



Migración y redes sociales para la salud sexual y reproductiva: experiencias del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito por México

René Leyva
César Infante
Frida Quintino
Javier Domínguez
Elsa Santos
Editores



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Instituto Nacional
de Salud Pública

**Migración y redes sociales para la salud sexual y reproductiva:
experiencias del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito por México**

Primera edición electrónica, septiembre de 2016

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 665, Col. Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-156-8

Hecho en México
Made in Mexico

Este libro se terminó en septiembre de 2016 y estuvo a cargo de la Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública.

Citación sugerida

Leyva R, Infante C, Quintino F, Domínguez J, Santos E (eds.). Migración y redes sociales para la salud sexual y reproductiva: experiencias del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito por México. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2016.

Agradecimientos

La realización de este trabajo no habría sido posible sin la colaboración de los servicios de salud de los gobiernos de los estados de Tabasco, Oaxaca y Chiapas, especialmente la Jurisdicción Sanitaria 02 del Istmo, Oaxaca; Jurisdicción Sanitaria 07 de Tapachula y Jurisdicción Sanitaria 08 de Tonalá, ambas en Chiapas, y Jurisdicción Sanitaria 17 de Tenosique, Tabasco.

Asimismo, agradecemos a la Casa del Migrante “Albergue Belén”, en Tapachula, Chiapas; al Albergue de Migrantes “Hermanos en el Camino”, en Ciudad Ixtepec, Chiapas, y al Hogar-Refugio para Migrantes “La 72”, en Tenosique, Tabasco por su compromiso con la promoción y defensa de los derechos de los migrantes y por el desarrollo de acciones en salud que se han constituido en referencia para la sociedad en México y América Latina.

Se reconoce la participación y compromiso de diferentes organizaciones de la sociedad civil, agencias de cooperación internacional, así como de instituciones del gobierno de México, especialmente a Una Mano Amiga en la Lucha contra el Sida, SIPAM, AIDS Health Care Foundation, Comité Internacional de la Cruz Roja, Médicos sin Fronteras, Instituto Nacional de Migración, Unidad de Política Migratoria de la Secretaría de Gobernación, Comisión Nacional de Derechos Humanos (Quinta Visitaduría) y de la Secretaría Académica del Instituto Nacional de Salud Pública de México (Programa de Educación Continua).

Los editores agradecen el apoyo financiero del Fondo de Población de Naciones Unidas, Fundación Ford y del Conacyt que, de manera conjunta, contribuyeron con el desarrollo de las diferentes actividades y el logro de los propósitos del proyecto.

Los que participamos en el desarrollo de este proyecto deseamos expresar un reconocimiento especial al Dr. Oscar Hugo Contreras Sánchez (fallecido el 6 de enero 2016), médico, sanitarista, trabajador de la Jurisdicción Sanitaria VIII de Tonalá, Chiapas, comprometido con el apoyo a grupos vulnerables, con especial cariño hacia los migrantes, quien participó con todo su entusiasmo y compromiso en el desarrollo de estrategias locales para la promoción y atención de la salud de los migrantes en tránsito por México.

Índice de autores

Leonor Calderón Artieda

Representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas en México
Presentación

Javier Domínguez

Fondo de Población de las Naciones Unidas
Capítulo I

Elsa Santos

Fondo de Población de las Naciones Unidas
Capítulo I

René Leyva Flores

Investigador del Instituto Nacional de Salud Pública
Capítulos I, II, III, VI y VII

César Infante

Investigador del Instituto Nacional de Salud Pública
Capítulos II, III, V, VII

Frida Quintino

Investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Capítulos II, III, IV, VII

René Santos

Investigador del Instituto Nacional de Salud Pública
Capítulos III, VI

Susana Román

Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública
Capítulos III, VI

Oscar Hugo Contreras

Epidemiólogo responsable jurisdiccional de micobacteriosis; Jurisdicción Sanitaria No. VIII de Tonalá, Chiapas; Instituto de Salud del Estado de Chiapas; Secretaría de Salud
Capítulo IV

Heriberto Villafuerte

Coordinador de Planeación en Salud; Jurisdicción Sanitaria No. VIII de Tonalá, Chiapas; Instituto de Salud del estado de Chiapas; Secretaría de Salud
Capítulo IV

Teszar Escobar

Gestor jurisdiccional de calidad; Jurisdicción Sanitaria No. VIII de Tonalá, Chiapas; Instituto de Salud del Estado de Chiapas; Secretaría de Salud
Capítulo IV

Guadalupe Sánchez

Coordinadora del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Equidad de Género; Jurisdicción Sanitaria No. VII de Tapachula, Chiapas; Instituto de Salud del Estado de Chiapas; Secretaría de Salud
Capítulo IV

Alberto López

Responsable del área de Promoción de la Salud; Jurisdicción Sanitaria No. VII de Tapachula, Chiapas; Instituto de Salud del Estado de Chiapas; Secretaría de Salud
Capítulo IV

Cecilia Carvajal

Dirección de Protección a Migrantes; Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional; Gobierno del Estado de Chiapas
Capítulo IV

Nelly Gómez

Coordinadora del Programa de Prevención y Control de ITS y VIH de la Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, Chiapas; Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chiapas
Capítulo IV

Abigail Genoveva Allec Campos

Responsable estatal del componente de población migrante del Programa de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Dirección de Prevención y Promoción de la Salud; Servicios de Salud de Oaxaca
Capítulo V

Ulises López Lucero

Jefe de la Jurisdicción Sanitaria 04 Costa; Servicios de Salud de Oaxaca
Capítulo V

Gisela Guadalupe Centeno López

Albergue de Migrantes en el Camino, AC; Ciudad Ixtepec, Oaxaca
Capítulo V

María Julia Martínez Zavala

Médico de atención a migrantes del Centro de Salud de Ciudad Ixtepec, Oaxaca; Jurisdicción Sanitaria II del Istmo; Servicios de Salud de Oaxaca
Capítulo V

Carmen Rosario Fernández

Jefe del departamento de salud reproductiva; Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco
Capítulo VI

Omar Rios

Jefe de la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique. Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco
Capítulo VI

Eileen Brigitte Bautista

Responsable estatal del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes; Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco
Capítulo VI

Teresa Hernández Lopez

Coordinadora Estatal del Programa Arranque Parejo en la Vida; Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco
Capítulo VI

Marisol Guzmán Moreno

Coordinadora de los Servicios de Salud de la Jurisdicción de Tenosique; Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco
Capítulo VI

Eneida Cacique Rasgado

Promoción a la Salud, Consulta Externa, Trabajo Social, Humanguillo; Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco
Capítulo VI

Contenido

Agradecimientos	3
Índice de autores	4
Presentación	8
I. El Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito	10
Migración y salud: de la seguridad nacional a la seguridad humana	10
Los migrantes centroamericanos en tránsito por México: voluntarios e irregulares	12
El Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito: la seguridad humana	13
II. La salud en la migración de tránsito: vulnerabilidad, exposición, manejo de riesgos y acceso a servicios de salud	16
Introducción	16
Vulnerabilidad social y salud sexual y reproductiva	17
La migración en la frontera sur de México, 2013-2014	18
Los riesgos en salud para migrantes en su tránsito por México	19
Acceso a servicios de salud por migrantes en tránsito	21
III. La salud en el Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito	26
Introducción	26
Sensibilización y capacitación: el Diplomado Multidisciplinario sobre Migración, Derechos Humanos y Salud	27
El diplomado	28
Perfil de los participantes en el diplomado	29
Breve descripción de contenidos de los módulos académicos	30
Estrategias de campo en seguimiento al diplomado	33
Sistema de Información sobre Migración, Salud y Derechos Humanos	33
Redes sociales para el acceso a servicios de salud para migrantes en tránsito	34
IV. Chiapas	38
Introducción	38
El contexto: la ruta migratoria en Chiapas	39
El componente de salud del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito: diseño de la estrategia en Chiapas, 2013-2015	42
Red sobre migración y salud en Tapachula-Tonalá-Arriaga, Chiapas	44
Reforzamiento de la funcionalidad de la Red	45
Alcances de la Red social en Tapachula (región Soconusco)	46
Colaboración interinstitucional e intersectorial para la atención de la violencia sexual	47
Promoción de la salud en el marco del Programa Vete Sano, Regresa Sano	49
Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional (SPDFSYPECI): acciones en salud	51
Alcances de la Red social en Tonalá-Arriaga	51
Jurisdicción Sanitaria VIII: acciones para el fortalecimiento de la Red local	52
IMSS-Prospera: acciones en la Unidad Médica de Arriaga	53
Conclusiones, retos y perspectivas	53

V. Oaxaca	57
Introducción	57
Contexto: Ciudad Ixtepec	58
Organización de los servicios de salud en Ciudad Ixtepec	59
El albergue Hermanos en el Camino	59
La atención en salud para migrantes en Ciudad Ixtepec	60
Fortalecimiento institucional: Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos	61
La definición de la Red de atención	62
Líneas estratégicas o líneas de acción	63
Alcances de la implementación de la Red funcional en Ixtepec:	63
formas y estrategias de colaboración	63
Capacitación	65
El trabajo estatal de gestión y coordinación interinstitucional	65
Discusión	66
Avances	66
Retos	67
Conclusiones	68
VI. Tabasco	70
Introducción	70
Contexto sociodemográfico y de recursos para atención de la salud	71
El Programa migración, salud y derechos humanos de Tabasco: estrategias y retos	73
La Red funcional intersectorial de salud en Tabasco	73
La Casa del Migrante de Tenosique, “La 72”	76
Gestión y coordinación interinstitucional estatal	77
La comunicación horizontal: el Whatsapp (migración, salud y DH)	78
Conclusiones, retos y perspectivas	78
VII. Conclusiones y recomendaciones	81
Experiencia regional de la respuesta para el desarrollo de redes en atención al migrante	82
Retos regionales	84
Perspectivas	84
Siglas y acrónimos	87

Presentación

Leonor Calderón Artieda

El presente trabajo es producto del desarrollo del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito (PCMT), impulsado por cinco agencias de las Naciones Unidas. El Fondo de Población de las Naciones Unidas fue el responsable de desarrollar el componente de salud de dicho programa en los estados de Chiapas, Oaxaca y Tabasco durante el periodo 2013-2014. El propósito de este trabajo es contar con una sistematización de procedimientos y resultados alcanzados a través de la implementación de diferentes estrategias, cuyo desarrollo se basó en una amplia participación de organizaciones de la sociedad civil, instituciones gubernamentales de salud, migración, derechos humanos y de agencias de cooperación internacional.

Los diferentes capítulos que sistematizan esta experiencia presentan un complejo entramado de relaciones e interacciones sociales que fue necesario diseñar y ajustar, y cuyo desarrollo requirió monitorización. Los alcances que se presentan no constituyen resultados directos y lineales atribuibles al PMCT sino al reconocimiento y vinculación de dicho programa con el quehacer social específico en el campo de la salud, que las diferentes organizaciones ya se encontraban trabajando antes de la implementación del PCMT. La contribución específica que se debe resaltar es la capacidad para escalar las capacidades institucionales y fortalecimiento de la respuesta social para responder a las diferentes necesidades de salud de los migrantes en tránsito, en un marco de promoción de los derechos humanos y la equidad de género.

El PCMT buscó mostrar un modelo de cooperación técnica para la equidad en salud con cuatro orientaciones principales: i) facilitar la participación e interacción de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil involucradas en atención a la salud y los Derechos Humanos de los migrantes; ii) generar información de calidad para la toma de decisiones; iii) transferir e intercambiar tecnología e información estratégica en un ámbito regional, y iv) contribuir a movilizar y gestionar recursos para el diseño e implementación de estrategias para la salud de los migrantes.

Dicho modelo de cooperación se había probado con éxito en experiencias previas en México y Centroamérica (Leyva *et al.*, 2005), en temas sobre salud y movilidad poblacional. Estas experiencias se retomaron como un punto de partida para redimensionar los propósitos del PMCT en tres contextos sociales diferenciados de la frontera sur de México.

Los diferentes apartados de este trabajo abarcan, desde elementos teórico-conceptuales necesarios para comprender la relación entre migración y salud, hasta análisis críticos sobre los conceptos de seguridad nacional y seguridad humana, que constituyen aspectos clave para definir políticas públicas orientadas a responder a las diferentes necesidades de grupos en alta vulnerabilidad social, como son los migrantes en tránsito por México.

Asimismo, se presentan dimensiones operativas del proyecto que muestran la complejidad de reconocer a los otros como actores relevantes en los procesos de respuesta política y social al tema migratorio y de salud. El reconocimiento de las diferencias y semejanzas en las formas de comprender, abordar y evaluar el significado de los procesos y resultados asociados a las estrategias implementadas constituyó

el elemento clave para identificar las denominadas redes funcionales sobre migración, salud y derechos humanos. Estas redes encuentran ejemplos específicos sobre su alcance y funcionalidad en diferentes espacios geopolíticos y sociales de los estados de Oaxaca, Chiapas y Tabasco.

La información estratégica para la toma de decisiones generada fue el punto de partida para el diseño de instrumentos específicos que se habían venido probando en las casas de migrantes, principales organizaciones de atención humanitaria para migrantes en tránsito por México. Esta información permitió diseñar en formato electrónico un sistema de información que puede ser replicado en diferentes instituciones con el fin de contar con información actualizada, de forma rápida y asegurando la confidencialidad, privacidad y voluntariedad de los participantes. El análisis e interpretación de los datos constituyó uno de los principales retos para las instituciones de salud y de la sociedad civil. Una de las conclusiones principales fue que “los números no hablan por sí mismos”; se requiere contar con elementos conceptuales que permitan su interpretación y uso apropiado para el diseño de estrategias o evaluación de procesos y resultados relacionados con las acciones de las diferentes instituciones. Estos procesos fueron facilitados, acompañados y desarrollados con la participación de los integrantes de las distintas instituciones, en un Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos, con el aval académico del Instituto Nacional de Salud Pública.

El PCMT en el campo de la salud representa una de las experiencias que han permitido poner a prueba diferentes ámbitos de la cooperación internacional. Un primer asunto es la participación inter-agencial. Si bien ésta se encuentra descrita como una de las estrategias para la cooperación internacional, hay escasas experiencias sistematizadas sobre este hecho, en particular si se trata de grupos de migrantes irregulares en condiciones de alta vulnerabilidad social.

En el desarrollo de esta experiencia, destaca también la participación conjunta de organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales, cuya convergencia para la acción representa, al menos para el caso mexicano, un evento cada vez más raro y con escasas posibilidades de éxito. Asimismo, es importante mostrar cómo el trabajo desarrollado en el campo de la salud permite estructurar procedimientos de colaboración basados en el respeto a las diferencias y en la búsqueda de convergencias en favor de la población. Finalmente, el soporte de una institución académica como el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a través de la Unidad de Estudios sobre Migración y Salud (UMyS), ha hecho posible generar la evidencia, formar los recursos humanos, diseñar y monitorear el desarrollo de diferentes procesos que hoy se presentan de manera sistematizada en este libro.



