

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Necesidades de salud de los migrantes y su atención
en el albergue de Arriaga, Chiapas**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

Edgar Rodrigo Hernández Rodríguez

Directora del Tesis

Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez

Ciudad de México, marzo de 2021

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora, la Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez, quien con sus conocimientos y apoyo me guió a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscaba.

En segundo lugar, quiero agradecer a los profesores y lectores, Lic. Cutberto Díaz Avelino, al Dr. Miguel Ángel Godínez Gutiérrez y al Mtro. Raúl Oswaldo Corona Fuentes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

También quiero agradecer al Dr. Rene Leyva Flores investigador del Instituto Nacional de Salud Pública por darme la oportunidad de gestionar la beca del programa de inicio a la investigación (PROBEI) la cual fue un apoyo para llevar a cabo el proceso de investigación de esta tesis a través de la Unidad de Estudios sobre Migración y Salud (UMyS) que él dirige.

Quiero agradecer a la casa del migrante “Hermanos de la Misericordia” por abrirme sus puertas, así como a los migrantes que me permitieron entrevistarlos para esta investigación.

Por último, quiero agradecer a todos mis amigos y a mi familia, por apoyarme a lo largo de estos años. En especial, quiero hacer mención de mis padres que siempre estuvieron ahí para darme palabras de apoyo y un abrazo reconfortante para renovar energías. Y en particular a mi mamá quien estoy seguro estaría orgulloso de mí.

ÍNDICE

	Páginas
Introducción	1
Capítulo I. Marco teórico	9
1.1 Promoción de la salud y migración.....	9
1.2 Determinantes sociales en salud, vulnerabilidad y migración.....	13
Capítulo II. Metodología	26
2.1 Metodología cualitativa.....	27
2.2 Observación participante	28
2.3 Entrevistas semi-estructuradas.....	31
Capítulo III. Vulnerabilidades y riesgos en el camino de los migrantes centroamericanos en México	33
3.1 Características generales de los entrevistados.....	33
3.2 ¿Por qué migrar?.....	35
3.2.1 Vida en Estados Unidos y unión familiar.....	35
3.2.2 Problemas económicos.....	36
3.2.3 Problemas por violencia.....	36
3.3 México: contexto adverso para los derechos humanos de migrantes.....	38
3.4 La salud/enfermedad de los migrantes en tránsito.....	42
3.4.1 Enfermedades desde el país de origen.....	43
3.4.2 Riesgos y daños a la salud en la ruta migratoria.....	45
3.4.3 Enfermedades por riesgo de trabajo.....	50
Capítulo IV. Las condiciones de atención a la salud de migrantes que transitan por la casa del migrante de Arriaga, Chiapas	53
4.1 Características de la Casa del Migrante.....	53
4.1.1 Usuarios que ingresan a la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”.....	55
4.1.2 Personal de la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”.....	57
4.1.3 Infraestructura de la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”.....	58
4.2 Actores externos que brindan ayuda en la Casa del Migrante.....	64

4.3 Perfil de atención de la salud de los migrantes en tránsito.....	66
4.3.1 Atención en salud de la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”.....	68
4.3.2 Servicios de atención médica: Alcances y retos.....	78
4.3.3 Referencias de casos al 2° y 3° nivel.....	81
4.3.4 Prevención.....	83
4.4 Propuesta de intervención preventiva en la Casa del Migrante.....	85
4.5 Conclusiones del capítulo.....	90
Capítulo V. Conclusiones generales.....	94
Bibliografía.....	99

Introducción

La migración Centroamérica-México es un fenómeno que ha ido en aumento en las últimas cuatro décadas, el cual es provocado por problemas económicos, políticos, sociales y de violencia que suceden en la mayoría de los países latinoamericanos. México es un país de tránsito y destino de migrantes centroamericanos, los cuales sufren distintos problemas en su desplazamiento por el país, enfrentan desde la violencia, robo y extorsión por parte de las autoridades migratorias y policíacas además de grupos de narcotráfico, trata de personas, estigma y discriminación, hambre y condiciones de vida precarias.

Las estadísticas de los últimos tres años nos indican un incremento sustancial y una complejización de los flujos migratorios centroamericanos en tránsito por México. De acuerdo con datos oficiales, en el 2017 se detectaron 93,846 detenciones de migrantes, en el año 2018 se registraron 138,612 casos y en el último año 2019 (enero a agosto) se ha detenido 144,591 personas. Por lo tanto, en este periodo se registró un total de 283,203 detenciones de migrantes que entraron a territorio mexicano por la frontera sur, principalmente por el estado de Chiapas (Instituto Nacional de Migración, 2019). En su mayoría son migrantes centroamericanos (87%), y alrededor del 12% de otras regiones. Organizaciones de la sociedad civil mencionan que esta cifra podría ser superior ya que no hay registros y el número podría ascender a más de 500,000 migrantes en tránsito por México (OIM, 2016).

Se ha documentado que las poblaciones migrantes enfrentan condiciones de alta vulnerabilidad social y de salud (Leyva R., Infante C., Quintino F., 2016). El grado de vulnerabilidad en salud de migrantes en tránsito depende de varios factores desde la condición migratoria irregular hasta el entorno que los rodea. La condición migratoria irregular “sin papeles” impone barreras normativas y administrativas que obstaculizan el acceso a los servicios públicos de salud, particularmente para aquellos padecimientos (crónico-degenerativos) que requieren un estricto seguimiento médico y alto costo (Quintino F., 2012). En los planes nacionales de atención médica o de salud del país (vigentes hasta 2019) existe restricción para que los migrantes accedan a la atención en salud por parte de las instituciones del

sector de la asistencia social, por lo cual los migrantes frecuentemente optan por la automedicación, y además manifiestan el temor de que las autoridades sanitarias puedan estar vinculadas con instituciones de migración y enfrenten el riesgo de deportación (Baltica C., Piedad G., Nassim A., 2018). Otro factor corresponde a la contratación de migrantes en condiciones irregulares, en donde los empleadores no proporcionan cobertura sanitaria ni seguridad social (Leyva R., Quintino F., 2011).

En este contexto debemos definir a la vulnerabilidad en salud como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante riesgos y daños potenciales a la salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales (Leyva R., et al. 2011; González Block, 2007). La vulnerabilidad es producto de la desigualdad social y de todo un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual, ejemplos de esto puede ser la escolaridad, ingresos bajos, discriminación, violencia, falta de empleo, etcétera; lo cual pone en una situación de desprotección a las personas y colectivos migrantes (Busso G. 2001). Desde esta perspectiva, las condiciones de vulnerabilidad social en salud se caracterizan por ser dinámicas, por lo que la acción social puede contribuir a generar transformaciones -muchas veces paulatinas- tanto en las políticas públicas como en los modelos de provisión de servicios de salud para migrantes.

En México existen experiencias de colaboración entre organizaciones de la sociedad civil, casas de migrantes, instituciones académicas y servicios públicos de salud que, más allá de la normatividad establecida, han desarrollado acciones de promoción y defensa de los derechos humanos y de acceso a los servicios públicos de salud para migrantes; con lo cual contribuyen a incidir en las condiciones de vulnerabilidad social que enfrentan estas poblaciones en movimiento (Leyva R, et al, 2011).

El presente trabajo busca contribuir a documentar las necesidades de salud y la atención que reciben las personas migrantes en su paso por Arriaga, una localidad que se ha configurado como parte de la ruta migratoria que se ubica en el suroeste del estado de Chiapas. Desde un enfoque de promoción de la salud, se reflexionó

en torno a los determinantes sociales y las necesidades de la salud de este grupo de la población migrante, se documentó la provisión de servicios en un albergue para migrantes y se desarrolló una estrategia (taller) participativa orientada a la prevención de riesgos específicos que pueden afectar la salud de las personas migrantes en tránsito por México.

Promoción de la salud y su relación con el tema de la tesis

Para entender la promoción de la salud debemos en un principio definir a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1948). Este concepto nos ayuda a concebir que la salud es un medio o herramienta en el cual las personas o comunidades pueden alcanzar un estado de bienestar para sí mismas y las personas que los rodean, entendiendo también que la salud es un recurso para la vida diaria (Carta Ottawa, 1986:2).

La Promoción de la Salud (PS) es un campo profesional, el cual impulsa procesos de investigación-acción, e integra un conjunto de vertientes teóricas y de prácticas que buscan promover el bienestar, reducir las brechas de la desigualdad social y mejorar la calidad de vida de los grupos sociales, así como potencializar el desarrollo de las capacidades humanas (Cardacci D., 2011; Terris M., 2012).

La promoción de la salud es un concepto que ha ido cambiando a lo largo de los años, pero una de las definiciones más aceptadas es la que se publicó en 1986 en la Carta de Ottawa, documento en el que se especifica que: “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Carta Ottawa, 1986:2).

A lo largo de las últimas décadas, diferentes autores han desarrollado diferentes perspectivas o formas de entender a la promoción de la salud. En ese sentido podemos encontrar que uno de los primeros investigadores en el campo de la salud que utilizó la expresión de promoción de la salud fue Henry Sigerist, el cual definió las cuatro funciones de promoción de la salud, además que afirmó que la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso (Terris M.,

1996). Esta definición nos ayuda a comprender que la promoción de la salud es una práctica que implícitamente promueve los estilos de vida saludables en diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

Otro autor que nos ayuda a definir la promoción de la salud es Hancock (1994: 30) el cual menciona que "la promoción de la salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder (...) Puede decirse que la PS opera en dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario; y el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política".

En esta definición el autor nos muestra como la promoción de la salud es una herramienta empoderante para las personas y las comunidades las cuales pueden ejercer el control de su salud, además que pueden influir en la formulación e implementación de políticas públicas que incentiven la salud individual y poblacional. Dicho autor plantea una nueva forma de relacionar a los individuos y las políticas públicas con la idea de una agenda conjunta en salud, lo cual es una parte fundamental para la promoción de la salud.

Para Nutbeam (1986: 31) la promoción de la salud es " el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir".

La definición de Nutbeam nos habla de una de las partes medulares de la promoción de la salud como son los determinantes de la salud, los cuales han sido definidos por diversos autores (López O., et al., 2008) como el conjunto de condiciones tanto personales como sociales, laborales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Para nuestra investigación es muy importante analizar los determinantes sociales de la salud de las personas migrantes que transitan por el sur de México, ya que se parte del reconocimiento

que los cambios y continuidades en las condiciones de vida y trabajo, las problemáticas que se enfrentan en los procesos migratorios y las formas de acceso a los servicios de salud van definiendo el proceso salud-enfermedad-atención de las y los migrantes.

La OMS (1986.11) maneja la promoción de la salud como “un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud”. En el caso planteado en este trabajo, la participación y los esfuerzos dirigidos a la promoción del derecho a la salud de las personas migrantes son prioritarios para contribuir a modificar las condiciones de desigualdad que se viven en los contextos de tránsito y destino.

Para la OMS, la promoción de la salud se divide en cuatro esferas que impactan la salud del individuo o de la población, las cuales se dividen en políticas, sociales, ambientales y económicas. Las diferentes acciones que buscan impactar en las diferentes esferas permiten a las personas o comunidades tomar control sobre su salud y en consecuencia mejorarla por lo que la definición y su impacto en la población es multifactorial. También debemos mencionar que la promoción de la salud para la OMS se sustenta en cinco estrategias primordiales: establecer políticas saludables, crear entornos que apoyen a la salud, fortalecer las acciones comunitarias para la salud, desarrollar entornos personales y la reorientación de los servicios sanitarios. La promoción de la salud no sólo se enfoca en construir herramientas -con y para- las personas en términos del cuidado de la salud sino también genera conocimiento, lo cual nos ayuda a documentar e identificar las necesidades en salud de la población objetivo, en este caso particular de la población migrante que transita por México desde la frontera sur, con el propósito de mejorar el desarrollo de estrategias y la provisión de servicios que respondan a las especificidades de los grupos sociales.

Estos conceptos nos ayudan a entender como la promoción de la salud también es un medio o una herramienta, la cual puede ser empleada para mejorar la situación de salud de la población migrante en tránsito por México. Además, nos ayuda a comprender la situación en salud de la población migrante desde la perspectiva de promoción de la salud, lo cual sirve para poder responder con propuestas que ayuden a mejorar la atención y los cuidados de la salud que deben de tener en su viaje por México. A continuación, se muestra un esquema donde se retoman diferentes acciones de PS que impactan positivamente en la población migrante centroamericana.

Migración y salud: el objeto de estudio

El objetivo de este trabajo de investigación es analizar las necesidades y modalidades de atención de la salud de los migrantes centroamericanos en tránsito, poniendo énfasis en los servicios que se brindan en la Casa del Migrante de Arriaga, Chiapas. Se eligió este estado y localidad por ser uno de los principales puntos de la ruta por la cual transitan para llegar a los Estados Unidos.

Se seleccionó la Casa del Migrante de Arriaga, Chiapas por ser uno de los primeros albergues que se encuentran en la ruta migratoria, además de contar con un esquema de atención que se basa en la colaboración entre el albergue y un servicio público de salud de primer nivel de atención (consultorio IMSS-Oportunidades, esquema que hoy día se ha integrado al INSABI), el cual se caracteriza por no cobrar por los servicios y proporcionar medicamentos gratuitos. Por lo tanto, en este espacio se ha desarrollado una modalidad de organización basada en la colaboración entre una organización civil (Casa del Migrante) y una institución gubernamental que tradicionalmente ha brindado servicios a población en condición de alta vulnerabilidad y que se ubica o vive en una zona rural o semi-rural.

En este contexto de alta movilidad poblacional resulta relevante plantear las siguientes interrogantes **¿Qué estrategias se han implementado para atender las necesidades en salud de migrantes en tránsito en el municipio de Arriaga, Chiapas? ¿Cómo se han articulado los actores institucionales y sociales para abordar el vínculo migración y salud en la Casa del Migrante de Arriaga,**

Chiapas? ¿Cuáles son los alcances, limitaciones y nuevos retos que enfrentan los actores sociales para atender las necesidades y reducir los riesgos en salud de los MT? ¿Cuáles son las perspectivas que tienen los migrantes sobre la atención de la salud en localidades ubicadas en la ruta migratoria?

Con base en estas interrogantes y recuperando perspectivas críticas que convergen en el campo de la Promoción de la Salud, se plantearon los objetivos de la investigación:

Objetivo General:

Analizar las necesidades en salud de migrantes centroamericanos y la atención que se brinda en la Casa del Migrante de Arriaga, Chiapas.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la red social involucrada en la atención de necesidades de salud de los migrantes en tránsito que interactúan en la comunidad de Arriaga, Chiapas.
- Analizar los alcances, limitaciones y nuevos retos que enfrenta la Casa del Migrante y otros actores (sociales e institucionales) para atender las necesidades y reducir los riesgos en salud de los migrantes en tránsito.
- Analizar las perspectivas que tienen los migrantes sobre la atención de la salud en localidades ubicadas en la ruta migratoria.
- Implementar una estrategia orientada a la prevención de riesgos en salud que enfrentan los migrantes en tránsito.

Para este trabajo se implementó un método cualitativo de investigación utilizando técnicas como la observación participante, la aplicación y análisis de entrevistas semiestructuradas y revisión bibliográfica de fuentes secundarias. La observación participante permitió realizar el levantamiento de información cualitativa; y paralelamente, se desarrolló una estrategia preventiva mediante la implementación de talleres -de corta duración- orientados a temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Por su parte, el trabajo de campo se centró en la aplicación de 20 entrevistas semiestructuradas a hombres y mujeres migrantes; 4 entrevistas a personal de salud; y 1 a personal de la Casa del Migrante.

Estructura del trabajo

Este trabajo se conforma por cuatro capítulos. El primer capítulo corresponde al marco conceptual y metodológico de la investigación; se recuperan las propuestas de la promoción de la salud que ponen énfasis en los determinantes sociales, y que destacan las desigualdades en las condiciones de vida y trabajo como factores estructurales que influyen en los procesos de salud-enfermedad de los grupos sociales; también se recuperan los aportes de la vertiente de la vulnerabilidad social en salud aplicada al campo de los estudios migratorios. En la segunda parte del mismo capítulo se describe la metodología que se utilizó en la investigación, el diseño, técnicas e instrumentos que se aplicaron para la obtención de la información, especificando las personas a las cuales se entrevistó en Arriaga, así como el plan de análisis.

En el segundo capítulo se describe el contexto migratorio, con énfasis en las rutas que toman los migrantes centroamericanos en su paso por Arriaga, Chiapas. El propósito es contextualizar la situación que viven los migrantes en su paso por Arriaga, localidad donde se ubica la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”. En este marco, se documentan las condiciones de vulnerabilidad social, los riesgos y las necesidades en salud de las veinte personas migrantes que fueron entrevistadas en la Casa de Arriaga. En el tercer capítulo hablaremos de las acciones humanitarias, la organización y los servicios que presta de la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”.

Finalmente, en el cuarto capítulo se muestran los resultados que se obtuvieron en el trabajo de campo además del análisis de los fenómenos migración y promoción de la salud, y vulnerabilidad en el caso del estado de Arriaga, Chiapas. Todos esto a través de la revisión de documentos, entrevistas a personas que trabajan dentro de la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”, migrantes centroamericanos en tránsito, trabajadores del consultorio del IMSS-Oportunidades, lo cual determina la atención de la salud de los migrantes en tránsito por Arriaga, Chiapas.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Este capítulo tiene el objetivo de proponer un marco teórico-metodológico para el estudio de las necesidades y vulnerabilidades en salud de las poblaciones migrantes desde un enfoque de Promoción de la Salud. Este capítulo está dividido en tres apartados: en el primer apartado se proporciona una aproximación conceptual al campo de la Promoción de la Salud, priorizando la perspectiva de los determinantes sociales de salud, y se retoma el modelo explicativo desarrollado por Diderichsen (1998) de las desigualdades socio-económicas y la vulnerabilidad social en salud como un referente para analizar la situación específica de las personas migrantes en México. En el segundo apartado se recuperan enfoques que contribuyen a analizar la vulnerabilidad y riesgos en salud de migrantes en contextos caracterizados por la alta movilidad poblacional.

1.1. Promoción de la salud y migración

Para entender a la promoción de la salud es importante mencionar en este apartado como se define a la salud, la vulnerabilidad y a lo determinantes sociales de salud (DSS) lo cual ayuda a comprender el concepto de PS y cómo se asocia con diferentes problemáticas sociales y sobre todo al fenómeno de la migración centroamericana que decide viajar por México para llegar a los Estados Unidos.

- **La salud**

La **salud** es un concepto que, al igual que el de promoción de la salud, ha ido evolucionando a lo largo de los años, en ese sentido se tiene documentado que la salud en épocas antiguas se le relacionaba a una concepción mágico-religiosa donde se veía a la enfermedad como un castigo divino; en la Edad Media se entendía desde una perspectiva escolástica, corriente donde la fe recaía mayor peso antes que la razón por lo que la salud giraba en torno a cuanta fe tenía la persona y esto se relacionaba a su estado de salud. Para el siglo XVIII y XIX se abre un nuevo concepto a raíz de la emergencia y consolidación de nuevas formas de producción, proceso complejo que tuvo un profundo impacto en la salud y propició la emergencia de nuevas enfermedades ligadas al trabajo (Rosen G. 1985).

Para el siglo XX, el abordaje de la salud se encontraba sustentado en un modelo positivista biomédico, donde se generaron importantes luchas para que los Estados-nación garantizarán la salud para su población; además de ser un periodo donde los enfoques hegemónicos abordaron la salud como el opuesto de la enfermedad consolidando el modelo biomédico hegemónico el cual se centra en la prevención y atención de la enfermedad (FLACSO 2017).

Para la segunda mitad del s. XX, otros enfoques propusieron ampliar el concepto de salud no sólo centrándose en la salud física sino también en el bienestar mental y social (OMS 1948). Este concepto aún que es el más difundido en la actualidad no deja de ser un concepto o definición que se queda corta ante las problemáticas de nuestras sociedades. Sin embargo, existen autores que amplían el concepto de salud como Floreal Ferrara (1985: pag.34) autora que considera que “la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo del proceso salud-enfermedad, se trata de un proceso incesante, hace la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad.... La salud es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social.”

Este concepto nos ayuda a entender el vínculo entre las condiciones y las formas de vivir y de morir del hombre además que desde las ciencias sociales y la medicina se puede encontrar el origen y la dinámica de los procesos de vida, enfermedad y muerte. La salud es una definición de construcción histórica y social, de carácter multidimensional además que comprende distintas dimensiones las cuales se relacionan entre sí (FLACSO 2017).

La **Promoción de la salud** constituye un enfoque que propone una visión holística y amplia de **la salud** lo cual implica enfatizar el abordaje de su DSS, y distanciarse de los abordajes que se focalizan en la causalidad específica, por ejemplo, factores de riesgo.

- **Promoción de la salud**

La Promoción de la Salud se ha abordado como un nuevo enfoque o medio, una función o estrategia vinculada con la salud pública, un campo profesional, un ámbito de investigación-acción, un movimiento internacional y un conjunto de prácticas que buscan promover el bienestar y mejorar la calidad de vida y situación de salud de la población (Henry Sigerist 1941; Hancock 1994; Milton Terris 1996).

Ahora bien, la promoción de la salud como una corriente que se origina en los años 70-80's (FLACSO 2017) y la cual se ha ido construyendo a través de diferentes autores que han ido aportando sus ideas (muy similar a la definición de salud) como Laframboise (1973) y Lalonde (1974), los cuales sentaron las bases del modelo de PS, al señalar como componentes o determinantes principales del campo de la salud: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud (organización de los servicios) y la biología humana (Rodríguez A., 2000). Para Lalonde los factores determinantes de la salud están en el ambiente y en los estilos de vida saludables los cuales son el 80% de los problemas de salud (Restrepo, 2001).

En consecución con el Informe Lalonde, la Asamblea Mundial de Salud en 1977 enfatizó la necesidad de actuar sobre los determinantes de la salud e incorporó la idea de promoción de la salud junto con la atención primaria como una estrategia que ha buscado contribuir tanto a la reorganización de los sistemas de salud como a favorecer la acción intersectorial orientada a favorecer el bienestar y mejorar la calidad de vida.

En la declaración de Alma Ata (1978) se definió la atención primaria de salud como el conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de salud. Como podemos observar la declaración de Alma-Ata priorizó la atención primaria de la salud además de organizar la atención en la salud desde los hogares hasta los hospitales y en la que la prevención es igual de importante que la curación.

Por último, históricamente la Carta de Ottawa (1986) marcó un hito para la promoción de la salud ya que contribuyó a su fortalecimiento y reconocimiento internacional como una estrategia fundamental en el campo de la salud pública. Dicho documento señala que:

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las actitudes físicas (...) La Promoción de la Salud es un proceso social y político que no solamente se dirige a fortalecer las habilidades y conocimiento de los individuos en salud, sino también se dirige a cambiar, las condiciones sociales, ambientales, y económicas para aliviar su efecto en el público y en la salud de cada individuo” (OMS, 1986, párrafo 2, pág. 1).

Esta definición nos ayuda a entender a la promoción de la salud con un enfoque multifactorial y multisectorial, lo cual nos sirve para abordar la salud como un fenómeno social e histórico complejo. La promoción de la salud tiene como objetivo central realizar cambios perdurables a través de políticas públicas saludables, crear ambientes saludables, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud. Ahora bien, la promoción de la salud involucra a la población en mayor riesgo, se centra en determinantes de la salud, lo cual asegura ambientes favorables a la salud, combina métodos educativos, legislativos, organizativos y de desarrollo comunitario, aspira a la participación efectiva de la población, favorece la autoayuda y motiva a la creación de redes para fortalecer la promoción de la salud en sus familias y comunidades (Colomer 2000). Ahora bien, un concepto que abona al concepto de PS es el de **salud positiva** el cual tiene como premisa buscar el bienestar biopsicosocial, además de cubrir las necesidades básicas en salud de la población, optimizar los sistemas de salud y aportar todas las herramientas para la mejora de salud y bienestar de la población,

como ejemplos de esta salud positiva podemos mencionar la calidad de vida, acceso a servicios de salud, longevidad, costos en salud, etc. (UASL 2007).

La PS propone como campo de estudio el identificar y analizar a través de los DSS entendidos como las condiciones en las que las personas viven, trabajan, etc. A lo largo del tiempo se han conformado diferentes vertientes que contribuyen a las dos e influyen en las condiciones de salud de las poblaciones.

