad observados en población migrante en tránsito y destino muestran la convergencia de problemas agudos y crónicos. En México se han documentado miles de atenciones anuales por infecciones respiratorias agudas, cuadros de depresión, heridas, cefaleas, y embarazos

⁴ Ietza Bojórquez, Diego Cerecero-García, Pedro P. Orraca-Romano, Julián Fernández-Niño, Maylen Rojas-Botero, y César Infante, “Atención en salud a migrantes en tránsito: Estimación del costo para el sistema de salud en México,” *Salud Pública de México* 66 (2024): 816–823, doi.org/10.21149/15736.

⁵ Bojórquez, Cerecero-García, Orraca-Romano, Fernández-Niño, Rojas-Botero, e Infante, “Atención en salud a migrantes en tránsito”; Ayuntamiento de Tijuana, Secretaría del Bienestar y Dirección Municipal de Atención al Migrante, “Albergues en Tijuana, Baja California,” 2022. tijuana.gob.mx/dependencias/SEDEBI/DMAM/ListaAlberguesMigrantes_2022.pdf.

en mujeres en tránsito.⁶ Estas condiciones reflejan tanto los riesgos del trayecto como la exposición a la intemperie, violencia, accidentes, esfuerzos físicos extremos como las carencias acumuladas en el acceso a servicios preventivos, y de control en los países de origen y en las rutas migratorias.

Un aspecto crítico es la inseguridad alimentaria, que afecta tanto a los que van en tránsito como a quienes permanecen en espera de una resolución migratoria o de la posibilidad de cruzar la frontera. La dependencia de albergues, comedores comunitarios, donaciones, o recursos económicos muy limitados restringe de manera importante el acceso a dietas saludables y culturalmente adecuadas.⁷ El menú cotidiano suele basarse en alimentos de bajo costo y alta densidad energética como harinas refinadas, azúcares simples, grasas saturadas, con escasa presencia de frutas, verduras frescas, y proteínas de buena calidad. Esta combinación favorece, por un lado, las deficiencias de micronutrientes, y por otro, una rápida transición hacia el sobrepeso, la obesidad, y las enfermedades metabólicas en quienes permanecen por más tiempo en contextos urbanos fronterizos. La limitada oferta de alimentos o productos saludables en los albergues, combinada con la abundancia de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas, agrava estas condiciones. Mujeres embarazadas y lactantes, así como la niñez migrante, se encuentran particularmente expuestas, con riesgos adicionales de anemia, bajo peso al nacer y desnutrición infantil, además de retrasos en el crecimiento y afectaciones al desarrollo cognitivo y emocional.⁸ A ello se suman las secuelas emocionales asociadas a la separación familiar, la violencia durante el

⁶ Bojórquez, Cerecero-García, Orraca-Romano, Fernández-Niño, Rojas-Botero, e Infante, “Atención en salud a migrantes en tránsito.”

⁷ Ana Karina Ruiz, Ashley Monet Rubio Soto, Michelle Dergal Perea, y Roxana Ruiz Valenzuela, “Inseguridad Alimentaria, IMC, y Síntomas de Infección Gastrointestinal En Mujeres Migrantes de un Albergue En Tijuana, Baja California,” *Journal of Latin American Nutrition and Health* 1 (2023): 42–52.

⁸ UNICEF, *El estado mundial de la infancia 2019: Niños, alimentos y nutrición* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019), [unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019](https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019).

trayecto, y la incertidumbre respecto al futuro, que impactan tanto en la salud mental de las personas adultas como en el bienestar psicosocial de niñas, niños, y adolescentes.

Las necesidades de salud mental en los albergues hacen aún más urgente este tipo de espacios. Desde la teoría social cognitiva, se han identificado cuatro dimensiones que inciden en la salud y el bienestar de las personas en movilidad: el contexto social marcado por el racismo, el abuso, y diversas formas de violencia; los estresores psicosociales asociados al trauma, a la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas, y a la incertidumbre prolongada; los factores personales, que combinan vulnerabilidad y resiliencia; y las consecuencias conductuales y emocionales, que se expresan en insomnio, fatiga, ansiedad, paranoia, depresión, e incluso riesgo suicida.⁹ Además, la alta prevalencia de ansiedad y depresión se ha documentado en personas en tránsito y buscadoras de asilo, que han transitado por Tijuana.