I. El Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito

Javier Domínguez, Elsa Santos, René Leyva

Migración y salud: de la seguridad nacional a la seguridad humana

La migración internacional se ha abordado como un fenómeno social con efectos globales en salud (Thomas *et al.*, 2009). Esta noción, predominante sobre todo en la salud internacional, salud inter-fronteriza, salud binacional y epidemiología, considera a la migración como un fenómeno que puede favorecer la diseminación de infecciones e incrementar riesgos en salud (Frenk *et al.*, 1991). Desde esta perspectiva se considera a los migrantes como una población de riesgo, que puede ser portadora de infecciones o enfermedades; además, se los relaciona con otros atributos que pueden tener efectos sociales y de salud negativos para la población local (Goldenberg *et al.*, 2011). En razón de ello, justifican el desarrollo e implementación de diferentes políticas de control poblacional que buscan la protección de la mayoría (los nacionales) contra los riesgos potenciales externos, que pueden transportar o representar los migrantes (extranjeros).

El estigma y la xenofobia pueden ser causa y efecto de estas interpretaciones que han permeado las actitudes y prácticas de amplios grupos sociales y tomadores de decisiones restringiendo el ejercicio de los derechos de los migrantes (Infante *et al.*, 2009). Esta perspectiva ha contribuido a justificar la implementación de políticas restrictivas de movilidad poblacional, sobre todo internacional (Bustamante,

J. 2011), cuyos efectos inmediatos en salud se relacionan con el incremento en la exposición a riesgos, mayor frecuencia de daños a la salud (Serván *et al.*, 2014), y reducción de la capacidad de respuesta individual y social para manejar estas consecuencias negativas (Infante *et al.*, 2009).

Frente a la perspectiva de considerar al proceso migratorio como un asunto de seguridad nacional, desde 1999, la Organización de las Naciones Unidas ha propuesto el concepto de seguridad humana como un espacio de la política internacional que busca la “protección del núcleo vital de todas las vidas humanas de forma que se mejoren las libertades y la realización de la persona” (ONU, 2005), en cualquier situación que coloque a la población en condiciones de vulnerabilidad o desventaja social (por ejemplo, la migración irregular) para el ejercicio de sus derechos humanos. De acuerdo con la Resolución 60/1 de la Asamblea General 2005, la seguridad humana “enfatisa el derecho de las personas a vivir en libertad y con dignidad, libres de la pobreza y la desesperación [...] a disponer de iguales oportunidades para disfrutar de todos sus derechos y a desarrollar plenamente su potencial humano” (ONU, 2005).

La seguridad humana promueve la adopción de medidas centradas en las personas, exhaustivas, apropiadas a cada contexto y orientadas a la prevención, que intentan reducir la posibilidad de que se produzcan conflictos, ayudan a superar los obstáculos que entorpecen el desarrollo y promueven los derechos humanos de todos (Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana, 2012).

De acuerdo con el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana, las medidas centradas en las personas se enfocan en una amplia gama de condiciones en las cuales la supervivencia, los medios de subsistencia y la dignidad de las personas, en particular de las más vulnerables, se ven gravemente amenazadas. De acuerdo con esta perspectiva, un factor indispensable para la seguridad humana es la promoción de sistemas políticos, sociales, económicos, ambientales, militares y culturales que, juntos, proporcionen a las personas los elementos básicos para alcanzar la paz, el desarrollo y el progreso humanos.

Comprender el modo en el que una amenaza determinada puede incidir negativamente en las libertades que son universales e interdependientes (el derecho a una vida libre del temor y de la miseria o el derecho a una vida digna) hace que la seguridad humana exija respuestas de carácter exhaustivo, multisectorial y que entrañen colaboración. Así se asegura la coherencia, se elimina la duplicación y se promueven soluciones integrales que producen mejoras más eficaces y tangibles en la vida cotidiana de las personas. Reconociendo que las causas y las manifestaciones de las amenazas varían notablemente entre países y dentro de ellos y según los momentos, la seguridad humana promueve soluciones impulsadas por las realidades locales y basadas en las necesidades, la vulnerabilidad y las capacidades reales de los gobiernos y las personas.

Estas medidas están orientadas a la prevención de las causas básicas de una determinada amenaza e identifican los cambios estructurales (externos o internos) y los de comportamiento que se necesitan para ayudar a mitigar los efectos y, de ser posible, evitar la repetición de amenazas en el futuro. Se requiere desarrollar procesos de protección (ordenación jerárquica de arriba a abajo) y de empoderamiento (ordenación jerárquica de abajo a arriba) para garantizar el desarrollo de respuestas apropiadas ante una amenaza particular. Al combinar, de arriba a abajo, normas, procesos e instituciones como el establecimiento de mecanismos de alerta temprana, la buena gobernanza e instrumentos de protección social con un enfoque de abajo a arriba, en el que los procesos participativos apoyan la importante función que desempeñan las personas como agentes en la definición y el ejercicio de sus libertades y responsabilidades fundamentales, la seguridad humana mejora la capacidad local, fortalece las redes sociales y asegura la coherencia en la asignación de los recursos y en las políticas. La seguridad humana promueve soluciones impulsadas por las realidades locales y basadas en las necesidades, la vulnerabilidad y las capacidades reales de los gobiernos y las personas.

El impulso de la noción de seguridad humana desde las Naciones Unidas, como una herramienta de política internacional, inició en 1999 con la participación del Gobierno del Japón y la Secretaría de las Naciones Unidas, que establecieron el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana bajo la dirección de la Oficina del Contralor de las Naciones Unidas, con una contribución inicial de aproximadamente cinco millones de dólares. Simultáneamente, se estableció la Red de Seguridad Humana, integrada por un grupo de ministros de relaciones exteriores de 13 países, con el propósito de promover el concepto de seguridad humana como característica de todas las políticas nacionales e internacionales. Los miembros de la Red de Seguridad Humana son Austria, Canadá, Chile, Costa Rica, Eslovenia, Grecia, Irlanda, Jordania, Malí, Noruega, Suiza y Tailandia, y Sudáfrica como observador. A partir de entonces se ha iniciado un largo proceso de análisis para consolidar la seguridad humana como el eje de política internacional para la acción ante situaciones que colocan a la población en condiciones de grave vulnerabilidad social.

La migración, como un asunto internacional que se relaciona con salud, requiere de nociones que permitan transitar, de políticas basadas en sistemas de protección y seguridad nacional ante extranjeros que representan por sí mismos una amenaza social, hacia políticas de promoción y respeto de los derechos humanos como eje para asegurar el tránsito y la interacción pacífica de personas en los diferentes espacios geopolíticos.

Los migrantes centroamericanos en tránsito por México: voluntarios e irregulares

La literatura internacional sobre migración ha acuñado un concepto que con el tiempo ha debido ser reformulado ante las demandas de la dinámica de los desplazamientos de la población por todo el territorio (Castillo, M.A., 2004). Castillo señala que, históricamente, las poblaciones humanas se han desplazado a lo ancho y largo de los territorios que han ocupado, con el propósito de satisfacer sus necesidades –sin descartar la importancia que esta práctica posee también para otras especies–. De esta forma, el concepto de migración se ha asumido primordialmente como un movimiento de personas que cambian de residencia (Castillo, M.A., 2004:36). En algunas migraciones se ha hecho necesaria la precisión entre movimientos de carácter temporal y permanente –o con tendencias de permanencia o indefinición en el tiempo–, así como el reconocimiento de la voluntariedad para tomar la decisión de iniciar el viaje (Zimmerman *et al.*, 2011).

La emigración internacional de centroamericanos, mayoritariamente hacia Estados Unidos, representa un fenómeno poco conocido en todas sus facetas, principalmente por tratarse de un hecho relativamente reciente y de dinámica acelerada. Sus características se desconocen, con excepción de rasgos generales, lo que ha favorecido la proliferación de mitos y creencias, la mayoría de los cuales carece de sustento empírico. La gravedad de esta situación radica en que la amplia divulgación de tales mitos y creencias, especialmente a través de los medios de comunicación, ha permeado diversos sectores sociales y ha servido de base para justificar actitudes y posiciones de rechazo frente al fenómeno, e incluso ha incidido en la formulación de políticas francamente represivas, atentatorias de los derechos fundamentales del ser humanos y transgresoras de los principios constitucionales o de acuerdos reconocidos en convenciones internacionales. Esto se ha hecho evidente incluso en el lenguaje y la terminología empleados para referirse a los migrantes, mediante los cuales se los asocia a un complejo que incluye el narcotráfico, la prostitución, el tráfico de drogas, armas, mercancías y personas, entre otros procesos moral y penalmente sancionados (Bronfman *et al.*, 2004:13).

Un rasgo común a la mayoría de los países de los cuales parten voluntariamente los migrantes irregulares, es su escaso interés y acción sobre las causas del desplazamiento de sus poblaciones. Por el

contrario, la migración funciona como una válvula de escape ante la incapacidad para establecer mecanismos de arraigo mediante la generación de empleo, satisfactores sociales (salud y educación, principalmente) y en general respuestas ante las demandas de los diversos estratos sociales. De esta manera, el alejamiento de sus poblaciones contribuye a disminuir las presiones sociales en un primer momento y, más adelante, incluso a inyectar recursos por medio de los flujos de remesas (Bronfman *et al.*, 2004:14).

En este marco, los abusos y atropellos a los que los migrantes se ven expuestos por parte de funcionarios y delincuentes, desde el inicio mismo del trayecto hasta el lugar de destino, son cada vez más frecuentes y condenables por su gravedad. Ante esto, durante los últimos treinta años, se ha consolidado un movimiento social, apoyado por algunos sectores gubernamentales y agencias de cooperación internacional para la promoción y defensa de los derechos humanos de los migrantes irregulares en tránsito por México.

Las estadísticas sobre la magnitud de la migración irregular en tránsito por México son imprecisas, sobre todo por la dificultad que implica la cuantificación de migrantes irregulares o indocumentados. Se han establecido diferentes estimaciones para diferentes periodos de tiempo. Uno de los procedimientos para realizar las estimaciones se basa en considerar: a) los retenidos por las autoridades migratorias mexicanas a lo largo del país; b) los que lograron atravesar el territorio mexicano, pero fueron retenidos por las autoridades migratorias estadounidenses en su zona fronteriza con México, y c) los migrantes que no fueron retenidos por ninguna de las dos autoridades migratorias y lograron internarse en Estados Unidos (ITAM, 2014). De acuerdo con ello, se han publicado estimaciones para el periodo 1995-2012, que muestran una curva de incremento desde finales de los noventa hasta principios de la década de 2000, para después declinar. Las cifras van desde los casi 200 000 en 1995, para alcanzar su cifra máxima de casi 400 000 y registrar cifras en 2012 semejantes a la de mediados de los noventa. Asimismo, se han dibujado numerosos mapas con las diferentes rutas del tránsito, sin que ello conlleve aportaciones de política pública que mejoren la seguridad humana. El tren de carga, se había constituido, hasta mediados de 2014, en el mito (la bestia) más importante para describir las rutas del tránsito por México. No obstante, a partir de la segunda mitad de ese año, se intensificaron las medidas de control para el uso del tren de carga como medio de transporte humano. Con ello, se ha propuesto una hipótesis principal relacionada con los efectos en la dinámica migratoria: la dispersión de la movilidad irregular hacia rutas menos seguras y mayor exposición a riesgos de mayor gravedad que pueden poner en peligro su vida.

En este contexto, se organizó el Programa Conjunto Migrantes en Tránsito (PCMT) por México, apoyado por el Fondo de Seguridad Humana de las Naciones Unidas e impulsado por la colaboración de cinco de sus agencias, y desarrollado en tres estados del país: Chiapas, Tabasco y Oaxaca, para el periodo 2013-2014.

El Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito: la seguridad humana

El PCMT tiene como objetivo apoyar los esfuerzos que realiza el gobierno de México para mejorar la protección y el empoderamiento de las poblaciones migrantes vulnerables en tránsito por el país que se dirigen hacia el norte, principalmente hacia Estados Unidos. Cinco agencias del Sistema de Naciones Unidas (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]) han gestionado un financiamiento ante el Fondo de Seguridad Humana de Naciones Unidas para llevar a cabo, con el beneplácito de las secretarías de Gobernación y de Relaciones Exteriores del gobierno de México, el PCMT. Este programa se implementó en los estados de Chiapas, Oaxaca y Tabasco, con el aval de los gobiernos estatales correspondientes, durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2014.

Este programa representa un esfuerzo interagencial del Sistema de Naciones Unidas en México dirigido al fortalecimiento de las instituciones del Estado y de las organizaciones de la sociedad civil encargadas de brindar atención y asistencia a las personas migrantes. Esta iniciativa se suma a las políticas públicas y liderazgos actuales que existen en la materia en México, y pone a disposición un conjunto de buenas prácticas y experiencias internacionales (OIM, 2014).

Está dirigido a los migrantes en tránsito por México, con el objetivo de fomentar el respeto de sus derechos humanos y su integridad. Pone especial atención en aquéllos que son más vulnerables: niños, niñas, adolescentes, mujeres, víctimas de trata, de tráfico ilícito y de secuestro, solicitantes de asilo y personas refugiadas. A su vez, el programa se dirige a albergues, comunidades de tránsito, funcionarios gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil cuyas actividades se vinculan para dar respuesta a esta particular dinámica migratoria (OIM, 2014).

El programa tiene tres objetivos principales:

- Fortalecer las instituciones estatales y organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la atención y asistencia a las personas migrantes, especialmente las más vulnerables.
- Mejorar la infraestructura y dotar de insumos para los albergues y casas del migrante localizados en las comunidades de tránsito.
- Buscar mayor cohesión social en las comunidades de tránsito, lo que se traduzca en una mejor relación entre estas últimas, los albergues y las personas migrantes.

Su desarrollo se basó en el enfoque de la seguridad humana, cuyo fin es la “protección del núcleo vital de todas las vidas humanas de forma que se mejoren las libertades y la realización de la persona” (OIM, 2014). El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) coordina el componente de salud y se focaliza en la promoción y atención de la salud sexual y reproductiva, con base en principios de equidad de género y respeto a los derechos humanos. En el componente de salud, el PCMT a través del UNFPA, tiene como socios principales a las secretarías de salud y las jurisdicciones sanitarias fronterizas de los estados de Chiapas, Oaxaca y Tabasco, organizaciones de la sociedad civil, agencias de cooperación internacional y al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a través de la Unidad de Estudios en Migración y Salud (UMyS).