1.2 Determinantes sociales en salud, vulnerabilidad y migración

Los enfoques que sustentan el campo de la Promoción de la Salud han destacado la necesidad de abordar los determinantes estructurales o generales del proceso salud-enfermedad, con el propósito de trascender las visiones de la causalidad específica y de lograr una mejor comprensión de las condiciones de vida y trabajo que condicionan la situación de salud, los riesgos, las enfermedades, los accidentes en grupos sociales específicos. Para los motivos de la presente tesis se recupera el enfoque de los determinantes sociales de la salud, y este marco se recupera el modelo explicativo de Diderischen (2001), el cual nos ayudará a comprender la relación entre condiciones de vida en la migración, la vulnerabilidad social en salud y los efectos diferenciales en salud que viven los migrantes.

Cuando hablamos de determinantes sociales de la salud no podemos dejar de lado una definición importante como lo es la **vulnerabilidad**, la cual nos ayuda a comprender la mayor susceptibilidad en que se encuentran los migrantes frente a potenciales daños en salud.

- **Determinantes sociales de la salud (DSS) y migración**

Para la OMS (2018:1) los determinantes sociales en salud “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”.

Para el enfoque de los DSS la inequidad en salud es sumamente importante ya que esta significa las diferencias que se construyen socialmente, y que están relacionadas con la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos a nivel mundial (INSP, 2018). Desde este enfoque se reconoce que los determinantes sociales operan en diferentes niveles, por lo que hay que explorar las interrelaciones entre los mismos.

En la actualidad existen diversos modelos que buscan explicar la interrelación de los DSS como el de modelo de Dahlgren y Whitehead (2001) el cual expone que las inequidades en salud como resultado de la interacción entre distintos niveles de condiciones causales desde el individuo hasta la población o el modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson (1999) el cual nos dice que el proceso social que subyace a las inequidades de salud como un modelo de los factores sociales que causan la mala salud y contribuyen a generar inequidades sanitarias. Para los motivos de este trabajo utilizaremos el modelo de Diderichsen el cual se ajusta a la problemática migrante y el cual busca explicar la manera en que las sociedades se organizan crea una gradiente de estratificación social y asigna a las personas distintas posiciones sociales y donde la posición social de las personas determina sus oportunidades de salud.

El modelo de Diderichsen (2001), nos ayuda entender la interrelación entre la sociedad y los individuos como dos niveles de mecanismos causales para la producción de enfermedad y muerte (ver Figura 1). El modelo ayuda a definir puntos críticos con relación a la equidad en salud identificando como operarían los diversos determinantes con relación al acceso a la atención de salud y el nivel de salud, esto para predecir las principales. Este modelo se centra en cuatro supuestos, **el primero habla de la estratificación social**, el cual surge del contextos socioeconómico político imperante y actúa sobre los diferentes grupos de la población que han sido caracterizados de acuerdo con su nivel de ingreso, etnicidad, educación, género, entre otros factores; el segundo supuesto, **la intervención diferencial** nos habla de factores materiales y psicosociales en las que viven las personas o comunidades así como sus conductas, en este supuesto se incluye el acceso a los sistemas de salud, el capital y la cohesión social o

determinantes por lo que se relaciona de manera positiva o negativa con un problema de salud y se expresa de forma diferente según la posición económico; como tercer supuesto se encuentra **la vulnerabilidad diferencial**, la cual nos menciona que los grupos son características sociales comunes comparten también condiciones de vulnerabilidad similares. Estos grupos ocupan una baja posición socioeconómica debido a sus condiciones de vida menos favorables, una mayor vulnerabilidad frente a determinados daños o a los riesgos de enfermar por lo que están expuestas a desarrollar un problema de salud, **la vulnerabilidad diferencial** incluye aspectos biológicos y sociales por lo que se expresan de diferente manera en cada grupo. En este punto también debemos mencionar la exposición diferencial, la cual crea las condiciones para que el individuo sea menos o más susceptible frente a un daño o riesgo de enfermar. Estas dos situaciones se acumulan a partir de las experiencias de vida y son relevantes desde una perspectiva histórica. Como cuarto supuesto tenemos **la consecuencia diferencial**, la cual se manifiesta cuando este sufre una enfermedad o lesión, esto se expresa creando consecuencias sociales de salud y se refiere a la mayor o menor mortalidad o morbilidad segunda posición social, a las repercusiones económicas y sociales del individuo y/o comunidad.

Como observamos el modelo nos ayuda a entender desde una perspectiva socioeconómica las condiciones de salud y el acceso de salud de los individuos y/o poblaciones. En ese sentido los migrantes son una población que vive desde el país de origen condiciones de alta vulnerabilidad producto de las desigualdades, estas desigualdades incluyen la falta de acceso a programas sociales y de salud, así como abandono institucional, etc. La migración se configura en una de las pocas estrategias que quedan para buscar mejores condiciones de vida, sin embargo, durante el tránsito migratorio se enfrentan con diferentes problemáticas que aumentan la vulnerabilidad y los riesgos en su salud¹; estos riesgos pueden terminar

¹ En este modelo ubicamos la vulnerabilidad individual, situacional y la vulnerabilidad vinculada al país de origen

configuran contextos de vulnerabilidad social, definidos como las condiciones jurídico-legales, económicas y sociales que determinan las formas y los procesos relacionados con las condiciones migratorias en que viven estas poblaciones en los diferentes espacios sociales (Leyva R., et al., 2016).

Los DSS no solo se enfocan a responder las causas de la enfermedad sino también los factores que contribuyen a la mala salud del sujeto, en ese sentido el perfil de los migrantes de la región son personas jóvenes y saludables en la mayoría de los casos, y que al viajar tienden a cambiar su comportamiento y adoptar nuevas prácticas las cuales crean nuevos riesgos a su salud. Podemos agregar que la falta de atención en salud de los servicios de salud, las barreras culturales y lingüísticas, violencia durante la ruta, falta de conocimiento de sus derechos humanos, así como miedo a las autoridades migratorias y policíacas aumentan las condiciones de vulnerabilidad. Las posibles enfermedades físicas que pueden desarrollarse como consecuencia del viaje, así como la salud mental es un tema recurrente, pero los problemas mentales no solo se manifiestan en el migrante que viaja sino también al familiar que se encuentra en el origen y el familiar que se encuentra en el destino si existiera el caso (OIM, 2015).

Todas estas problemáticas que sufren los migrantes y los cambios de patrones que genera a nivel individual, familiar y comunitario, ya sea de forma positiva o negativa configura a la dinámica migratoria en un determinante social de la salud.

- **Vulnerabilidad y migración**

El concepto de vulnerabilidad tiene su origen en dos vertientes, una de ellas se definía a partir de los riesgos de las comunidades ante desastres naturales o situaciones catastróficas (Longurths, 1994), la segunda se define a partir de las condiciones socioeconómicas de las comunidades (Chambers, 1989; Chambers, 1995; Longhurst, 1994; Buchanan-Smith y Maxwell, 1994; Bayliss-Smith, 1991). Para Moser la vulnerabilidad se define como los cambios en el entorno económico, social y político, generados por shocks repentinos o transformaciones de carácter estructural. Como podemos observar la vulnerabilidad es multifactorial y depende del contexto; estas definiciones nos ayudan a entender los factores externos e

internos que afectan a una comunidad o población. La vulnerabilidad social se puede medir mediante variables sociales (clase, género, etnia, preferencias sexuales), biológicas (edad y sexo) y las de contexto (cultura, política, economía) las cuales determinan el grado de vulnerabilidad en el cual se encuentra la población o comunidad (Bronfman y Leyva, 2008).

De acuerdo con González Block (2007), la vulnerabilidad en salud se define como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales. Por su parte, Leyva y colaboradores (2006) consideran que la vulnerabilidad en salud está definida por las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas particulares, resultado de las distintas formas en que se interrelacionan los grupos de población dentro de los diferentes espacios geográficos donde se generan situaciones de riesgo en salud que son producto de las interacciones individuales (Bronfman, Leyva y Negroni, 2004). Como podemos observar las definiciones de vulnerabilidad en salud están determinadas por diversos factores sociales, culturales, económicos, políticos los cuales impactan en la salud de la población o comunidad; sin embargo, también intervienen factores geográficos que pueden generar situaciones de riesgo para la comunidad o población.

En ese sentido la migración internacional, como fenómeno social, se reconoce como uno de los determinantes del proceso salud-enfermedad de los grupos poblacionales que interactúan en los contextos de tránsito y destino. Se encuentra ampliamente documentado que los migrantes centroamericanos en tránsito por México (MT) constituyen una población que enfrenta una condición de alta vulnerabilidad social y múltiples riesgos en salud (Castillo M., 2004). Sin embargo, los estudios que adoptan el enfoque de la vulnerabilidad han mostrado que la migración no es en sí misma la que define los riesgos en salud, sino son las condiciones en las que ocurren los tránsitos migratorios y las formas de inserción en las sociedades de destino las que sitúan a las poblaciones móviles en vulnerabilidad social y de salud (Bronfman M., y Leyva R., 2009).

Ahora bien la vulnerabilidad se puede dividir en 3 categorías, la primera es la situacional la cual deriva las condiciones en las que se produce el desplazamiento o de las condiciones en el país de migración; la segunda es la individual la cual está relacionada con determinadas características o circunstancias individuales”; y por último tenemos a la vulnerabilidad vinculada con el país de origen la cual está enfocada en las condiciones en las que se encontraba el o los migrantes en su país de origen (ACNUR, 2017).

La vulnerabilidad situacional se refiere “a las circunstancias durante la ruta o en los países”. Esta vulnerabilidad sucede cuando la migración se realiza por vías irregulares, lo cual provoca que los migrantes queden expuestos a explotación y abusos, así como el riesgo a la muerte por transportes no seguros, por terrenos irregulares, por condiciones ambientales adversas y fauna nociva, etc.

La vulnerabilidad individual “se refiere a las características o circunstancias individuales que ponen a una persona en un riesgo”. Esta vulnerabilidad tiene que ver con las características propias del migrante, así como las circunstancias individuales que ponen en riesgo su vida o salud. En este apartado se pueden ubicar grupos sociales particulares como niños y jóvenes, adultos de la tercera edad, grupos con discapacidades, mujeres, personas sobrevivientes a torturas etc.

Por último, tenemos a la vulnerabilidad vinculada a su país de origen la cual como dice su nombre depende de factores vinculados en el país de origen, estos pueden ser socioeconómicos, falta de acceso a los servicios de salud, acceso a derechos humanos, acceso a programas sociales, etc. (ACNUR, 2017).

En este trabajo se emplea las nociones de vulnerabilidad social y riesgos en salud para hacer referencia a los factores físicos, económico-sociales, ambientales y políticos, que afectan la salud de los migrantes en tránsito por México. En ese sentido categorizamos las diferentes vulnerabilidades para tener un panorama amplio de lo que viven los migrantes en su paso por nuestro país.

En este apartado mencionaremos las **vulnerabilidades situacionales** que enfrentan los migrantes y los riesgos que se pudieron recopilar a partir de la observación participante, las entrevistas y la revisión de documentos históricos e

investigaciones académicas, ya que capítulos más adelante se profundizará en el tema. Para los migrantes es un proceso muy difícil el poder cruzar un país el cual no conocen por lo que el desconocimiento de las leyes, de sus derechos humanos y falta de políticas en el país de tránsito es una de las primeras problemáticas que enfrentan, seguido de las malas condiciones del terreno.

La **vulnerabilidad individual** se centra más en las características del individuo por lo que en un principio las mujeres son de los grupos más vulnerables ya que son propensas a caer en redes de prostitución, enfermedades desde el país de origen, o ser abusadas sexualmente; el segundo grupo son los menores de edad, los cuales pueden sufrir de diferentes problemáticas al ser más vulnerables frente a los secuestros, o la trata de personas que los utiliza para transportar drogas (“mulas”) o para el tráfico de órganos y la prostitución; en tercer lugar tenemos a los adultos mayores, los riesgos para este grupo son similares como los grupos “jóvenes”, solo que este grupo por su edad les es más difícil aguantar las condiciones del viaje, en ese sentido son más vulnerables frente a enfermedades por los cambios de temperatura, además que pueden ser personas que tengan enfermedades crónicas degenerativas que limiten su resistencia física en el viaje y/o empeoren la enfermedad; para el cuarto grupo tenemos a la comunidad LGBTTTIQA+, los cuales tienen problemáticas centradas en la homofobia por parte de los mismos migrantes y autoridades migratorias, policíacas y militares, problemas por discriminación y hostigamiento por sus preferencias sexuales, relaciones sexuales de alto riesgo las cuales pueden terminar en contagio de VIH o ITS, prostitución. Como último grupo tenemos a personas con enfermedades psicológicas, necesidades médicas diversas, supervivientes de algún conflicto, por asilo político.

Por último, tenemos **vulnerabilidad vinculada a su país de origen**, en este apartado nos enfocamos en los factores que se presentan e impactan en las condiciones de salud desde el país de origen. En ese sentido podemos mencionar en un principio el factor económico y la falta de trabajo lo cual es una de las principales causas de abandono del país de origen, desastres naturales, conflictos políticos, alto grado de violencia por parte de las pandillas, problemas legales, falta de acceso a servicios de salud, falta de servicios básicos como agua o luz,

condiciones de pobreza extrema, falta de acceso a una vivienda digna, rencuentro con familiares.

Como podemos observar la vulnerabilidad depende de diferentes factores que se (re)producen e intensifican en los diversos contextos que comprende el proceso migratorio. Dichos factores funcionan como los DSS, los cuales pueden ser modificados por acciones estructurales, pero también por estrategias específicas de promoción de la salud.

- **La migración: un tema relevante para la Promoción de la Salud**

Para comprender **la migración** y la relación que tiene con PS debemos primero comprender que la migración es un fenómeno que siempre ha estado presente en el ser humano y es parte de su naturaleza, pero en estos últimos años se ha incrementado exponencialmente además que se le considera al siglo XXI como el “siglo de las migraciones” (Ruiz A., 2002). Desde un enfoque tradicional, la migración se define como “los desplazamientos de personas que tienen como intención un cambio de residencia desde un lugar de origen a otro de destino, atravesando algún límite geográfico que generalmente es una división político-administrativa” (Ruiz, 2002; 13). La migración como menciona la definición implica el movimiento del sujeto entre fronteras para buscar una mejor vida.

De acuerdo con Iain Chambers (1994) la migración “implica un movimiento en el que el lugar de partida y el punto de llegada no son inmutables ni seguros. Exige vivir en lenguas, historias e identidades que están sometidas a una constante mutación”, esto quiere decir que el sujeto que cambie de lugar de residencia debe de estar consciente que va a enfrentar cambios de sus hábitos de vida, formas de convivir con la nueva sociedad y su forma de desarrollarse.

Como observamos la migración tiene diferentes significados, pero estas definiciones tienen un punto en común que son **personas que cambian su lugar de origen por diferentes problemáticas ya sean sociales, culturales, políticas, de violencia, por desastres naturales y económicas**. En ese sentido Alejandro I. Canales y Christian Zolnosky (2001) catalogan a los migrantes del siguiente modo: migrantes trabajadores temporales, migrantes altamente calificados, migrantes

irregulares, refugiados y solicitantes de asilo. Para esta tesis y por el contexto en donde se realizó se identificó a migrantes irregulares en su mayoría ya que son personas que no cuentan con un documento legal que acredite su estancia en el país.

Como hemos mencionado los migrantes deciden dejar su país de origen por diferentes problemáticas además se le asocia por lo general a grandes sufrimientos y miseria que por lo general son provocadas por razones socioeconómicas. Para Borisovna (2000) la migración es causada por fuerzas sociales, económicas, políticas y ecológicas (o una mezcla de esta). Para Mireille Roccatti (1999) las cuales van desde la disminución de oportunidades, fricciones interpersonales, intergrupales o intercomunitarias, discriminación, desigualdad económica, por el clima y medios físicos inhóspitos y por último la violencia.

Estas definiciones nos ayudan a comprender que la migración no solo se trata del desplazamiento de seres humanos de un territorio a otro, sino que se trata de un proceso complejo y dinámico. Además, que nos ayuda a entender que las personas las cuales deciden realizar el viaje quedan expuestas a riesgos. Otra causa que nos ayudan a entender la migración es la parte histórica ya que nos ayuda a comprender a lo largo del tiempo el comportamiento de ciertas poblaciones y las causas por las cuales decidieron huir en algunos casos de sus países de origen y en otros casos buscar mejores oportunidades para sus familias por cuestiones políticas o por abandono del gobierno en turno.

En décadas pasadas se le veía a los migrantes como transmisores de enfermedades, lo cual centraba a los sistemas de salud en algunos casos a programas de inmunización o cerrar sus fronteras. En la actualidad este pensamiento se dejó de lado ya que nuevas investigaciones nos muestran que los migrantes no son agentes para el transporte de enfermedades más bien ellos son los expuestos a contraer enfermedades durante el viaje migratorio (Leyva R., et al., 2014).

Otros autores nos mencionan las enfermedades relacionadas con la migración, como pueden ser problemas psicológicos por el estrés que se vive durante el viaje,

problemas de alimentación, infecciones en general o por VIH o ITS, lesiones físicas etc. Estas problemáticas en algún caso pueden ser tratadas por programas de salud implementados por el país de tránsito (sistemas de salud públicos) o en otros casos pueden ser atendidos por médicos particulares donde el costo por consulta es muy bajo (Yáñez A., 2018).

Como hemos documentado la **promoción de la salud** está encaminada a desarrollar un mayor control en la salud de las personas además que intervienen varios factores sociales, ambientales, económicos, culturales, físicos para cambiar sus condiciones de salud. En ese sentido la promoción de la salud es una herramienta que nos ayuda a entender las condiciones de salud de los migrantes, así como contribuir en la modificación -hasta cierto punto- de las condiciones sociales, ambientales, económicas, físicas, a fin de reducir la desigualdad en salud de esta población.

Para la PS es indispensable determinar escenarios que involucren la intervención en salud de la población migrante, así como, identificar la situación en salud, el contexto socio-histórico, el área geográfica donde transitan, la ubicación de entidades institucionales ya sea públicas, privadas o de la sociedad civil que impacten en esta población.

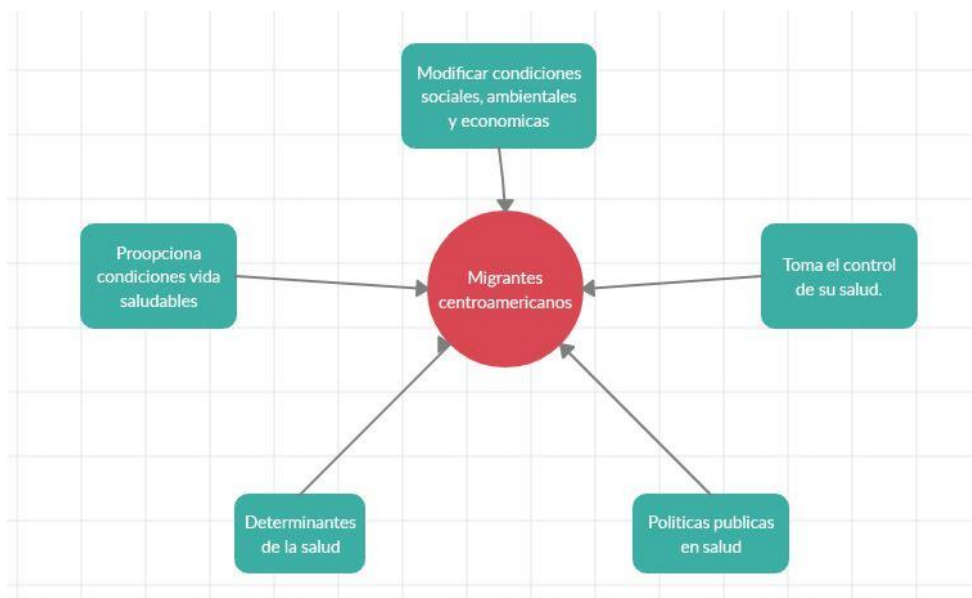
Por otro lado, la promoción de la salud tiene como objetivos incidir en la determinación social de la salud, incentivar cambios en modos y condiciones de vida, influir en decisiones de políticas públicas, mejorar la calidad de vida poblacional y luchar por equidad y justicia.

La población en general y las comunidades son la población objetivo de la PS esto quiere decir que no está condicionada a cierto grupo por su forma de pensar, raza, condición social etc. Es importante mencionar que en PS cualquier persona puede participar en acciones para fomentar el cuidado de la salud y por último como estrategias de promoción de la salud podemos mencionar que la participación social, el empoderamiento, las políticas (consensos, negociación política, concentración, abogacía), la comunicación social, la educación para la salud y la

investigación participativa son importantes para poder trabajar con cualquier grupo o población (Unidad de PS ENT, 2017).

La PS es una corriente que se fue construyendo a partir de diferentes conceptos sin perder su objetivo principal el cual es la población en general, pero sobre todo las poblaciones vulnerables. Los diversos aportes de promoción de la salud ayudan a visibilizar los diferentes factores positivos que disminuyen la vulnerabilidad de esta población, estos factores en PS los podemos observar en la siguiente figura (Figura 2):

Figura 2. Factores de intervención en Promoción de la salud



Fuente. Alcira C. 2003, Promoción, Prevención y Educación para la salud

Como hemos documentado en esta tesis la promoción de la salud busca que la población tenga mejores condiciones de vida y sobre todo de salud. La PS es sumamente importante ya que en principio hace visibles a los migrantes ante los gobiernos y sociedad en general, crea o fortalece según sea el caso políticas en temas de salud, implementa acciones para el fortalecimiento de su salud, y crea conciencia y herramientas para el cuidado de su salud. Por otra parte, la PS también ayuda a los investigadores y gente interesada en el tema a documentar e investigar las problemáticas de los migrantes en tránsito en su paso por México.

Por último, debemos de reconocer que la promoción de la salud es una herramienta indispensable para conocer, evidenciar y actuar para la problemática en migración, si bien México se ha quedado corto en temas de intervención en salud y Derechos Humanos para migrantes debemos reconocer que también ha incluido a la población migrante en su sistema de salud lo cual ayuda a paliar las enfermedades que puedan adquirir en su tránsito por México.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

En este apartado se hablará de la metodología que se desarrolló en esta tesis, la descripción de los instrumentos que se utilizaron, el sitio de estudio, además de la forma de cómo se recolectaron los datos para su análisis y sistematización.

La metodología que se utilizó para cumplir con los objetivos esta tesis es la cualitativa basada en la aplicación de la técnica de entrevistas semiestructuradas a informantes clave, así como la observación participante la cual ayudó a registrar con detalle los acontecimientos o eventos en el día a día del objeto de estudio (Marshall, 1989). Se realizó la revisión documental acompañada del análisis de fuentes secundarias de información utilizando bases de datos por parte de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, investigaciones previas de temas migratorios, vecinos de la zona, instituciones de salud y de la Casa del Migrante.

La información cualitativa se obtuvo por medio de entrevistas semiestructuradas a los migrantes que se hospedan en la Casa del Migrante; estas entrevistas se realizaron de forma individual en un espacio cerrado en la misma Casa del Migrante. También nos centramos en entrevistar al personal de salud de clínica del IMSS-Oportunidades ya que son una parte importante de la atención en salud que reciben los migrantes en su paso por México y por último se entrevistó al encargado de la Casa del Migrante el cual nos ayudó a entender cómo funciona la casa.

Es relevante señalar que esta investigación se realizó gracias al apoyo técnico y económico brindado en el marco de una colaboración entre profesoras de la UACM con la Unidad de Estudios sobre Migración y Salud (UMyS) el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); dicha institución académica fue la que facilitó los contactos, la asesoría, los recursos económicos y materiales para llevar a cabo el trabajo de campo en la Casa del Migrante Arriaga. En este marco, estudiantes de la Licenciatura de Promoción de la Salud tuvimos la oportunidad de colaborar en la generación de información clave para la iniciativa impulsada por la UMyS (Leyva R., Infante C., y Quintino F., 2016), así como en la impartición de talleres y pláticas con migrantes que transitan por las Casas. Durante este proceso se abrió la posibilidad

para proponer y desarrollar un trabajo de tesis articulado con este proyecto más amplio impulsado por la UMyS-INSP.

En los siguientes apartados se destacan los aportes de la metodología cualitativa empleada para el desarrollo del estudio, y se describen los procedimientos que se llevaron a cabo para realizar las actividades de la observación participantes y las entrevistas.

2.1 Metodología Cualitativa

El método cualitativo resulta adecuado para profundizar en la comprensión de los fenómenos que se desean investigar o evaluar desde el punto de vista los individuos implicados en el estudio, así mismo éste sirve para explorar y documentar las necesidades del individuo, y evaluar la viabilidad de un programa de salud (J.C. March 1999).