Desigualdades estructurales y barreras de acceso a la salud

Las necesidades descritas no pueden entenderse sin considerar los determinantes sociales de la salud y las barreras estructurales de acceso a la atención. Entre ellas destacan el estatus migratorio irregular, la ausencia de un seguro médico, la discriminación, las diferencias culturales y lingüísticas, y la saturación crónica de los servicios públicos.¹⁰ Aunque el marco jurídico mexicano reconoce que toda persona en el territorio nacional tiene derecho a recibir atención médica de urgencia, en la práctica persisten múltiples obstáculos para el acceso oportuno, continuo, y de calidad. Muchas personas migrantes relatan experiencias de trato

⁹ Marilu Fernandez-Haddad, y Luz M. Garcini, "Mental Health of Migrants in Transit Through Mexico to the U.S.: A Formative Study for CBSM Interventions in Shelters," *Social Marketing Quarterly* 31, no. 3 (2025): 296–316. doi.org/10.1177/15245004251356476.

¹⁰ Ernesto Aguayo-Téllez y José Martínez-Navarro, "Internal and International Migration in Mexico: 1995–2000," *Applied Economics* 45 (2012): 1647–1661, doi.org/10.1080/00036846.2011.633894; Jesús Miguel Flores Castillo, "Análisis del prejuicio hacia migrantes centro-americanos en tránsito por México en el personal de los servicios públicos de salud" (Tesis de doctorado en Estudios de Migración, El Colegio de la Frontera Norte, 2022), 36.

discriminatorio, falta de información clara sobre sus derechos, y temores a ser denunciadas ante las autoridades migratorias si acuden a hospitales públicos. Al mismo tiempo, el personal sanitario se enfrenta a sobrecarga laboral, recursos insuficientes, y, en ocasiones, prejuicios hacia este contingente, lo que limita la implementación de enfoques interculturales y de derechos humanos. Esta combinación reproduce círculos de exclusión que profundizan la vulnerabilidad de quienes se encuentran en movilidad y refuerzan estereotipos negativos en las comunidades de acogida. La falta de prevención y de seguimiento clínico favorece el agravamiento de enfermedades que podrían haberse resuelto mediante intervenciones de atención primaria.¹¹ Las barreras legales, financieras, culturales, y sistémicas se entrecruzan y limitan de manera significativa el acceso a la atención en salud de las personas migrantes. En términos legales, quienes se encuentran en situación migratoria irregular suelen enfrentar gastos de bolsillo muy elevados y un acceso restringido a servicios esenciales, mientras que quienes tienen un estatus regular pueden recibir cierto apoyo gubernamental, aunque este resulta frecuentemente insuficiente.¹² A ellos, se suman las dificultades económicas, ya que numerosos estudios señalan que el costo directo de las consultas, medicamentos, y traslados constituye uno de los principales obstáculos para buscar atención o dar seguimiento a tratamientos.¹³

¹¹ Laura Cacciani, Nera Agabiti, Marina Davoli, Teresa Dalla Zuanna, y Cristina Canova, “Avoidable Hospitalization among Migrants and Ethnic Minorities in Developed Economies,” en *Access to Primary Care and Preventative Health Services of Migrants*, ed. Aldo Rosano (Springer, 2018), 67–81, doi.org/10.1007/978-3-319-73630-3_7; Zilvi Fuadiyah Nur, Antonius Yansen Suryadarma, Assaye Girma Mengistu, Ayu Pangestuti, Nahya Rahmatul Ariza, y Trias Mahmudiono, “Health Care Access and Equity among Migrants: A Literature Review,” *Medical and Health Science Journal* 8 (2024): doi.org/10.33086/mhsj.v8i01.4272.

¹² Véase Kanishka Ghiasi, Ali Mohammad Mosadeghrad, Hossein Dargahi, y Ebrahim Jaafariipooyan, “Healthcare Access for Migrants in Iran: A Qualitative Study,” *Discover Health Systems* 4, no. 92 (2025), doi.org/10.1007/s44250-025-00213-x.

¹³ Ana Gama, M. Marques, A. Pedro, J. Teles de Mendonça, A. C. Fernandes, y S. Dias, “Perceived Need of Health Care and Barriers in Access to Health Services among Migrants in Portugal,” *European Journal of Public Health* 31 (2021), doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.612.