Referencias

- Berumen, *et al.* 2012, con base en SEGOB, Boletín de Estadísticas Migratorias de México; DHS, Yearbook of Immigration Statistics; U.S. Customs and Border Protection (CBP), Border Patrol Statistics; U.S. Census Bureau, American Community Survey (ACS) y Current Population Survey (CPS):14.
- Bronfman Mario, Leyva René, Negroni Mirka (2004). Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- Bustamante, J. (2011). Report of the Special Rapporteur on the human rights of migrants. Geneva: United Nations. Available at: <http://www.ohchr.org/en/Issues/Migration/SRMigrants/Pages/AnnualReports.aspx>
- Castillo, M.A. (2004). Migración y movilidad territorial de la población. En: Mario Bronfman, René Leyva, Mirka Negroni (Editores) Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México: 35-48.
- Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana, Dependencia de Seguridad Humana, Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (2012). La seguridad humana en las Naciones Unidas. Nueva York. Consultado 27 mayo 2015. https://docs.unocha.org/sites/dms/HSU/Outreach/12-1684_Spanish%20HUMAN%20SECURITY%20Brochure_web_December%2010.pdf
- Frenk, J., Chacon, F. (1991) Bases conceptuales de la nueva salud internacional. *Salud Pública de México*, 33,307-313.
- Goldenber, S., Strathdee, S., Perez-Rosales, M., & Sued O (2011). Mobility and HIV in Central America and Mexico: A critical review. *J Immigrant Minority Health*, 14(1), 48-64.
- Infante C, Aggleton P, and Pridmore P. (2009). Forms and Determinants of Migration and HIV/AIDS-Related Stigma on the Mexican-Guatemalan Border. *Qualitative Health Research*, 19(12), 1656-1668.
- ITAM (2014). Migración centroamericana en tránsito por México hacia Estados Unidos: Diagnóstico y recomendaciones Hacia una visión integral, regional y de responsabilidad compartida. Cita a: Estimaciones de Rodríguez, *et al.* 2011 y 2013.
- Martin F., Duval J. (2015). Una “Europa fortaleza” no solo para extracomunitarios. Consultado 15 de abril 2015 en <http://www.elsalmoncontracorriente.es/?Una-Europa-Fortaleza-no-solo-para>
- OIM (2014). Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito. Consultado 27 de mayo 2015. Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito. <http://oim.org.mx/portfolio-item/migrantes-en-transito>
- ONU (2005). Resolución 60/1 de la Asamblea General. Párrafo 143 del Documento Final de la Cumbre. Nueva York.
- Servan-Mori, E., Leyva-Flores, R., Infante, C., Torres- Pereda, P., & Garcia-Cerde, R. (2014). Migrants Suffering Violence While in Transit Through Mexico: Factors Associated with the Decision to Continue or Turn Back. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16,53-59.
- Thomas, F., Haour-Knipe, M., & Aggleton, P. (2009) Mobility, sexuality and AIDS. London: Routledge.
- Zimmerman C, Kiss L, Hossain M (2011) Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med* 8(5): e1001034. doi:10.1371/journal.pmed.1001034



II. La salud en la migración de tránsito: vulnerabilidad, exposición, manejo de riesgos y acceso a servicios de salud

René Leyva, Frida Quintino, César Infante

Introducción

El fenómeno migratorio se ha descrito de forma tradicional como un proceso circular que va desde la salida de los migrantes de sus lugares de origen hasta su retorno a los mismos; sin embargo, este proceso cada día presenta mayor complejidad (Zimmerman et al., 2011). De acuerdo con Castillo (2005), la circularidad migratoria original parece aún persistir para algunas especies animales (Mommssen TP, 2004), no así para los humanos, quienes han transformado el proceso clásico migratorio. Esta metáfora se ha aplicado para los migrantes en tránsito en diferentes contextos migratorios (Martín *et al.*, 2015), y pareciera natural la existencia de un proceso de desgaste social y hasta biológico como un asunto inherente a la migración, el cual puede acentuarse en aquellos grupos sociales que migran de forma irregular o indocumentada (Gushulak *et al.*, 2004). Para estos grupos, el enfrentamiento de las condiciones de adversidad social y legal y el manejo de sus consecuencias son una expresión de sus capacidades individuales y sociales, que se ha descrito como un fenómeno de resiliencia de los migrantes (Barral-Arellano, 2009). Otras investigaciones lo analizan desde el marco de vulnerabilidad social en condiciones migratorias irregulares (Delor *et al.*, 2000; Leyva *et al.*, 2009).

Este capítulo se enfoca en los elementos conceptuales para el análisis y comprensión de la relación migración y salud, con especial interés en los fenómenos de riesgos a la salud sexual y reproductiva (SSyR) y la infección por VIH. Se presenta evidencia sobre las características específicas de riesgo, salud y acceso a servicios de salud de migrantes en tránsito por México. Finalmente, se analiza el nuevo marco jurídico-legal que regula la protección social en salud, de acuerdo con el cual los migrantes tienen derecho al aseguramiento a través del programa del Seguro Popular.

Vulnerabilidad social y salud sexual y reproductiva

Existe consenso en que la SSyR emerge como un campo de estudio y de acción basado en un paradigma integral que recupera aspectos previamente abordados de manera independiente, como la planificación familiar, la salud materno-infantil, la infertilidad y las ITS/VIH, al mismo tiempo que propicia el establecimiento de vínculos explícitos entre género, sexualidad, reproducción, salud y derechos humanos (Langer 2003; Bronfman *et al.*, 2004). Dicho paradigma ha planteado la necesidad de comprender los procesos económicos, sociales, institucionales y culturales que influyen en las motivaciones, decisiones y comportamientos sexuales y reproductivos de las personas. Busca, además, analizar los significados de la sexualidad en contextos sociales y de salud y tomar en cuenta las fuerzas sociales que moldean los derechos y la condición de la mujer en la sociedad, la comunidad y la familia, sin descuidar los derechos de los hombres (Salles *et al.*, 2001).

El campo de la salud reproductiva experimentó un proceso de legitimación que se manifestó en los programas de acción de la CIDP convocada por la ONU en El Cairo (1994), así como de la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995). Los programas de acción permitieron integrar un enfoque que sentó la base para que los derechos sexuales y reproductivos (DSR) adquirieran el estatus de derechos humanos fundamentales. En este marco, la plataforma de acción que surge del CIPD abordó, por primera vez, de manera sustantiva el tema de las poblaciones migrantes, refugiadas, desplazadas y traficadas, desde un enfoque de derechos que abarca el respeto a la libertad en la toma de decisiones y la responsabilidad sobre el comportamiento sexual; la regulación de la fecundidad; la interrupción, cuidado y atención del embarazo, parto y puerperio; el bienestar materno e infantil; la prevención de las ITS/VIH, y una vida libre de violencia.

En el programa de acción de la CIPD sobresale la necesidad de crear y reforzar las medidas de promoción, prevención y atención de la salud para estos sectores de población, hasta entonces descuidados. Esto quiere decir que los derechos de las personas migrantes abarcan la disponibilidad y el acceso a servicios integrales de SSyR de buena calidad. De igual manera, los derechos contemplan brindar opciones y garantizar el acceso a servicios profesionales en situaciones de violencia.

Los inmigrantes y las personas desplazadas en muchas partes del mundo tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y pueden estar expuestos a graves riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Los servicios deben ser especialmente sensibles a las necesidades de cada mujer y cada adolescente y tener en cuenta su situación, muchas veces de impotencia, prestando particular atención a las que son víctimas de violencia sexual (ONU, 1999).

Siguiendo las recomendaciones emanadas del CIPD, se ha desarrollado un conjunto de acciones para promover los derechos de las poblaciones refugiadas, víctimas de desastres naturales, desplazadas y, más recientemente, de migrantes. No obstante, a más de una década de El Cairo, se continúa mostrando la persistencia de importantes dificultades para el ejercicio de los DSR que enfrentan estas poblaciones, así como de los obstáculos y limitaciones para garantizar la disponibilidad y acceso a servicios de SSyR en los contextos de origen, tránsito y destino migratorio.

Para avanzar en la comprensión de los obstáculos entendidos como factores estructurales de la migración y salud, se retoma el concepto de vulnerabilidad social, el cual ha sido utilizado como un indicador de la desigualdad que enfrentan, no sólo las poblaciones migrantes, sino también otros grupos móviles,¹ que confluyen en las fronteras.

La noción de vulnerabilidad social ha sido definida como un proceso multidimensional que confluye en los riesgos diferenciales que enfrentan los individuos, grupos o comunidades ante una diversidad de situaciones que afectan su bienestar y capacidad para el ejercicio de sus derechos (Delor *et al.*, 2000; Leyva *et al.*, 2009).

Desde este enfoque, la migración no es, en sí misma, la que define los riesgos de salud; son las condiciones y las interacciones que ocurren en el proceso migratorio las que sitúan a las poblaciones móviles y migrantes en una condición de vulnerabilidad. El enfoque de la vulnerabilidad ha privilegiado el análisis de los conflictos y las relaciones de poder que se establecen entre los distintos actores de un contexto, así como la identificación de la forma en que la inequidad social determina mayor vulnerabilidad de ciertos grupos en desventaja social hacia diversos problemas relacionados con la SSyR, en particular la infección por el VIH y otras ITS (Cáceres, F. 1999).

En el caso de las poblaciones móviles y migrantes, el concepto de vulnerabilidad social se ha empleado para comprender la relativa desprotección en la que se pueden encontrar estos grupos frente a potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto en sus derechos humanos, en razón de menores recursos económicos, sociales y legales. En este sentido, Bronfman y colaboradores (2004; 2008) y Leyva y colaboradores (2005) consideran que la vulnerabilidad equivale a aquella fracción de factores de riesgo que son casi inmodificables por parte del individuo. Estos autores señalan que la distinción entre riesgo y vulnerabilidad está lejos de ser una sofisticación semántica. Mientras que el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y desigualdad social, y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política. Bajo este supuesto, se acuñó el término de contextos de vulnerabilidad, que hace referencia a las configuraciones socioculturales que resultan de las interacciones entre los diversos actores sociales, políticos, económicos y de salud ante situaciones determinadas, en este caso su posición y acción ante los migrantes, la SSyR, la violencia de género y el VIH/sida en las comunidades de origen, tránsito o destino (Leyva *et al.*, 2005).

La migración en la frontera sur de México, 2013-2014

Durante la últimas dos décadas (1990-2015), la dinámica y complejidad migratorias en la frontera sur de México han cambiado sustantivamente. La migración y movilidad poblacional fronteriza han pasado de ser analizadas y comprendidas como un fenómeno sociodemográfico que contribuye al desarrollo económico de las regiones y países de origen, tránsito y destino, a un movimiento de personas estrechamente vinculado a condiciones o factores relacionados con la seguridad nacional. Los migrantes pasaron de ser percibidos como un grupo en condiciones de vulnerabilidad social, para los cuales se requería el desarrollo de políticas de protección social, a ser considerados un grupo social de “alto riesgo”, generador de condiciones adversas para la vida de las personas en las comunidades de tránsito y destino (Bronfman *et al.*, 2004).

¹ Se propuso el concepto de movilidad territorial de la población, a diferencia del concepto tradicional de migración para dar sustento a la afirmación de que el mismo concepto de migración ha experimentado cambios en el tiempo, dependiendo de los enfoques teóricos y el carácter cambiante de los movimientos (Castillo, 2004:41).

Esta percepción se encuentra condicionada por situaciones y políticas globales, pero también por la propia dinámica de inestabilidad e inseguridad en la frontera sur de México. Los migrantes nuevamente son foco de interés en los medios de comunicación como causa o razón de la violencia, pero también como objeto de la misma (Salles *et al.*, 2001). Esto se mostró, en su forma y magnitud extrema, en la muerte de 72 migrantes el 24 de agosto de 2010 (Comisión Mexicana de Derechos Humanos). Por otro lado, diferentes organizaciones de atención humanitaria y de promoción y defensoría de los derechos humanos de los migrantes han sido foco de atención y señaladas como espacios de protección de “ilegales o delincuentes”, lo cual pone en riesgo su labor y la seguridad de sus integrantes (Leyva *et al.*, 2005). Ante esta situación, el gobierno de Chiapas impulsó diferentes iniciativas de ley y acciones específicas para promover y proteger los derechos humanos de migrantes en tránsito, los cuales constituyen sólo uno de los diferentes grupos móviles en la frontera sur de México. Se identificaron espacios de “alto riesgo” para los migrantes, en los cuales se brindó protección jurídico-legal y se ejercieron acciones de control policial contra diferentes bandas delictivas especializadas en migrantes. La presencia de policías y militares en la frontera también ha generado diferentes interpretaciones y significados: para algunos es efecto, pero también, en ocasiones, causa de la situación de inseguridad que se vive en México y, en especial, en la frontera sur (Bronfman *et al.*, 2008).

Los gobiernos de Centroamérica, especialmente los de El Salvador, Honduras y Guatemala, fortalecieron sus acciones de protección consular y buscaron alianzas con el gobierno de Chiapas, con el fin de reducir la situación de violencia que viven los migrantes. En Tapachula, con el apoyo del gobierno de Chiapas, se inauguró una sede de representación multiconsular, cuyo propósito es fortalecer la integración regional para brindar una mejor asistencia y protección de los derechos de las personas migrantes. Simultáneamente, desde 1995, el Instituto Nacional de Migración (Inami) impulsó una política para facilitar la documentación de ciudadanos guatemaltecos residentes en la zona fronteriza con México. Además, amplió el estatus de regulación migratoria laboral de los trabajadores agrícolas temporales con la instauración de la forma de trabajador fronterizo. Este cambio en la regulación extendió el espacio de movilidad pero también diversificó la posibilidad de los migrantes de insertarse en cualquier otro mercado laboral en la frontera. De acuerdo con los reportes publicados por el Inami, en 2010 se entregaron 28 629 tarjetas de trabajador fronterizo; sin embargo, esta cifra descendió gradualmente de manera que, en 2013, las cifras preliminares correspondían a 9 063 tarjetas, lo que equivale a una reducción de 2.1 veces (SEGOB, 2013).

Los riesgos en salud para migrantes en su tránsito por México

Los migrantes tienen que recorrer 3 640 km, desde la frontera sur de México hasta la frontera con EUA. La duración promedio del recorrido por México es de 95 días (Leyva *et al.*, 2015); durante este periodo, los migrantes se ven expuestos a diferentes riesgos o presentan problemas de salud, la mayoría de los cuales están relacionados con las condiciones migratorias del tránsito por México.

Para conocer la frecuencia de problemas de salud que presentan los migrantes en tránsito, se ha utilizado el sistema de información para el monitoreo de riesgos en salud, desarrollado e implementado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en colaboración con las casas de migrantes en Tecún Umán, Tapachula, Arriaga, Ixtepec, San Luis Potosí, Saltillo, Nuevo Laredo y Tijuana, en el periodo 2009-2014. En este sistema se aplica la misma pregunta de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), para conocer la prevalencia de problemas de salud, enfermedades o accidentes sufridos en las últimas dos semanas. De 8 236 migrantes encuestados, 29.7% reportó haber presentado algún problema de salud, enfermedad o accidente. Los problemas de salud más frecuentes se encuentran relacionados con las condiciones en las que se transita por México, y corresponden a enfermedades diarreicas, problemas

respiratorios, lesiones en piel, micosis, lesiones en los pies y deshidratación (Leyva *et al.*, 2015). El 21.5% de los hombres y 17.9% de las mujeres migrantes sufrieron alguna forma de violencia, ya sea física, psicológica o sexual. Del total de migrantes que sufrieron algún tipo de violencia durante su tránsito por México, 85% decidió continuar su viaje hacia EUA (Serván *et al.*, 2014). Asimismo, se ha documentado que los migrantes interiorizan y normalizan la violencia en su paso por México y la consideran una especie de pago por el tránsito indocumentado, tal como se expresa en el siguiente testimonio:

Pasamos por la Arrocera y, antes de que yo saliera, todo mundo contaba que es muy peligrosa, que violan y tantas cosas. Y luego, sólo lo dejé a Dios, le pedí algo, que quería pasar limpia allí, que no hubiera ningún inconveniente. Gracias a Dios pasé limpia (mujer migrante, salvadoreña, 19 años).

Al igual que las mujeres, los grupos de la diversidad sexual –*gays*, travestis, transexuales y hombres y mujeres transgénero– viven de manera diferenciada la violencia sexual en comparación con los hombres. Experimentan en mayor cantidad distintas formas de violencia como la violación, tocamiento, manoseos, relaciones sexuales transaccionales, intercambio de bienes, entre otras:

P: ¿Has tenido relaciones sexuales por intercambio de algún bien, dinero o protección?