Ahora bien, la metodología cualitativa nos viene especialmente bien a esta investigación ya que es adecuada para la comprensión en profundidad de los fenómenos que se desean investigar o evaluar desde el punto de vista de los propios sujetos implicados. Podemos agregar que esta metodología sitúa al investigador dentro del contexto que produce el fenómeno investigado por lo que intenta entender mejor a los protagonistas o sujetos (García R, 2010).

Esta técnica suele ser muy útil para poblaciones que son especialmente estigmatizadas, o son asociadas a prejuicios como los son los migrantes; algunos investigadores epidemiólogos exponen que los métodos cualitativos nos ayudan a entender mejor los procesos y realidades de los problemas actuales a los cuales se enfrenta la salud pública. Podemos agregar que esta metodología nos ayuda a observar el comportamiento de los objetos de estudio en el medio en el que se mueven lo cual ayuda a comprender mejor el fenómeno o problemática que se está investigando.

La metodología cuantitativa es una técnica que nos permite recopilar información de primera mano además de que puede aplicarse en etapas iniciales de un proyecto además que la utilidad de esta técnica nos puede ayudar a explicar los factores económicos, sociales, culturales y políticos, que influyen en la salud y en la

enfermedad. Además, se consideró que el método cualitativo fue muy adecuado para este estudio porque permite conocer como los individuos y población interpretan la salud y enfermedad, por lo que nos ayuda a explicar determinados comportamientos, miedos, rechazos, satisfacciones, dudas etc. Estudiar las interacciones de la población de estudio y el papel relevante ante alguna necesidad de salud (J.C. March 1999).

Desde esta perspectiva se aplicarán las siguientes técnicas que son propias de la investigación cualitativa: observación participante; entrevistas semi-estructuradas a representantes institucionales, personal de la CM y migrantes usuarios de la CM. (J.C. March Cerdá., 1999)

2.2 Observación participante

La observación participante es una técnica que permite captar la realidad social de un grupo determinado mediante la inclusión del investigador en el colectivo como objeto de estudio (Maestre, 1990). En esta técnica el investigador busca recopilar, crear un clima entre el observador y el grupo que permita la comunicación espontánea, la participación y la observación para la recolección de datos. En este estudio es indispensable la observación participante para ubicar el contexto, comportamiento, costumbres y valores los cuales nos arrojen datos para su análisis e interpretación.

La observación participante para este estudio nos ayudó a profundizar en la vida cotidiana de las instituciones, organizaciones y grupos sociales que en el ámbito de salud se traduce en las formas de interacción entre los migrantes en tránsito y los servicios de salud que ofrecen las diferentes instituciones y la Casa del Migrante, así como identificar el espacio donde interactúan y recolectar datos del mismo (Callejo J. 2002).

La presente investigación se realizó en Arriaga, municipio de alta actividad migratoria donde transitan migrantes centroamericanos y donde se localiza la Casa del Migrante “Hogar de la Misericordia”, la cual proporciona servicios de alimentación, hospedaje, atención médica e información. El trabajo de campo se realizó en el periodo del 22 de mayo al 18 de julio del 2014.

Para realizar la observación participante se utilizaron instrumentos propios de este tipo de investigación. El primer instrumento utilizado fue guía de observación sistemática, la cual está dividida en los siguientes apartados: descripción de la casa por el interior y por el exterior, área de atención médica, área de atención odontológica, área administrativa, área de espera, área de cocina nos ayudó a identificar cada área de la Casa del Migrante. Para la Clínica del IMSS-Oportunidades se utilizó un instrumento igual a la guía de observación, a este instrumento sólo se le agregaron campos para registrar si existían los materiales y equipos necesarios para la atención medica de primer nivel para los migrantes. El segundo instrumento fue nuestro diario de campo el cual nos ayudó a recolectar información de todo lo que sucedía en el día a día en la casa del migrante. Como tercer instrumento utilizamos un cheklist el cual se dividía en tres ejes: eje 1 infestructura, eje 2 atención en derechos humanos, eje 3 salud y eje 4 redes. Este cheklist se fue realizando paulatinamente durante la estancia en la Casa del migrante.

Paralelo a esta investigación se realizaron micro talleres con el nombre de “Talleres de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en población migrante en tránsito”. Estos talleres se relacionaron con el tema eje de las iniciativas en salud sexual y reproductiva (SSR) desarrolladas por la UMyS-INSP (Leyva R., Infante C., y Quintino F., 2016), y tuvieron el objetivo general de reforzar conocimientos sobre las vías de transmisión, manejo de riesgos (situaciones de violencia y comportamientos de sexo desprotegido) y estrategias de prevención del VIH, incluyendo la promoción del uso correcto del condón y del diagnóstico oportuno mediante la aplicación (voluntaria, confidencial e informada) de las pruebas rápidas de VIH; así como difundir información y facilitar el acceso a sobre medidas (kit de atención) que permita disminuir los riesgos en salud derivados de situaciones en violencia sexual; y difundir información básica y generar procesos de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva (con énfasis en ITS, anticoncepción y embarazo).

Los talleres se programaron para una duración de 15 a 20 minutos, ya que el tiempo de estancia de los migrantes dentro de la Casa era limitado, en algunas ocasiones solo duraban algunas horas dentro del albergue. Toda vez que se colaboró en su

diseño, se buscó que los talleres adoptaran elementos del enfoque de promoción de la salud, con el objetivo de estimular procesos individuales y en grupo en el tema de SSR.

Los materiales de los talleres se diseñaron a partir de información oficial de Secretaría de Salud e instituciones gubernamentales enfocadas en temas de SSR, los diseños fueron propuestos por la Lic. en Promoción de la Salud Nubia Sánchez y por mí, Rodrigo Hernández. Estos diseños fueron pensados para que cualquier persona pueda entenderlos, ya que como sabemos los migrantes en su mayoría tienen escolaridad baja o no cuentan con ella por lo que el facilitarles el entendimiento de la información era primordial para la implementación de los talleres. El espacio donde se implementaba los talleres eran las áreas de descanso de hombres y mujeres por ser las zonas donde pasaban la mayoría de tiempo.

Para estos talleres se utilizó una lista de asistencia, la cual tenía como objetivo registrar a los migrantes que tomaban los talleres además de conocer la nacionalidad, enfermedades que padecían a la llegada a la casa de la Casa del Migrante y edad. Estos datos nos fueron útiles en esta investigación ya que nos ayuda a conocer las enfermedades, así como la edad promedio y nacionalidad de los migrantes que acudían por los servicios de la Casa del Migrante.

El trabajo de campo que se realizó como ya lo hemos mencionado fue primordial para esta investigación, ya que nos ayudó a conocer la dinámica migratoria de primera mano por lo que los datos obtenidos fueron los siguientes: información sobre los servicios que ofrece la Casa del Migrante, personal que labora y sus funciones, espacios que existen dentro de la casa y actores externos que colaboran con la casa. El trabajo en campo también permitió conocer la experiencia de los migrantes en su viaje, ya sea por las entrevistas realizadas o por pláticas informales, dinámica y organización de la casa, historia de la casa. Por otra parte, la información que se recopiló del Consultorio del IMSS-Oportunidades fue la siguiente: los espacios con los que cuenta la clínica, servicios que ofrece, número de personas que labora en el lugar, experiencias de los trabajadores en la atención a migrantes en tránsito.

2.3 Entrevistas semi-estructuradas

La técnica de la entrevista que puede ser estructurada (con un cuestionario), semiestructurada (con preguntas abiertas de un guion previamente preparado), o en profundidad (basado en uno o dos temas tratados en detalle en función de las respuestas del entrevistado), es una técnica útil para conocer comportamientos, experiencias, opiniones, creencias, sentimientos, conocimientos, sensaciones u otros aspectos de personas o instituciones. Su objetivo consiste en descubrir en detalle el esquema de significados del entrevistado, llegando más allá de la superficie del tema de discusión. Para ello, es importante asegurar la confidencialidad, no ser muy directo en las preguntas y asegurar el control por parte del entrevistador (J.C. March Cerdá, 1999).

Se realizaron 20 entrevistas a migrantes en tránsito por México, estas entrevistas se dividen en 10 mujeres y 10 hombres lo cual nos ayuda a diferenciar aspectos del contexto migratorio según género. Para la selección de los participantes se elaboraron los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años; y usuarios del área médica de la CM.

De igual manera, se aplicaron 4 entrevistas a personal de salud los cuales fueron a los dos médicos, dos enfermeras y el polivalente; y al director de la Casa del migrante.

Como ya se había mencionado todas estas entrevistas se realizaron en la Casa del Migrante en un espacio acondicionado para evitar la interrupción de la entrevista. Las duraciones de las entrevistas para migrantes fueron en promedio de 10 a 15 minutos, para el encargado fue de 45 minutos y para el personal de salud fue en promedio de 35 minutos.

Para la recolección de datos se utilizó una guía de entrevista la cual nos ayudó a localizar y ordenar la información que nos proporcionaron los entrevistados, en ese sentido se utilizaron tres guías, una para los migrantes en tránsito, otra para el personal de la casa y una para el personal que laboraba en la clínica del IMSS-Oportunidades. La información que se recolectó fue procesada y se utilizó para sustentar la investigación que aquí se expone.

- La entrevista para el personal de la casa del migrante estaba dividida en 5 apartados los cuales eran: perfil profesional, datos de la organización, vulnerabilidad y riesgos en salud de los migrantes en tránsito, equipo de trabajo y la atención en salud.
- Para los migrantes en tránsito se dividía en 5 apartados los cuales eran: datos generales, riesgos en el viaje, condición de salud, Casa del Migrante e instituciones y atención en salud.
- Para el personal de salud se dividió en 8 apartados los cuales eran: perfil profesional, estructura, funciones y capacidad instalada, vulnerabilidad y riesgos en salud de los migrantes en tránsito, la atención en salud, perspectivas sobre migración y el proceso salud/enfermedad, perspectivas sobre las principales necesidades en salud de la población migrante, acción estratégica en salud de los migrantes, sistema de información y mecanismos de colaboración, mapeo de actores y redes de colaboración.

Para analizar la información se transcribieron los audios de las entrevistas de forma íntegra. Las entrevistas se procesaron y analizaron centradas en ejes temáticos: organización de la CM, las acciones humanitarias, los servicios que ofrece la CM y los servicios de salud en la clínica del IMSS-Oportunidades.

CAPITULO III. VULNERABILIDADES Y RIESGOS EN EL CAMINO DE LOS MIGRANTES CENTROAMERICANOS EN MÉXICO

En el siguiente capítulo tiene como objetivo presentar los resultados que se encontraron a partir de los instrumentos utilizados (entrevistas, la observación participante y el diario de campo) los cuales nos ayudaron a documentar las diferentes problemáticas que sufren los migrantes en su tránsito por México. En ese sentido se presentarán los datos generales de los entrevistados, así como de las causas por las que migran de su país de origen, además hablaremos de los diferentes tipos de violencia a lo que son expuestos los migrantes, y por último hablaremos de la situación en salud de los migrantes desde su país de origen, así como las problemáticas y necesidades en salud que sufren al viajar por México. Debemos mencionar que este capítulo es de los más importantes ya que se visibilizan las problemáticas que sufren los migrantes y como estos lo expresan a través de sus experiencias de viaje por lo que es una fuente importante de información para esta tesis.

3.1 Características generales de los entrevistados

En esta investigación se realizaron 10 entrevistas a hombres y 10 a mujeres migrantes centroamericanos, las cuales se realizaron en la Casa del Migrante de Arriaga, Chiapas. Tal como se muestra en el Cuadro 1, los migrantes entrevistados tienen un promedio de 27 años de edad; la nacionalidad de los migrante fue el 50% salvadoreña, el 35% hondureña y el 15% guatemalteca. El promedio de estudio de los entrevistados fue de 6 años lo cual nos indica que en su mayoría tienen estudios de nivel básico. 85% es soltero, el 10% está casado y el 5% se encuentra en unión libre. De los migrantes entrevistados el 55% tiene hijos y el 45% no tiene hijos. El 60% mencionó que es su primera vez viajando hacia los Estados Unidos mientras el 40% de ellos ya había realizado el viaje en varias ocasiones.

**Cuadro 1. Características generales de
migrantes centroamericanos entrevistados**

Sexo/N. de ID	Edad	País (localidad, departamento y país)	Años de estudio	Estado civil	Número de hijos	Intentos para llegar a Estados Unidos/Días viajando
Migrante 1 H	34	El Salvador San Salvador	9 años	Casado	2 Niños	Tiene 15 años y apenas lo deportaron, 1 día de viaje en México
Migrante 2 H	26	San Marcos, Guatemala	6 años	Unión libre	1 niño	1ª vez, 3 días viajando
Migrante 3 M	21	Concepción Albina, Guatemala	6 años	Casado	1 niño de 5 años	1a vez, 11 días viajando
Migrante 4 H	40	Puerto Triunfo, El Salvador	5 años	Unión libre	4 hijos 27 a 1 año	3 intentos, 2 días viajando
Migrante 5 M	29	Atlántida, Honduras	12 años	Soltero		2 intentos, nunca ha llegado a los EU, 9 días viajando
Migrante 6 H	21	Salvador, Sonsonate	No fue	Soltero		1a, 7 días viajando
Migrante 7 M	24	Progreso, Honduras	6 años	Soltero		1a, 3 días viajando
Migrante 8 M	37	Ceiba Atlántida Honduras	7 años	Unión libre	5 niños	1a, 30 días viajando
Migrante 9 M	26	San Pedro Sula, Honduras	6 años	Soltero		3 veces intentó llegar, 3 días viajando
Migrante 10 M	20	San Pedro Sula, Honduras	6 años	Soltero		1a vez, 20 días viajando
Migrante 11 M	27	Santa Cruz de Ijoa, Honduras	no	Unión libre	2 niños	2 veces, solo una llegó pero la deportaron enseguida, 3 días viajando
Migrante 12 M	18	El Salvador, Cucatlan	9 años	Soltero		1a vez, 8 días viajando
Migrante 13 H	23	El Salvador, Cuscatlan	No	Unión libre	1 niña	3 veces, primera vez si llegó (2 Años) y segunda lo deportaron, 2 semanas viajando
Migrante 14 H	26	El Salvado, San Miguel	8 años	Unión libre	2 niños	1a vez, 5 días viajando
Migrante 15 H	41	El Salvador, Huaxapa	11 años	Unión libre		1ª vez, vivía en EU y lo deportaron, 20 días viajando
Migrante 16 H	33	El Salvador, Sonsonate	No	Unión libre	4 hijos	4 intentos, 1 vez solo llego (3años),
Migrante 17 H	14	El Salvador, San Miguel	8 años	Soltero	No	1a vez, 10 días viajando

Migrante 18 M	26	Honduras, Colón	10 años	Unión libre	No, 1 niño	1a vez, 4 días viajando
Migrante 19 M	31	El Salvador, San Miguel	8 años	Unión libre	No, 4 niños	2 veces, llegó las 2 a los EU
Migrante 20 M	28	Guatemala, Chiquimula	10 años	Soltero	No	1a, 10 días viajando

Los entrevistados en su mayoría son migrantes jóvenes que realizan el viaje migratorio por problemas con pandillas, económicos, familiares, violencia. En este apartado analizaremos las causas por las cuales decidieron salir de su país de origen y arriesgarse a enfrentar diferentes peligros en su viaje por México.

3.2 ¿Por qué migrar?

3.2.1 Vida en Estados Unidos y unión familiar

Una de las causas por las que los migrantes transitan por México, es por haber sido deportados de Estados Unidos. En esta investigación se identificaron a tres migrantes entrevistados que tenían años de vivir en los Estados Unidos, pero con la actual política migratoria que implementó ese país, se recrudecieron las deportaciones, realizando la detención y retorno de miles de migrantes centroamericanos; situación que ha perjudicado a las personas migrantes, ya tienen un patrimonio y una familia que fueron construyendo a lo largo de su estancia como indocumentados. En los últimos años Estados Unidos ha deportado aproximadamente 2.8 millones desde que Obama llegó al poder del 2009 a 2016 (El Financiero , 2016). Esto lo podemos observar con los migrantes entrevistados los cuales nos mencionan lo siguiente:

“Yo estoy intentando regresar, ya que yo viví allá mucho tiempo” (Migrante 16).

“De hecho yo he vivido a allá casi 15 años, hace poco me deportaron, en el 2011.” (Migrante 1)

“En Estados Unidos. Si, ahí tengo mis cosas, prácticamente tengo mi barrio, tengo todas mis cosas mi ropa, mi televisión, mi equipo de sonido, mi carro, mi trabajo, todo”. Migrante 13

3.2.2 Problemas económicos

Las precarias condiciones económicas que enfrentan las mayorías en los países centroamericanos representan el principal motivo de las migraciones. Tal como señalan algunos entrevistados, la pobreza, el desempleo y la falta de oportunidades provocan que los migrantes centroamericanos dejen sus países de origen como los mencionan una de las entrevistadas:

“Yo me vine de mi país por la falta de trabajo, no hay donde trabajar” Migrante 17

“Decidí migrar por la falta de trabajo y la violencia de mi país” Migrante 19

“Me fui por que no encontraba trabajo y hace falta el dinero para comer” Migrante 15

El informe de Sin Fronteras I.A.P del 2013 documenta que la falta de trabajo bien remunerado es parte importante por lo cual dejan sus países de origen, esto aunado a políticas económicas que golpean a las familias más vulnerables además de la falta de oportunidades de educación y el aumento de la pobreza genera que los países centroamericanos sean de los principales expulsores de migrantes (Informe Sin Fronteras, 2013).

Ahora bien, los resultados de nuestras entrevistas coinciden con otros estudios como el informe de la organización “Sin Fronteras”, en donde se documentó que los migrantes no tienen oportunidades de trabajo que solvente sus necesidades básicas como es la alimentación, a esta problemática se suma la violencia que padecen y que alimenta la idea de abandonar su país para buscar mejores oportunidades para vivir. En pláticas informales que se recopilaron en el transcurso de nuestra estancia en la Casa del Migrante también los migrantes nos hablan de los salarios que pagan las empresas en sus países de origen, donde ellos nos comentan “que es muy poca la paga lo cual no alcanza para tener una vida digna”.

3.2.3 Problemas por violencia

En el anterior apartado observamos que los migrantes deciden abandonar sus países de origen por necesidades económicas y laborales, sin embargo, otra de los principales factores es la violencia. En esta investigación encontramos que el

fenómeno de la violencia es un factor que obliga a migrar en busca de mejores condiciones de vida, Esto lo podemos observar con el migrante 19 el cual nos dice: que:

“Decidí migrar por la falta de trabajo y la violencia de mi país”. Migrante 19

“Por qué trato de llegar a los estados unidos y darle una mejor educación (Hija), allá en Honduras no tenía trabajo, está muy dura la situación, tenía problemas con ella, aparte que soy madre soltera a el papa de ella lo asesinaron, se me hacía muy difícil”. Migrante 5

En ese sentido logramos recopilar información a través de pláticas informales donde los migrantes hablan de la problemática con la mara salvatrucha en donde ellos comentan de como los obligan a integrarse a sus filas, si estos responden negativamente son amenazados de muerte; otro ejemplo es el de una mujer migrante que llego con su hijo de aproximadamente 7 años donde ella nos comentó que salió de su país ya que a su niño lo querían reclutar las maras para que fuera bandera². Otro caso similar es el de un hondureño el cual nos comentó que la mara lo estaba reclutando y que si no se integraba con ellos habría represalias contra él o su familia. Para la mujer migrante no es diferente ya que las reclutan de la misma forma que los hombres, por medio de amenazas, pero a esto le debemos sumar que si la mujer es del gusto de un integrante de la mara esta sufre acoso y amenazas si no se vuelve pareja de él, por lo que la única forma de escapar a estas amenazas y acoso es cambiar de domicilio o huir del país. Otra información que nos compartió la migrante es que algunas mujeres terminan muertas o en la prostitución ya cuando no son atractivas para ellos.

De acuerdo con el Informe sobre Delincuencia Organizada Transnacional en Centroamérica y el Caribe (2012), la violencia se recrudeció a partir del año 2000 e involucró principalmente a Belice, El Salvador, Guatemala y Honduras. En Honduras la tasa de homicidios aumentó el doble en el periodo del 2005 a 2012, y en 2011

² Bandera, es el similar a halcones, los cuales son utilizados por las bandas del crimen organizado para vigilancia del territorio

registró un valor de 91.6 por cada 100,000 habitantes, en países como El Salvador la tasa es de 70.2, Belice es de 39 y Guatemala es de 38.5 (Sin fronteras, 2013).

De acuerdo con la misma (Informe DOTCC, 2012) fuente, las pandillas como la mara salva trucha o los grupos de delincuencia organizada además de la falta de estado de derecho han incentivado el aumento de la violencia en los países centroamericanos. En particular podemos hablar de la mara salva trucha la cual se ha vuelto un problema regional, en ese sentido observamos que la violencia que estas pandillas ejercen hacia la población ha ido en aumento ya que algunos migrantes nos comentan que tuvieron que dejar su país ya que fueron amenazados de muerte por estas pandillas.

3.3 México: contexto adverso para los derechos humanos de migrantes

Como ya se ha definido con anterioridad la vulnerabilidad es multifactorial, pero en particular la vulnerabilidad para la migración está determinada por el contexto socioeconómico, además de las políticas migratorias de los países de tránsito y destino. El análisis de las entrevistas mostró que los migrantes desde su país de origen son vulnerables en dos factores muy marcados los cuales son la económica y la violencia.

Para los MT, el territorio mexicano constituye un contexto de vulnerabilidad social caracterizado por la violación a los derechos humanos y la consecuente configuración de múltiples riesgos que tienen un impacto en su condición de salud. De acuerdo con un informe de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2012), los MT son víctimas del crimen organizado y de la extorsión por las autoridades mexicanas, arrojando cifras de 18 mil secuestros entre septiembre del 2008 a febrero del 2009. En este mismo periodo, la CNDH estimó que más de 100 mil migrantes desaparecieron o fueron secuestrados, asesinados, asaltados, víctimas de trata y arrojados de trenes en marcha.

En el tránsito por México los MT son discriminados ya que se piensa que por viajar sin documentos pierden sus derechos por lo que son constantemente acosados además de cargar con estigmas que los relacionan con delincuentes, personas violentas o integrantes de pandillas o de grupos delictivos. De acuerdo con la

CONAPRED (2015), estos estigmas provocan que la población en general sea parte de los que discriminan a los MT en su paso por México, en ese sentido entre el 40% y 60% de la población tiene actitudes discriminatorias y el 55% desearía que se aplicaran medidas más duras en contra de esta población (CONAPRED, 2015).

Otra de las constantes por las cuales los migrantes son vulnerables es la falta de información de sus derechos y el desconocimiento de las instituciones especializadas en la defensa de sus derechos, además que no le tienen confianza a estas instituciones ya que tienen la percepción de que no le dan seguimiento a sus denuncias por lo que se abstienen de denunciar algún acto que vulnere sus derechos, en una encuesta realizada por CONAPRED (2015) el 30% de los migrantes coincidió que en México no se respetan sus derechos humanos.

La CNDH (2019) menciona que, en México sin importar tu nacionalidad o calidad migratoria, se deben respetar sus derechos, así como recibir un trato digno además que sólo los agentes migratorios del INM pueden revisar sus documentos y esto debe ser sin agresión física ni verbal, tampoco deben quitarte tus pertenencias o pedirte dinero. Para víctimas de delito o violencia la CNDH menciona que pueden denunciar y recibir protección en México, ya que la misma institución lo protege al presentar su denuncia y le da acompañamiento en todo momento, las víctimas de secuestro tienen derecho a denunciar a guías u oficiales de instituciones oficiales.