Las diferencias culturales y la falta de pertinencia intercultural en los servicios de salud, junto con experiencias de discriminación, también disuaden a las personas migrantes de acudir a los establecimientos, reforzando la desconfianza institucional.¹⁴ La limitada competencia lingüística opera como una barrera adicional, pues dificulta la comunicación efectiva con el personal sanitario, favorece malentendidos diagnósticos y terapéuticos, y reduce la calidad percibida de la atención. A esto se añade la complejidad de los propios sistemas de salud: los procedimientos administrativos, los requisitos para el registro, y la fragmentación de los servicios resultan especialmente difíciles de navegar para quienes tienen poco tiempo de residencia o carecen de documentación.¹⁵ En Tijuana, quienes van en tránsito y quienes solicitan asilo enfrentan barreras significativas para acceder a la salud, incluyendo una mayor prevalencia de necesidades de atención (43.0 por ciento frente a 21.9 por ciento en la población general), pero menores tasas de búsqueda de atención (58.9 por ciento frente a 81.8 por ciento) y de atención efectivamente recibida (86.9 por ciento frente a 97.7 por ciento). Además, solo 19.7 por ciento de las personas en tránsito y solicitantes de asilo recibieron atención a través del sistema público de salud, en comparación con 43.3 por ciento de la población general, lo que pone de manifiesto desigualdades sistémicas a pesar del reconocimiento normativo del derecho a la atención sanitaria para las personas migrantes.¹⁶

¹⁴ Ana P. Martinez-Donate, et al., “Access to Health Care among Mexican Migrants and Immigrants: A Comparison across Migration Phases,” *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 28 (2017): 1314–1326, doi.org/10.1353/hpu.2017.0116.

¹⁵ Flores Castillo, “Análisis del prejuicio hacia migrantes centroamericanos,” 36.

¹⁶ Arjun Banerjee, César Rodríguez-Chávez, Jaime Sepúlveda, Steffanie A. Strathdee, e Ietza Bojórquez, “Inequalities in Access to Health Care: An Exploration of the Cascade of Care for In-Transit Migrants and Asylum Seekers, and the General Population in Mexico,” *medRxiv* (2025), doi.org/10.1101/2025.01.09.25320284.

La universidad jesuita y el Departamento de Bienestar y Cuidado de la Salud

Ante este panorama de profundas necesidades de salud física, nutricional, y psicosocial en las personas migrantes, la universidad, desde el paradigma pedagógico ignaciano asume el desafío de formar profesionales que respondan con competencia técnica, reflexión crítica, y compromiso ético al servicio de las comunidades en movilidad. Las universidades jesuitas conciben la educación como un proceso integral orientado a la formación de personas conscientes, competentes, compasivas, y comprometidas con la transformación social. En la Universidad Iberoamericana Tijuana, este paradigma se concreta de manera particular en el Departamento de Bienestar y Cuidado de la Salud, conformado por las licenciaturas en Psicología, Enfermería, Nutrición, y Medicina, y que orienta su quehacer formativo e investigativo hacia la atención de las desigualdades en salud que atraviesan la región fronteriza. Lejos de reducirse a la transmisión de conocimientos técnicos, este enfoque articula la excelencia académica con la reflexión ética, la dimensión espiritual, y la responsabilidad pública, especialmente frente a las formas de exclusión que viven quienes son retornados, en situación de pobreza o con acceso limitado a servicios sanitarios.

En este horizonte, se despliegan cuatro componentes centrales: *la utilitas*, que busca facilitar los medios necesarios para que los y las estudiantes sean competentes en el terreno profesional, poniendo su saber al servicio del bien común; *la iustitia*, que propone una formación integral en valores humanos para cultivar el ser personal y la sensibilidad ante la injusticia social; *la humanitas*, que cuida la capacidad de percibir y pensar críticamente la realidad, obrar en conciencia y juzgar, y actuar a favor de los derechos de las personas; y *la fides*, que cultiva la dimensión espiritual y trascendente de la persona mediante experiencias e información que permitan, a quien así lo desee, asumir razonablemente la fe cristiana,

siempre desde el respeto a la libertad religiosa y al pluralismo de creencias presentes en la comunidad universitaria.¹⁷