R: Por dinero o por algo que necesite, sí. En este viaje uno está dispuesto a todo y tal vez no por dinero pero por comida; si lo tengo que obtener de esa forma pues sí. Es que la gente se aprovecha de uno. En este camino no hay nada, tienes que tomar agua por donde han pasado vacas (hombre migrante, guatemalteco, 25 años).

La probabilidad de ser víctima de violencia sexual es casi 24 veces mayor en el caso de las mujeres en comparación con el de los hombres. Asimismo, los hombres identifican que las mujeres tienen ventajas sobre ellos, ya que pueden utilizar el sexo como “una moneda de cambio” para garantizar su tránsito. De la misma forma, perciben que el llevar mujeres en el grupo representa riesgos para ellos en el tránsito hacia EUA:

Las mujeres allí llevan su *ticket* de pasada en medio de sus piernas. Porque dicen si la mujer, porque ahora en día todos vienen contando que los policías a veces van a pasar, les falta poco y los policías o migración les dicen que tengan relaciones con ellos y les dan paso libre. La mujer es débil, no como un hombre (mujer migrante, salvadoreña, 19 años).

Las relaciones sexuales ocasionales para las mujeres migrantes en tránsito por México se consideran una condición inherente a la migración irregular. Una de las medidas de protección ante el riesgo de embarazo ha sido el uso de anticonceptivos. De esta forma, las mujeres reciben anticonceptivos hormonales de depósito “hasta por dos meses”, para evitar un embarazo. A la aplicación de anticonceptivos a mujeres migrantes en algunas comunidades de Centroamérica se denomina “la mexicana”, en alusión al riesgo de tener relaciones sexuales durante el viaje.

En relación con los comportamientos sexuales de los migrantes en tránsito, éstos son considerados como de riesgo por la población local. Se considera que los migrantes, tanto hombres como mujeres, son portadores de enfermedades como el sida. Así explican la presencia de esta enfermedad en la población mexicana de la frontera sur, lo cual expresa el estigma que pesa sobre los migrantes (Infante *et al.*, 2009):

Los hombres están en riesgo por esas mujeres centroamericanas. Ellos son incapaces de resistirse a su belleza. Es como si los pusieras frente al mar ante una ola enorme. Son voraces sexualmente. Las mujeres con sida tienen un deseo incontrolable de tener sexo. El sida se les sube a la cabeza y cogen como animales. Una vez que una mujer adquiere el sida puede vivir por muchos años depositando el virus en varios hombres (mujer mexicana residente de Tapachula, 24 años).

Sin embargo, cuando se analizan los datos sobre uso de condón y aplicación de pruebas rápidas de VIH generados por el sistema de información en las casas de migrantes, es posible observar que los comportamientos de riesgo no son mayores. La proporción de migrantes y otros grupos móviles de 15 a 49 años de edad que han accedido a las pruebas rápidas de VIH, es mayor frente a la población mexicana. De esta forma, las trabajadoras sexuales reportan más de 90% de uso de condón; 50%, los migrantes en tránsito y 5%, los jornaleros agrícolas.

En relación con la prueba rápida de VIH, las trabajadoras sexuales reportan habérsela realizado en más de 90%; los migrantes en tránsito, en 80% y los jornaleros agrícolas, en 40% (Leyva *et al.*, 2011). Estos datos nos indican que existen mitos y creencias alrededor de los comportamientos de los diferentes grupos móviles que hacen que la población local rechace y discrimine a los migrantes con consecuencias negativas en la forma de interacción entre estos grupos y con implicaciones en el acceso de estos últimos a distintos servicios de salud por miedo al rechazo.

Acceso a servicios de salud por migrantes en tránsito

En México está garantizado el derecho a la salud según la Constitución (artículo 4º) para toda la población que se encuentre en el interior del país. De esta forma, sin importar la nacionalidad y condición de estancia en el país (documentado o indocumentado), los migrantes internacionales en tránsito por México deberían tener garantizado el acceso a servicios de salud; sin embargo, éste es limitado. De acuerdo con los datos del sistema de información, del total de migrantes en tránsito que reportaron haber presentado algún problema de salud enfermedad o accidente (29.7%), 59.8% utilizó algún servicio de salud para resolver su necesidad. El lugar más frecuente de atención (83.3%) fueron los servicios médicos disponibles en las casas de migrantes, que son espacios en donde el migrante se siente seguro y con confianza (Leyva *et al.*, 2015). La mayoría de los migrantes refieren tener “miedo a ser deportados si utilizan los servicios de salud del gobierno”.

En las comunidades de tránsito se han desarrollado redes formales e informales entre organizaciones de la sociedad civil y los responsables de los servicios de salud para resolver la problemática de la atención en salud. Uno de los aspectos relevantes en el proceso de búsqueda de atención en salud es el rol de gestión de los directivos de las casas de migrantes. Este mecanismo ha contribuido a la reducción y manejo de obstáculos para el acceso a la atención médica y representa un ejemplo sobre la importancia de las redes que involucran la participación de actores capaces de movilizar y dinamizar las prácticas institucionales. Sin embargo, la falta de insumos y recursos disponibles para la población que recibe atención en los servicios locales de salud tiende a generar condiciones que limitan el acceso de los migrantes a los servicios de salud e impiden garantizar la calidad de la atención.

Por otra parte, uno de los aspectos más relevantes en política pública en salud es el hecho de que en diciembre de 2014, el gobierno de México autorizó el acceso al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), específicamente al programa del Seguro Popular, para migrantes en tránsito, independientemente de su estatus migratorio por un periodo de hasta 90 días. El comunicado señala:

Con la finalidad de brindar atención integral y servicios de salud a la población migrante que cruza el territorio nacional hacia Estados Unidos, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), a cargo de Gabriel O’Shea Cuevas, facilita a los indocumentados su incorporación temporal al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Lo anterior, como una medida de solidaridad con los pueblos hermanos de México, principalmente de América Central y de respeto a los derechos humanos de todo ciudadano del mundo. Los migrantes que ingresan al país, específicamente por los

estados de Campeche, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco, lo hacen de manera irregular, por lo que estas personas no están en condiciones de cumplir con los requisitos (documentos) que se solicitan para su incorporación al SPSS. Por ello y con el propósito de otorgarles la prestación del servicio financiado por el Seguro Popular, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), fueron facultados para registrar a este grupo de personas de manera provisional, hasta por un periodo de noventa días. Con ello, los extranjeros que sean afiliados al Seguro Popular están en la posibilidad de acceder a los beneficios que ofrece el Sistema, sin necesidad de aportar documento alguno, en el entendido de que su afiliación es temporal. Así, a través de la Dirección General de Afiliación y Operación, la CNPSS, en coordinación con los REPSS, hace contacto con los migrantes en los Centros de Atención Integral al Tránsito Fronterizo (CAITF) o, en su caso, en los lugares por donde regularmente transitan, a efecto de promover su incorporación al SPSS, informándoles acerca de los servicios que se les otorga durante su tránsito por México. Los migrantes reciben la Carta de Derechos y Obligaciones y la Póliza de Afiliación, precisándoles que durante su trayecto podrán tener acceso a los servicios de salud que pudieran llegar a requerir; todo esto visto como una labor humanitaria de la CNPSS (SSA, CNPSS, 2014).

Sin embargo, existe evidencia de que el proceso para acceder al Seguro Popular es diferente en los distintos estados del país, ya que los procesos administrativos y normativos en el ámbito operativo aún no han sido socializados en los distintos niveles. De esta forma, se ha identificado que se adoptan diferentes actitudes administrativas ante la solicitud de aseguramiento al SPSS: “Sólo se afilia al Seguro Popular a migrantes con problemas de salud de alta complejidad o que requieren de atención hospitalaria”; “No hay afiliación de migrantes al Seguro Popular, tienen que pagar por la atención”; mientras otros afilian sin restricciones en cumplimiento de lo indicado en el comunicado. Asimismo, existen diferentes percepciones entre los administradores locales y estatales sobre el impacto que tendría la incorporación de migrantes en tránsito a la asignación del presupuesto vinculado con el Seguro Popular: únicamente se les otorgan 90 días, razón por la cual se cree que esto “podría impactar de forma negativa el presupuesto del año siguiente”, una vez que se pierda el registro temporal de los migrantes en tránsito.

Las condiciones de política pública de México ante el fenómeno migratorio parecieran tener perfiles polarizados. Por una parte, se restringe el uso del tren como medio de transporte para la migración irregular (con importante presencia de resguardo policial de las estaciones), lo cual podría ocasionar la dispersión de migrantes que se expongan a riesgos hasta ahora no evidenciados. Por otra parte, se autoriza la cobertura del SPSS a todos los migrantes, prácticamente sin restricción alguna, por lo menos a nivel formal, aunque en la práctica se hayan identificado procesos administrativos excluyentes, que se encuentran fuera del marco normativo y de las indicaciones político-administrativas emitidas por el comisionado del SPSS.

Sin duda, este nuevo escenario constituye uno de los principales retos para los migrantes y para las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil que promueven los derechos humanos, así como para el propio sistema de salud, en términos de su capacidad de respuesta oportuna ante los nuevos riesgos y daños relacionados con el proceso migratorio irregular por México. De esta forma, fortalecer la capacidad de los individuos e instituciones para la exigibilidad y el ejercicio de los derechos —en el especial el de salud— y analizar el fenómeno de bipolaridad en el diseño e implementación de políticas públicas representan retos sustantivos en dos áreas y para actores diferentes, que podrían funcionar como complementarios para una mejor comprensión de respeto de los derechos humanos de los migrantes irregulares en tránsito por México.

Referencias

- Barral-Arellano M.A. (2009). La resiliencia de los migrantes centroamericanos durante su recorrido en México y en tránsito hacia Estados Unidos de América. Consultado 15 de abril de 2015. Disponible en: http://www.vicariadepastoral.org.mx/social/comision_migrantes/anexos/LA_RESILIENCIA_MIGRANTES_CENTROAMERICANOS.pdf
- Bronfman M, Leyva R, Negroni M. (2004). Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Bronfman M, Leyva R (2008). Migración y sida en México. En: Córdoba J. (Edit.) Veinticinco años del Sida en México. Logros, desaciertos y retos. D.F. Secretaría de Salud. 241-258.
- Bustamante, J. (2011). Report of the Special Rapporteur on the human rights of migrants. Geneva: United Nations. Consultado 28 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.ohchr.org/en/Issues/Migration/SRMigrants/Pages/AnnualReports.aspx>
- Cáceres F. (1999). Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En: Izazola J. El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. D. F.: Fundación mexicana para la Salud. 217-246.
- Castillo, M.A. (2006) « Los flujos migratorios en la frontera sur de México », *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*. Consultado el 01 junio 2015. Disponible en: <http://alhim.revues.org/603>
- Castillo, M. A. (2005). Dimensiones de las migraciones futuras: desafío para las políticas públicas. *Revista Migración y Desarrollo*, (4). Consultado 16 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66000407> ISSN 1870-7599
- Castillo M (2004). Migración y movilidad territorial de la población. En: Bronfman M., Leyva R., Negroni M., edit. *Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004:41.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Otorgan Seguro Popular a Migrantes (2014). Comunicado: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/component/content/article?layout=edit&id=341>
- Delgado Wise R, Márquez Covarrubias H, Puentes R. Elementos para replantear el debate sobre migración, desarrollo y derechos humanos. México: Red Internacional de Migración y Desarrollo, 2010. Consultado 16 de mayo de 2011. Disponible en: http://rimd.reduaz.mx/documentos_miembros/111DelgadoMarquezPuente22102010.pdf
- Delor F., Hubert M. (2000) Revisiting the concept of 'vulnerability' . *Social Science & Medicine* 50: 1557-1570
- Global Commission on International Migration. *Migration in an interconnected World: new directions for actions*. Global Commission on International Migration, 2010.
- Goldenberg, S., Strathdee, S., Perez-Rosales, M., & Sued O (2011). Mobility and HIV in Central America and Mexico: A critical review. *J Immigrant Minority Health*, 14(1), 48-64.
- Gushulak B.D., MacPherson D.W. (2004). Population Mobility and Health: An Overview of the Relationships Between Movement and Population Health. *Travel Med* 2004; 11:171-178.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., & Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2013

- Infante, C., Aggleton, P., & Pridmore, P. (2009) Forms and determinants of migration and HIV/AIDS-related stigma on the Mexican-Guatemalan border. *Qual Health Res*, 19(12),1656–68.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2014). *The Gap Report*. UNAIDS.
- Langer A. Salud Sexual y Reproductiva: Donde estamos a casi de una década después de El Cairo”. En: Bronfman M, *et al.* *Salud Reproductiva*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
- Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
- Leyva R, Caballero M. (2009). Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- Leyva R., Infante C; Quintino F., Santos R, Román S. (2015). Sistema de Información sobre Migración, Salud y Derechos Humanos (<http://kaab.insp.mx/migrantes/>)
- Leyva-Flores,R., Quintino, F., Guerra, G., Infante,C., Cerón-Díaz,M., & Domínguez, J. (2011) México. En: *Fronteras y salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva* (Eds: Leyva, R., y Guerra, G). Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Lorant, V., Van Oyen, H., & Thomas, I. (2008). Contextual factors and immigrants’ health status: double jeopardy. *Health & place*, 14(4), 678-692.
- Martin F., Duval J. (2015). Una “Europa fortaleza” no solo para extracomunitarios. Consultado 15 de abril 2015 en <http://www.elsalmoncontracorriente.es/?Una-Europa-Fortaleza-no-solo-para>
- Médicos sin Fronteras (2103). Memoria Internacional. Disponible en: <http://www.msf.es/sites/default/files/publicacion/Memoria-internacional-2013-BAJA5.pdf>
- Mommsen T.P. (2004). Salmon spawning migration and muscle protein metabolism: the August Krogh principle at work. *Comp Biochem Physiol B Biochem Mol Biol*;139(3):383-400.
- Rodríguez E, Berumen S, Ramos LF. (2011). Migración centroamericana de tránsito irregular por México. Estimaciones y características generales. Instituto Nacional de Migración. Centro de estudios migratorios. Apuntes sobre migración. 1:1-8
- Rodriguez, O. (31 marzo 2015). Migrantes traen el virus de Chikungunya a México. Milenio.com Estados (http://www.milenio.com/estados/piquete_mosco-virus_dengue-dengue_contagios-chikungunya_0_491351026.html).
- Salles V, Tuirán R (2011). El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? En: Stern C. y Figueroa J. (Coord.). *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*. D. F. El Colegio de México.
- Salles, V., Tuirán, R., Stern, C., Figueroa, J. G. (2001). El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. Ciudad de México: El Colegio de México, 93-113.
- SEBOG, Inami (2013). Primer informe de labores 2012-2013. Secretaria de Gobernación, Instituto Nacional de Migración. México, D.F.
- Servan-Mori, E., Leyva-Flores, R., Infante, C., Torres- Pereda, P., & Garcia-Cerde, R. (2014). Migrants Suffering Violence While in Transit Through Mexico: Factors Associated with the Decision to Continue or Turn Back. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16:53–59.