El análisis de las entrevistas constata la vulnerabilidad asociada a la violación de derechos humanos de las personas migrantes. Para estos grupos de la población móvil, el territorio mexicano constituye un país de riesgos y de violación a sus derechos humanos parte de las autoridades migratorias y policía estatal, así como un contexto de discriminación. Esto se documentó en las entrevistas hechas a los migrantes, los cuales fueron víctima de discriminación por parte de los pobladores de la zona. Al respecto, los informantes frecuentemente mencionan:

“Por ejemplo, ahorita llegué ayer a las 8 de la noche a Pijijiapan y estaba una combi que venía para Tonalá, era la última combi y me subí y me dijo el señor “nada más te voy hacer una pregunta” le digo que “¿eres centroamericano?” si, la neta si, “pues no te puedo llevar” me dijo. -No pues está bien le dije, y hay me quedé ahí casi hasta

las 9, no pues ya estaba asustado y le dije a un señor ¿oiga no sabe si salen combis para Tonalá?, “no es más fácil que tomes un camión del sur”, fui y compré el boleto pero o sea no me quiso traer por ser centroamericano, no era porque tenía mucha gente.” Migrante 1

“Lo miran de menos, solo porque es migrante uno a veces le cobran de más, lo tratan mal o sea quieras o no duele, pero hay que humillarse, tenemos que humillarnos, aunque todo y cuando no traten de golpearnos”. Migrante 14

“Han abusado físicamente, como insultos, como tipo racismo”. Migrante 13

“Cuando me preguntan de dónde soy, y digo que soy de honduras y casi a la mayoría de la gente les caigo mal, porque son que ellos los que matan, los que secuestran aquí y todas esas cosas”. Migrante 10

Como podemos observar es una constante la violación de derechos humanos hacia los migrantes por parte de autoridades y población, pero también debemos reconocer que hay instituciones que salvaguardan los derechos de los migrantes como son las CNDH, ACNUR y el grupo beta que apoya a los migrantes a los cuales se vulneraron sus derechos, así como también los apoyan para que ellos puedan tramitar ante COMAR sus visas de refugiados dándoles la oportunidad de quedarse en territorio mexicano.

Una forma extrema de violación a los derechos humanos se expresa en el frecuente enfrentamiento a diversas formas de violencia que viven los migrantes en su paso por México. En otras investigaciones (REDODEM, 2015) se ha documentado que el 96% de la población migrante mayor de 15 años fue víctima de delitos; los principales delitos a los que fueron sometidos fueron el robo, seguido de la extorsión y lesiones, estos delitos a su vez fueron cometidos en su mayoría por el crimen organizado con un 54.27% de los casos, seguido de por particulares con un 25.56% y por autoridades del gobierno con un 20.16%. Así mismo se ha documentado que los delitos cometidos por el crimen organizado fueron en su mayoría el robo, extorsión y las lesiones; para los particulares se encontró que los delitos se asemejaban con los del crimen organizado sumándole el secuestro. Los datos que se registraron por parte de REDODEM sobre los delitos cometidos por autoridades

en el 2015 nos hablan que el robo es el principal delito cometido seguido por la extorsión, la privación ilegal de la libertad y las lesiones los cuales fueron cometidos por la policía federal, seguida por la policía estatal y la municipal. Las zonas del país en las cuales se han cometido estos delitos en contra de los migrantes se encuentran en Chiapas, Veracruz y Oaxaca siendo el robo el principal delito cometido en los tres estados (REDODEM, 2015).

En este estudio se identificó que además de ser discriminados por parte de las autoridades migratorias, policía o la población existen otros factores como los asaltos y secuestros por parte de pandillas como “La Mara Salvatrucha”, grupos de secuestradores o de la delincuencia organizada que atentan contra su integridad física y psicológica. En algunas partes de la ruta migratoria, tienen que caminar, lo cual los coloca como blancos de asalto y de secuestros con lujo de violencia por lo que esto los posiciona como una población altamente vulnerable (REDODEM, 2017). En ese sentido en las entrevistas realizadas los y las migrantes nos mencionaron lo siguiente:

“Pues ayer nada más me asaltaron, me robaron ahí cruzando la caseta de Escuintla, me robaron; me quitaron todo me quitaron mi maletín ropa, dinero, todo” Migrante 1

“Intentaron abusar de mí, fui amenazada y, o dios mío, solo eso” Migrante 10

“Pues me quitaron mi reloj, el dinero que traía en la cartera, a veces te golpean, te patean, con machete te pegan luego cuando no tienes dinero” Migrante 2

“Ahorita pues solo el de la Arrocera que nos asaltaron” Migrante 4

“Nos tenía como secuestrados, gracias al señor buscamos al grupo beta y fiscalía y nos ayudaron mucho y la verdad ya detuvieron a los personajes esos”. Migrante 8

Como podemos observar en las entrevistas podemos definir que la violencia se puede cambiar dependiendo si es hombre o mujer, por ejemplo, observamos que los hombres están expuestos a ser asaltados, sin embargo, en mujeres esto cambia ya que de las entrevistas pudimos documentar que a una de ellas la intentaron abusar sexualmente y a otra la tenían secuestrada. Por lo que podemos afirmar que el tipo de violencia también está ligado al género.

Debemos tener en cuenta que la violencia hacia los migrantes en su tránsito por México está determinada por su condición además del contexto de violencia del país ya que como sabemos en México la impunidad y la violencia son una constante que viven no solo la población en general sino también los migrantes que cruzan por este país en su lucha por conseguir mejores condiciones de vida.

Como hemos podido documentar en esta tesis a partir de las observaciones y las entrevistas los migrantes sufren de violencia constante por parte de grupos de asaltantes o de maras los cuales vulnera su integridad. A partir de estos datos podemos mencionar que la violencia que sufren los migrantes desde su país de origen y durante su viaje por México afecta considerablemente su salud, ya que se exponen a diferentes problemáticas como lo son los abusos de autoridades hasta los secuestros o asaltos perpetrados por grupos criminales que en el peor de los casos llevan a la muerte.

3.4 La salud/enfermedad de los migrantes en tránsito

La migración es un proceso que tiene un impacto en la salud de los MT. Un factor se asocia con las condiciones de migración indocumentada que imponen barreras para acceder a determinados servicios de salud. Además, como hemos señalado, que al ingresar a un país implica el cruce de límites geográficos y esto trae como consecuencias riesgos biológicos y ambientales específicos, así como la exposición a condiciones de inseguridad debido al contrabando, violencia, trabajo indocumentado, explotación sexual y riesgo de caer en redes criminales de trata de personas, lo cual crea patrones de movilidad que perjudican la salud de los MT, además la migración los expone a posibles peligros durante su viaje por México además de originar problemas de estrés impulsados por la inserción de nuevos entornos (OIM, 2014).

Sin embargo, también debemos tener en cuenta que los migrantes son personas que se encuentran en situación de pobreza además de no tener acceso a prestaciones sociales y servicios de salud en sus países de origen lo cual incrementa el riesgo de contraer enfermedades en el tránsito migratorio por no tener conocimiento de su estado de salud y/o ya tener alguna enfermedad desde su país

de origen, el cual se puede agravar por el estrés y sobre exposición del cuerpo a condiciones adversas en el tránsito migratorio. En ese sentido debemos tener en cuenta que los migrantes están expuestos a agentes infecciosos, factores de riesgo genético y relacionado con el modo de vida, sus creencias sanitarias basadas en la cultura y su propensión a algunas afecciones (CANAMID, 2015).

En este trabajo se buscó identificar 3 tipos de perfiles de daños a la salud de los migrantes: las enfermedades desde el país origen, los riesgos y las enfermedades que emergen en la ruta migratoria y las enfermedades asociadas a los riesgos de trabajo.

3.4.1 Enfermedades desde el país de origen

Se ha documentado que en la región de Centroamérica la mortalidad por enfermedades no transmisibles supera la mortalidad por enfermedades transmisibles; sin embargo, la región continúa registrando perfiles de enfermedades infecciosas altas en la Región de las Américas.

De acuerdo a un estudio de la OPS (2009), en hombres, las causas de muerte son homicidios, cirrosis, accidentes de transporte, efectos adversos del uso de sustancias psicoactivas (como el alcohol) y causas externas de intención no determinada y para las mujeres, las principales causas son neoplasias del útero, diabetes, enfermedad cerebrovascular, neumonía e influenza y enfermedad isquémica del corazón. Los estudios OPS muestran que el total de muertes reportadas, el 13.6% corresponden a las enfermedades transmisibles (influenza 8.6% y enfermedades infecciosas intestinales 5%). La mortalidad por influenza/neumonía es la primera causa de muerte y la tasa reportada es aproximadamente el doble que las observadas en las Américas. Además, las enfermedades infecciosas intestinales son la cuarta causa de muerte general. La mortalidad registrada por no-transmisibles representa el 86.4% del total de muertes, las cuales se pueden dividir en dos grandes grupos, lesiones de causa externa (8.2 %) y enfermedades crónico degenerativas (Agenda de Salud Centroamericana, 2009).

En esta investigación se encontró que en algunos casos los migrantes que viajan por México tienen enfermedades desde su país de origen como enfermedades crónicas degenerativas y enfermedades intestinales para ambos sexos y particularmente enfermedades de útero para mujeres como el caso de la migrante hondureña a la cual se entrevistó y nos mencionó lo siguiente:

“Tengo quistes en los ovarios, pero en mi país es muy complicado la situación de la medicina, todo eso de ir a un hospital, no te atienden bien, cuesta mucho”. Migrante 9

“Yo vengo enfermo, pues nada más vengo recién operado”. Migrante 15

“yo de tanto comer repollo agarré bacteria, entonces yo me vine tomando mi tratamiento, pero aún sigo con ese problema y me lo atendí en el hospital”. Migrante 18

“Sí me he enfermado, pero es aquí del hígado”. Migrante 16

En ese sentido podemos observar que las enfermedades pueden poner en peligro a los migrantes en su paso por México, ya que éstas se pueden agravar por las exigencias a las que se somete el cuerpo y la falta de atención médica en sus lugares de origen.

Otro punto importante es la falta de acceso a los servicios de salud de los migrantes en sus países de origen lo cual impide que tengan unas mejores condiciones de salud además de no darles seguimiento a enfermedades las cuales pueden ser tratables. Otro factor importante es la calidad de los servicios y la atención que ellos reciben en sus países de origen, lo cual mencionan que son de mala calidad o en su defecto son muy caros, obstaculizando el acceso a la prevención y atención. En particular los migrantes mencionan lo siguiente al preguntarles sobre los sistemas de salud de sus países de origen:

“Los servicios de salud en mi país son bien, como decirle, normalmente yo nunca he visitado un hospital público siempre buscaba un privado, mejor atención y más rápido, un público no”. Migrante 5

“Mi opinión respecto al servicio, tal vez el servicio pueda ser bueno, pero a veces no hay medicamento. A veces es uno de los grandes problemas que pasa no sé si solo el Salvador o varios países Centro Americanos, puede haber muchos establecimientos de salud pública pero no hay el medicamento adecuado sino lo tienes que comprar particularmente” Migrante 14

” Por qué mire si usted, va al hospital lo mismo les dan a todos. Lo mismo le dan todas las veces que uno va al hospital, acetimina en gel, que Amoxicilina, también ofrecen pastillas y líquido. Eso es lo que mandan. Hay un hospital que está sin uso y han hecho unidades de salud y ahora quieren hacer otro hospital y para qué van hacer otro si ni dan nada, ...no lo usan, no hay personal, trabajando allá”. Migrante 12

“Los que son públicos y trabajan para el gobierno no hay mucha atención y mientras que son los privados sí, hay mucha atención”. Migrante 15

“Muy mal, no hay medicamentos, uno va a los hospitales públicos y no sirve de nada porque no hay medicamentos; yo me admiro aquí como tiene atención y medicamentos y todo, y allá es bien diferente, en un tiempo existió eso ahora ya no, no sirve pues la verdad”. Migrante 8

3.4.2 Riesgos y daños a la salud en la ruta migratoria

Diversos estudios han contribuido a identificar las necesidades y perfil de daños a la salud de los migrantes en tránsito por México. Por ejemplo, los datos de la “Encuesta sobre Migración en las fronteras norte y sur de México” (EMIF 2013) arrojan que más del 20% de los migrantes repatriados de México a Honduras y El Salvador sufrieron de falta de alimento o agua; también es frecuente el cansancio por la caminata (6.0% hondureños y 0.3 salvadoreños), así como las caídas del tren. Otros estudios han documentado las amputaciones que sufren los migrantes en el transcurso de su viaje, por ejemplo, la Cruz Roja señala que entre 2012 y 2014, alrededor de 41 migrantes sufrieron amputaciones de brazo y pierna al caer del tren. Se sabe que este perfil de daños a la salud se concentra en población masculina y sucede principalmente en el sureste y norte del país.

Otras fuentes también han permitido explorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de los migrantes que transitan por la frontera sur de México. En el estudio de Infante C., y Leyva R., (2011) se estimó que de un total de 793 hombres MT, el 20% reportó haber tenido algún tipo de enfermedad, accidente o problema de salud en los últimos quince días; esta proporción fue mayor (31.4%) entre las 105 mujeres que fueron incluidas en el estudio. De los migrantes que tuvieron algún problema de salud, 67% buscó atención y aproximadamente 80% acudió al consultorio de la Casa del Migrante, 6.9% acudió a un centro de salud y 9.2% un hospital. Los principales problemas de salud fueron heridas con el 37.7% otra, 35.9%, enfermedades respiratorias 10.7 % hongos en los pies, 6.3% enfermedad gastrointestinal, 5% heridas, 3.1% accidentes, 1.3% deshidratación, para hombres y para mujeres con las mismas variables fueron 54.6% otra, 36.4% enfermedad respiratoria, 6.1% enfermedades gastrointestinales, 3.0% heridas (Leyva R. Infante C, Rigoni M. Velázquez J. Ramos U. 2011).

Otros estudios han enfatizado la necesidad de explorar temas relacionados con la salud mental de los MT. Se ha señalado que la salud mental de las personas inmersas en los procesos de transmigración implica una variada sintomatología que va desde ansiedad, estrés, temores, etcétera, problemáticas generadas por el viaje o la violencia que viven en su tránsito por México (Temores G., Infante Caballero M. 2015). Al respecto, un estudio de la organización Sin Fronteras (2013) realizado con 415 migrantes recluidos en estaciones migratorias de Iztapalapa-DF, y de Tenosique-Villa Hermosa-Tabasco, indica que 55% de los participantes presentaron modificaciones en el estado de ánimo. Particularmente, 34% dijo “sentirse deprimido, triste o desanimado”, 21% “declaró estar bien en lo general”, 15% “no especificó su estado de ánimo”, 13% “ansioso, desesperado o agobiado”, 5.3% “aburrido”, 5.1% “frustrado”, 3% “sintió nostalgia por su país”.

En esta investigación se documentó que los migrantes en su viaje por México pueden ser una población que padece de enfermedades infecciosas en su mayoría, en ese sentido se observó que la mayoría de enfermedades de las cuales padecen son gastrointestinales, respiratorias, infecciones de transmisión sexual y dolores musculares o de cabeza provocados por las largas caminatas a las cuales están

obligados a hacer ya que muchos de ellos no cuentan con los recursos para tomar algún transporte pública para cruzar por los diferentes puntos de la ruta, un claro ejemplo es la entrevista que se le realizó a una migrante hondureña de 30 años de edad la cual nos mencionó lo siguiente al preguntarle si tenía alguna problema de salud:

“Ahorita ayer que llegué aquí venía bien mal, Tenía fiebre, vómitos y un dolor en la parte de aquí de atrás y dolor de cabeza.” Migrante 5

“Solamente este ardor de la garganta y la tos” Migrante 4

“Picazón que le agarra a uno a veces”. Migrante 12

“No, solo el dolorcito de cabeza”. Migrante 11

Esto nos demuestra los problemas de salud a los que se enfrentan los migrantes además, también existe el riesgo de enfermarse por medio de picadura de mosquito, el cual puede transmitir enfermedades como el paludismo o dengue, sin embargo, otro de los factores que puede afectar su salud son los problemas de violencia como por ejemplo los asaltos, las violaciones, los secuestros, desaparición forzada que pueden ejercer los grupos del crimen organizado los cuales afectan su integridad física por lo tanto debemos entender que hay factores externos que vulnera a los migrantes.

También debemos mencionar que al viajar en el tren llamado “La Bestia” puede afectar su salud ya que pueden ser víctimas de la delincuencia y sufrir asaltos que conllevan a que les den golpizas, apuñalarlos, aventarlos del tren y esto provocar amputaciones de miembros y en el peor de los casos la muerte por no pagar cuotas que les piden por viajar en el tren. Al entrevistarlos nos menciona que familiares y amigos les hablan de los peligros a los que se pueden enfrentar si viajan por este medio de transporte, pero también mencionan que es el único medio “gratuito” que los ayuda a cruzar por México sin ser víctimas de los retenes migratorios los cuales los deportan a sus países de origen o en ciertas circunstancias les piden dinero o intercambio de sexo en el caso de las mujeres para dejarlos seguir su travesía por México hacia los Estados Unidos. A continuación, presentamos varios fragmentos

de entrevistas que se realizaron a migrantes los cuales nos mencionan los peligros de viajar en la Bestia:

“Si, ahorita mayormente nos han dicho de que está bien peligroso subirse al tren porque hay muchos asaltos, que demasiados mareros, que hay lo violan, lo matan, los tiran dicen si no los quieren pagar por que están cobrando una cuota ahorita ahí los mareros, que los que no pagan los tiran”. Migrante 5

“Los riesgos de viajar en la bestia es por la delincuencia porque te piden dinero y si no tienes pues, o te matan, o te golpean, o te tiran del tren”. Migrante 14

“Lo malo es que si uno se duerme ahí en ese tramo o se descuida uno se agarra bien se puede caer y todos los peligros que los puedan a saltar en el tren son los pandilleros”. Migrante 13

En la misma entrevista también se les pregunto los beneficios de viajar en “La Bestia” y nos respondieron lo siguiente:

“Economizar el dinero, porque si te vas en autobús, fácil te andas gastando tus 500 dólares en puro pasaje y en tren no gastas, y es más seguridad porque por tren no te hostiga mucho la migración por autobús sí”. Migrante 12

“Los beneficios son que no se paga pasaje, va uno directo para la frontera sin hacer tanto trámite”. Migrante 13

“Los beneficios pues que “La bestia” es rápida y no para hasta los tres días o cuatro días, pero como casi nadie la sabe agarrar. Migrante 4

“El beneficio es economizar el dinero”. Migrante 1

Como podemos observar hay factores internos y externos que afectan a los migrantes en su salud; sin embargo, también debemos entender que las autoridades tienen mucha responsabilidad ya que no han trabajado en políticas que ayuden a los migrantes con programas que cuiden su salud y su seguridad en su paso por México.

La Bestia es el medio de transporte por el cual viajen miles de migrantes para llegar hacia los Estados Unidos, sin embargo, está documentado que también existen riesgos al viajar por él. El tren tiene como principal estación de salida el municipio

de Arriaga, Chiapas y de ahí sale hacia el centro del país cruzando por Oaxaca y el Estado de México.

El uso de este medio de transporte se ha intensificado por las medidas que ha tomado el Estado mexicano por su pretensión de limitar el paso de migrantes por territorio nacional. Algunas de las medidas que han tomado son el amurallamiento de las vías a través de durmientes de concreto colocados en forma vertical al costado de las vías con esto se evita el ascenso y el descenso de los migrantes lo cual los pone en riesgo, ya que tales barreras solo incrementaron los accidentes además de instalar bardas de concreto y alambre de púas para impedir el acceso al tren (REDODEM, 2015).

Por otra parte, en esta investigación se documentó que los migrantes están en constante riesgo al viajar en el tren llamado “La Bestia” ya que en muchos casos son acosados por bandas delictivas o pandillas los cuales los asaltan o les piden cuota para poder viajar en el tren, si ésta no se paga los avientan del mismo provocando heridas y amputaciones de miembros o si no la muerte. También puede haber descarrilamiento del tren, ya que el robo continuo del riel provoca que se salga de la vía y esto pone en riesgo a los migrantes porque pueden caer y terminar debajo de los vagones. Además de abuso sexual hacia las mujeres, otro de los riesgos es el movimiento del tren el cual puede provocar caídas como lo mencionan un migrante:

“Igual te pueden secuestrar, te caes del tren, te arranca los pies, porque yo en el 2004 cuando pase la primera vez iba una muchacha hondureña embarazada y se cayó, la partió; y el tren no para, el tren sigue, y la gente ahí queda, ósea si es peligroso, pero ni modo”. Migrante 1

Como hemos mencionado el viajar en el tren tiene riesgos, pero también tiene “beneficios” ya que no se paga por viajar en la mayoría de los casos y es más fácil eludir a los agentes de migración. A diferencia de los hombres las mujeres suelen viajar en autobús por la seguridad de este medio de transporte, pero con el riesgo de ser detenidas por los agentes de migración y/o policías.

También debemos mencionar que la edad promedio de los MT que participaron en las entrevistas es de 27 años aproximadamente. La edad promedio para mujeres es de 24 años y la edad promedio para hombres es de 28 años, como podemos observar los MT son personas jóvenes los cuales se encuentran en las mejores condiciones físicas para viajar lo cual les permite resistir las condiciones adversas que representan cruzar por México.

3.4.3 Enfermedades por riesgo de trabajo

En los países centroamericanos se ha documentado que la incidencia de la pobreza se redujo en los años 90 sin embargo los niveles siguen siendo altos en la zona ya que se encontró que en 1990 el 59.8% de la población centroamericana estaba en condiciones de pobreza total y 27.3% en condiciones de pobreza extrema (DCP, 2003).

Para el año 2017 las estimaciones mostraban que, el 30.2% se encontraba en situación de pobreza y un 10.2% en pobreza extrema. Esto aunado a que los pobres tienen menor acceso a los servicios básicos y presentan graves problemas de hacinamiento, saneamiento básico, vivienda de mala calidad o en mal estado, falta de agua potable y escasas oportunidades educativas. Con importantes diferencias según los países, tres de cada cinco hogares centroamericanos presentaban al menos una necesidad básica insatisfecha (CEPAL, 2017).

En temas de empleo se observó que el comercio informal sigue siendo el sector más dinámico con una fuerte incidencia de pobreza Para el 2003, se estima que un 30.1% de los 13.7 millones de ocupados en Centroamérica lo estaba en el sector formal, un 39.3% en el informal y un 30.6% en actividades agropecuarias. En el sector agrícola, un 18.7% del empleo corresponde a la actividad realizada por cuenta propia o por trabajadores familiares y que es un tradicional reducto de pobreza, un 5.4% a asalariados y patronos en empresas de 5 empleados o menos, y sólo un 6.6 % al sector agropecuario moderno (Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá, 2003).

En la encuesta del EMIF SUR del 2013 se observó el sector de actividad que los migrantes guatemaltecos que trabajaron en México muestran que el 63% trabajo en

actividades agropecuarias, el 1.9% en actividades manufactureras, 11.5% en la construcción, 12.7% en el comercio y 11% en servicios y el porcentaje total de migrantes que trabajan en México se estima entre 2.0% y 3.0%.

Como se puede observar un amplio sector de la población vive en pobreza extrema aunado a la desigualdad social lo cual provoca que tenga que emigrar de sus países de origen, por lo tanto, debemos entender que encontrar trabajo es un tema importante porque tienen una familia que depende de ellos.

Al estar realizando la recopilación de información nos encontramos con una constante que surge a partir de la necesidad los migrantes por tener dinero para seguir su viaje migratorio, y es el buscar trabajo. En la investigación nos encontramos que algunas veces a la semana llegan camionetas para buscar mano de obra para trabajar en el campo, para trabajar en construcciones o en fábricas que en su mayoría se dedican a la fabricación de quesos. En ese sentido pudimos documentar que los migrantes son explotados por los patrones que los contratan por día, ya que les pagan 100 pesos al día desde las 8 de la mañana hasta las 7 u 8 de la noche sin derecho a descanso, esto causaba molestia a los migrantes que llegaban fatigados y con dolores musculares a la casa, además se quejaban del maltrato de parte de los patrones. Otro ejemplo de riesgo a la salud en el ambiente laboral fue lo que le paso a un migrante el cual laboraba en un restaurante, él migrante sufrió fractura de mano y el patrón no se hizo responsable del daño por lo que lo abandono afuera del Hospital de Arriaga, además de no pagarle su día de trabajo.

Estos ejemplos que se documentaron nos ayudan a visibilizar la problemática de los migrantes en la búsqueda de empleo ya que son explotados además de trabajar sin las mínimas condiciones de seguridad, sin derecho a la atención médica y por último a no tener contratos ni sueldos justos por parte de sus empleadores. La situación de tener algún accidente en el trabajo como podemos observar es común además que las autoridades locales no realizan acciones contra esta práctica de esclavitud moderna.

Para cerrar este capítulo podemos definir que los migrantes son una población que tiene diversas necesidades en salud como lo hemos ido documentando a lo largo de esta investigación, pero en particular encontramos tres causas que más afectan a su salud. Esta son las enfermedades causadas por la violencia generada por grupos delictivos o por autoridades afectando la salud mental, problemas físicos causados por golpizas propinadas por estos grupos y en particular para las mujeres abuso sexual. La segunda es por enfermedades ambientales causando enfermedades infecciosas las cuales hablaremos más adelante y por últimos las causadas por accidentes en el viaje migratorio, como ejemplo podemos poner las caídas, amputaciones o muertes causadas por el tren llamado “La bestia” o las causadas por las largas caminatas como son la deshidratación, ampollas en los pies por las condiciones de terreno y desgaste físico.