La pedagogía ignaciana, base de este paradigma, se caracteriza por el *Magis*, entendido como la búsqueda del bien más universal y la elección no solo entre lo bueno y lo malo, sino entre lo bueno y lo mejor, expresado en la búsqueda constante de calidad profesional y en la motivación para poner las propias capacidades al servicio de los demás. En el Departamento de Bienestar y Cuidado de la Salud, esto se traduce en experiencias formativas interdisciplinarias, prácticas comunitarias en albergues de migrantes, y proyectos de investigación aplicada en los que convergen estudiantes y docentes de las cuatro licenciaturas antes mencionadas, para abordar de manera conjunta los determinantes sociales de la salud. A ello se suma la *cura personalis* o cuidado de la persona, que implica una atención cercana e individualizada a cada estudiante para potenciar su libertad, responsabilidad, dignidad, y derecho a ser respetado, así como el acompañamiento académico y humano necesario para sostener procesos formativos exigentes en circunstancias complejas. El modo de proceder ignaciano se articula a través del discernimiento, un proceso dinámico que integra contexto, experiencia, reflexión, acción, y evaluación, convirtiéndose en una estructura continua de aprendizaje y crecimiento a lo largo de la vida. En este marco, las universidades jesuitas, y en particular el Departamento de Bienestar y Cuidado de la Salud de la Universidad Iberoamericana Tijuana, asumen una opción preferencial por las personas empobrecidas y excluidas, integran la justicia socioambiental y los derechos humanos en sus planes de estudio y fomentan prácticas de vinculación comunitaria e investigación aplicada que buscan incidir en políticas públicas y estructuras sociales, entendiendo la frontera entre academia y realidad como un espacio poroso de encuentro, diálogo, y compromiso.¹⁸

¹⁷ Compañía de Jesús, *Pedagogía ignaciana: Un planteamiento práctico* (ITESO, 2001).

¹⁸ Universidad Iberoamericana, "Orientaciones fundamentales," *Universidad Iberoamericana Tijuana*, 2022, tijuana.ibero.mx/sites/default/files/inline-files/Orientaciones-Fundamentales-2022.pdf.

Aprendizaje-servicio y formación de profesionales de la salud

Frente a esta realidad, la promoción de la salud en contextos de vulnerabilidad no puede reducirse a acciones asistenciales puntuales. Se requieren enfoques integrales, éticos, y comprometidos con la transformación social, que articulen la docencia, la investigación, y la intervención comunitaria. En este marco, el Departamento de Bienestar y Cuidado de la Salud de la Universidad Iberoamericana Tijuana, en coordinación con albergues y organizaciones locales, ha impulsado un programa de intervención comunitaria y formativa basado en la metodología de *aprendizaje-servicio*, retomando experiencias previas en la región.¹⁹

Esta metodología articula la formación académica con la acción comunitaria, de modo que las y los estudiantes de salud aplican sus conocimientos en escenarios reales, al tiempo que desarrollan una reflexión crítica sobre las causas estructurales de la desigualdad en salud.²⁰ El énfasis no se limita a “hacer servicio,” sino a aprender con y desde las comunidades, estableciendo relaciones horizontales y reconociendo los saberes populares y la experiencia de las personas en movilidad como parte fundamental de cualquier proceso de cuidado.²¹ En este proyecto en Tijuana, el *aprendizaje-servicio* no es solo “ir a ayudar,” sino la columna vertebral de cómo se forman los estudiantes y cómo se interviene en los albergues. Vincula tres ejes al mismo tiempo: necesidades reales de las personas en movilidad, objetivos académicos de las licenciaturas de salud, y una reflexión ética/ignaciana orientada a la justicia social. En el Departamento de Bienestar y Cuidado de la Salud, el *aprendizaje-servicio*

¹⁹ Christine I. Celio, Joseph Durlak, y Allison Dymnicki, “A Meta-Analysis of the Impact of Service-Learning on Students,” *Journal of Experiential Education* 34 (2011): 164–181, doi.org/10.1177/105382591103400205.

²⁰ Vicente Hernández Franco y Jordi Ficapal Mestres, eds., *Cuadernos de pedagogía universitaria: Aprendizaje-servicio* (UNIJES—Universidades Jesuitas, 2022).

²¹ Héctor Opazo, Pilar Aramburuzabala, y Chenda Ramírez, “Emotions Related to Spanish Student-Teachers’ Changes in Life Purposes Following Service-Learning Participation,” *Journal of Moral Education* 47 (2018): 217–230, doi.org/10.1080/03057240.2018.1438992.

se concibe no solo como una estrategia didáctica, sino como un dispositivo para articular la formación profesional con el desarrollo del propósito vital del estudiantado, orientándolo hacia el bien común.

Al participar en intervenciones con personas migrantes, retornadas, y comunidades vulneradas, las y los estudiantes de psicología, enfermería, nutrición, y medicina se sitúan en entornos reales, a la vez “seguros y desafiantes,” donde adquieren conocimientos sólidos y competencias para responder a contextos educativos y sanitarios cambiantes. La literatura sobre *aprendizaje-servicio* muestra que estas experiencias fortalecen el compromiso con la propia profesión, la empatía, la aceptación de la diversidad, y el interés por pedagogías y prácticas más sensibles frente a situaciones de desventaja social, al tiempo que incrementan la autoeficacia, la conciencia de los propios valores, la comprensión crítica del mundo, y la implicación en el proceso de aprendizaje.