- SSA, CNPSS (2014). "Otorgan Seguro Popular a Migrantes". Comunicado de Prensa. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. México, D.F. 28 de diciembre, 2014.
- Temores-Alcántara, G., Infante, C., Caballero, M., Flores-Palacios, F., & Nadia Santillanes-Allande (2015). Salud mental de migrantes indocumentados en tránsito que ingresan por la frontera sur de México. Salud Pública de México, en prensa.
- The World Bank. Migration and Remittances Factbook. The World Bank, 2011.
- Thomas, F., Haour-Knipe, M., & Aggleton, P. (2009) Mobility, sexuality and AIDS. London: Routledge.
- ONU. (1999). Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Resolución aprobada por la Asamblea General. A/RES/S-21/2. 8 de noviembre de 1999
- Villegas, A. (2014) Impide PF a migrantes subir a la bestia. MILENIO. Disponible en: http://m.milenio.com/estados/migrantes_en_La_Bestia-Segob_plan_contra_migracion-La_Bestia-Tenosique_0_352765044.htm
- Xiangju Qin, Pádraig Cunningham, Michael Salter-Townshend (2015). The influence of network structures of Wikipedia discussion pages on the efficiency of WikiProjects. Social Networks 43 (2015), 1-15.
- Zimmerman, C., Kiss, L., Hossain, M. (2011). Migration and health: a framework for 21st century policy-making. PLoS Med, 8 (5), e1001034.



III. La salud en el Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito

René Leyva, César Infante, Frida Quintino,
René Santos, Susana Román

Introducción

El componente de salud del Programa Conjunto Migrantes en Tránsito (PCMT) se diseñó con especial atención en el área de salud sexual y reproductiva debido a la evidencia que muestra la relación de las condiciones del proceso migratorio con la exposición y manejo diferencial de riesgos sexuales y reproductivos, según género, experiencia migratoria y situación sociodemográfica y violencia estructural en los países de origen, tránsito y destino de la población migrante (UNFPA, 2005; Bronfman *et al.*, 2004; Bustamante, J., 2011). Estos elementos constituyeron los ejes para priorizar los contenidos y estrategias incluidos en los diferentes procesos que el programa involucra. La promoción de los derechos humanos representó la vertiente principal para estructurar la respuesta en salud, a través de la aplicación del concepto de seguridad humana. En este marco, se establecieron los objetivos específicos del componente de salud del PCMT:

- Sensibilizar y capacitar a funcionarios y proveedores de servicios locales para la atención de las necesidades de SSyR de las poblaciones en tránsito, y para el reforzamiento de la coordinación y colaboración de las redes de servicios de salud.

- Diseñar e implementar un sistema de información para monitorear los riesgos en salud y el acceso a servicios de salud por migrantes en tránsito, con énfasis en salud sexual y reproductiva.
- Impulsar y fortalecer redes de servicios de salud para migrantes en tránsito, incluyendo los servicios institucionales y los albergues o casas del migrante, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva, desde un enfoque de derechos humanos.

La lógica de tales objetivos es incrementar y diversificar la capacidad de análisis y respuesta ante diferentes niveles de complejidad, con la participación de los actores e instituciones involucrados en la respuesta. Para el alcance de tales propósitos, fue necesario analizar el espacio social en el que ocurrían las interacciones entre los actores, con el fin de identificar retos que podrían funcionar como obstáculos para el desarrollo de las estrategias. Algunos de los retos más relevantes son:

- importante divergencia en la comprensión del proceso migratorio por los diferentes actores participantes;
- falta de complementariedad y cierto antagonismo en los objetivos institucionales para dar respuesta al complejo de necesidades relacionadas con la migración irregular;
- diversidad de experiencias y enfoques para definir acciones y formas de colaboración interinstitucional e intersectorial;
- alta movilidad de los funcionarios y entre las dinámicas organizacionales y políticas de las instituciones participantes, las cuales representaron el principal desafío para la operatividad de procesos de mediano plazo.

En este contexto, se establecieron acuerdos que incrementaran la factibilidad de las intervenciones así como el ajuste oportuno de las estrategias ante las coyunturas de cambio en las organizaciones, sobre todo gubernamentales, y de la propia dinámica migratoria. Todas las instituciones participantes comprometieron recursos y tiempo de sus funcionarios, así como acompañamiento y apoyo para lograr los objetivos.

Sensibilización y capacitación: el Diplomado Multidisciplinario sobre Migración, Derechos Humanos y Salud

El concepto sensibilización tiene diferentes significados y aplicaciones, no siempre complementarios, que con frecuencia se encuentran acotados a la percepción de hechos y al valor social de los mismos. Numerosas guías y cursos cortos y de posgrado sobre el tema de sensibilización están disponibles en internet para los temas más variados (Cantabria Acoge, 2014; Universidad Pablo de Olavide, 2010; Universidad del País Vasco, SF; Universidad de Granada 2006; Hayes SC *et al.*, 1983). El propósito común de la sensibilización es la generación de conciencia crítica y la movilización social, a través de la difusión de información a la sociedad.

La sensibilización, según su significado terminológico, se entiende como “hacer que una persona se dé cuenta de la importancia o el valor de una cosa, o que preste atención a lo que se dice o se pide” (Diccionario Manual de la Lengua Española Vox, 2007). Por sí mismo, el uso de este término implica un distanciamiento o marca una diferencia entre sensibles e insensibles a determinado proceso. Reconoce una relación entre desiguales, uno de los cuales requiere información para cambiar en la dirección que el otro indica. Así, la indiferencia de los funcionarios de las instituciones de salud –o de cualquier otra organización social, medios de comunicación, etc.– ante las necesidades de salud de los migrantes en

tránsito sería el problema por atender a través de la sensibilización. Desde nuestra perspectiva, esta forma de aproximación, a través de la sensibilización, presenta importantes limitaciones debido a que segrega a los grupos de población, los califica y los excluye como sujetos con limitaciones en la información y, en consecuencia, insensibles a los diferentes asuntos sociales.

En la búsqueda de opciones a la sensibilización y capacitación de funcionarios, se revisaron diferentes experiencias basadas en cursos cortos (6 a 10 horas) altamente focalizados en áreas temáticas, con contenidos que sugieren ser prácticos, en temas específicos del campo de la salud sexual y reproductiva. La búsqueda bibliográfica incluyó evidencia relacionada con los efectos, resultados y ventajas de tales cursos así como con su costo.

Se identificó una importante oferta y variedad organizativa a nivel internacional. La oferta de cursos cortos va desde dos días hasta cuatro semanas. El costo de inscripción varía sustantivamente según la universidad y país donde se oferte, y a éste hay que sumar los costos de estancia derivados de la participación presencial o a distancia. Ninguno de los cursos aporta evidencia sobre los efectos de sensibilización y capacitación en el corto o mediano plazo entre los participantes. También se exploró la función de un curso corto como parte de una estrategia de intervención de política pública para mejorar el acceso a los servicios de salud en una población con alta movilidad y vulnerabilidad social, como los migrantes en tránsito, sin encontrar evidencia sobre su efectividad.

En una revisión bibliográfica para México, América Latina y otros países del mundo, se identificaron números materiales didácticos empleados para cursos cortos en el tema de salud sexual y reproductiva (SSA, 2001; FUNDAR, 2007; Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México, SF). También se identificaron agencias de cooperación que han contribuido con materiales específicos de carácter informativo y formativo focalizados en el tema de SSyR (UNFPA, IPAS, ONUSIDA, USAID, entre otras). A partir de la búsqueda bibliográfica, se detectó que México y otros países de América Latina tienen información sobre numerosos momentos de capacitación y sensibilización, que constituyen encuentros de 6 a 12 horas durante las cuales se abordan diferentes temas de manera intensiva. No obstante, ninguno de ellos alcanza la profundidad necesaria para analizar con rigurosidad aspectos clave; tampoco hay evidencia sobre los resultados obtenidos.

Estos cursos podrían constituir espacios de encuentro, cuyo valor radica en establecer contacto cara-cara con otros colegas, frecuentemente pares técnicos, e intercambiar experiencias. Sin embargo, carecen de soporte institucional que les permita transitar hacia iniciativas de colaboración o cooperación para el diseño e implementación de estrategias conjuntas con la participación y compromiso institucional, más que personal.

En este marco, se buscó probar una estrategia de formación de recursos humanos de nivel intermedio (diplomado), cuyo desarrollo permitiera, de forma simultánea, contribuir a sensibilizar a los tomadores de decisiones de diferentes instituciones y acompañar el diseño e implementación de estrategias en instituciones de salud, organizaciones de la sociedad civil y otras organizaciones presentes en la respuesta a los asuntos migratorios y de salud en los estados donde se desarrolla el programa.

El diplomado

El diseño, organización y desarrollo del diplomado respondió a un triple propósito:

- Contar con un espacio de educación continua que permitiera actualizar conceptos, métodos y técnicas para el análisis de situación, el diseño de programas y evaluación de procesos y resultados.
- Fortalecer las capacidades científico-técnicas de funcionarios clave de las organizaciones de la

sociedad civil, instituciones gubernamentales y agencias de cooperación para diseñar e implementar una respuesta integrada en salud orientada a los migrantes en tránsito.

- Identificar su participación como parte de una red funcional de instituciones de la sociedad civil, gubernamentales y agencias de cooperación que contribuyen a fortalecer la respuesta social en salud para migrantes, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva.

El diseño, implementación y reconocimiento académico del Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos fue otorgado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a través de la Secretaría Académica y de la Unidad de Estudios sobre Migración y Salud. Tuvo una duración de 160 horas, distribuidas en cuatro módulos (unidades didácticas) temáticos, bajo el diseño e instrumentación pedagógica del Programa de Educación Continua del INSP, que busca contribuir con la actualización de los profesionales de la salud combinando el desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades que permiten lograr una mejor inserción y desempeño laboral de los participantes (INSP, 2015). Se desarrollaron módulos con participación presencial (que permitieron establecer dinámicas de generación e intercambio de conocimiento interpersonal y grupal) y un módulo virtual focalizado en el manejo de herramientas técnicas para el procesamiento e interpretación de datos estadísticos. Los módulos son independientes, no secuenciales y su diseño permite pasar del análisis de problemas al diseño de respuestas. Estas últimas son sometidas a críticas metodológicas y revisiones empíricas de casos publicados. A continuación se presentan los diferentes módulos y su forma de implementación.

Número de Módulo	Nombre	Modalidad
Modulo I	Salud sexual y reproductiva y migración	Presencial
Módulo II	Derechos humanos y migración	Presencial
Módulo III	Sistema de información sobre Migración, Salud y Derechos Humanos	Virtual
Módulo IV	Conceptos, métodos y técnicas aplicados al análisis de migración, salud y derechos humanos	Presencial

Perfil de los participantes en el diplomado

Este diplomado fue diseñado para estudiosos y profesionales de las ciencias de la salud y las ciencias sociales interesados en contribuir a mejorar el bienestar social y propiciar así una mejor salud para todos. El diplomado tiene un diseño interdisciplinario y multisectorial; en consecuencia, está orientado a profesionales con nivel mínimo de licenciatura, provenientes de una amplia variedad de campos del área de migración, salud y derechos humanos. Estos campos incluyen medicina, antropología, psicología, economía, derecho, sociología, leyes, administración, informática, políticas públicas, planeación urbana, relaciones internacionales y otras ciencias sociales. Se sugirió contar con la participación de profesionales de las siguientes áreas:

- Migración: relacionados con atención directa a migrantes o de gestión de servicios migratorios, especialmente los vinculados con brindar atención psicosocial o legal a los migrantes.
- Salud: responsables estatales, jurisdiccionales o municipales responsables de atención general en salud o de los programas de salud sexual y reproductiva, ITS/VIH, salud materno-infantil, o de instituciones gubernamentales de migración o de las organizaciones de la sociedad civil.

- Derechos Humanos: integrantes de las comisiones estatales de derechos humanos o de las oficinas de derechos humanos de los gobiernos de los estados o de organizaciones de la sociedad civil responsables de la atención de migrantes (si es el caso, en salud) o de situaciones de violación de derechos humanos.
- Organizaciones de la sociedad civil: casas y albergues de migrantes y organizaciones sociales con trabajo en migración, salud sexual y reproductiva, prevención de VIH, derechos sexuales y reproductivos, y derechos humanos. Especialmente, aquel personal encargado de organizar o brindar atención directa a migrantes.

Breve descripción de contenidos de los módulos académicos

El módulo I, Migración y salud sexual y reproductiva, tiene el propósito general de desarrollar y fortalecer las capacidades teóricas, metodológicas y técnicas de los profesionales de la salud involucrados en el diseño, implementación y evaluación de estrategias de prevención y atención de la SSyR, con énfasis en las áreas de ITS/VIH/sida, anticoncepción, embarazo y violencia basada en género.

Se presentan y analizan las perspectivas teoricometodológicas e hipótesis predominantes que se han empleado para comprender el fenómeno migratorio y su relación con la salud, sus especificidades en SSyR y las políticas y modelos de intervención que cada uno de estos marcos de interpretación sustenta. Se brinda especial énfasis en el análisis crítico de investigaciones que, desde ciertos marcos teoricometodológicos, han permitido avanzar en la comprensión de los contextos sociales, económicos, políticos y culturales que influyen en las condiciones de la vulnerabilidad social en salud de los grupos móviles y migrantes.

Se analizan avances y hallazgos de investigaciones recientes como marco para comprender las condiciones del proceso migratorio y la promoción de los derechos humanos como determinantes de la SSyR de migrantes en los lugares de origen, tránsito y destino. Desde esta perspectiva, uno de los aspectos más relevantes para el diseño de políticas públicas, por sus consecuencias en salud, es la violación de los derechos humanos, cuyas expresiones se encuentran representadas socialmente en fenómenos de estigma y discriminación, violencia –especialmente violencia sexual–, precariedad en las condiciones de vida y obstáculos para el acceso a servicios de salud.

En este módulo también se reconoce que la migración y su relación con la SSyR representan una de las áreas de análisis de políticas públicas con un alto potencial de desarrollo en México y otros países de América Latina. Sin embargo, la implementación de programas de atención a las necesidades de SSyR, incluidas la prevención de las ITS/VIH y la atención de la violencia de género para población migrante, se convierte en un importante desafío en los países de tránsito, en las zonas fronterizas o en los países de destino, los cuales presentan características particulares relacionadas con el volumen, composición y dinámicas de movilidad de los flujos migratorios, los perfiles epidemiológicos, la carencia de servicios básicos de salud y la falta de protección a los derechos humanos. Por ello, se propone intercambiar experiencias sobre las diferentes estrategias y modelos orientados a la prevención de riesgos, la atención de la salud y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los grupos móviles y migrantes.

El módulo II, Migración, salud y derechos humanos, tiene el propósito general de desarrollar y fortalecer las capacidades teóricas, metodológicas y técnicas de los profesionales de la salud involucrados en el diseño, implementación y evaluación de estrategias de prevención y atención a la salud de migrantes bajo un enfoque de promoción y respeto a los derechos humanos.

Se analizan las perspectivas teoricometodológicas e hipótesis predominantes que se han empleado para comprender el fenómeno migratorio y su relación con la salud y los derechos humanos, así como las

políticas, los contextos legales, sociales y económicos y los modelos de intervención que cada uno de estos marcos de interpretación sustenta. Además, se presentan y discuten los avances y hallazgos de investigaciones recientes sobre las condiciones del proceso migratorio y la promoción de los derechos humanos como determinantes de la salud de migrantes en los lugares de origen, tránsito y destino. Desde esta perspectiva, se reconoce que el proceso migratorio de tránsito por México ocurre en condiciones sociales que incrementan la vulnerabilidad y exposición a riesgos y que reducen su capacidad de respuesta. Se identifican las condiciones estructurales (sociales, económicas y políticas) como determinantes de la violencia en que transitan los migrantes y el impacto en los derechos humanos y en la salud de éstos.