CAPÍTULO IV. LAS CONDICIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD DE MIGRANTES QUE TRANSITAN POR LA CASA DEL MIGRANTE DE ARRIAGA, CHIAPAS

Este capítulo tiene como objetivo caracterizar la infraestructura (recursos materiales y humanos) y los servicios que se brindan en la Casa del Migrante “Hogar de la Misericordia”. De igual manera, se realiza un análisis descriptivo de las condiciones de atención a la salud en el consultorio adjunto que es manejado por el IMSS-Oportunidades, el cual da servicio a migrantes en tránsito por México. El análisis se basó en las entrevistas semiestructuradas que fueron aplicadas al personal de salud de la clínica y 1 al personal de la Casa del Migrante “Hogar de la Misericordia”.

Para completar el perfil de los migrantes que transitan por la Casa, se acudió a los registros del propio albergue, así como a la información generada mediante el registro de migrantes participantes en las actividades preventivas que se realizaron entre mayo-julio 2014. Asimismo, se acudió al diario de campo que se elaboró en el marco de la experiencia de observación participante que nos ayudó a aproximarnos a la realidad social de esta población.

La última parte de este apartado se centra en el trabajo de intervención que se realizó en la casa del migrante donde se describe el objetivo de la intervención, la población objetivo, los temas que se expusieron, así como una propuesta desde de una perspectiva de prevención y promoción de la salud para los migrantes que transita por México.

4.1 Características de la Casa del Migrante

La Casa del Migrante "Hogar de la Misericordia", se encuentra ubicada en la 5ª Sur, No. 1420, Colonia Playa Fina, en el municipio de Arriaga; nace el 7 de octubre del 2004 debido a la necesidad que se tiene de apoyar a los migrantes centroamericanos que pasan por esta parroquia del Sagrado Corazón de Jesús en Arriaga Chiapas, México. Proporcionándoles hospedaje, alimentación, ropa, atención médica, apoyo espiritual e información respecto a los peligros del camino.

El albergue es sostenido económicamente por la Pastoral Social de esta parroquia³. Hasta el año 2013, el padre Heyman Vázquez Medina era el que dirigía la casa, pero lo cambiaron al pueblo de Huixtla donde ha intentado abrir otra Casa del Migrante llamada “Santa Cruz”⁴. Para la fecha en que se realizó el trabajo de campo, estaba como asesor y director el Padre Agripino Mendez Victorio y como coordinador de la Casa Carlos Bartolo Solís.



La Casa brinda atención al migrante de lunes a domingo los 365 días al año, así mismo ofrece servicios de alimentación que se dividen en tres horarios los cuales son 9 de la mañana, 2 de la tarde y 7 de la noche, además de ofrecer alimentos también brindan hospedaje, y éste tiene un límite de 3 días a partir de la llegada o cuando se les avisa que “La Bestia” va a salir de la estación de trenes. Además del servicio de albergue, el personal de la casa también realiza el traslado de migrantes cuando tienen problemas de salud graves o necesitan asistencia para poner denuncias a la fiscalía por robo, violación, amenazas, secuestro, y también si

³ Casa del Migrante. 2014 “Hermanos de la Misericordia”. Recuperado de: <http://migrantes.webgarden.es/CITAR, 2014>.

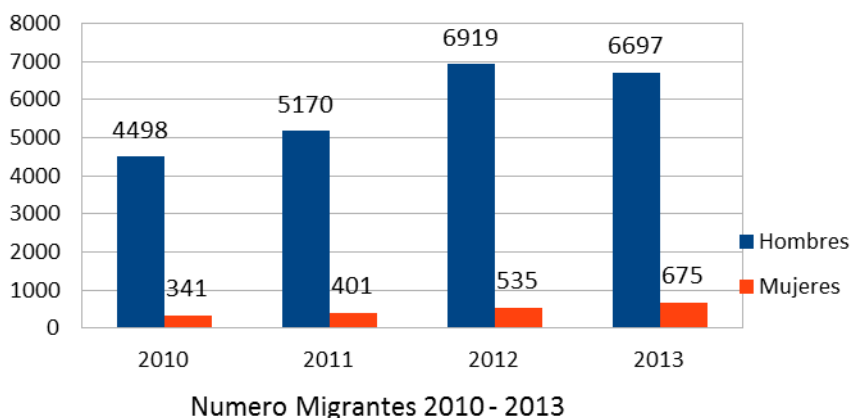
⁴ Lo cual no ha podido lograr por que los vecinos lo han impedido argumentando problemas de seguridad Isaín Mandujano. (6 junio, 2014). “Párroco de Huixtla, denuncia obstáculos para construir un albergue para migrantes”. Chiapas paralelo. Recuperado de: <http://www.chiapasparalelo.com/noticias/chiapas/2014/06/parroco-de-huixtla-denuncia-obstaculos-para-construir-un-albergue-para-migrantes/>

necesitan ir a arreglar su situación de visa humanitaria, así como asesoría en derechos humanos y legales.

4.1.1 Usuarios que ingresan a la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”

Desde el año 2010 hasta el 2013 ingresaron a la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia” un total de 25,236 migrantes donde el 92.2% son hombres y 7.7% son mujeres. Como podemos observar en la gráfica 1, el ingreso aumentó a partir del año 2012 con una cifra total de 7454 migrantes siendo el 93% hombres y solo el 7% mujeres; en comparación con el año 2011 cuando el ingreso total fue menor con solo 5,571 migrantes, el porcentaje de hombres fue 93% y 7% mujeres. Estos datos se obtuvieron a partir del documento proporcionado por la Casa del migrante llamado Proyecto de remodelación, ampliación y construcción del albergue Hermanos de la Misericordia (CMHM., 2014).

Gráfica 1. Número de migrantes que han ingresado al albergue en el periodo de 2010 a 2013.

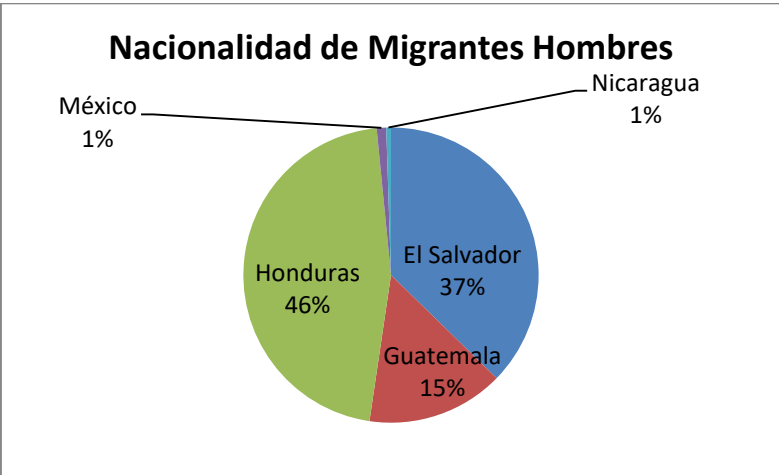


Fuente: Casa del Migrante, Hogar de la Misericordia, (2014), Proyecto de remodelación, ampliación y construcción del albergue Hermanos de la Misericordia

Por su parte, los datos generados en la lista de registro de migrantes participantes en las actividades preventivas implementadas, indican que el 46% de los usuarios son hondureños, 37% salvadoreños y 15% guatemaltecos (ver gráfico 2). La mayoría son hombres que en promedio tienen 31 años. Entre las mujeres también

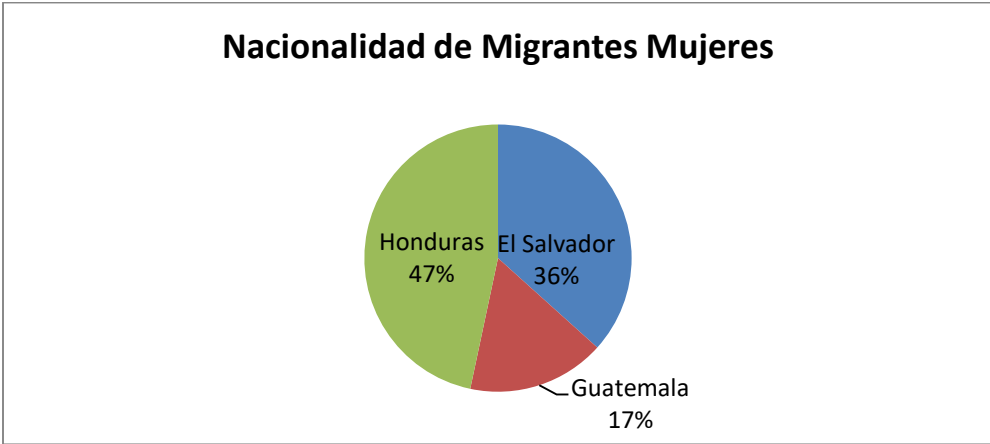
se identificó que 47% hondureñas, 36% salvadoreñas y 17% guatemaltecas (ver gráfico 3); en promedio tienen 30 años de edad; en algunos casos viajan con sus hijos, los cuales transitan en condiciones de alto riesgo, por lo cual pasan a la Casa del Migrante para descansar, alimentarse y recibir atención médica.

Gráfico 2. Nacionalidad de hombres migrantes que ingresaron a la Casa del Migrante en el periodo de mayo de 2014 a julio de 2014



Fuente: Elaboración propia con base en la lista de registro de migrantes participantes en las actividades preventivas

Gráfico 3. Nacionalidad de mujeres migrantes que ingresaron a la Casa del Migrante en el periodo de mayo 2014 a junio de 2014



Fuente: Elaboración propia con base en la Lista de registro de migrantes participantes en las actividades preventivas

4.1.2 Personal de la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”

El trabajo de campo permitió identificar a los integrantes del equipo de trabajo de la Casa del Migrante de Arriaga (ver Figura 3). A continuación, se detallan algunas de sus funciones:

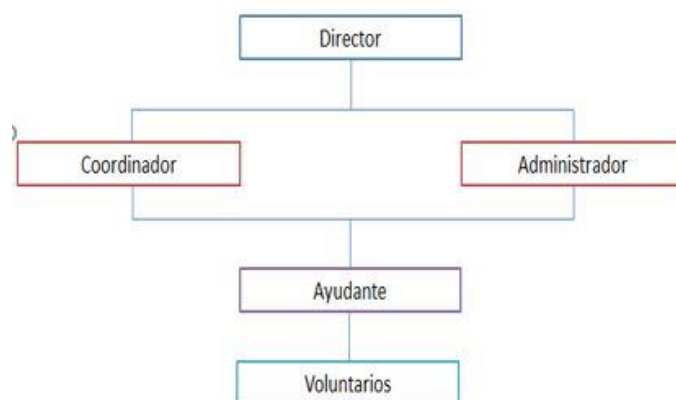
Director

El asesor y director de la Casa del Migrante tiene dentro de sus funciones el dar apoyo espiritual a los migrantes, organización de la casa, toma de decisiones, así como hacer las vinculaciones con instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Coordinador de la casa

La Casa del Migrante cuenta con un Coordinador quien es el responsable de las actividades que se realizando dentro de la casa, como son: compra de alimentos, mantenimiento de la casa, orden, dar información a los migrantes de derechos humanos, hacer denuncias y que instancias acudir, si es necesario llevarlos a denunciar, información de la ubicación de los consulados, apoyarlos en los trámites para sacar su visa humanitaria, así como las vinculaciones con otras instituciones.

Figura 3. Equipo de trabajo de la Casa del migrante



Fuente: Elaboración propia con base al trabajo de campo realizado en esta Casa del Migrante

Administrador

La función del administrador es el control económico, buscar instituciones que los financien o donaciones y realizar los trámites administrativos que requiere la Casa del Migrante (pago luz, agua, teléfono etc.).

Ayudante

La función del ayudante es el apoyar al coordinador de la Casa del Migrante.

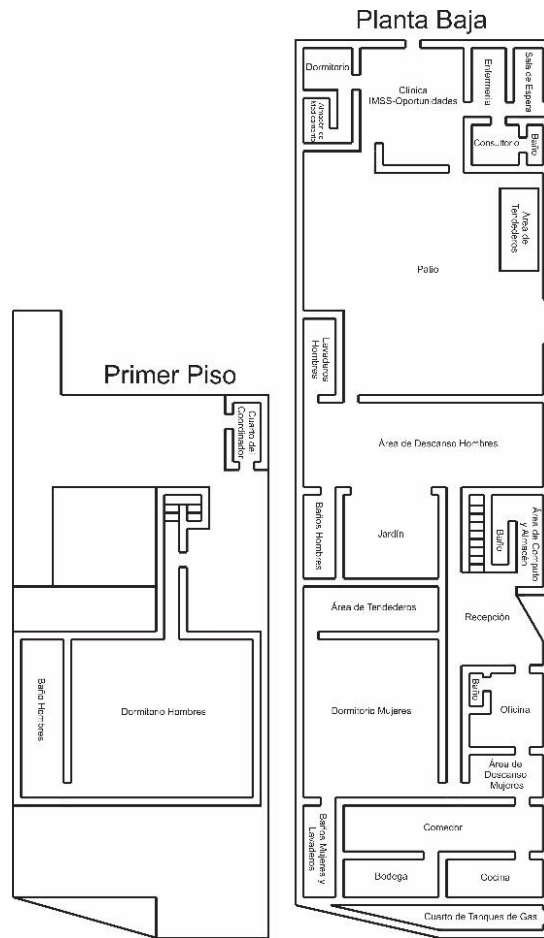
Voluntarios

Los voluntarios que vienen de instituciones o universidades colaboran a las labores de revisión, vigilancia, limpieza y registro de migrantes, pero también dan talleres de temas diversos o pláticas. Hay voluntarios migrantes que ayudan en limpieza, revisión, vigilancia, cocina. Los migrantes que ayudan en la casa por lo regular son los que tienen más tiempo de hospedaje (meses).

4.1.3 Infraestructura de la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”

La Casa cuenta con todos los servicios básicos como son agua la cual se obtienen de un pozo localizado en el patio de la casa. Hay alumbrado en la entrada de la casa y hay focos para cada cuarto con ventiladores en las áreas más cerradas para mayor comodidad de ellos. Cuenta con drenaje en todos los baños, área de lavado de ropa, así como la cocina, pero este no funciona en los lavaderos de las mujeres (ver figura 4).

Figura 4. Mapa de la Casa del Migrante



Fuente: Elaboración propia con base al trabajo de campo realizado en esta Casa del Migrante

Cocina

Solo las mujeres cocinan y sirven los alimentos además esta tarea es asignada por otras mujeres migrantes que llevan más tiempo en la casa, los hombres se encargan de lavar los trastes y limpiar la cocina; el horario en el que se empieza a preparar los alimentos es por lo regular a las 6 de la mañana, 12 del día y 6 de la noche.

Comedor

El comedor cuenta con 51 sillas y 7 mesas, los hombres son los que limpian las mesas, el piso y acomodan las sillas después de desayunar, comer y cenar. Este lugar solo lo ocupan los hombres para alimentarse. Los horarios de comida son a las 9 de la mañana, 2 de la tarde y 7 de la noche.

Bodega

La bodega se guardan los alimentos como son arroz frijol, avena, enlatados, pastas, papel higiénico, pañales, ropa, toallas sanitarias, jabón, artículos de limpieza, cada que llegan víveres los migrantes ayudan a acomodarlos. Los alimentos están sobre estantes, y se acondicionaron literas para el papel, pañales, ropa y toallas sanitarias. Se realiza la limpieza general una vez al mes y actualmente hay goteras que dañan el alimento además que las condiciones del cuarto también lo afectan (calor y humedad).

Área de descanso y recreativa para mujeres

En esta área se encuentra televisión que se prende en horarios de 10 a 2 de la tarde y 4 a 8 de la noche. Este lugar también funciona como comedor de las mujeres, área de juegos de los niños, área de revisión de pertenencias a las nuevas migrantes que ingresan para ver si no traen celular o algún cuchillo y se limpia 3 veces al día.

Área de descanso y recreativa para hombres

El área de descanso cuenta con 29 colchonetas para que los migrantes se puedan acostar en el suelo, además este espacio se utiliza como sala de reunión, además se puede estar descalzo y si se quiere también sin playera.

Oficina

En la oficina se encuentra un refrigerador donde tiene Coca Cola que venden a los migrantes, también se proporciona jabón y papel para el migrante que así lo requiera, escritorio donde tiene una pantalla con 4 imágenes de las cámaras de seguridad de la casa, esta cámara tiene como área de observación, el área recreativa y de descanso para los hombres, el patio, puerta de la casa y calle, además se encuentra la computadora donde se hacen los registros de los migrantes.

Actualmente cuenta con un sistema de registro conformado por varias casas del migrante llamado "Red de registro de información estadística". Este sistema sirve

para registrar a los nuevos migrantes o si ya pasaron en algún momento por la casa solo se actualiza la fecha de ingreso, también sirve para boletinar a los migrantes que han causado conflictos en alguna de las casas. Anteriormente se registraban a los migrantes en una bitácora donde se les pedían los siguientes datos: nombre, edad, fecha de ingreso, país, departamento, municipio, oficio, estado civil, hijos, estado de salud, religión, grado de estudios, identificación, problemas en el camino y número de teléfono de familiar, estos datos se encuentran en 20 tomos y el periodo en el cual se utilizó este método de registro fue desde 2010 hasta noviembre 2013.

La persona que recoge la información de los migrantes es el mismo coordinador de la casa o si en ese momento se encuentran voluntarios ellos registran la información del migrante. Los datos se recogen en la oficina donde se les pregunta sus datos personales como son: nombre, nacionalidad, departamento, año de nacimiento, identificación, por último, se les toma una fotografía y se le entrega una tarjeta de registro con el nombre, apellidos, fecha de entrada, si no llegara a traer identificación, no se le pide. Para hacer el registro se les llama a 5 migrantes para que se formen y se les pasa de uno en uno, después pasan otros 5, esto se hace para que tener un orden y rapidez en el proceso de registro.

En esta área también se encuentra el teléfono e internet de la casa que sirve para comunicarse con los grupos Beta, policía estatal, o consulados, y comunicación en general para contacto, también sirve para que los migrantes puedan comunicarse con sus familiares, en esta parte únicamente los familiares pueden hablar a la casa y no al revés.

Recepción

En la recepción se encuentran en la puerta de entrada a la Casa del Migrante la cual debe de permanecer cerrada con candado por seguridad, también hay 2 sofás donde se le invita a los migrantes a sentarse para que se les revise (solo hombres) y explique las reglas de la casa, a las mujeres se les manda al área de descanso y recreativa para mujeres donde se les revisa y se les explican las reglas además a hombres y mujeres se les dice los horarios de comida, los lugares donde pueden hablar por teléfono y donde comprar tarjetas que en este caso hay un dispensador

que las vende en 30 pesos y el teléfono de tarjeta está en la misma recepción , así como el dispensador. Así mismo se les dice que si traen teléfono o navaja lo entreguen y cuando dejen el albergue se les regresara por cuestiones de seguridad (para ambos).

Patio

En el patio hombres, se encuentra los tendederos para que los migrantes puedan poner su ropa y también se puede fumar en esta área, además funciona como estacionamiento para el automóvil del coordinador y esta área se conecta con la Unidad de Atención Médica al Migrante. El patio de las mujeres, es un pequeño espacio el cual sirve también como área de tendedero y para poner utensilios de limpieza.

Dormitorio para hombres

El dormitorio para hombres tiene 66 camas dobles (literas). La hora de dormir de los migrantes es de 9 de la noche a 7 de la mañana además no se puede platicar en este sitio y la limpieza se hace una vez al día. Al despertar los hombres tiene que recoger la cama y bajar al área de descanso para que pasen ahí el día.

Dormitorio para mujeres

El dormitorio para mujeres cuenta con 20 camas dobles (literas) e individuales. En este dormitorio las mujeres pueden estar todo el día al contrario que los hombres y lo único que no se puede es entrar con platos de comida, este lugar se limpia una vez o dos veces al día.

Área de cómputo y almacén

Área de cómputo y almacén, aquí se encuentran 3 computadoras las cuales pueden utilizar los migrantes para comunicarse con sus familiares vía internet, solo tienen de 5 a 10 minutos y también se almacenan aquí los medicamentos para los migrante. Actualmente sirve como cuarto para los voluntarios de la casa y el baño que se encuentra en esta área también lo utilizan para bañarse, sin embargo, no tiene regadera.

Instalaciones de la Casa del Migrante, Hogar de la Misericordia



Baños

Los Baños se encuentran en los dormitorios de hombres y mujeres, área de recreativa y descanso de hombres, área de cómputo y almacén. Cuando utilizan los baños los migrantes tienen que echarle agua con una cubeta (dormitorio de hombres y mujeres, área recreativa para hombres) y la limpieza se hace una vez al día por las mañanas en todos los baños de la casa. Los horarios para lavar ropa y bañarse son de 10 a 2 de la tarde y de 4 a 7 de la noche. El baño de las mujeres funciona también como lavadero y no hay regaderas, se tiene que bañar con cubetas de agua. El baño de hombres en los dormitorios solo se utiliza en la noche y no tiene regaderas. En esta área no se pueden bañar. El baño de hombres en el área recreativa tiene 4 tazas de baño de los cuales solo funcionan 3 y del otro lado enfrente de los baños se encuentran los lavaderos que también sirven para bañarse

con cubetas de agua. 2 veces al día se limpian. El baño del área de cómputo y almacén es un medio baño todo funciona muy bien y este lo utilizan solo los voluntarios de la casa en la actualidad.

4.2 Actores externos que brindan ayuda en la Casa del Migrante.

El trabajo de campo permitió identificar instituciones y organizaciones que colaboran y realizan trabajo conjunto con la Casa del Migrante de Arriaga. Particularmente, se identificaron siete actores externos que colaboran de manera rutinaria con el albergue; y otro conjunto de actores que realizan actividades de manera esporádica.

El Grupo Beta. De acuerdo con la OIM (2011), el Grupo Beta nace en 1990 en el estado de Baja California como un programa piloto a cargo del Instituto Nacional de Migración, con el objetivo de combatir la delincuencia y crímenes que se cometían contra los migrantes en tránsito. Una vez implementado el programa se visibilizaron otras necesidades que no estaban asociadas directamente con la delincuencia y el crimen. Estas necesidades están asociadas con el medio ambiente lo cual puede poner en riesgo la integridad física y la vida de los migrantes. El programa mostró grandes resultados y capacidad para resguardar y proteger la vida de los migrantes, lo cual contribuyó para la creación de nuevos Grupos Beta alrededor del país. Los Grupos Beta son un equipo de trabajo integrado por los tres niveles del Gobierno mexicano (federal, estatal y municipal) especializado en labores de búsqueda, rescate, salvamento y primeros auxilios (OIM, 2011). De igual forma, están capacitados para realizar acciones de protección, orientación, asistencia social y jurídica en defensa de los Derechos Humanos y que tienen como objetivo la Protección al Migrante y salvaguardar los derechos humanos de los migrantes sin importar su nacionalidad o situación migratoria durante su tránsito por territorio nacional, y en el caso de los migrantes mexicanos, también durante su repatriación. En el caso de la Casa del Migrante de Arriaga, el Grupo Beta asiste dos veces al día a la casa en diferentes horarios todos los días de la semana, para brindar apoyo a los migrantes si en algún momento lo necesitan. En particular el trabajo que se pudo registrar en la casa del migrante era llevar botellas de agua a la vía del tren para regalarla a los migrantes, dar información de la situación en la ruta migratoria,

información sobre con quien acudir para denunciar alguna situación que hayan sufrido, llevar a los migrantes ante la fiscalía para denunciar algún tipo de abuso o violencia.

La policía estatal fronteriza. En términos formales, el objetivo de la policía es el de combatir frontalmente los delitos del orden común, en todos los municipios que se ubican en la franja fronteriza con Guatemala, implementando nuevas estrategias y modelos de seguridad dentro del marco de legalidad y respeto absoluto a los Derechos Humanos. La policía estatal asiste cuando el coordinador los requiere, ellos se encargan de apoyar la seguridad dentro y fuera de la casa. En esta investigación pudimos registrar la visita de la policía estatal fronteriza para revisar la situación de seguridad de la Casa del Migrante ya que como sabemos es blanco de amenazas de grupos como la Mara Salvatrucha o grupos de la delincuencia organizada.