En el caso de la frontera de Tijuana, este enfoque se traduce en que el estudiantado no solo aprende a hacer diagnósticos y diseñar intervenciones en salud, sino que revisa sus motivaciones, reconfigura sus metas vitales en clave prosocial, y reconoce a las personas en movilidad como sujetos de derechos y no como “objetos de asistencia.”²²

Dado su carácter profundamente experiencial, el *aprendizaje-servicio* también potencia el desarrollo emocional del estudiantado. Las estancias en albergues, las ferias de salud, y el trabajo con grupos que han vivido violencia, duelo, y desarraigo, activan respuestas afectivas intensas que, lejos de ser un “ruido” en el proceso formativo, se convierten en materia prima para pensar el propio propósito, revisar privilegios, y fortalecer el deseo de “hacer una diferencia” en la comunidad. Diversos estudios señalan que las experiencias de servicio generan un importante crecimiento personal y emocional, aumentan la motivación para aprender, y mejoran las actitudes hacia el compromiso social y el trabajo con poblaciones vulneradas. En este sentido, el *aprendizaje-servicio*, tal como se implementa

²² Celio, Durlak, y Dymnicki, “A Meta-Analysis of the Impact of Service-Learning on Students,” 164–181.

en la Universidad Iberoamericana Tijuana, no solo contribuye a la adquisición de competencias clínicas y comunitarias, sino que acompaña un proceso de clarificación de propósito de vida del estudiantado, poniendo en diálogo su proyecto profesional con las necesidades concretas de las personas en movilidad y de otras comunidades con las que se vincula el Departamento de Bienestar y Cuidado de la Salud.

1. Contextualización y vínculo con la comunidad:

- a. La universidad identifica, junto con los albergues y organizaciones, las necesidades más urgentes: salud física, nutricional, psicosocial, inseguridad alimentaria, sobrecarga de cuidados, etc.
- b. Se construyen acuerdos claros: qué puede ofrecer el estudiantado y el profesorado, qué espera la comunidad, qué temas son prioritarios y qué límites hay (tiempos, privacidad, protocolos).
- c. Aquí se refuerza que el albergue no es “escenario de práctica,” sino socio de aprendizaje y sujeto de derechos.

2. Diagnóstico participativo como primera fase del servicio:

- a. Estudiantes y docentes realizan diagnósticos en salud física, nutricional, y psicosocial, usando instrumentos validados y adaptados culturalmente, siempre explicando a la gente por qué se recaban los datos y para qué se usarán.
- b. Se combinan encuestas, entrevistas breves, grupos de conversación, y observación del entorno del albergue (hacinamiento, espacios de juego, disponibilidad de alimentos, etc.).
- c. Todo esto ya es “servicio”: la información generada sirve al albergue para tomar decisiones, no solo a la universidad para sus informes.

3. Diseño conjunto de intervenciones formativas y comunitarias:

- a. Con base en el diagnóstico, la comunidad, el albergue, los estudiantes, y el profesorado priorizan problemas abordables: calidad de la alimentación, autocuidado en enfermedades crónicas, salud mental, apoyos a embarazadas y lactantes, etc.
- b. Se co-diseñan actividades concretas: talleres de educación en salud y nutrición, sesiones de prevención, materiales visuales, apoyo a la organización de la cocina, espacios de juego, y contención para niñas y niños.
- c. Se alinean estas actividades con los resultados de aprendizaje de las asignaturas (nutrición comunitaria, salud pública, enfermería comunitaria, psicología de la salud . . .) para que cuenten académicamente, no como “extra-voluntario.”

4. Implementación del servicio en escenarios reales:

- a. El estudiantado entra de forma programada a los albergues para realizar: ferias de salud, consultas o valoraciones breves supervisadas, sesiones de educación alimentaria, actividades de promoción de higiene, apoyo psicosocial básico, etc.
- b. Se cuida que el servicio responda a lo que la comunidad pidió, no solo a lo que el programa quiere “probar.”
- c. En paralelo, se garantizan protocolos de referencia en caso de detectar problemas graves (embarazos de alto riesgo, ideación suicida, violencia, descompensaciones crónicas), conectando con servicios públicos, ONG especializadas u otras redes.

5. Reflexión crítica guiada (núcleo del aprendizaje):

- a. Después de cada jornada, los estudiantes realizan bitácoras y espacios de diálogo, donde trabajan lo vivido: emociones, dilemas éticos, relaciones de poder, estigmas hacia la migración, etc.