En este módulo también se reconoce que la migración y su relación con la salud y los derechos humanos representan una de las áreas de análisis de políticas públicas con un alto potencial de desarrollo en México y otros países de América Latina. Sin embargo, la implementación de programas de atención a las necesidades de salud y los derechos humanos de los migrantes se convierten en un importante desafío en los países de tránsito, en las zonas fronterizas o en los países de destino, los cuales presentan características particulares relacionadas con el volumen, composición y dinámicas de movilidad de los flujos migratorios, los perfiles epidemiológicos, la carencia de servicios básicos de salud y la falta de protección a los derechos humanos. Se brinda especial énfasis en las experiencias sobre las diferentes estrategias y modelos orientados a la prevención de riesgos, atención y promoción de la salud, derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos de los grupos móviles y migrantes. Se revisan y analizan los alcances del marco jurídico-legal sobre migración y salud vigente en México, así como los referentes internacionales en esta materia.

El módulo III, Sistema de información sobre migración, salud y derechos humanos, se desarrolló de manera virtual. Constituye una de las pocas experiencias donde los participantes del diplomado tuvieron oportunidad de revisar y manejar el análisis estadístico de la información sociodemográfica y de salud como un elemento clave en el proceso de generación de evidencia científica, como insumo para la planeación de las políticas públicas dirigidas a mejorar el bienestar de la población de migrantes y el funcionamiento de las instituciones de salud. El propósito fue introducir a los participantes en el análisis estadístico de problemas de salud y contribuir con el fortalecimiento de sus capacidades técnicas para comprender y aplicar métodos estadísticos así como para interpretar los resultados para el análisis situacional o evaluación de procesos o resultados relacionados con intervenciones de salud. Este módulo representó uno de mayores retos operativos dada la escasa experiencia de los participantes en el manejo de softwares estadísticos así como en la interpretación de datos.

El módulo IV, Elementos conceptuales sobre migración y su impacto en salud, tiene el propósito general de desarrollar y fortalecer las capacidades teóricas, metodológicas y técnicas de los profesionales de la salud, derechos humanos, organizaciones de la sociedad civil, migración y agencias de cooperación internacional involucrados en el diseño, implementación y evaluación de estrategias orientadas a facilitar el acceso a servicios de salud en un marco de promoción así como a defender los derechos humanos de los migrantes.

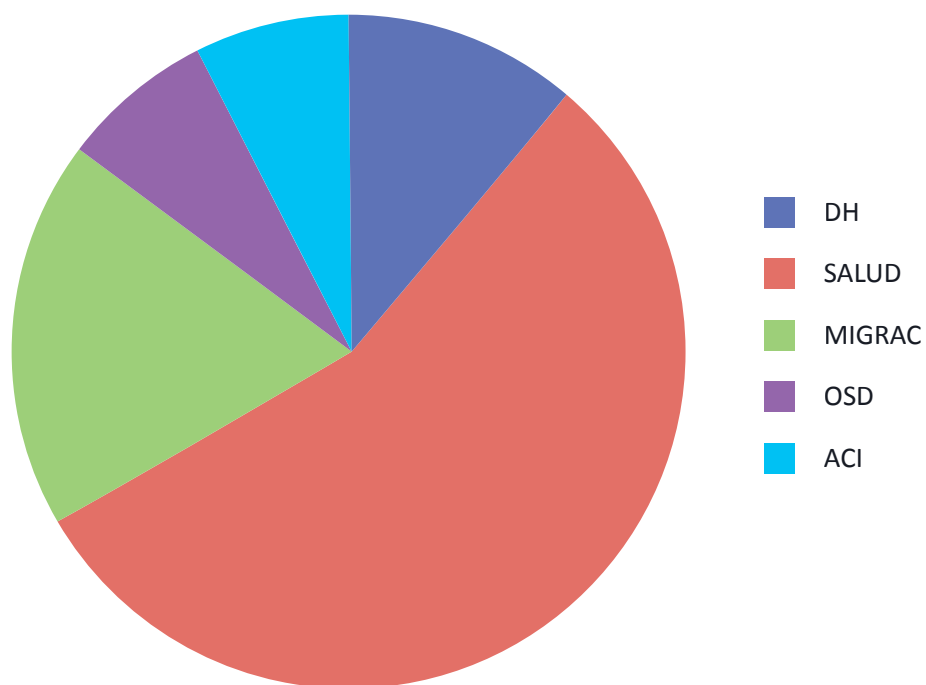
En este apartado del diplomado se propone analizar elementos teóricometodológicos relacionados con políticas públicas sobre migración, salud y derechos humanos, y herramientas técnicas para su análisis y evaluación como parte de estrategias operativas de planeación y programación local. La meta es que los participantes diseñen programas operativos como una forma de traducir y aplicar la política pública en diferentes contextos sociales, económicos, políticos y culturales que influyen en las condiciones de la vulnerabilidad social en salud de los grupos móviles y migrantes. Se espera que los programas diseñados durante el diplomado puedan ser implementados a través de estrategias de movilización de recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos con un enfoque intersectorial y multidiscipli-

nario basado en la participación de actores clave, que han sido descritos a través del trabajo grupal en el módulo I, como parte de la red social e institucional a nivel local. El enfoque de este módulo permite traducir en programas operativos los lineamientos generales de la política pública relacionada con migración, salud y derechos humanos.

La demanda de participantes provino mayoritariamente del sector salud. De un total de 31 participantes inscritos en el primer módulo, 48.3% trabajaba en alguna institución de salud. Se logró que 87% de ellos concluyera exitosamente su diplomado, con una tasa de deserción de 12.9%. El perfil de quienes desertaron coincide con funcionarios gubernamentales con responsabilidades de jefatura de algún área administrativa o de coordinación de programas. La distribución de los egresados según sector se presenta en la figura 1.

Figura 1.

Distribución de egresados del Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos, según sector



DH: derechos humanos; MIGRAC: migración; OSC: organizaciones de la sociedad civil; ACI: agencias de cooperación internacional
Fuente: INSP, 2015

Estrategias de campo en seguimiento al diplomado

Uno de los aspectos más relevantes para dar continuidad a la formación académica fue la vinculación con su práctica y responsabilidad institucional. Una vez concluido, cada uno de los módulos, cada grupo de participantes en cada uno de los estados contaba con un tutor de apoyo a distancia con el fin de impulsar y dar seguimiento al desarrollo de estrategias específicas para mejorar el acceso a los servicios de salud de los migrantes, gestionar la movilización de insumos materiales, medicamentos y humanos, y realizar actividades de sensibilización para colocar el tema de migración, salud y derechos humanos en la agenda política de los tomadores de decisiones de cada una de las instituciones participantes.

A un año de haber concluido el diplomado, sólo dos egresados han salido de sus instituciones y se encuentran realizando actividades diferentes. Los demás continúan desarrollando y generando nuevas experiencias que contribuyen a consolidar la iniciativa a favor de la salud de los migrantes, en un marco de promoción de los derechos humanos.

De esta manera se entienden los resultados que se presentan en cada uno de los capítulos siguientes, donde se profundiza el abordaje en cada uno de los estados participantes.

Sistema de Información sobre Migración, Salud y Derechos Humanos

Desde 2007, el INSP, a través de la Unidad de Estudios sobre Migración y Salud, y con apoyo de Censida y Conacyt, inició el desarrollo de un sistema de información para el monitoreo de riesgos en salud y acceso a servicios de salud por migrantes en tránsito, usuarios de las casas del migrante en Tapachula, Chiapas y en Tecún Umán, Guatemala. El funcionamiento de dicho sistema permitió generar información estratégica para conocer la situación de salud de los migrantes en tránsito y, posteriormente, como insumo para la formulación de políticas públicas en salud a nivel local.

A finales de 2009, con apoyo de la Fundación Ford, Conacyt y las casas de migrantes de Arriaga, Chiapas; Ixtepec, Oaxaca; San Luis Potosí, SLP; Saltillo, Coahuila; Nuevo Laredo, Tamaulipas, y Tijuana, Baja California, este sistema se replicó y probó su funcionalidad para el monitoreo de riesgos en salud y acceso a servicios de salud y programación local así como para el monitoreo general, a nivel de las principales estaciones de tránsito por México. Esto permitió colocar la salud de los migrantes como un eje de alto interés en la política nacional y local. En diferentes foros y espacios de análisis se presentó la información generada por el sistema; además, se inició una serie de publicaciones científicas y de divulgación.²

Hasta 2014, el sistema de información operó a través del llenado manual de cuestionarios impresos aplicados a una muestra no aleatoria de migrantes, por personal capacitado de las casas del migrante. En un ejercicio de apoyo conjunto entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Fundación Ford, tomando como referencia el trabajo previo con las casas de migrantes, se diseñó un sistema de información electrónico mediante aplicaciones web. Con ello, se buscaba facilitar y hacer más eficiente la labor de digitalización, procesamiento, análisis y uso de la información generada por cada una de las casas participantes. La ventaja comparativa de este sistema es que permite generar bases de datos para procesar, analizar y generar reportes técnicos sobre la situación de salud y derechos humanos de los migrantes, mediante consultas, gráficas y otras salidas de forma sencilla y oportuna.

De esta forma, un equipo técnico del área de información en salud del INSP asumió la responsabilidad de diseñar, probar y poner en práctica el denominado Sistema de Información sobre Migración, Salud y Derechos Humanos.³

2 Dichas publicaciones pueden ser consultadas en la siguiente dirección electrónica: [www.umys.insp](http://www.umys.insp.mx)

3 El acceso a este sistema se encuentra en el sitio: <http://kaab.insp.mx/migrantes/>

Los elementos que integran el sistema de información corresponden a un repositorio de datos (base de datos para el almacenamiento de datos captados en el sistema); el segundo elemento corresponde a un área de captura y consulta (reportes) y el tercero está relacionado con el control y administración de usuarios. El diseño general corresponde a un sistema modular que permite capturar información especializada para cada uno de los segmentos que integran el sistema:

- Módulo de atención médica de migrantes. Se desarrollará una sección para capturar información clínica de migrantes, la cual se implementará a partir del registro diario de atención médica en la clínica o consultorio de la Casa del Migrante.
- Módulo de prevención y promoción de la salud y derechos humanos de migrantes. Capturará información de actividades de prevención de riesgos, promoción de la salud y derechos humanos que se otorgan en la Casa del Migrante.
- Módulo de seguimiento de casos con problemas de salud o de defensoría de derechos humanos. Se aplicará para el monitoreo de casos graves o crónicos de salud, así como de procesos de defensoría legal de derechos humanos. La fuente de registro serán los diseñados durante la etapa de levantamiento de información.
- Reportes y gráficas. Mediante este módulo se podrán imprimir los reportes informativos de las variables de importancia que se definan en la etapa de requerimientos. Los reportes incluirán gráficas o tabulados con datos estadísticos de la situación que viven los migrantes en salud y derechos humanos.

Algunas de las variables que se han definido y que se pueden observar a través del módulo de consultas y el módulo de gráficas y reportes son las siguientes: sexo, edad, eventos de urgencia, problemas de salud, país de procedencia, situación migratoria, causas de discriminación, violación de derechos humanos, causas de violencia, migrantes embarazadas.

En la actualidad, hay otras iniciativas para generar información estratégica sobre migrantes en tránsito que también se desarrollan en colaboración con casas del migrante que participan de la Red Jesuita de Atención a Migrantes. No obstante, la información no contiene la especificidad de salud, por lo cual consideramos necesario desarrollar un proceso que contribuya a fortalecer y contar, en el futuro, con un solo sistema de información para el monitoreo de riesgos en salud con participación de organizaciones de la sociedad civil e instituciones de gobierno.

Dicho sistema de información ha sido instalado y se encuentra en práctica en las casas de migrantes de Tapachula, Chiapas e Ixtepec, Oaxaca. Se tomó la decisión de no iniciar su uso en la Casa del Migrante de Tenosique, Tabasco, debido a importantes limitaciones en su infraestructura (para asegurar la voluntariedad, privacidad y confidencialidad de los participantes) y a limitaciones en el acceso a internet.

Redes sociales para el acceso a servicios de salud para migrantes en tránsito

El reconocimiento y estudio de las redes sociales como un elemento clave para el funcionamiento social no es un tema novedoso. Tampoco es complejo el acceso a información sistematizada sobre el tópico pues puede consultarse tanto en espacios electrónicos no especializados⁴ como en revistas científicas dedicadas

4 https://es.wikipedia.org/wiki/Red_social

exclusivamente a generar y desarrollar aspectos teóricos, conceptuales, metodológicos y empíricos sobre el tema de redes sociales.⁵ La Asociación Médica Americana aplicó dicha metodología como un medio para facilitar la colaboración entre especialistas en medicina,⁶ y se han analizado iniciativas de redes internacionales y su influencia para la creación de otros proyectos o de nuevas redes (Xiangju *et al.*, 2015) utilizando la estructura de Wikipedia, entre otros medios. En la página de Wikipedia dedicada al tema⁷ se presenta, de manera resumida, una descripción sobre el desarrollo del concepto de red social. Allí se muestra el trabajo de Freeman (2006) que cita a Émile Durkheim y a Ferdinand Tönnies quienes, a finales del siglo XIX, argumentaron que los grupos sociales pueden existir como lazos sociales personales y directos que vinculan a los individuos con aquellos con quienes comparten valores y creencias, o como vínculos sociales formales e instrumentales. En este recuento publicado en Wikipedia, se describen conceptos de Durkheim, quien aportó una explicación no individualista al hecho social, argumentando que los fenómenos sociales surgen cuando los individuos que interactúan constituyen una realidad que ya no puede explicarse en términos de los atributos de los actores individuales. Distinguió entre una sociedad tradicional –con solidaridad mecánica–, que prevalece si se minimizan las diferencias individuales, y una sociedad moderna –con solidaridad orgánica– que desarrolla cooperación entre individuos diferenciados con roles independientes. Georg Simmel, a comienzos del siglo XX, fue el primer estudioso que pensó directamente en términos de red social. Sus ensayos apuntan a la naturaleza del tamaño de la red sobre la interacción, y a la probabilidad de interacción en redes ramificadas, en lugar de en grupos. En la década de 1930, Jacob L. Moreno fue pionero en el registro sistemático y en el análisis de la interacción social de pequeños grupos, en especial las aulas y grupos de trabajo (sociometría), mientras que un grupo de Harvard liderado por W. Lloyd Warner y Elton Mayo exploró las relaciones interpersonales en el trabajo. En 1940, en su discurso a los antropólogos británicos, Radcliffe-Brown (1940) instó al estudio sistemático de las redes; sin embargo, tomó unos 15 años que esta convocatoria fuera seguida de forma sistemática.

En la actualidad, la identificación de redes funcionales para el desarrollo e implementación de las estrategias se basa en el reconocimiento de organizaciones, actores e individuos presentes en los diferentes contextos, los cuales presentan dinámicas e interacciones sociales de carácter informal y coyuntural. Estas relaciones se establecen a partir de acciones comunes con el propósito de atención a las diversas necesidades de los migrantes en tránsito por México. Dichas acciones no tienen un carácter programático ni se encuentran predefinidas por objetivos o metas anticipadas, sino que constituyen una respuesta a los procesos coyunturales, relacionados con necesidades de salud de los migrantes.