Consulados de Guatemala y El Salvador. Brindan apoyo en asuntos del registro civil, asistencia jurídica, regularización migratoria, en cuestión de salud canalizar a instituciones de salud a personas enfermas o con lesiones y proporcionan víveres para la Casa del Migrante. Los cónsules de estos dos países asisten a la casa por lo menos una vez al mes para apoyar a los migrantes de esos países.

Secretaría de Salud. Le ofrece servicios a la casa de control de plagas (asisten una vez al mes) y programas de atención contra el paludismo donde se les da una plática y medicamento.

CNDH. Dan una pequeña plática de sobre derechos humanos y les preguntan a los migrantes si quieren poner una denuncia además que también les dan trípticos con información.

Universidad Iberoamericana. Cada año la universidad organiza una donación de víveres para la Casa del Migrante.

DIF del Estado de Chiapas. Llevan donaciones de víveres, en el mes de junio fueron 2 veces a la Casa del Migrante.

Otras organizaciones. La Casa de Arriaga trabaja con diversas OSC, ONG e instituciones las cuales son: Centro Fray Matías, Red ODEM, Red Jesuita, INM, OIM, ACNUR, PNUD, UNFPA, CEDH-Chiapas, UNODC, movimiento migrante mesoamericano que dan apoyo, colaboración e información en temas como Derechos Humanos, información legal.

4.3 Perfil de atención de la salud de los migrantes en tránsito

La situación de salud de los migrantes está determinada por las condiciones en que ocurren los procesos de movilidad, y en el caso de su tránsito por México, esta dinámica de sobrevivencia los vuelve más vulnerables a riesgos sanitarios, peligros y estrés relacionado con el desplazamiento. También podemos observar que la situación de pobreza y marginación además de falta de acceso a los sistemas de salud ya sea en su país de origen o de destino aumentan la vulnerabilidad de esta población.

Como hemos mencionado Chiapas es un estado que constituye uno de los lugares de paso obligados para los migrantes en su viaje hacia los Estados Unidos debido a que es el estado donde inicia la ruta migratoria y es aquí donde comienza se encuentra el Tren llamado “La Bestia”. Los migrantes que ingresan desde la frontera sur presentan diferentes necesidades y perfiles de daños a la salud esto responde a las diferentes condiciones medio ambientales, problemas de salud desde la salida de sus países de origen, así como situaciones de riesgo durante su viaje.

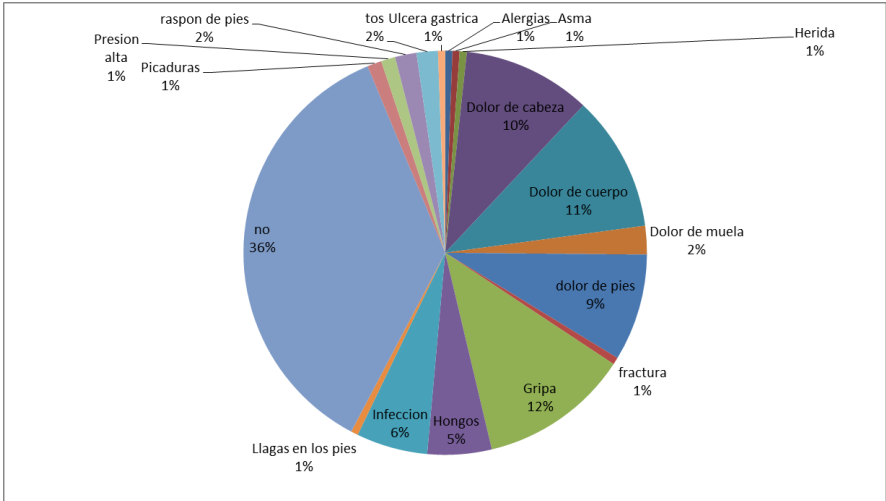
Como mencionó en el apartado metodológico de la presente tesis, durante el trabajo de campo se aplicó la técnica de la observación participante y se recabó información sobre el auto reporte de la situación de salud de los migrantes. El análisis de esta información permite identificar tres tipos de migrantes: migrantes que no tienen ninguna enfermedad (sanos), migrantes que están enfermos desde sus lugares de origen y migrantes que contraen alguna enfermedad durante el viaje.

Con base en los instrumentos que se aplicaron en el albergue, los migrantes que se encuentran sanos son todos aquellos que no reportaron ningún problema de salud;, los migrantes que padecen alguna enfermedad desde su lugar de origen son

aquellos que ya tienen problemas de salud desde antes de iniciar el viaje migratorio por lo que sufren de enfermedades crónico degenerativas, físicas o psicológicas; y por último los migrantes que contraen o desarrollan alguna enfermedad durante el viaje migratorio.

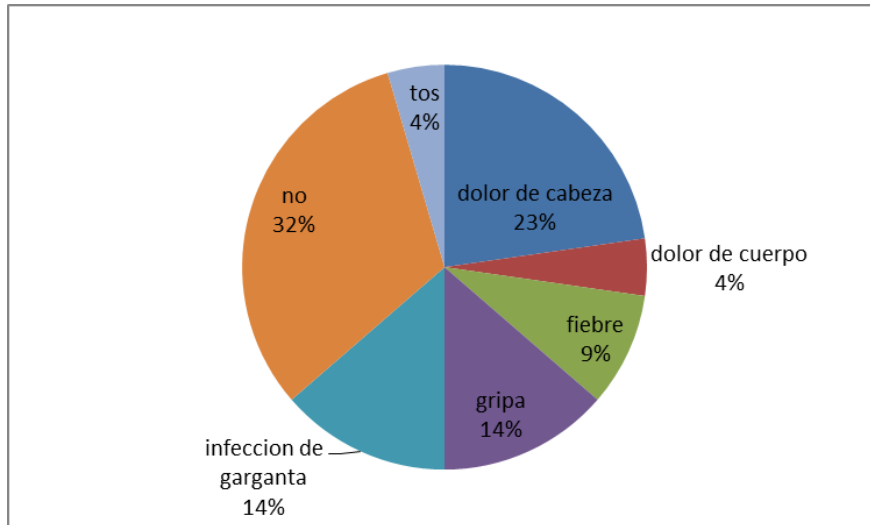
De acuerdo con el instrumento de registro aplicado en el trabajo de campo, las enfermedades más comunes son: infecciones gastrointestinales, respiratorias, dolores musculares. Podemos observar que el porcentaje de enfermedades más comunes en hombres es la gripa con un 12%, seguido de los dolores de cuerpo con un 11% y dolores de cabeza con un 10 % (ver gráfico 4); y en mujeres el porcentaje más alto de enfermedades fueron dolor de cabeza con un 23%, gripa con un 14% y fiebre con un 9% (ver Gráfico 5).

Gráfico 4. Enfermedades más comunes en hombres migrantes



Fuente: Casa del Migrante, 2014. Lista de registro de migrantes participantes en actividades preventivas.

Grafico 5 .Enfermedades más comunes en mujeres migrantes



Fuente: Casa del Migrante, 2014. Lista de registro de migrantes participantes en actividades preventivas.

4.3.1 Atención en salud de la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”

Esto nos habla de las necesidades de atención en salud de los migrantes en tránsito por México, por lo que en la actualidad existen diversos programas por parte de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que atienden este problema, pero en particular el IMSS-Oportunidades, el cual depende del gobierno federal y cubre las necesidades en salud de los migrantes en tránsito.

En las entrevistas a informantes clave se mencionó que la casa de migrante antes contaba con atención psicológica, la cual se brindaba 3 veces por semana; y también se realizaban pláticas preventivas en salud que eran proporcionadas por el personal de la Jurisdicción Sanitaria VIII del estado de Chiapas (personal del Hospital Juárez de Arriaga) y el DIF municipal; sin embargo, dejaron de asistir sin motivo aparente.

Desde el año 2013, el albergue ha resuelto el tema de la atención en salud de migrante mediante el uso de los servicios de un consultorio que se encuentra ubicado en el mismo predio. Sin embargo, el consultorio ha sido coordinado por organizaciones ajenas a la administración de la casa.

En el periodo del trabajo de campo (2014) se identificó que el consultorio adjunto al albergue se había adecuado como Unidad Médica Rural (UMR), la cual estaba a cargo del Consultorio IMSS-Oportunidades. De acuerdo con los profesionales entrevistados y la información recabada para la investigación, la construcción de esta unidad de salud fue impulsada por Médicos sin Fronteras, asociación civil internacional que abrió sus puertas el 07 de junio del 2012, en el municipio de Arriaga, Chiapas.

“Antes que estuviera esta clínica supimos que se encontraba una organización que atendía a los migrantes me parece que se llamaba Médicos Sin Fronteras, pero la verdad no sé bien” Médico 1

El consultorio de Médicos sin Fronteras se inaugura por la alta demanda de los migrantes en tránsito que se da en dicho lugar, atendiendo a migrantes que pasan por el estado de Chiapas (CAM., Informe de Actividades de la comisión de atención a los derechos humanos de migrantes, 2012). Al terminar su estancia en la Casa del Migrante la infraestructura del servicio médico fue transferida al IMSS-Oportunidades.

El consultorio abrió sus puertas el 20 de junio del 2013. Cabe señalar que el programa del IMSS-Oportunidades es un programa federal y está administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual promueve el derecho a la salud y el bienestar individual y colectivo de los mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social (Proyecto de remodelación, ampliación y construcción del albergue Hermanos de la Misericordia, 2014).

Este programa funciona con recursos federales y el Instituto Mexicano del Seguro Social es quien administra los recursos del programa a través de su estructura institucional; además de dar seguimiento a la operación de los servicios, seguimiento y evolución del programa. A nivel estatal las delegaciones del IMSS son las responsables de la atención a la salud de la población usuaria, esto a través de un modelo de atención integral a la salud. Este programa incentiva la participación de la comunidad en el mejoramiento de sus condiciones de salud y

esto lo logra mediante estrategias de comunicación educativa, promoción de la salud y la vinculación de la medicina institucional con la tradicional.

El 17 de diciembre del 2013 se publicó en el diario oficial de la federación (DOF) las reglas de operación del Programa IMSS-Oportunidades-2014, en el cual ya se integraba como población objetivo a los migrantes, lo cual responde a las necesidades de esta población. “La población objetivo del Programa forma parte del Sistema de Protección Social en Salud. Son aquellas personas no cubiertas por ningún sistema de seguridad social, en su mayoría residentes de localidades de alta y muy alta marginación, en las que está presente el Programa IMSS-Oportunidades.

El catálogo de servicios, apoyos y reconocimientos que otorga el Programa IMSS-Oportunidades en sus diferentes componentes, es el siguiente: Atención a salud de los migrantes.” (DOF 2014)

La información en el trabajo de campo permitió documentar que el consultorio brinda el servicio a los migrantes en tránsito y los horarios que laboran son de las 8 de la mañana a las 4 de la tarde de lunes a domingo, pero hay veces que el consultorio no abre. Es relevante señalar que todos los migrantes que se hospedan en el albergue, sin excepción deben de asistir al consultorio del IMSS-Oportunidades para recibir la atención y medicamentos si los necesitan.

Para la atención en salud, se cuenta con 2 enfermeras y 2 médicos que atienden en ambos turnos. El trabajo de campo también permitió caracterizar el equipo de trabajo que colabora en el área médica (Ver figura 3).

Figura 3. Flujograma del Consultorio del IMSS-Oportunidades



Fuente: Consultorio IMSS-Oportunidades, 2014

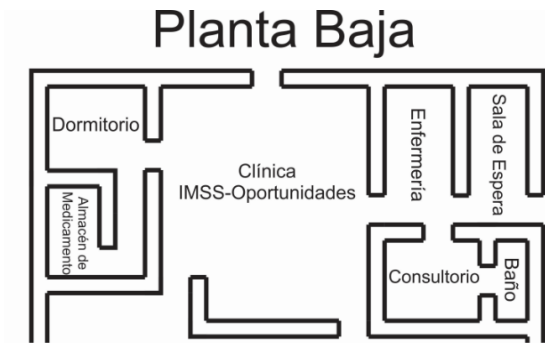
Las funciones del médico en turno son el dar consulta externa en general, valoración de paciente, aplicación de tratamiento, si hay algún paciente que este delicado se refiere al Hospital General Juárez de Arriaga. Las funciones de la enfermera consisten en realizar el primer acercamiento con los pacientes, registro, revisión de los signos vitales, toma de peso, entrega y aplicación de medicamento (inyecciones). A su vez, el polivalente se encarga de la limpieza, recibir el medicamento, hacer bitácoras diarias, mantenimiento en general, además se queda de guardia a cuidar la clínica de miércoles a domingo.

La unidad médica del IMSS-Oportunidades debe de contar con materiales según la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

La clínica cuenta con una sala de espera donde están colgados varios carteles con temas de salud reproductiva, influenza estacional, uso de condón, y deshidratación. El tiempo de espera es de 5 a 10 minutos, máximo 15. Asimismo, cuentan con un área de enfermería donde se realiza el registro de los migrantes, se les pesa y es donde tienen los medicamentos en un estante, extinguidor. Por lo regular en este lugar se le atiende al migrante y se le entrega el medicamento, suele durar 5 a 15 minutos en la consulta si no tiene algún padecimiento grave. En este lugar se encuentra el médico en turno y/o la enfermera.

El consultorio médico cuenta con el baño, la cama de exploración, estante de medicamentos, un escritorio con una computadora la cual no funciona. En esta computadora se hacían los registros de los migrantes en un sistema que se llama SISPA y SUIVE. En el SUIVE se registran las detecciones de las enfermedades por paciente y el SISPA se registra grupos de edades, por sexo, nacionalidad y patologías principales, el cual se lleva todos los días, pero también arroja datos en forma mensual y desde que se abrió la clínica en forma electrónica. El consultorio solo se pasa a los pacientes que se les necesita hacer una revisión más a fondo y con problemas de salud más graves. En este lugar a veces atiende el médico, pero por lo regular siempre está en el área de enfermería (Ver figura 4).

Figura 4. Mapa de la Clínica del IMSS-Oportunidades



Fuente. Consultorio IMSS-Oportunidades

De forma complementaria, la clínica cuenta con un área de espera (patio) que se utilizaba para pasar a los migrantes y darles platicas. De igual manera, hay un dormitorio que antes lo utilizaban las enfermeras para quedarse en el consultorio, pero por problemas de seguridad lo dejaron de hacer, actualmente el único que se queda en la clínica es el polivalente quien ayuda en el mantenimiento de la clínica, recibir medicamento, hacer bitácoras diarias y los días que trabaja, son del miércoles al domingo. El dormitorio tiene una cama, un refrigerador para guardar alimentos, una televisión, un lavadero, además se ocupa como bodega.

La clínica también cuenta con una bodega de medicamentos. La bodega cuenta con anaqueles donde se acomodan los medicamentos, estos se mantiene a una temperatura adecuada con ayuda de un clima para que los medicamentos no se descompongan; este cuarto se mantiene cerrado para evitar la entrada de calor.

Instalaciones del Consultorio-Oportunidades



Fuente: Trabajo de campo, 2014.

La información sobre los recursos humanos e infraestructura muestra que existe un avance importante en la instalación de servicio de salud público que puede facilitar la accesibilidad y la atención para migrantes en tránsito. Este esquema de colaboración entre el IMSS-Oportunidades y una asociación civil como la Casa del Migrante, muestra la importancia que tiene la articulación de redes para la promoción del derecho a la atención en salud de migrantes. Sin embargo, se trata de un esquema aún incipiente, el cual presenta retos y carencias en materia de infraestructura y de capacidad resolutive.

En ese sentido, para el médico representan un reto el dar una consulta, ya que la falta de materiales y medicamentos no permite el óptimo diagnóstico y atención de la enfermedad del migrante por lo que ponen en peligro su salud y hasta su vida, otros de los retos es la falta de información que se le da a los migrantes en temas de salud propios de la migración como por ejemplo la exposición a contraer enfermedades sexuales como puede ser el VIH; Otra carencia y/o reto es la falta de organización y planeación entre los actores gubernamentales y no gubernamentales, si bien existe relación entre estas dos, no hay convenios que permitan mayor comunicación y por consiguiente dar una mejor atención en salud de los migrantes, otro factor es la misma organización de la institución (IMSS-Oportunidades) ya que como se observó en la investigación existe una mala comunicación y planeación de sus programas para la atención del migrante además de no existir capacitación que ayude a conocer y atender a esta población. Por último, debemos mencionar la falta de información sobre la existencia de este consultorio, además los servicios que ofrece y la ubicación de la misma por parte de las autoridades.

Otra problemática es la limitación en la infraestructura para la atención en salud donde la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, “Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios”, donde nos habla de los requerimientos mínimos de un establecimiento de salud por lo que la falta de los equipos e infraestructura que menciona la ley no se cumplen dentro de la normativa oficial mexicana (NOM). Ejemplo de esto es lo que menciona norma con respecto a la protección de necesaria contra fauna nociva de acuerdo a la localización geográfica y la falta de certificado de fumigación vigente otorgado por un establecimiento autorizado que requiere el consultorio; otro ejemplo importante que menciona la norma es el manejo integral de los residuos peligrosos biológico infecciosos donde se observó que no existen recipientes dentro del consultorio para el manejo de este tipo de materiales. En ese sentido la Doctora Sonia Bielman menciona lo siguiente en la entrevista realizada en el consultorio:

“En general con lo básico que debe de contar un consultorio de Medicina general, mesa de exploración, escritorio, lámpara, biombo, recursos por ejemplo para impartir talleres no tenemos, no tenemos rota folios no contamos con nada de eso, tenemos unas láminas ahorita no las hemos puesto, pero hay que ponerlas y nada más” Médico 1

En la investigación también se encontró que no se cumple con otros requerimientos mínimos para la atención como por ejemplo la falta de equipo especializado para la atención de mujeres y sobre todo de embarazadas, lo cual es una problemática en este perfil de los migrantes, como nos lo menciona la enfermera del lugar:

“Ni un aparato, según nos iban a traer aparatos para la atención adecuada a las mujeres”. Enfermera 1

“Ninguno, solamente para tomar la presión arterial, estetoscopio, un estuche de diagnóstico y obviamente un equipo de cirugía menor por si viene alguno con una herida, pero no en general eso es todo”. Médico 1

Otro factor importante es la falta de transporte para el traslado de pacientes graves que lleguen al consultorio ya que el consultorio no cuenta con este además que este servicio solo es para la población afiliada al IMSS por lo que la institución busca al grupo beta para la canalización de casos graves como lo menciona la médica del establecimiento:

“No, en general no solamente el grupo Beta pero ellos no tienen una ambulancia como tal, entonces el hecho de requerir mayor asistencia al parecer ni siquiera la Cruz Roja está facultada para llevar al migrante solamente el grupo Beta pero no tienen ósea no hay ambulancia pues es un carro convencional, y el IMSS es únicamente para derechohabientes y nada más, y nacionales obviamente, y se mandan al hospital Juan C. Corso”. Médico 1

Otra importante deficiencia que se pudo observar en la investigación, y que además lo menciona la médica del turno de la tarde, es la falta de protocolos ante violaciones y falta de respuesta ante casos de detección de VIH o ITS, como nos lo hace saber la entrevistada, además que en el tiempo de nuestra estancia no se observó la

aplicación de pruebas, ni de pláticas de prevención en temas de salud sexual y reproductiva. En ese sentido podemos poner como ejemplo un migrante joven de 20 años aproximadamente que al no contar con equipo y medicamentos lo refirió al Hospital Juárez de Arriaga por lo que el migrante tuvo que ir por su propio medio para recibir la atención medica que requería, por lo que se observó la falta de protocolos para la atención de este tipo de casos.

“Se debería tener un protocolo, pero yo no cuento con uno, y en mi caso particular yo le hablaría al grupo Beta y a su consulado” Médico 2

También podemos mencionar la falta de materia administrativo, un ejemplo es la falta de hojas de hospitalización donde viene un apartado de lesiones, en el cual se describe la circunstancia en que se produjo la lesión, intencionalidad y sitio de ocurrencia; esta hoja es sumamente importante por las condiciones las cuales los migrantes viajan ya que se registran las condiciones de salud por las que son atendidos los migrantes en tránsito por México.

Para la entrega de los medicamentos se observó que solo se proporciona dos pastillas por migrante, esto para asegurar la disponibilidad del medicamento y que este sea suministrado a la mayor cantidad de migrantes que vayan a consulta, esta dosis solo es para un día por lo que si el migrante necesita más medicamento tendrá que conseguirlo en otro establecimiento de salud o comprarlo en alguna farmacia del lugar, nunca se les da la caja completa ya que al consultorio solo se le entregan de 10 a 15 cajas al mes. En ese sentido la temporalidad de la entrega por parte de la jurisdicción, así como el número de cajas entregadas por mes dificulta que el consultorio tenga la disponibilidad para cubrir la demanda de esta población ya que el número de atención por día es de aproximadamente 30-40 migrantes por lo que medicamento se agota rápido y se queda sin medicamento. Si estos no estuvieran disponibles se les manda a la Casa del Migrante para proveer los que faltan, en el caso de que en estos dos lugares no se encontrara el medicamento se le deja al migrante que los pague por sí los mismos. Por último, podemos mencionar la falta medicamentos especializados para grupos específicos como pueden ser mujeres y niños, lo cual se documentó en esta investigación al observar el tipo de

medicamentos que se proporciona a los migrantes en la consulta. Se podría afirmar que por el tipo de género (hombres) que compone la mayoría de migrantes no se proporcionan medicamentos para estas dos poblaciones.

El tipo de medicamentos que podemos encontrar para el tratamiento de enfermedades se compone de 5 grupos que son antiinflamatorios, antibióticos, antistamínicos, antiparasitarios y antimicóticos los cuales fueron mencionados por la doctora del consultorio:

“ahora sí que los básicos, antibióticos penicilina que es lo único que tenemos ahorita, analgésico acetaminofén, naproxeno, diclofenaco, algunos medicamentos para la tos ambroxol, benzonatato qué más tenemos, antihistamínicos clorfenamina, salbutamol también tenemos, loperamida que me acaba de llegar anti parasitarios metrodinazol y nada más, ha y también antimicóticos miconazol en crema, ketoconazol clioquinol en crema, ketoconazol es vía oral” Médico 1

El análisis de la información muestra que el IMSS-Oportunidades cuenta con capacidad resolutive para atender enfermedades generadas por infecciones, para la atención de las alergias, para la atención de la inflamación (muscular), para enfermenles provocadas por parásitos y hongos; pero presenta importantes dificultades para la atención de enfermedades por contacto sexual, atención a complicaciones de mujeres embarazadas, enfermedades de grupos particulares como mujeres y niños.

Por último, podemos mencionar que la falta de estudios escolares y de conocimiento o información hacia las diferentes enfermedades puede jugar en contra de esta población ya que ponen en riesgo su vida; esto también es mencionado por la médica de la tarde en la entrevista que se realizó en el consultorio:

“De los pacientes que me han tocado en este mes, solo 5 me preguntaron por la prueba rápida, quiero suponer que esa 5 persona sabe que son las ITS, hay personas que de plano vienen cerradas, no saben que son las ITS, del 100% quiero pensar que el 80%, no sabe y 20% si, y son personas que viene de la sierra obvio de sus países de origen y hay gente que de plano no sabe nada”. Médico 2

El análisis muestra que este programa también presenta importantes limitaciones, ya que la falta continúa de medicamentos, falta de instrumentos especializados, espacio inadecuado, falta de información en temas de promoción y prevención de la salud, abonan a la mala calidad de los servicios que en esta unidad médica rural se ofrecen.

4.3.2 Servicios de atención médica: Alcances y retos

Los sistemas de salud emergen como respuesta social organizada (RSO) para atender las necesidades de salud de la población, y evolucionan para adaptarse a los cambios tanto demográficos como epidemiológicos, políticos, sociales y económicos. La calidad de la atención es un elemento de esa evolución y esta cambia dependiendo el contexto, la zona geográfica y el tipo de población. Para lograr una alta calidad debemos tener en cuenta el componente de infraestructura y recursos humanos, así como el proceso mismo de provisión de servicios de prevención, atención o rehabilitación de la salud.