- b. Desde la pedagogía ignaciana se recorre el ciclo contexto-experiencia-reflexión-acción-evaluación: no solo “qué hicimos,” sino qué significa hacerlo en una frontera marcada por desigualdades, racismo, violencia estructural, y cadenas globales de cuidado.
 - c. Esta reflexión conecta directamente con contenidos teóricos de clase (determinantes sociales de la salud, género y cuidados, derechos humanos, salud global), para convertir la experiencia en aprendizaje crítico, no solo en “anécdota fuerte.”
6. Evaluación del impacto en la comunidad y del aprendizaje del estudiantado.
- a. Se vuelven a aplicar algunos instrumentos o se usan métodos cualitativos (entrevistas, grupos focales) para valorar cambios: conocimientos en salud, percepción sobre la alimentación, uso de servicios, organización interna del albergue, etc.
 - b. En paralelo, se evalúan competencias del estudiantado: capacidades técnicas (medir, valorar, educar), habilidades de trabajo interdisciplinar, escucha activa, manejo de dilemas éticos, posicionamiento frente a la injusticia.
 - c. Esta doble evaluación (comunidad + estudiantes) es clave para mantener el equilibrio: si solo gana la universidad, no es *aprendizaje-servicio*; si solo se “ayuda” sin aprender ni transformar, tampoco.
7. Sistematización, devolución, y proyección a políticas:
- a. Los resultados se sistematizan en informes, guías prácticas, materiales educativos, y recomendaciones que regresan a los albergues en un lenguaje accesible.
 - b. Se busca traducir la experiencia en insumos para la política pública: evidencias sobre inseguridad alimentaria, brechas de

acceso a salud, sobrecarga de cuidados, impacto del clima en entornos urbanos de frontera, etc.

- c. El ciclo se cierra siempre con devolución: presentaciones a los equipos de los albergues, diálogo sobre hallazgos, acuerdos para mejorar futuras intervenciones, y para cuidar que la comunidad no quede solo como “objeto de estudio.”

8. Continuidad y construcción de comunidad de aprendizaje:

- a. Los proyectos se diseñan para no depender de una sola generación de estudiantes, sino para enlazar cohortes sucesivas, y mantener vínculos de largo plazo con los albergues.
- b. Se fomenta una “comunidad de aprendizaje” entre universidades jesuitas (locales y extranjeras), organizaciones, y albergues, compartiendo materiales, resultados y metodologías.
- c. El objetivo final es que las personas en movilidad y las organizaciones tengan más capacidades, recursos y voz, y que los y las estudiantes se formen como profesionales competentes, conscientes, compasivos, y comprometidos.

Reflexión crítica guiada y Círculos de Esperanza

Desde la pedagogía ignaciana, retomando en esta fase el proceso: contexto-experiencia-reflexión-acción-evaluación, hemos utilizado la metodología *Circles of Hope* o *Círculos de Esperanza*, dado el enfoque crítico y reflexivo de los estudiantes, cuyo objetivo es brindar al estudiantado, que representa experiencias, orígenes, e identidades diversas (por ejemplo, religión, nivel socioeconómico, orientación sexual/identidad de género, experiencias de migración/refugio, procedencia rural/urbana, etc.), la oportunidad de reflexionar sobre la esperanza, compartir sus propias experiencias y escuchar a sus pares de manera equitativa e inclusiva, en presencia de

personas centradas en la “escucha profunda.”²³ Inspirados en la pedagogía ignaciana y en las tradiciones de espiritualidad y justicia social de la red jesuita, estos círculos parten del contexto concreto de la frontera, se alimentan de la experiencia vivida en los albergues y propician una reflexión profunda que desemboca en compromisos personales y colectivos. Su propósito no es solo “contener emocionalmente,” sino ofrecer una estructura para pensar críticamente la migración, la desigualdad, y el propio rol profesional, articulando dimensión afectiva, ética, y política. Metodológicamente, los *Círculos de Esperanza* se organizan en torno a encuentros periódicos que siguen una secuencia sencilla pero rigurosa: un momento inicial de ambientación y confianza; la recuperación de la experiencia concreta vivida en los albergues o en las actividades de campo; una fase de lectura crítica de esa experiencia a la luz de marcos conceptuales (derechos humanos, género y cuidados, determinantes sociales de la salud); y un cierre orientado a la acción, donde cada participante identifica pasos que puede asumir. En estos espacios, las y los estudiantes reconocen que la esperanza no es un sentimiento ingenuo, sino una práctica cotidiana que se teje en la empatía, la solidaridad y el compromiso de su generación por transformar realidades injustas.²⁴ Nombrar ambas dimensiones: esperanza y desesperanza, permite comprender que el trabajo en salud en la frontera implica sostener tensiones, cultivar paciencia histórica y aceptar que los cambios estructurales son lentos, pero que aun así es posible generar alivios concretos y significativos. De este modo, las emociones dejan de verse como un obstáculo para la práctica profesional y se reconocen como fuente de conocimiento y motor ético de la acción.