El diseño de las redes funcionales como eje estratégico del PCMT para articular la respuesta institucional tuvo un doble propósito: por una parte, apoyar la identificación de otros actores en el mismo espacio geopolítico o institucional con una alta potencialidad para colaborar de manera conjunta en la planeación, implementación, monitoreo o evaluación de procesos y resultados alcanzados por éste u otro programa; por otra parte, constituye por sí mismo un procedimiento de cohesión social que permite identificar diferencias y semejanzas en las perspectivas para definir los distintos abordajes, no siempre complementarios y en ocasiones antagónicos, para responder a necesidades semejantes presentadas por los migrantes.

Estas dos dimensiones de las redes funcionales facilitan el diálogo político y social en torno a la resolución de problemas específicos que pueden presentar una determinación social de carácter general, que difícilmente puede ser abordada y modificada desde la intervención aislada de un actor o institución. En cambio, la acción de los diferentes actores con diferentes perspectivas permite la representación de los

5 <http://www.journals.elsevier.com/social-networks/>

6 <http://jamanetwork.com/#&slider1=1>

7 https://es.wikipedia.org/wiki/Red_social

intereses sociales presentes en las comunidades, definidas como ámbitos territoriales o cómo espacios de interacción y de dinámicas sociales (Leyva et al., 2005).

El reconocimiento e identidad de participar en la red sólo se logró por el trabajo conjunto de los diferentes actores, que permitió la valoración de una acción social en red de instituciones, algo que no habría sido posible como individuos o instituciones aisladas.

La red funcional fue definiéndose como núcleo geopolítico cuyos límites se encuentran poco establecidos. De esta forma, se puede hablar de la Red de servicios de salud para migrantes en tránsito del estado de Chiapas pero, al interior, identificar los núcleos de Tapachula, Arriaga, Tonalá, Tuxtla, San Cristóbal, etc.

Esta falta de límites territoriales facilitó la extensión de las redes en los estados de Oaxaca y Tabasco, que sumadas a la de Chiapas, conformaron la Red de servicios de salud de la frontera sur de México para la atención a migrantes en tránsito. El modelo descrito anteriormente contiene procesos que fueron adaptados y desarrollados en Oaxaca y Tabasco, donde también se identifican núcleos específicos en Tenosique, Huimanguillo y Villahermosa en Tabasco, y los de Juchitán y Oaxaca en el estado de Oaxaca. De esta forma, se logra un escalamiento y posicionamiento de la Red en diferentes espacios geopolíticos e institucionales.

En la actualidad, dicha Red cuenta con vínculos nacionales en el Instituto Nacional de Salud Pública, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el Programa Prospera del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Prospera), la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el Instituto Nacional de Migración. Asimismo, mantiene relaciones con instituciones internacionales como las agencias de cooperación de Naciones Unidas, especialmente a través del UNFPA, el Comité Internacional de la Cruz Roja, Aids Health Care Foundation (AHF), entre otras instituciones potenciales que pueden amplificar la presencia y acción social de dicha red.

La presencia nominal de las instituciones anteriormente mencionadas no implica establecer mecanismos formales para definir procesos de colaboración, metas, movilización de recursos, abogacía, etc. Reconocerse como integrante de la Red permite saber de actores estratégicos con los cuales interactuar ante situaciones o procesos para los que las capacidades de una o varias instituciones resulten insuficientes. Constituye un mecanismo de complementariedad de la acción social pero, al mismo tiempo, un factor de influencia política para la toma de decisiones en favor de propósitos generales o específicos que dan sentido de identidad a los diferentes participantes de una Red funcional. En este caso, los conceptos clave de identidad para formar parte de la Red corresponden a migración, salud y derechos humanos.

¿Cómo se estructuró la Red funcional sobre migración, salud y derechos humanos? El proceso siguió los lineamientos anteriormente descritos basados en el reconocimiento de distintos actores sociales y políticos presentes en la respuesta institucional a la migración. Los instrumentos facilitadores se pueden clasificar en tres tipos: i. análisis y reflexión sobre prácticas específicas desarrolladas por los diferentes actores; ii. identificación de divergencias y convergencias en formas de comprender, diseñar e implementar estrategias y acciones que buscan el logro de objetivos semejantes, y iii. generación de evidencia sobre los procesos y resultados relacionados con las intervenciones o acciones sociales implementadas por la Red en su conjunto o por cada uno de sus integrantes.

Estos tres elementos estuvieron presentes durante el proceso de desarrollo del PMCT y fueron acompañados por la participación formal de los diferentes actores en un proceso de capacitación de nivel medio, diseñado como un Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos. Las herramientas metodológicas y operativas fueron identificadas como parte de los procesos relacionados con las prácticas institucionales de los actores. La teoría contribuyó a dimensionar la acción social de la Red en la transformación de las situaciones específicas para cada uno de los contextos donde se desarrolló el proyecto.

De manera formal se podría estructurar una imagen compleja de dicha red, con fines visuales, pero resultaría más complejo mostrar la riqueza de la dinámica de las interacciones sociales que ocurren, de manera regular, entre los distintos actores participantes de la red.

Referencias

- Bronfman Mario, Leyva René, Negroni Mirka (2004). Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- Bustamante, J. (2011). Report of the Special Rapporteur on the human rights of migrants. Geneva: United Nations. Available at: <http://www.ohchr.org/en/Issues/Migration/SRMigrants/Pages/AnnualReports.aspx>
- Cantabria Acoge (2014). Sensibilización social. Consultado 26 mayo 2015. <http://www.cantabriaacoge.com/sensibilizacion-social>
- Diccionario Manual de la Lengua Española Vox.* (2007). Retrieved May 26 2015 from <http://es.thefreedictionary.com/sensibilizar>
- Freeman, L. (2006). The Development of Social Network Analysis. Vancouver: Empirical Press
- FUNDAR (2007). Salud sexual y reproductiva de las mujeres. Retos legislativos. Consultado 27 Abril 2015 en http://fundar.org.mx/mexico/pdf/Tarjeta_legislativas_impresion.pdf
- Harvard University (2014) Program on the Health Rights of Women and Children FXB Center for Health and Human Rights. Retrieved *April 10 2015* from <http://fxb.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/06/Global-School-extended-listserv-blurb-2014-final.pdf>
- Hayes SC, Brownell KD, Barlow DH (1983) Heterosocial-skills training and covert sensitization. Effects on social skills and sexual arousal in sexual deviants. *Behav Res Ther*, 21(4):383-92
- <http://www.shortcoursesportal.eu/studies/23291/sexual-and-reproductive-health-and-rights-including-hiv-and-aids.html>;
- INSP (2015). Programa de Educación Continua. Consultado 15 Enero 2013 en <http://www.espm.mx/oferta-academica>
- Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México, (SF). Género, Igualdad y Derechos. Consultado 28 Abril 2015 en <http://www.inmujer.df.gob.mx/work/sites/inmujeres/resources/LocalContent/493/21/Modulo1.pdf>
- Leyva René, Caballero Marta, Bronfman Mario (2005). Respuesta Social ante la Movilidad Poblacional y el VIH/ SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- Qin, X., Cunningham, P., & Salter-Townshend, M. (2015). The influence of network structures of Wikipedia discussion pages on the efficiency of WikiProjects. *Social Networks*, 43, 1-15.
- Radcliffe-Brown, A.R. (1940). On Social Structure. *Journal of the Royal Anthropological Institute*; 70:1-12
- SSA (2001). La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar. Consultado 26 Abril 2015 en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
- UNFPA (2005). International Migration and the Millennium Development Goals. Select paper of the UNFPA Expert Group Meeting. Marrakech, Morocco, May 2005.
- Universidad de Granada (2006). Programa Universitario de Educación para el Desarrollo y Sensibilización Social. Consultado 12 mayo, 2015. <http://www.gruposud.ulpgc.es/node/9>
- Universidad del País Vasco (S/F). Reseña de las actividades de sensibilización de 1988 a 1998. http://www.hegoa.ehu.es/es/sensibilizacion/rese%C3%91a_de_las_actividades_de_sensibilizacion_de_1988_a_1998
- Universidad Pablo de Olavide (2010). Máster Universitario en Educación para el Desarrollo, Sensibilización Social y Cultura de Paz. Consultado 12 mayo 2015. <https://www.upo.es/postgrado/Master-Oficial-Educacion-para-el-Desarrollo-Sensibilizacion-Social-y-Cultura-de-Paz>



IV. Chiapas

Frida Quintino, Oscar Hugo Contreras, Heriberto Villafuerte,
Tesar Escobar, Guadalupe Sánchez, Alberto López,
Cecilia Carvajal, Nelly Gómez

Introducción

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) han desarrollado diversas estrategias de colaboración sobre el tema de migración y salud en la frontera sur de México. Particularmente, en el periodo 2009-2011, desarrollaron una iniciativa que buscó contribuir con la reducción de la vulnerabilidad social en salud que enfrentan diversos grupos de la población migrante en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. Mediante esta intervención se implementó un modelo amplio de prevención y atención en SSyR para personas migrantes en tránsito, el cual fue validado en coordinación con la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula y un albergue local (Leyva *et al.*, 2011; Infante *et al.*, 2011).

Posteriormente, en el periodo 2013-2015, un grupo de cinco agencias del Sistema de Naciones Unidas implementó el Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito (PCMT), iniciativa que plantea el objetivo de fortalecer las capacidades de las instituciones públicas y de las organizaciones civiles comprometidas con la atención y la asistencia a las personas migrantes, especialmente las más vulnerables. El UNFPA coordina y ejecuta el componente de salud sexual y reproductiva de este programa, con la participación del INSP, la Secretaría de Salud del estado de Chiapas-jurisdicciones sanitarias VII (Tapachula)

y VIII (Tonalá) y de un conjunto de instituciones gubernamentales y organizaciones sociales que brindan servicios a migrantes. El reconocimiento de que los derechos sexuales y reproductivos deben ser garantizados más allá de las fronteras políticas, las evidencias que muestran cómo la vulnerabilidad social en salud se acentúa en los procesos migratorios, y la búsqueda de respuestas apropiadas a las necesidades de SSyR de las poblaciones migrantes han representado los elementos centrales de estas iniciativas.

En este capítulo se describe el proceso de articulación y reforzamiento de la Red sobre migración y salud en Tapachula-Tonalá-Arriaga, Chiapas, y se presentan los resultados más relevantes de las estrategias que buscan mejorar la protección y el empoderamiento de las personas migrantes que transitan por esta entidad fronteriza del sur de México. Para ubicar el trabajo realizado en el marco del PCMT, se presenta una caracterización general del contexto donde se implementó la intervención. En el segundo apartado, se describen el diseño metodológico y los componentes del modelo operativo. Éste se ha basado en una estrategia de colaboración y cooperación horizontal que busca incrementar la capacidad de la respuesta social y gubernamental a través del diálogo político y de la capacitación y sensibilización de profesionales que participan en la provisión de servicios a las personas migrantes. En los siguientes apartados se presentan evidencias sobre diferentes procesos que muestran la funcionalidad de la Red social, dando cuenta de alcances, perspectivas y nuevos retos que se han presentado durante la ejecución de las estrategias orientadas a facilitar el acceso a servicios de SSyR en este grupo de la población migrante.

El contexto: la ruta migratoria en Chiapas

Debido a las actuales capacidades nacionales, estatales y de las agencias de Naciones Unidas, el componente de salud del PCMT inició su implementación en áreas estratégicas del estado de Chiapas, centrandose la atención en los municipios de Tapachula (región Soconusco), Tonalá y Arriaga (región Itzmo-Costa). Los tres municipios donde se desarrollaron las iniciativas fueron seleccionados en función de los siguientes criterios: en primer lugar, se consideró relevante realizar acciones en microrregiones donde se ubica la ruta migratoria Soconusco-Itzmo-Costa, la cual se ha constituido como el circuito de movilidad más transitado de la entidad; en segundo lugar, se consideró relevante centrar las intervenciones en localidades donde están presentes actores institucionales y sociales involucrados en la generación de respuestas al vínculo migración y salud; en tercer lugar, se consideraron los resultados de las experiencias previas de cooperación desarrolladas por las agencias de Naciones Unidas (ONU México, 2012).

La iniciativa parte de reconocer que la frontera sur de México cuenta con una importante y compleja dinámica de movilidad poblacional: es un territorio de tránsito y destino de personas migrantes. El límite entre el estado de Chiapas y los departamentos de San Marcos, Huehuetenango y Quiché, Guatemala se extiende a lo largo de 658.5 km, y constituye alrededor de 54% de la extensión total de la frontera sur. En las últimas dos décadas, esta frontera ha concentrado el mayor número de eventos relacionados con el tránsito de migrantes irregulares procedentes principalmente de los países de Centroamérica (Castillo M. A. y Toussaint M., 2010).

Desde finales de los ochenta, la transmigración centroamericana se reconoce como un fenómeno creciente y dinámico; sin embargo, la magnitud y las características de este flujo no se han cuantificado de manera precisa. De acuerdo con los datos disponibles generados por el Instituto Nacional de Migración, en 2008 hubo una baja considerable en el número de eventos de aseguramiento y deportación en el estado de Chiapas (38 000) en comparación con el año anterior (54 000) y se mantuvo un promedio de deportaciones en los tres años siguientes hasta que se registró un incremento en 2012, con 39 000 aseguramientos. Según la misma fuente, en 2014 se registró un incremento sustancial con 45 000 eventos de extranjeros que fueron deportados desde el estado de Chiapas (cuadro I).

Cuadro I.

Eventos de extranjeros deportados por la autoridad migratoria mexicana. Chiapas: 2007-2014

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nacional No.	113.2	87.3	64.4	65.8	61.2	79.6	80.9	107.8
Chiapas No.	54.1	38.1	29.3	24	28	39.2	34.2	45.6
%*	47.7	43.6	45.5	36.5	45.8	49.2	42.7	42.3

El número de eventos es representado en miles

* Respecto al total de aseguramientos en el país

Fuente: SEGOB. Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos. Extranjeros alojados y devueltos.

Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos_

En 2014, las autoridades de Chiapas documentaron que 94% de las personas extranjeras que estuvieron alojadas en estaciones migratorias eran originarias de Centroamérica (42.9% de Guatemala, 31.5% de Honduras, 18.7% de El Salvador y 0.9% de Nicaragua) (SEGOB, 2014). Sin embargo, en años recientes se ha registrado una diversificación en los lugares de procedencia, ya que el INM ha detectado migrantes de más de 85 nacionalidades.

En años recientes también se ha registrado un mayor interés por visibilizar la presencia de la población femenina en la dinámica migratoria Centroamérica-México-Estados Unidos. A pesar de las dificultades metodológicas que persisten para caracterizar la magnitud y composición de los flujos, se estima que las mujeres representan 20% de los migrantes irregulares en tránsito por México (ONUMUJERES, IMUMI, 2014). Sólo en 2014, cifras oficiales muestran que, de un total de 107 814 personas que estuvieron detenidas en estaciones migratorias del país, 22.4% fueron mujeres (SEGOB, 2014).

Para un mejor análisis del flujo migratorio, se ha dividido al estado de Chiapas en dos grandes regiones: la zona de las selvas y montañas, representada principalmente por Ciudad Cuauhtémoc y Carmen Xhan, donde el cruce fronterizo es menor, y la región fronteriza de Soconusco, donde hay mayor movimiento del cruce en ambas direcciones, principalmente por Ciudad Hidalgo y Talismán (CONAPO, 2013).