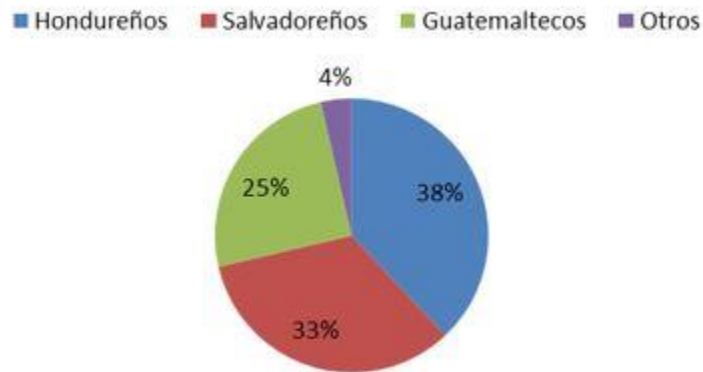
En términos institucionales, el primer nivel de atención se caracteriza en resolver necesidades de atención básica como son: la prevención de riesgos, prevención de enfermedades y procedimientos de recuperación y rehabilitación, además se caracteriza por contar establecimientos de baja complejidad como son consultorios, policlínicas, centros de salud, IMSS-oportunidades. Este nivel debería adecuarse para la mayoría de la población dando atención oportuna y eficaz (Soto G., Moreno L., Díaz D. UNAM, 2014).

Como se ha señalado, la clínica del IMSS-Oportunidades instalada en la Casa del Migrante de Arriaga, es una unidad de primer nivel cuya prioridad ha sido brindar servicios de atención médica para las enfermedades más comunes que padecen los migrantes en tránsito, principalmente, para EDAs, IRAs.

De acuerdo con los datos generados por el IMSS-Oportunidades, desde el 20 de junio de 2013 hasta el 30 de enero de 2014 se atendieron a 4,357 migrantes de los cuales 38% fueron hondureños, 33% salvadoreños, 25% guatemaltecos y solo 4%

de otros países (Nicaragua, Costa Rica, Cuba etc.). En promedio por día atienden entre 15 a 20 migrantes (ver gráfico 6).

Gráfico 6. Nacionalidad de migrantes atendidos por el IMSS-Oportunidades



Fuente: IMSS-Oportunidades, 2014, Información proporcionada por el consultorio.

En el trabajo de campo se registró que la consulta médica dura alrededor de 5 a 15 minutos dependiendo el problema; se le pesa y se le mide lo cual queda registrado en un formato, también se le piden datos personales, se les pregunta si tiene algún dolor en el cuerpo, o algún síntoma de alguna enfermedad y en promedio atienden por día una cantidad de 15 a 20 pacientes. El trato del personal de salud hacia el migrante es de total respeto y de atención por parte del médico hacia las preguntas que estos le hacen a partir de los malestares o las enfermedades que el migrante le haya mencionado al médico o que este haya detectado.

Otra de las situaciones que se pudieron observar, es que el personal de salud se tarda un poco más de tiempo (aproximadamente 10 min) con las mujeres ya que se les pregunta si vienen embarazadas, si están utilizando algún método anticonceptivo o si son regulares en su periodo y si no tiene algún malestar vaginal. Otro factor importante es la información que el personal de salud ofrece a los migrantes en temas de deshidratación y como contrarrestarlo. En este caso particular el personal médico les ofrece un sobre de vida suero oral para mitigar los síntomas de la deshidratación durante el viaje migratorio ya que ellas detectaron

que es un problema recurrente a la hora de atender al migrante. En la entrevista el personal médico menciona que:

“En este sentido la UMR atiende a población migrante a la cual se le valora, y aplica de tratamiento si así lo requiere; Además implementa acciones de prevención como son: pláticas sobre enfermedades de transmisión sexual, pláticas para desinfectar el agua, uso y aplicación de vida suero oral.” Médico 1

También importante conocer la perspectiva que tienen los migrantes respecto a la atención médica que se les brinda en este espacio. En este sentido durante el trabajo de campo en la Casa del Migrante a las personas migrantes se les preguntó ¿si consideraban que la unidad tenía todos los materiales necesarios para la atención? y ¿qué les pareció la atención que te brindaron en la clínica? Al respecto los migrantes nos mencionaron que la atención por parte del personal de salud fue buena ya que cubrieron sus necesidades.

En donde existe diferencia de opiniones es en el apartado de los materiales ya que en la mayoría de opiniones el consultorio contaba con todos los materiales necesarios como ellos lo mencionan en las entrevistas que se recopilaron para esta investigación, pero por otro lado algunos casos nos mencionaron que no se contaba con el material necesario, en particular con el medicamento para la atención de sus enfermedades. En ese sentido debemos comprender que los migrantes son una población que busca cubrir su necesidad en salud lo más pronto posible ya que para ellos no es opción esperar en la localidad ya sea esperando el medicamento o para terminar el tratamiento de alguna enfermedad que se les haya detectado. Por otra parte, la falta de atención en sus países de origen abona a que desde su perspectiva esta sea una buena opción de atención en salud, además que la intención de este programa IMSS-Oportunidades busca que la atención en salud sea gratuita y profesional para la población en general y en particular para la población migrante que no esté afiliada a esta institución federal. A continuación, presentamos las opiniones de los migrante que utilizaron la clínica:

“Fue una muy buena atención” Migrante 3

“En general una muy buena atención, excelente en todos los aspectos” Migrante 5

“Fue buena, sí” migrante 7

“Si ahorita fui a la clínica para que me dieran medicamento para el dolor en el estómago y la verdad ya tengo ahorita todo bien.” “muy buena la atención”. Migrante 8

“Para mi buena porque de gratis”. Migrante 10

“Fueron dos muchachas las que me atendieron y la calidad, pues bien, buena atención porque me pesaron y me atendieron rápido”. Migrante 20

“La señorita se portó bien, no voy a hablar de ella” “me dieron medicamento para el dolor de mi herida” “sinceramente, no creo que tengan todos los materiales para atender la herida que yo tengo y que está sangrando” migrante 15

“Yo creo que quizás no, porque no me dieron todos los medicamentos y la atención fue pues buena” migrante 18

“Fue buena la atención, pero faltaron medicamentos, me dijeron que no tenían”. Migrante 4

4.3.3 Referencia de casos al 2º y 3º nivel

La unidad de primer nivel tiene por objetivo ofrecer una atención integral de primer nivel en salud por lo que estas unidades se enfocan en temas de Promoción de la Salud y la prevención de enfermedades. Estas unidades deben estar ubicadas lo más cercano a la población objetivo para tener mayor impacto. Dentro de las funciones de estas unidades se **encuentran la canalización y referencia para atender enfermedades**. El seguimiento de pacientes cuando así lo requiriera, la realización de actividades de promoción y prevención de la salud y acciones de atención primaria de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación. Como hemos documentado la unidad de salud o en este caso el consultorio de salud es el primer contacto del paciente con la institución de salud.

En ese sentido esta unidad tiene como prioridad atender a la población en general que busca atención a problemas de salud. Los trabajadores de estas unidades valoraran en un primer instante la complejidad de la patología del paciente y los recursos de la unidad, después de la valoración se sigue con el registro mediante

los documentos necesarios (SISPA) (SUIVE) y registro del sistema de referencia de la institución , en un tercer momento si el caso lo amerita y no es urgente y no requiere hospitalización inmediata debe ser enviado mediante el procedimiento de referencia ambulatoria pero si fuera una emergencia se debe mandar de inmediato a hospitalizar en la institución. Por último, se comunicará al familiar del paciente el motivo de la referencia, se proporcionará el formato previamente llenado, se le indicará nombre y domicilio de la unidad y se le detallará el procedimiento a seguir (Secretaria de Salud Federal, 2003).

Dentro de nuestra investigación encontramos que los casos en su mayoría son enfermedades tratables y curables las cuales son atendidas por el consultorio del IMSS-Oportunidades, estas enfermedades puede ser de corte infeccioso o provocadas por las largas caminatas como dolores musculares, lesiones en los pies y deshidratación. Sin embargo, pueden llegar migrantes con enfermedades que el consultorio no puede atender ya sea por qué no cuenta con los materiales necesarios o la enfermedad necesita medicamentos y atención especializada; Como ejemplo podemos poner a migrantes que llegan por ITS donde el consultorio no puede dar la atención y es necesario referirlo al Hospital Juárez para hacerle un estudio el cual determine el tipo de enfermedad del cual está infectado; otro ejemplo es el de un niño migrante de aproximadamente 10 años el cual tenía caries por lo que necesitaba atención especial (odontólogo) por lo que se le refirió a estos dos migrantes al Hospital Juárez.

En problemáticas centradas en violencia y por accidentes se documentaron dos casos, el primero es el de un niño de alrededor de 14 años que fue golpeado en la mano con una varilla por parte de los asaltantes lo cual ocasionó lesiones; en la otra problemática el migrante tuvo una caída en un desniveles durante el viaje migratorio para llegar a Arriaga por lo que para estos dos casos se tuvo que referir a los migrantes al Hospital Juárez de Arriaga para realizarles estudios de rayos x para descartas fracturas, en los dos casos solo se detectó inflamación por el golpe y se les recetaron antiinflamatorios y antibióticos además de reposo para la pronta recuperación.

En el caso que se necesite trasladar se llama a una ambulancia la cual solicitan la misma clínica o Casa del Migrante; sin embargo, esta función también la puede hacer el coordinador o los grupos beta. Ahí mismo se da una hoja de pase para cualquier problema grave que no se pueda atender en el consultorio. En la entrevista que se realizó al personal médico del consultorio refiere que:

[...]Se le habla al grupo beta para el traslado al hospital regional de aquí de Arriaga, con una referencia médica, en esa referencia viene un resumen médico pequeño y el diagnóstico del paciente si se le aplica algún tratamiento también ahí va redactado [...] Médico 1.

4.3.4 Prevención

En este trabajo partimos del reconocimiento de que el sistema de salud de nuestro país estructuralmente otorga prioridad al componente de atención médica, en detrimento de las actividades de promoción de la salud y de prevención de riesgos y enfermedades específicas.

Cabe señalar que, dentro de los países de la OCDE con menor gasto en salud de su PIB, México se encuentra en el lugar número 7 aportando solo el 5.5% de 10 países que se encuentran en la lista. Ahora bien, esto se traduce en menor infraestructura en zonas rurales con tan solo el 5% de hospitales. Pero más importante las campañas de prevención para la salud muestran debilidades, en México solo se gastó el 0.6% para este rubro, en ese sentido podemos observar que el dinero total por institución de salud: \$390 pesos en el ISSSTE, \$113 pesos en la SSA y \$98 pesos en el IMSS (OCDE, 2019). Como podemos observar en este estudio de la OCDE el gasto para el rubro de prevención es mucho menor que en países desarrollados por lo que las campañas de salud no han funcionado adecuadamente ya que no llegan a la mayoría de la población objetivo, además que el gasto público está más enfocado al tratamiento de enfermedades por lo que esto abona a que no haya campañas de prevención que ayuden a cuidar la salud de la población.

La estructura del sistema se replica en el caso de las poblaciones migrantes, ya que la capacidad instalada de los servicios públicos de salud otorga mayor prioridad a la atención de urgencias y problemas de salud que viven los migrantes en tránsito; y en menor medida se impulsan acciones preventivas.

No obstante, en los últimos años se han conformado programas enfocados a la prevención de riesgos de salud de los migrantes. El programa IMSS-Oportunidades por medio de sus unidades médico rurales o Consultorios realizan algunas actividades puntuales para la prevención de enfermedades que tienen que ver con la migración. Este consultorio se han brindado pláticas o recomendaciones enfocadas a la prevención de ITS/VIH, infecciones respiratorias, cólera y preparación de suero.

Cuando se inició el trabajo de campo, se identificó que la prioridad de las actividades preventivas se centraba en el tema del VIH/ITS, mediante el desarrollo de pláticas que se impartían las enfermeras de la clínica del IMSS-Oportunidades. Estas actividades se realizaban de lunes a viernes y en horarios variables ya que se impartían en cuanto el migrante utilizaba el servicio. Si bien este tema ha sido prioritario para los servicios preventivos, se identificó que las pláticas se llevaban a cabo de forma esporádica y el personal no contaba con materiales para desarrollar sus actividades.

El IMSS-Oportunidades priorizó el desarrollo de estrategias focalizadas en la detección de VIH, ya que en el consultorio se hacían pruebas rápidas para el diagnóstico oportuno, además de regalarles condones (1 por persona) para la prevención y darles una pequeña plática sobre esta temática. En ese sentido, la médica del turno de la mañana nos menciona lo siguiente en este tema:

“Pues en general prevención y orientación sobre enfermedades de transmisión sexual, que pues es obviamente entregamos preservativos, damos pláticas acerca de ello, también para clorar el agua les damos botecitos para desinfectar el agua, porque la mayoría de ellos pues no anda cargando agua potable, uso y aplicación de vida suero oral y nada más esos tres”. Medico 1

Es relevante señalar que, en el momento del trabajo de campo, la Casa no aplicaba pruebas de detección del VIH porque desde hacía meses no se les proporcionaban los insumos de las pruebas rápidas. Sin embargo, los informantes señalaron el procedimiento que aplicaban regularmente para llevar a cabo la vinculación, particularmente, se indicó que en el caso de personas migrantes que obtienen un resultado reactivo de VIH se lleva a cabo un procedimiento de referencia hacia la red de servicios de la Secretaría de Salud, particularmente, aquellas instancias reguladas por la Jurisdicción Sanitaria VIII (Programa de Prevención y control del VIH/ITS) de Arriaga.

Asimismo, la Jurisdicción sanitaria VIII ha desarrollado un “Programa de atención a la salud del migrante” que busca fortalecer la respuesta social a través de programas específicos para la prevención de la salud de los migrantes. Tal como nos menciona la médica del turno de la tarde, dicho programa se centra en otorgar atención en salud a los migrantes de manera gratuita, pero en particular en temas de VIH/SIDA donde les dan el tratamiento adecuado para la enfermedad. En caso de detectar alguna enfermedad de Transmisión sexual se traslada al Hospital Juárez.

“Primero nosotros lo canalizamos con nuestro jefe directo, después nuestro jefe lo tiene que canalizar a la jurisdicción de Ssa, en este caso se tendría que ir atendido al Hospital Juárez” medico 2.

4.4 Propuesta de una intervención preventiva en la Casa del migrante

A lo largo de la Licenciatura en Promoción de la Salud, hemos podido conocer que este campo recupera diversas propuestas teóricas y modelos de intervención que generan procesos de cambio en las comunidades, uno de estos modelos es la investigación-acción. Esta metodología apunta a la producción de un conocimiento propositivo y transformador, mediante un proceso de debate, reflexión y construcción colectiva de saberes entre los diferentes actores de un territorio con el fin de lograr la transformación social.

Este enfoque y procedimiento sirve para compilar información de los sujetos de estudio con el fin de identificar sus necesidades en salud además poder construir junto con la población una alternativa a estas necesidades (Kirchner A. 2007). La investigación-acción se constituyó en un instrumento metodológico relevante para el desarrollo del trabajo, ya que con base en esta mirada se buscó interactuar con la población en un proceso secuencial de “conocer-actuar-transformar”; esto como forma de intervención al sensibilizar a la población migrante de sus propios problemas de salud y analizar su propia situación en el contexto migratorio para poder crear una serie de estrategias para el bien de esta población (Basagoiti M., Bru P. 2003).

Como se ha mencionado, el presente estudio se articula con un proyecto de investigación-acción más amplio desarrollado por la Unidad de Estudios sobre Migración y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. En este marco, se contó con el apoyo para realizar el trabajo de campo en la Casa del Migrante de Arriaga, así como la oportunidad para diseñar algunas estrategias de prevención que contribuyeran a responder a las necesidades en salud de las personas migrantes. Toda vez que el proyecto general se centraba en salud sexual y reproductiva, se propuso dar continuidad a esta temática; y en este marco se diseñaron materiales para la impartición regular de pláticas orientadas a la sensibilización y educación en salud, con énfasis en prevención del VIH y otras ITS.

En el periodo mayo-julio de 2014, se implementaron actividades (pláticas) educativas y de sensibilización que incluyeron actividades lúdicas y estrategias comunicativas orientadas a los siguientes tópicos: 1) Difusión de información básica sobre ITS/VIH/SIDA; 2) Uso correcto y consistente del condón; 3) Percepción de riesgo; 4) Violencia sexual; 5) Promoción del diagnóstico oportuno del VIH.

El abordaje integral de estas temáticas buscó contribuir al proceso de generación de cambios de comportamiento sexual sustentados en la reflexión (personal y colectiva) y la paulatina contingencia sociocultural. Además se incluyeron otros subtemas, tales como, las condiciones sociales que regulan la vida cotidiana de las poblaciones migrantes en la frontera sur y que pueden determinar una mayor exposición a las ITS/VIH/SIDA; el conjunto de normas, códigos, creencias,

costumbres y prácticas culturales que pueden facilitar u obstaculizar la adopción de estrategias para prevenir las ITS/VIH; y difundir información sobre las alternativas de atención en salud para casos de personas migrantes con resultados reactivos en la prueba de VIH.

La estrategia metodológica fue pensada para población migrante (hombres y mujeres) en tránsito que acude a la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia”; estos talleres se llevaron a cabo en sesiones de 15 a 20 minutos ya que la situación y temporalidad de los migrantes es variable en la Casa del Migrante. Para llevar a cabo las estrategias se diseñaron los siguientes materiales:

- Se diseñó un cartel sobre los derechos humanos de los migrantes, donde se enumeraban estos y se les explicaba que aun que fueran migrantes sin documentos ellos tenían derechos estando en México;
- El segundo cartel se expone el tema del embarazo y la aplicación de la prueba rápida, además se aplica en caso de ser positivo en la prueba se habla de los tratamientos que se puede aplicar, así como las formas de transmisión de la madre al feto;
- En el tercer cartel se hablan de las ITS más comunes, en este caso se exponía el nombre, la forma de transmisión y los síntomas en hombres y mujeres, por último, se hablaba del tratamiento de cada una de estas.
- En cartel de métodos anticonceptivos se exponía los diferentes métodos que se utilizan, la efectividad de cada uno de estos métodos, la forma de la utilización y por último las desventajas de cada uno de estos métodos para el usuario;
- Por último, se expone el tema de violencia sexual que pueden sufrir ambos géneros pero que está particularmente enfocado a las mujeres, en este cartel se habla de la profilaxis, el tipo de medicamento que se debe de utilizar, para que infección y la forma de aplicación además se explica que es la violencia sexual y cómo actuar ante un caso de violencia sexual. El diseño y la información vertida en estos talleres se perfiló a partir de información oficial de Secretaría de Salud y se utilizaron programas de diseño para poder realizar los carteles (Ver Figura 5).

Figura 5. Carteles de proyecto



Fuente. 2014, Proyecto de Unidad de Estudios sobre Migración y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública

En total, durante este proyecto se implementaron aproximadamente 20 talleres de lunes a viernes, no había horario predefinido ya que se buscaba juntar al mayor número de migrantes que llegaran en el día a la Casa del Migrante. En la implementación de este proyecto se pudo observar una buena respuesta de los migrantes ante los temas ya que en la mayoría de talleres había una buena interacción entre el tallerista y la población. En ese sentido pudimos identificar que el mayor tema de relevancia para los migrantes fue el de VIH/SIDA ya que el desconocimiento de esta enfermedad y los mitos que existen sobre ella abonaban a que los talleres fueran más fluidos e informativos.

Estos talleres fueron también una fuente de información importante ya que ayudó a identificar los conocimientos de los migrantes en los temas de VIH/ITS, además que en temas de prevención de estas enfermedades el método del condón es el que se

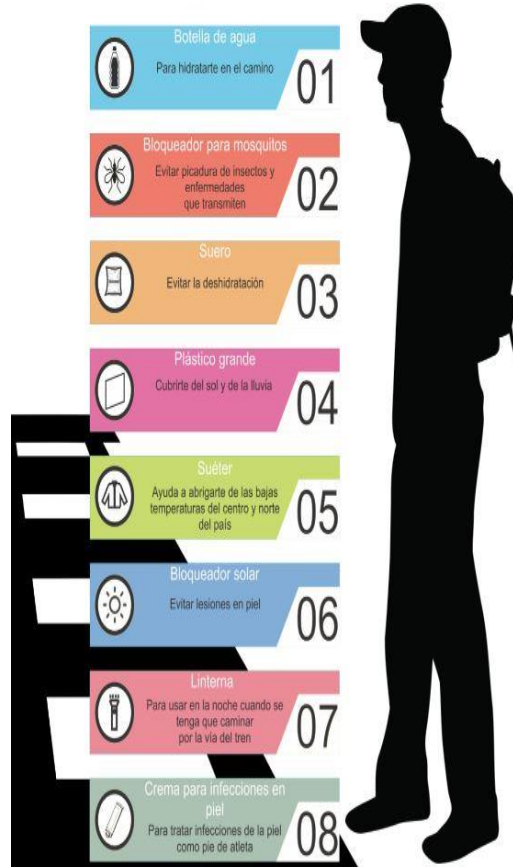
conoce en la mayor medida y para mujeres se agregaría el método de pastillas que en particular en este taller las mujeres nos comentaron que utilizaban este método para su viaje migratorio ya que temían ser violadas y quedar embarazadas.

El resultado final de estos talleres fue de aproximadamente 235 migrantes los cuales recibieron la información por parte del tallerista, estos registros se hicieron a partir de una lista la cual se le pedía a los migrantes que plasmaran su nombre, edad, nacionalidad y si venían con alguna enfermedad o padecimiento.

Si bien la prioridad de las actividades se centró en prevención del VIH/ITS, también se realizaron esfuerzos para abordar otras necesidades en salud prioritarias para los migrantes que van en tránsito por México, por lo que el trabajo de campo que se realizó en la Casa del migrante ayudó a la creación de carteles informativos sobre 4 temas prioritarios, el primero es sobre un kit de viaje que ayuda a disminuir los riesgos en el viaje ya que se les expone mediante símbolos, colores y una descripción los materiales o equipo con el que pueden viajar (Ver Figura 6).

En ese sentido la propuesta es que lleven una botella de agua para la hidratación, bloqueador para picadura de insectos ya que se evita alguna enfermedad transmitida por este vector, suero para evitar la deshidratación, un plástico para evitar los rayos del sol y la lluvia, suéter para evitar los cambios de temperatura que se producen al cambiar de región del país, bloqueador solar para evitar lesiones en la piel, linterna para viajar en la noche, crema para infecciones en la piel, en particular antimicóticos para los pies. Por último, en el marco de este proyecto al terminar cada uno de los talleres se les entregaban gorras y termos de plástico a la población que participo en estas actividades.

Figura 6. Cartel de kit de viaje



Fuente: 2014, Proyecto de Unidad de Estudios sobre Migración y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública

4.5 Conclusiones del capítulo

Los migrantes constituyen una población que se encuentra en condición de vulnerabilidad y riesgo, ya que la violencia, las condiciones de salud, los factores ambientales y la violación a sus derechos pone en evidencia la alta susceptibilidad en la cual están inmersos. En este capítulo se aportó información relevante para identificar algunas de sus necesidades más apremiantes, así como la participación que tienen organizaciones como la Casa del Migrante y las instituciones de salud en la atención de la población migrante.

La Casa del Migrante “Hogar de la Misericordia” nace como una organización de ayuda humanitaria la cual busca responder a la satisfacción de necesidades básicas

de los migrantes en su paso por México, principalmente, de refugio, alimento, vestido y asesoría legal y también funcionan como enlace para darles voz a las migrantes de la situación por la que pasan en el viaje migratorio. Como parte de las necesidades esenciales emerge necesariamente el tema de la atención en salud, para lo cual se han desarrollado esquemas de colaboración con integrantes del sistema institucional de salud.

Al observar las necesidades de los migrantes, diversas organizaciones trabajan en conjunto con la Casa del Migrante para fortalecer la ayuda y brindar apoyo a enfermedades, accidentes y otras necesidades en salud. El esquema de colaboración más relevante corresponde al vínculo Casa del Migrante- Clínica del IMSS-Oportunidades, el cual, a su vez es producto de una intervención previa realizada por la organización internacional Médicos sin Fronteras. Esta forma de colaboración permitió visibilizar la importancia que tiene la provisión de servicios de salud para una población que ha quedado fuera de los esquemas tradicionales de cobertura considera en el sector de la asistencia social en México. Por primera vez, el IMSS-Oportunidades consideraba dentro de su población clave a migrantes irregulares en tránsito por México, ya que esta tarea había sido asumida sobre todo por la red de servicios de la Secretaría de Salud. Este hecho se considera relevante porque permite sumar algunos esfuerzos para promover el derecho a la atención en salud las personas migrantes.

Como se abordó en este capítulo, el consultorio del IMSS-Oportunidades proporciona atención de primer nivel a los migrantes que pasan por la Casa del Migrante “Hogar de la Misericordia”, sin necesidad de estar afiliados a la institución además de no cobrar el costo de la consulta, lo cual es un gran avance en las políticas que benefician a la población migrante en territorio mexicano, pero debemos recordar que este programa se debe de ir fortaleciendo para brindar una mejor atención y acceso a la salud de los migrantes en su tránsito por México.