En la experiencia del Departamento de Bienestar y Cuidado de la Salud realizamos un análisis cualitativo en una muestra de 41 estudiantes de

²³ College of the Holy Cross, *Circles of Hope—Listening to Our Students* (College of the Holy Cross, 2024).

²⁴ “Listening Is the Most Important Way to Create a Hope-Filled Future,” *Conversations on Jesuit Higher Education*, 17 de septiembre de 2025, conversationsmagazine.org/listening-is-the-most-important-way-to-create-a-hope-filled-future-caec7c7b333e.

licenciatura, distribuidos de la siguiente manera: 44 por ciento de Psicología, 22 por ciento de Nutrición y Ciencia de los Alimentos y 34 por ciento de Enfermería. El estudiantado de estos tres programas académicos fue asignado aleatoriamente en pequeños grupos de cuatro a cinco integrantes, conformando los *Círculos de Esperanza*, como espacios participativos orientados a promover el diálogo, la reflexión, y el aprendizaje colectivo, favoreciendo que cada uno pueda compartir sus experiencias, escuchar, y construir miradas críticas y esperanzadoras sobre la realidad que viven las personas en contextos de movilidad. En los *Círculos de Esperanza*, los principales consensos fueron los siguientes: el estudiantado reconoció que la universidad los ha preparado para comprender el contexto de movilidad forzada principalmente a través de experiencias prácticas en albergues, hospitales, y comunidades, donde pueden aplicar la teoría en escenarios reales y desarrollar empatía, sensibilidad intercultural, y conciencia sobre la dimensión humana de la migración. A partir de estas vivencias, propusieron fortalecer las condiciones de los albergues, mejorar la alimentación, la atención en salud y el apoyo psicológico, así como consolidar redes multidisciplinarias de apoyo.

En los *Círculos de Esperanza*, el estudiantado expresó que la esperanza surge al reconocer en sus compañeros y compañeras cualidades como la empatía, la solidaridad, la calidad humana, y un genuino interés por quienes migran, así como la disposición a colaborar con asociaciones y a involucrarse en causas sociales desde su práctica profesional. Estas actitudes alimentan la confianza en su generación como agente de cambio hacia un futuro más justo. En contraste, la desesperanza aparece frente a las condiciones de vida precarias que observan en los albergues: hacinamiento, falta de saneamiento, escasez de alimentos, y acceso limitado a la salud, la educación, y una vivienda digna. También señalan la discriminación, la violencia, el maltrato, la insuficiencia de recursos gubernamentales, y la corrupción como factores que dificultan brindar un apoyo efectivo, generando sentimientos de frustración y límite ante la magnitud de las injusticias que se viven en estas circunstancias.

Actualización de planes de estudio: Asignaturas interdisciplinarias en salud

La experiencia en la frontera de Tijuana ha resaltado la necesidad y con ello la fundamentación para la construcción de materias interdisciplinarias en salud, que atraviesan los planes de estudio de las licenciaturas del Departamento de Bienestar y Cuidado de la Salud. Estas asignaturas surgen de la constatación de que problemas complejos, como la migración, la inseguridad alimentaria, o la salud mental en entornos de violencia, no pueden abordarse desde una sola disciplina. En consecuencia, los planes de estudio se actualizan para incluir espacios formativos compartidos, en los que el estudiantado aprende a leer la realidad desde distintos marcos conceptuales y a diseñar respuestas integrales junto con las comunidades. Un ejemplo de ello es la asignatura de “Salud y migración”; en esta asignatura se abordan los determinantes sociales y políticos de la movilidad humana, los marcos de derechos humanos aplicables, los impactos de la migración en la salud física y mental, y los retos específicos de la atención en contextos fronterizos. A través de estudios de caso, trabajo de campo en albergues y análisis de testimonios, el estudiantado articula saberes disciplinares: la Enfermería aporta la mirada clínica y de cuidado directo; la Psicología, la comprensión de los procesos psicosociales y de trauma; la Nutrición, el análisis de entornos alimentarios y malnutrición; y todas, de manera conjunta, problematizan el racismo, la xenofobia, y las desigualdades estructurales. Además, se han incorporado asignaturas orientadas a la promoción de la salud en diversos grupos, que funcionan también como puentes interdisciplinarios, por ejemplo: “Programa educativo en salud,” “Promoción de la salud en grupos específicos,” y “Atención básica a la comunidad.” En ellas, se estudian marcos conceptuales de promoción de la salud, educación, comunicación para el cambio social, y enfoque de curso de vida, a la vez que se desarrollan habilidades prácticas para diseñar intervenciones culturalmente pertinentes. La lógica no es que cada disciplina “aplique” lo que ya sabe a un grupo específico, sino que las distintas miradas se encuentren y

construyan diagnósticos y estrategias con la participación de las propias comunidades. Estos espacios curriculares interdisciplinarios requieren también innovaciones metodológicas. Suelen organizarse en torno a proyectos integradores vinculados con albergues, escuelas, casas de día o centros comunitarios, en los que equipos mixtos de estudiantes diseñan, implementan, y evalúan acciones de promoción de la salud. La evaluación deja de centrarse únicamente en exámenes teóricos para incorporar rúbricas de trabajo colaborativo, productos comunitarios (materiales educativos, guías, talleres), reflexiones éticas, y análisis crítico de la práctica. De este modo, los planes de estudio se desplazan de un modelo fragmentado por asignaturas hacia trayectos formativos que acompañan procesos comunitarios.

Finalmente, la creación de materias interdisciplinarias en salud implica un trabajo institucional sostenido: revisión periódica de los planes de estudio, coordinación entre licenciaturas, formación docente en enfoques de salud colectiva, y pedagogía crítica, así como mecanismos de participación de los albergues y organizaciones comunitarias en el diseño de contenidos. Así, la interdisciplina deja de ser un discurso abstracto y se convierte en una práctica concreta que articula docencia, investigación, y compromiso social frente a las desigualdades en salud.

Hacia un modelo integral de atención y formación

La experiencia de la Universidad Iberoamericana Tijuana y de los albergues aliados muestra que es posible avanzar hacia un modelo integral de atención a la salud de poblaciones en movilidad que combine tres pilares: la respuesta directa a necesidades urgentes; la generación de evidencia sobre determinantes sociales, entornos alimentarios, y salud mental; y la formación de profesionales capaces de articular competencia técnica con sensibilidad ética y compromiso social. Este modelo se nutre de la colaboración entre actores diversos—académicos, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales, comunidades de fe, e instancias gubernamentales—y se construye desde abajo, a partir de las realidades concretas de Tijuana como ciudad de frontera. Lejos de ser solo un punto

de paso, Tijuana se configura como un laboratorio vivo donde se ensayan nuevas formas de hospitalidad, cuidado y justicia. En las cocinas de los albergues, en los consultorios improvisados, en las ferias de salud y en los *Círculos de Esperanza* se articulan prácticas que cuestionan el modelo hegemónico de salud centrado en el individuo y el hospital, y proponen en su lugar una salud enlazada con la comunidad, el territorio, y la defensa de derechos. De este modo, las experiencias formativas basadas en *aprendizaje-servicio* y trabajo interdisciplinario contribuyen no solo a aliviar el sufrimiento inmediato, sino también a formar profesionales capaces de cuestionar y transformar las estructuras que lo producen. Para el estudiantado, estas experiencias implican un encuentro directo con la frontera como espacio vital y no solo como categoría geopolítica. A través de bitácoras reflexivas, espacios de tutoría, y acompañamiento docente, se promueve que puedan nombrar sus emociones; indignación, tristeza, esperanza, frustración, y transformarlas en motivación para ejercer su futura práctica profesional desde un horizonte de justicia social, equidad y respeto a la dignidad de todas las personas.

Roxana Elizabeth Ruiz Valenzuela es licenciada en nutrición por la Universidad Autónoma de Sinaloa y maestra en Ciencias por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. Actualmente realiza el doctorado en Nutrición y Ciencias de los Alimentos en la Universidad de Granada, España. Es nutrióloga certificada por el Colegio Mexicano de Nutriólogos, educadora en diabetes por la Federación Mexicana de Diabetes y miembro de la Academy of Nutrition and Dietetics y de la Asociación de Nutriólogos y Dietistas de Baja California. Actualmente, Roxana se desempeña como coordinadora académica de Nutrición y Ciencia de los Alimentos en la Universidad Iberoamericana Tijuana. Su investigación se centra en dieta, composición corporal y seguridad alimentaria en grupos vulnerables, especialmente personas mayores y poblaciones en movilidad en la frontera norte de México.