El IMSS-Oportunidades es un programa que tiene deficiencias financieras y materiales, pero cumple con los mínimos objetivos por los cuales fue creado además de ser el primer programa por parte de una institución de salud del estado

mexicano en otorgar acceso a la salud a esta población la cual no ha sido visibilizada en las últimas décadas como una población que está en constante riesgo y vulnerabilidad.

También debemos mencionar que el IMSS-Oportunidades colabora con otros actores como el Grupo Beta el cual ofrece sus servicios para el traslado de migrantes al Hospital de Arriaga. Asimismo, si la clínica del IMSS-Oportunidades no tiene medicamentos ellos los canalizan a las personas con la Cruz Roja. Además realizan referencias de casos de mayor complejidad para, el Hospital Juárez de Arriaga; esto ocurre principalmente para pacientes con más enfermedades crónico degenerativas, ITS/VIH o enfermedades e intervenciones quirúrgicas.

Si bien el esquema de colaboración que ha entablado la Casa del Migrante con el IMSS-Oportunidades y otros actores involucrados en el abordaje del tema migratorio, coadyuva a atender necesidades en salud apremiantes para los migrantes, se identificaron retos y limitaciones en términos de la capacidad instalada y en la orientación de los servicios.

Como hemos documentado en este capítulo la atención en salud del consultorio del IMSS-Oportunidades prioriza sus actividades en atender las enfermedades de los migrantes que llegan a pedir el servicio. Este esquema de atención a la salud es el que más se utiliza en los sistemas de salud mexicanos, ya que el personal de salud (médicos y enfermeras) que labora en estas instituciones están capacitadas solo para la atención de la enfermedad por lo que dejan de lado la prevención y sobre todo las prácticas en promoción de la salud.

En ese sentido pudimos documentar las pocas actividades que se realizan en temas de prevención, como ejemplo tenemos que solo se daban recomendaciones para la atención de problemáticas en salud, que aun que ayudan a informar a los migrantes no constituye una verdadera practica de prevención y promoción de la salud por lo que es necesario construir de forma urgente un programa de capacitación para personal de salud que ayude a diversificar y en particular poner en práctica verdaderas actividades en prevención y promoción de la salud.

Para cerrar este capítulo podemos mencionar que los talleres que se implementaron en la Casa del Migrante ayudaron a concientizar a los migrantes sobre los diferentes problemitas que pueden surgir en la ruta migratoria sobre todo en temas de ITS/VIH/SIDA que constituyen un riesgo y que complementaban las actividades que se realizaban en el consultorio del IMSS-Oportunidades.

CAPITULO V. CONCLUSIONES GENERALES

La migración centroamericana como hemos documentado en esta investigación es un fenómeno complejo que ha ido en aumento en las últimas décadas; como ejemplo de esto podemos mencionar las recientes caravanas de migrantes centroamericanos que han cruzado México desde mediados del 2019, lo cual constata la prioridad que tiene y seguirá teniendo el tema migratorio en nuestros países. Por lo que, el campo de la Promoción de la Salud requiere reiterar su compromiso para intervenir en esta población, además que busca coadyuvar en la generación de ambientes saludables que favorezcan y sobre todo prioricen las buenas prácticas en promoción de la salud de los migrantes y capacitar en temas de prevención y promoción de la salud a todos los actores que intervienen en la atención de su salud.

En este último apartado se realizan algunas reflexiones finales en torno a los principales resultados de la investigación, las cuales se organizan en los siguientes ejes: identificación de necesidades en salud de migrantes; la participación de la Casa del Migrante de Arriaga y del consultorio del IMSS-Oportunidades en el desarrollo de un esquema de colaboración para la atención primaria en salud del migrante; y la propuesta de una intervención preventiva en contextos de tránsito migratorio.

Necesidades en salud de migrantes

En esta investigación se destacaron las diferentes problemáticas y riesgos que enfrentan los migrantes en su paso por México, condiciones que a su vez influyen de manera importante en su situación en salud. Por ejemplo, la violencia policial, la extorsión por parte de grupos delictivos, las políticas de contención de migrantes, el grave problema de la trata de personas, los secuestros, asaltos y violaciones constituyen problemáticas graves y cotidianas que transgreden los derechos humanos y que afectan la integridad, la salud y la vida de los migrantes.

A este conjunto de problemáticas se suman las condiciones climáticas, en ese sentido los cambios de temperatura ocasionan enfermedades respiratorias las

cuales son recurrentes en los migrantes. En el tránsito también son recurrentes las lesiones o enfermedades causadas por fauna nociva o vectores, ya que como se observó, los migrantes viajan en la mayoría de casos a pie y tienen que pernoctar a la intemperie lo que provoca que toda clase de fauna pueda causar lesiones. Además, debemos mencionar que Arriaga es una zona que se ubica aproximadamente a una hora de la costa y las condiciones climáticas es propicia para la proliferación de mosquitos que causan enfermedades endémicas como el dengue.

El terreno también es un factor de riesgo para los migrantes ya que puede causar desgaste físico por las condiciones de los caminos y las altas temperaturas las cuales provocan deshidratación o sobre esfuerzo que a la larga provoca lesiones en pies.

La nula o poca información que tienen los migrantes en temas de salud sexual y reproductiva también es un factor que aumenta las problemáticas en salud de los migrantes, ya que como hemos documentado en esta tesis esta falta de información puede ocasionar que contraigan ITS o VIH/SIDA, a esto sumémosle la falta de materiales que ayuden a la detección de estas enfermedades hace que los migrantes sean vulnerables ante esta situación. En temas de violencia sexual debemos comentar que las mujeres son más propensas a sufrir este tipo de problemáticas sumado a que aún es limitada la implementación de los protocolos dirigidos a la detección y tratamiento (profilaxis) de enfermedades como ITS/VIH ligada a esta problemática.

El tren llamado la Bestia como lo hemos documentado en esta tesis es un importante medio de transporte para los migrantes por lo que los accidentes son una constante al viajar por el tren, por lo que las lesiones que pueden sufrir los migrantes puede acabar en amputaciones de extremidades, caídas fatales, raspaduras, golpes en el cuerpo, que los avienten extorsionadores por cobro de cuotas y otro factor determinante que se registro es el robo de vía del tren lo que provoca volcadura del mismo y esto como consecuencia lesiones a los migrantes que van sobre él. Arriaga como sabemos es el inicio de la ruta de “La Bestia” por lo

que el registro de alguna lesión que tenga que ver con este medio no se presenta muy a menudo.

Los datos que se obtuvieron a partir de esta investigación en la Casa del Migrante en temas de problemas de salud arrojaron que en el 50% de los migrantes entrevistados tenían algún dolor muscular y de cabeza, seguido de 39% que presentaba alguna infección y otro tipo de enfermedad representaba el 11%, estos datos son para hombres migrantes, para mujeres se encontró que el 41% presentaba alguna infección, el 27% dolores musculares y de cabeza y el 32% no presentaba ningún problema de salud. Estos resultados coinciden con las opiniones de los trabajadores de la salud que laboran en el consultorio del IMSS-Oportunidades además que el cuadro de medicamentos que ellos tienen se enfoca en el tratamiento de estas enfermedades. Atención de la salud y otras necesidades básicas: esquema de colaboración entre la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia” y Consultorio del IMSS-Oportunidades

Como se ha documentado, la Casa del Migrante y el consultorio del IMSS-Oportunidades trabajan en conjunto para el bienestar del migrante. Así mismo, aunque no existe un documento interinstitucional que formalice dicha colaboración, pero operativamente se ha implementado un esquema que busca facilitar el acceso a la atención primaria a la salud del migrante. Como sabemos la Casa del Migrante es una institución que fue creada por la diócesis de la iglesia de Arriaga por lo que está sujeta a las normas y características de institución religiosa. En este trabajo se mostró que la Casa ha entablado un proceso de colaboración relevante con las instituciones públicas de salud, además que prestaron el espacio donde se encuentra el consultorio de IMSS-Oportunidades ubicado en el mismo predio donde está la Casa.

El objetivo de esta colaboración es dar la efectiva atención en salud hacia la población migrante, ya que como sabemos la Casa del migrante presta ayuda humanitaria que se expresa en un lugar para el descanso, en brindar alimentación y atención a otras necesidades básicas, así como en ofertar servicios de apoyo ante denuncias, seguimiento y transporte para algún problemática de cualquier orden,

Por su parte, el consultorio del IMSS-Oportunidades y brinda atención primaria a la salud de migrantes en un contexto geográfico estratégico.

Ahora bien, la forma de trabajo y colaboración de estas instituciones se basa en un eje principal y dos secundarios en donde los migrantes que llegan a la Casa son registrados y se arman grupos de aproximadamente 10 migrantes para que vayan a la clínica. La visita a la clínica es obligatoria para todos los migrantes por lo que a ninguno se le deja de dar la atención.

Propuesta de una intervención preventiva en contextos de tránsito migratorio

La propuesta de intervención que se realizó en la Casa del migrante nos ayudó en un principio a conocer la situación por las que viajan los migrantes en su paso por México. En ese sentido las adversas y complicaciones que se encuentran durante el viaje los sitúan como una población de alta vulnerabilidad ya que tienen que enfrentarse ante diferentes retos como los son el viajar sin papeles migratorios, a largas jornadas caminado en condiciones precarias, violaciones sexuales, violencia por parte de grupos de extorsionadores, pandillas, asaltantes y personal del INM o policía federal y estatal. Múltiples actores violan sus derechos sistemáticamente y dejan a las personas migrantes expuestas a enfermedades que generan un deterioro mental y sobre todo físico que va cobrando factura a lo largo del viaje.

Ahora bien, la implementación de los talleres como estrategias de cuidado de la salud enfocados en temas de SSR que se realizó en la Casa del migrante abono al trabajo que venía realizando el consultorio del IMSS-Oportunidades, ya que estos talleres ayudaron a informar a los migrantes sobre temas de SSR que son prioritarios para esta población. También es importante mencionar que el acercamiento a esta población nos ayudó a documentar necesidades en salud de la población que sirvieron para crear estrategias de prevención y promoción de la salud enfocados en el cuidado de la salud en el viaje migratorio ya que como sabemos los migrantes es un grupo que tiene limitado su tiempo de estancia a los lugares que llega.

Esta propuesta de intervención tiene como limitantes el tiempo de implementación, ya que la información a veces es mucha y el tiempo es muy corto para poder abarcar los diferentes temas por lo que a veces es difícil explicarlos todos y sobre todo resolver sus dudas. Sin embargo, los alcances o beneficios de la intervención como ya lo hemos mencionado, es abonar al trabajo que viene realizando el consultorio con las recomendaciones que dan en las consultas y la entrega del condón. Otro beneficio es el que la información llega a un gran número de migrantes por ser un punto de reunión y por último la misma información que ayuda a romper tabúes y mitos sobre las ITS/VIH, así como el saber los métodos anticonceptivos y cómo actuar ante una violación sexual.

La prevención como estrategia la cual se centra en la atención de la enfermedad y el cuidado de la misma se queda corta ante las necesidades en salud de los migrantes ya que no ve aspectos sociales, ni económicos, culturales, ambientales que si ven otras prácticas como la Promoción de la Salud. Desde una perspectiva en Promoción de la salud el alcance que puede tener este tipo de estrategias para la población migrante es prometedora, ya que no solo se enfocarían al tema preventivo si no permitiría contribuir en el proceso de formulación de políticas públicas en salud y en el fortalecimiento de esquemas operativos integrales que protejan el derecho humano a la salud de todas las personas sin discriminación por nacionalidad, el estatus migratorio o condición socioeconómica.

Esta investigación buscó visibilizar las problemáticas que sufren los migrantes en su viaje por México, además de documentar el trabajo que realiza día con día la Casa del Migrante “Hermanos de la Misericordia” y el consultorio del IMSS-Oportunidades para atender necesidades de salud más apremiantes de los migrantes. Además, este trabajo permitió compartir el pequeño aporte que este estudiante realizó durante su estancia en Arriaga, Chiapas, buscando sumarse a los esfuerzos dirigidos a mejorar las condiciones de salud del migrante en su paso por México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), "Migrantes en situaciones de vulnerabilidad". Perspectiva del ACNUR, junio 2017, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/597c03374.html>
2. Bayliss Smith, Tim. 1991. "Food security and agricultura sustainability in the New Guinea Highlands: vulnerable people, vulnerable places", en IDS Bulletin, Sussex, Reino Unido.
3. Borisovna Biriukova, Ludmila. (2002). Vivir un espacio. Movilidad geográfica de la población. Puebla: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la BUAP, p. 33.
4. Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA, contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
5. Bronfman M, Leyva R. Migración y sida en México. En: Córdoba J., ed. Veinticinco años del sida en México. Logros, desaciertos y retos. México: Secretaría de Salud, 2008:241-258.
6. Bru, P.; Basagoiti, M. La Investigación-Acción Participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria. Comunidad. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, VI, 2003.
7. Buchanan-Smuh, M.; Maxwell, S. 1994. "Unking relief and development: an introduction and overview", en IDS Bulletin, Sussex, Reino Unido.
8. Busso, G. (2001). Vulnerabilidad social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
9. Cabieses, Báltica & Galvez, Piedad & Ajraz, Nassim. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las

decisiones en salud pública. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 35. 285.

10. Callejo Gallego, Javier. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2002, vol.76, n.5, pp.409-422. ISSN 2173-9110.
11. Canales, Alejandro y Christian Zolnisky. (2000). "Comunidades transnacionales y migración en la era de la globalización". Ponencia presentada en el Simposio sobre migración internacional en las Américas. San José, Costa Rica, 4 al 6 de septiembre 2000. CEPAL, En www.eclac.cl/celade/proyectos/migración/Canales.doc (01/diciembre/2004)
12. Cardaci D. Entre fuegos cruzados: el nivel de pregrado, las políticas hacia la educación superior y la formación en promoción de salud. Global Health Promotion. 2011;18(2):43-6.
13. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.
14. Casa del Migrante "Hermanos de la Misericordia". Proyecto de remodelación, ampliación y construcción del albergue "Hermanos de la Misericordia". 2014
15. Casa del Migrante. 2014 "Hermanos de la Misericordia". Recuperado de: <http://migrantes.webgarden.es/CITAR>, 2014.
16. CEPAL, N. U. Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2017: La dinámica del ciclo económico actual y los desafíos de política para dinamizar la inversión y el crecimiento. CEPAL, 2017.
17. Cerdà, JC March, et al. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gaceta Sanitaria, 1999, vol. 13, no 4, p. 312-319.
18. Cesar Infante, René Leyva-Flores, Juan Pablo Gutierrez, Frida Quintino-Perez, Cristian Armando Torres-Robles & Mariajosé Gomez-Zaldívar

- (2019): Rape, transactional sex and related factors among migrants in transit through Mexico to the USA, Culture, Health & Sexuality, DOI: 10.1080/13691058.2019.1662088
19. Chambers, Robert. 1989. "Vulnerability: How do poor cope? ", en IDS Bulletin, Sussex, Reino Unido.
 20. Chambers, Robert. 1995. "Poverty and Vulnerabilities: Whose reality counts? ", Discussion Paper N° 347, IDS, Sussex, Reino Unido.
 21. Clemente A. 15 de noviembre de 2016. Con 2.8 millones, Obama es el que más ha deportado indocumentados. El Financiero. Pp. 1
 22. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). 2019. Derechos de las personas migrantes. Recuperado de: <http://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derechos-de-las-personas-migrantes>
 23. Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana. Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018. 2009
 24. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Migrantes y Refugiados. 2015. p. 17. Recuperado de: https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=documento&id=318&id_opcion=43&op=487
 25. Cruz Roja Mexicana. Migrantes con amputaciones se rehabilitan en México para volver a caminar. 2012
 26. De la nación, Programa Estado. Segundo Informe sobre desarrollo humano en Centroamérica y Panamá. 2003. Recuperado de: <http://hdr.undp.org/en/content/segundo-informe-sobre-desarrollo-humano-en-centroamerica-y-panama>
 27. Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978.

28. Diderichsen, Evans and Whitehead. The social basis of disparities in health. In Evans et al. (eds). Challenging inequities in health: from ethics to action. Nueva York: Oxford UP, 2001.
29. El Colegio de la Frontera Norte. Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México (Emif Sur). 2013
30. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. El concepto de salud: Apepciones Actuales. Argentina. 2017. Recuperado de: <http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2017/11/FLACSO-Salud-P%C3%BAblica-Comunitaria-%C3%81rea-Metropolitana-de-Bs-As.pdf>
31. González, Rosario García. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. Revista cubana de salud pública, 2010, vol. 36, p. 19-29.
32. González-Block, M. A., Duarte Gómez, M. B., Salgado de Snyder, N., Robles-Silva, L., & Scott, J. (2007). Atención a la salud de grupos vulnerables. Hacia una síntesis de la literatura. Resumen Ejecutivo. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
33. Hancock, T. (1994). Health Promotion in Canada: Did We Win the Battle But Lost the War? En: PEDERSON, O'NEILL, ROOTMAN Editors. Health Promotion in Canada. W B. Saunders. Canadá, pp. 350-373
34. Hernández A., Carreño C., Oelher M. LA RUTA DEL ENCIERRO: Situación de las personas en detención en estaciones migratorias y estancias provisionales. Sin Fronteras IAP. 2013
35. Hernández R., Robles R. Migración en tránsito por México: rostro de una crisis humanitaria internacional. Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes, 2015.
36. Iain Chambers. (1994). Migración, cultura, identidad. Buenos Aires: Amorrortu editores, p. 19

37. Informe Lalonde, OMS, Canadá, 1977.
38. Instituto Nacional de Salud Pública. El ABC de los determinantes sociales de la salud. 2018. Recuperado de: http://tie.inspvirtual.mx/portales/sdhnet/recursos/SPA_infografico.pdf
39. Isaín Mandujano. (6 junio, 2014). "Párroco de Huixtla, denuncia obstáculos para construir un albergue para migrantes". Chiapas paralelo. Recuperado de: <http://www.chiapasparalelo.com/noticias/chiapas/2014/06/parroco-de-huixtla-denuncia-obstaculos-para-construir-un-albergue-para-migrantes/>.
40. Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 284-290.
41. Kirchner, Alicia. La investigación acción participativa. Foro Latinoamérica, 2007.
42. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la Republica. México. Última reforma publicada DOF 17 de diciembre de 2013.
43. Leyva R., Castillo J., Infante C., Quintino F. (2013). Movilidad poblacional y VIH: una experiencia de cooperación regional en Centroamérica y México. *Salud Pública de México*. 55. s4-s6.
44. Leyva René, Quintino Frida E. y Cerón Mónica, (2011). Diagnóstico de salud sexual y reproductiva en trabajadoras agrícolas migrantes en fincas de la región fronteriza de Soconusco. INSP, UNFPA, Agencia española de cooperación internacional, ISBN. 978-607-511-018-9
45. Leyva René, Quintino Frida E., (2011). Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. ISBN. 978-607-511-016-5

46. Leyva-Flores R, Infante C, Gutierrez JP, Quintino-Perez F, Gómez-Saldivar M, Torres-Robles C (2019), Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. PLoS ONE 14(8): Agos 2019, pag 1-16. e0220775. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220775>.
47. Leyva-Flores René, Infante-Xibillé César, Quintino-Pérez Frida, (2016). "Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud". Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, México. ISBN 978-607-511-155-1.
48. Leyva-Flores René, Quintino-Pérez Frida, (2016). "Capítulo V. Casa del migrante en Arriaga, Chiapas: la casa del migrante hogar de la misericordia". En Leyva-Flores René, Infante-Xibillé César, Quintino-Pérez Frida. Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, México. ISBN 978-607-511-155-1.
49. Leyva-Flores Rene, Quintino-Pérez Frida, Domínguez Javier, (2016). "Migración y redes sociales para la salud sexual y reproductiva: experiencias del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito por México". Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos México. ISBN. 978-607-511-156-8.
50. Longhurst, Richard. 1994. "Conceptual frameworks for linking relief and development", en IDS Bulletin, Sussex, Reino Unido.
51. Nutbeam D. Glosario de Promoción de la Salud. En: Promoción de la salud: una antología. Washington, D.C.: OPS. Publicación Científica No. 557; 1996. pp. 383-403. 1996.
52. Nutbeam, N. (1986). Glosario de la Promoción de la Salud. Traducción al español. En: OPS/OMS (1996). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1977). Salud para Todos en el año 2000. Declaración de Alma Ata.

53. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Delincuencia. 2012 Organizada Transnacional en Centroamérica y el Caribe: Una Evaluación de las Amenazas. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/TOC_Central_America_and_the_Caribbean_spanish.pdf
54. OMS, O. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 1986. Recuperado de:
55. Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. 2019 Presentación del Estudio Económico de México 2019. Recuperado de: <https://www.oecd.org/economy/2019-economic-survey-of-mexico-may-2019-sp.htm>.
56. Organización Internacional de las Migraciones (OIM). 2015. Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica. Recuperado de: <https://www.saludymigracion.org/es/informe-regional-sobre-determinantes-de-la-salud-de-las-personas-migrantes-retornadas-o-en-0>
57. Organización Internacional de las Migraciones (OIM). Grupos Beta: el brazo humanitario del Instituto Nacional de Migración. 2011
58. Organización Mundial de la Salud, et al. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998.
59. Organización mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. 2018. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/es/
60. Quintino, F. (2012). Migración y acceso a servicios de salud: un estudio de caso con migrantes que viven con VIH/SIDA en la frontera sur de México. Tesis Doctoral. UAM-Xochimilco.
61. Quintino, F., Leyva, R., Chong, F., López, R., Gómez, N., & Alcalá, P. (2011). Trabajadoras sexuales en la frontera México-Guatemala: Vulnerabilidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública/UNFPA, 107-126.

62. Quintino-Pérez Frida, Leyva-Flores René, (2016). "Capítulo IV. Casa del migrante en Tapachula, Chiapas: albergue belén". En Leyva-Flores René, Infante-Xibillé César, Quintino-Pérez Frida. Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, México. ISBN 978-607-511-155-1.
63. Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes. 2017. El Estado indolente: recuento de la violencia en las rutas migratorias y perfiles de movilidad en México. Recuperado de: <http://redodem.org/wp-content/uploads/2019/07/Informe-Redodem-2017.pdf>
64. Revuelta, Concha Colomer; DÍAZ, Carlos Alvarez-Dardet (ed.). Promoción de la salud y cambio social. Elsevier España, 2000.
65. Roccatti, Mireille. (1999). "Derechos humanos de las mujeres y los niños migrantes". En Memoria del Coloquio Nacional sobre Políticas Públicas de Atención al Migrante, Gobierno del Estado de Oaxaca, pp. 37-38
66. Ruiz García, Aída. (2002) Migración oaxaqueña, una aproximación a la realidad. Oaxaca: Coordinación Estatal de Atención al Migrante Oaxaqueño, p.13
67. Secretaria de salud Federal. Lineamientos para la referencia y contra referencia. 2003. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>
68. Sigerist, H. E. (1941). Health. En: Sigerist, H. E. "Medicine and Human Welfare". Yale University Press, reproducido En: Journal of Public Health Policy. Vol. 17, No. 2, 1996.

69. Soto G.; Moreno, L.; Diaz D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Revista de la Facultad de Medicina (México), 2016, vol. 59, no 6, p. 8-22.
70. Temores-Alcántara, Guadalupe, et al. Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. salud pública de méxico, 2015, vol. 57, no 3, p. 227-233.
71. Terris M. Conceptos sobre Promoción de la Salud: Dualidades en la teoría de la Salud Pública. Material bibliográfico de la Maestría en Promoción y Educación para la Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
72. Terris, M. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la salud pública. Promoción de la Salud: Una antología. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica, 1996, vol. 557, p. 37-38.
73. Unidad de política migratoria, registro e identidad de personas. (2019). Boletín mensual de estadísticas migratorias mujeres y hombres. México. Instituto Nacional de Migración.
74. Unidad de Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de las ENT Dirección Nacional de Enfermedades No Transmisibles. promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 2017. Recuperado de: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2018_presentaciones/presentacion28062018/PROMOCION-DE-LA-SALUD-Y-PREVENCIÓN-DE-LA-ENFERMEDAD.pdf
75. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Salud Positiva Y Negativa. 2007. Recuperado de: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-de-san-luis-potosi/medicina-familiar/apuntes/salud-positiva-y-negativa/3053829/view>

76. Wilkinson, R. G. and M. Marmot. 2006. Los hechos probados: los determinantes sociales de la salud. Ed española, traducción de la 2a de la OMS ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
77. Yáñez Corrales, Angela, et al. Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial. *MediSur*, 2018, vol. 16, no 6, p. 930-939.