El Soconusco ha ocupado un lugar prioritario en la entidad: abarca 6 000 kilómetros de tierras fértiles y ha sido la región más dinámica en cuanto al crecimiento económico vinculado con la producción primaria. Concentra 16% de la población estatal, así como la mayor densidad de población de la frontera, incluyendo importantes flujos de población flotante y un número sustancial de personas nacidas en el extranjero. Cuenta con 16 municipios de los cuales siete son fronterizos y constituye un punto geoestratégico así como una puerta de entrada desde Centroamérica (Montoya G., 2003).

En Soconusco se ubica en Tapachula de Córdoba y Ordoñez, ciudad que es considerada el centro de la región y la urbe de mayor importancia después de la capital del estado. Además, su condición fronteriza le otorgó un lugar central que ha traspasado la frontera nacional, en su calidad de proveedora de bienes y servicios, para atraer diversas poblaciones móviles, así como flujos de migrantes centroamericanos que arriban a la ciudad para proseguir su camino hacia la frontera norte de México (Castillo M.A., 2002; Kauffer E., 2002).

En esta microrregión se ha configurado la ruta costera, la cual constituye uno de los principales circuitos de movilidad por el que transitan las personas migrantes que tienen la intención de llegar a

Estados Unidos. Dicha ruta abarca un recorrido de 409.7 km, y sus principales puntos de paso son Talismán y Tecún Uman, en Guatemala, hacia la costa chiapaneca; el siguiente punto es por Ciudad Hidalgo, Tapachula, Huixtla, Pijijiapan, Tonalá y Arriaga (Chávez A.M. 2011). Para su tránsito por la ruta costera, la mayoría de los migrantes utiliza el tren llamado “la Bestia”, que puede transportar cerca de 1 000 a 1 500 inmigrantes y cuyo viaje puede durar tres semanas.

Hasta 2005, la vía del tren iniciaba en Tapachula, Chiapas; sin embargo, con el paso del Huracán Stan, ésta se modificó de manera que ahora inicia en el municipio de Tonalá, específicamente, en la localidad de Arriaga, comunidad localizada en el norte de Chiapas (aproximadamente, a 262 km). Esto ha modificado las formas y tiempos de desplazamiento de migrantes en la frontera sur: los migrantes indocumentados que ingresan por el estado de Chiapas evitan cruzar por los nueve puntos de internación terrestre en territorio mexicano (SEGOB, 2014). Para llegar a Arriaga, utilizan el transporte público o transitan a pie para evadir los retenes de revisión del INM, el ejército y la policía federal; además, tienen que cuidarse de no ser un blanco fácil para los grupos delictivos y evitar mayores riesgos que los que ya enfrentan durante su tránsito por el sureste de México (Leyva R, Infante C, 2010).

Es bien conocido que cada año, decenas de miles de migrantes enfrentan, en su tránsito por México, una variedad cada vez mayor de amenazas a su seguridad humana. A lo largo de los años, muchos de estos migrantes han sufrido violencia y abuso, y se han expuesto al riesgo de secuestro, robo, violación, tráfico o asesinato en su camino hacia Estados Unidos (ONU México, 2012). De igual manera, está ampliamente documentado que en la ruta costera de Chiapas, los migrantes se ven expuestos a diferentes riesgos y daños a la salud, los cuales se asocian con las condiciones de alta vulnerabilidad social que enfrentan durante su tránsito por México (Leyva *et al.*, 2011; Infante *et al.*, 2011; Chávez *et al.*, 2011).

Al respecto, la UMyS del INSP ha evidenciado que, entre los eventos de riesgo registrados durante el paso de los migrantes por la ruta costera se encuentran la violencia (física, sexual y psicológica), los homicidios, las lesiones (graves y leves), el ahogamiento, la insolación y deshidratación, y los accidentes que frecuentemente desembocan en pérdida de miembros debido a la caída del tren (Leyva *et al.*, 2011).

La misma fuente ha evidenciado que uno de los aspectos más importantes en torno a la situación de salud de los migrantes se expresa en la emergencia de necesidades y problemas vinculados con la salud sexual y reproductiva, así como en las dificultades de acceso a servicios de prevención y atención.

Estas evidencias coinciden con el marco contextual planteado por el PCMT, en donde se señala que:

Las vulnerabilidades y las amenazas a la seguridad humana que enfrentan hombres, mujeres, niños y niñas migrantes no se limitan a la violencia física sino que incluyen el acceso limitado a los servicios de salud y los riesgos a la salud sexual y reproductiva (incluyendo infecciones de transmisión sexual, VIH/sida, embarazos no deseados y/o mortalidad materna) y violaciones a los derechos humanos, entre otras (2012:9).

En este contexto, se ha planteado la necesidad de desarrollar estrategias que contribuyan a mejorar la seguridad humana y a reducir las condiciones de alta vulnerabilidad social y de salud que enfrentan las personas migrantes en tránsito por el sur de México. Lo anterior necesariamente implica el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las instituciones públicas que están obligadas por ley a proteger, defender y prestar asistencia y servicios de salud a las personas migrantes desde un enfoque de derechos humanos. De igual manera, la reducción de la vulnerabilidad estructural implica el reforzamiento de los mecanismos de colaboración entre las instituciones y las organizaciones de la sociedad civil que brindan servicios de albergue, atención de la salud, asistencia humanitaria, acompañamiento y protección de los derechos de los migrantes.

El componente de salud del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito: diseño de la estrategia en Chiapas, 2013-2015

El UNFPA en colaboración con el INSP ejecutaron el componente de salud –con énfasis en salud sexual y reproductiva– del PCMT. En el cuadro II se describe la intervención desarrollada en el estado de Chiapas, la cual se basó en el desarrollo de tres estrategias: *i.* diseño e implementación del Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos; *ii.* articulación y reforzamiento de una red funcional conformada por instituciones gubernamentales, académicas, organizaciones de la sociedad civil y agencias de cooperación comprometidas con la promoción y atención de la salud sexual y reproductiva de las personas migrantes; *iii.* formulación y ejecución del programa de trabajo de la Red, el cual estuvo focalizado en el fortalecimiento de capacidades y sensibilización de actores locales, así como en el desarrollo de acciones específicas en las áreas de promoción de la salud, prevención y atención de VIH/ITS y atención integral de violencia sexual.

Cuadro II.

Estrategia ejecutada en Tapachula, Tonalá y Arriaga. Chiapas: 2013-2015

Estrategias	Objetivos	Actividades	Resultados principales
I. Diplomado sobre migración, salud y derechos humanos	Capacitar a los recursos humanos que dan respuesta a la migración y la salud mediante el desarrollo y fortalecimiento de capacidades teóricas, metodológicas y técnicas para el desarrollo, implementación y evaluación de estrategias de atención de la salud en un marco de derechos humanos.	- Participación de 18 representantes institucionales de los servicios de salud, derechos humanos y atención del migrante en el estado de Chiapas.	- Articulación del núcleo de actores estratégicos (socios directos) que conforman la Red sobre migración y salud en las micro-regiones seleccionadas del estado de Chiapas. - Capacidades fortalecidas de funcionarios y proveedores de servicios.
II. Articulación y reforzamiento de una red de servicios de salud sexual y reproductiva	Impulsar y fortalecer redes de servicios de salud para migrantes en tránsito, incluyendo los servicios institucionales y los albergues o casas de migrante, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva, desde un enfoque de derechos humanos.	- Reunión técnica para presentación del PCMT (agosto 2013, Tonalá y Arriaga, Chiapas). - Mesa de diálogo interinstitucional del municipio de Arriaga sobre seguridad humana y migración (30 de junio de 2014, Ayuntamiento de Arriaga, Chiapas).	- Articulación de la Red sobre migración y salud en Tonalá-Arriaga-Pijijiapan. - Articulación de la Red sobre migración y salud en Tapachula. - Coordinación de la Red Tonalá-Arriaga-Tapachula.

continua...

		<ul style="list-style-type: none"> - Reunión de trabajo con la Red de Atención a la Salud para Migrantes en Tránsito: Tonalá, Arriaga y Tapachula (17 y 18 de julio de 2014 en Tapachula, Chiapas). 	<ul style="list-style-type: none"> - La mesa interinstitucional fue convocada por la SPDFSYECI en colaboración con el PCMT. En este marco se acordaron esquemas de capacitación para organismos de seguridad pública. Como continuidad a las acciones, la SPDFSYECI en conjunto con la OIM replicó las capacitaciones con organismos de seguridad pública en Suchiate, La Mesilla y Talismán.
<p>III. Ejecución del programa de trabajo de la Red orientado al fortalecimiento de capacidades y sensibilización de actores locales</p>	<p>Sensibilizar y capacitar a funcionarios y proveedores de servicios locales para la atención de las necesidades de SSyR de las poblaciones en tránsito, y para el reforzamiento de la coordinación y colaboración de las redes de servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión/taller para el fortalecimiento de lineamientos de atención integral de la violencia sexual en población migrante (7 de octubre de 2014, Tapachula, Chiapas). - Trabajo colaborativo con AHF-México. - Curso/taller del “Modelo de aplicación de pruebas rápidas de VIH en espacios abiertos y vinculación a la atención médica” (3, 4 y 5 de septiembre, Tonalá, Chiapas). - Taller sobre Migración, Salud y Derechos Humanos con los servicios de salud (9 y 10 de octubre, Tonalá, Chiapas). - Curso/taller derechos humanos y atención integral en migrantes (5 y 6 de noviembre de 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización y capacitación de 160 profesionales de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal administrativo) que prestan servicios en las unidades que se ubican en la ruta migratoria Tonalá-Arriaga-Pijijiapan.

Red sobre migración y salud en Tapachula-Tonalá-Arriaga, Chiapas

Para presentar el PCMT, el UNFPA y las otras agencias participantes realizaron reuniones de diálogo político y técnico con funcionarios de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. Desde la Secretaría se expresó que “es de la mayor prioridad atender la salud de los migrantes en tránsito con un enfoque de derechos humanos, por lo que se congratuló de la iniciativa de retomar los esfuerzos y aprendizajes previos en el campo de la migración y la SSyR, los cuales serían complementados con la participación de los diversos organismos de Naciones Unidas”. Con base en lo anterior se aseguró la participación activa de las autoridades de salud en el PCMT tanto en el nivel normativo estatal como en las jurisdicciones sanitarias de Tapachula y de Tonalá.

El componente de SSyR del PCMT se presentó ante las autoridades locales de salud en agosto de 2013 en Tonalá, Chiapas. A esta reunión acudieron funcionarios de la Secretaría de Salud estatal, Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Jurisdicción Sanitaria VIII de Tonalá, Programa Delegacional del IMSS-Prospera, UNFPA e INSP. En este espacio se consensuaron acuerdos para participar en la conformación de una red local de servicios de SSyR para migrantes en tránsito.

Posteriormente, el UNFPA en colaboración con las jurisdicciones sanitarias, promovieron otros encuentros de diálogo político mediante los que se logró establecer el acuerdo de las autoridades de salud, derechos humanos y de atención al migrante de participar –institucionalmente– en el Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos (2013-2014). Durante 2013 se impartieron los tres primeros módulos, relacionados con la migración y la SSyR, los derechos humanos y los sistemas de información para el monitoreo de riesgos y daños a la salud. En abril de 2014, se impartió el último módulo que estuvo focalizado en planeación y monitoreo de estrategias para el impulso de redes locales de servicios de SSyR.

En el diplomado participaron 18 funcionarios quienes conformaron un grupo de trabajo (interinstitucional e intersectorial). Posteriormente, este grupo se constituyó como el núcleo de actores estratégicos de la Red sobre migración y salud de Tapachula-Tonalá-Arriaga, Chiapas. Como se describe en el cuadro III, por parte de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, participaron representantes de la Coordinación de Salud de la Mujer (Programa de Equidad de Género y Violencia) y de la Dirección de Promoción de la Salud (Programa Vete Sano, Regresa Sano). Por parte de la Jurisdicción Sanitaria VIII de Tonalá acudieron representantes de la Coordinación de Salud Pública, la Coordinación de Planeación en Salud, Gestión de Calidad y del Programa Arranque Parejo en la Vida. De particular importancia fue la participación de representantes del IMSS-Prospera, zona Tonalá, así como de la Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional (SPDFSYECI), de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y del Instituto Nacional de Migración.

Las dinámicas desarrolladas en el Diplomado permitieron intercambiar perspectivas teórico-metodológicas y experiencias de trabajo entre los representantes de las instituciones y organizaciones participantes. Esto constituyó el punto de partida para la colaboración, pues facilitó que se establecieran vínculos entre las mismas. El trabajo colaborativo realizado por el equipo de Chiapas también permitió elaborar un diagnóstico situacional que incluyó los siguientes aspectos: identificación de necesidades de salud sexual y reproductiva de migrantes en tránsito, elaboración de un mapeo de instituciones y organizaciones involucradas en la temática y un sondeo de las capacidades técnicas y de recursos con las que cuentan los actores sociales para el abordaje del vínculo migración, salud y derechos humanos en las áreas geográficas seleccionadas.

Los resultados del diagnóstico sirvieron como referencia para proponer estrategias que podían ser desarrolladas en el periodo de ejecución del PMCT. Estas propuestas se sistematizaron mediante la elaboración de un documento de planeación y monitoreo basado en la metodología de mapeo de alcances, en el cual se incluyó la visión y misión de las redes locales, los alcances deseados, las estrategias y señales de progreso.

En el segundo semestre de 2014, el componente de salud del PMCT buscó reforzar el funcionamiento de la Red social para el mejoramiento de los servicios de SSyR para migrantes en tránsito. Para ello, se organizaron actividades de seguimiento con los representantes institucionales que participaron en el diplomado.

Cuadro III.

Núcleo de la Red sobre Migración y Salud Tapachula-Tonalá-Arriaga

Sector	Instituciones y organizaciones participantes
Servicios gubernamentales de salud	Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, Chiapas Promoción de la salud. Programa vete sano, regresa sano Coordinación de salud de la mujer. Programa de prevención y atención de la violencia familiar y de género Coordinación del Programa de prevención y atención del VIH/sida/ITS <hr/> Jurisdicción Sanitaria VIII, Tonalá, Chiapas Salud Pública. Gestión de calidad Coordinación de planeación Programa Arranque Parejo en la Vida <hr/> Programa IMSS-Prospera Zona de Tonalá-Arriaga, Chiapas
Instituciones de atención a migrantes y organizaciones sociales	Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional (SPDFSYECI), Tapachula, Chiapas <hr/> Instituto Nacional de Migración, Tapachula, Chiapas <hr/> Comisión Estatal de Derechos Humanos, sede Tapachula <hr/> Casa del Migrante, Albergue Belén, Tapachula, Chiapas

El programa de trabajo planteó el objetivo general de “conformar una red interinstitucional que permita otorgar una atención integral a la salud del migrante con un enfoque de derechos humanos y equidad de género”. Asimismo, la Red propuso tres acciones específicas que podían ser desarrolladas en el periodo de ejecución del PCMT:

- Fortalecer la colaboración entre las Jurisdicciones Sanitarias (VII y VIII), las instituciones de atención al migrante y los albergues, para mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de personas migrantes en tránsito.
- Diseñar un programa de capacitación y sensibilización para personal operativo de los servicios de salud y atención al migrante.
- Promover el derecho a la salud y reforzar la distribución de la Cartilla de Salud del Migrante en sitios clave ubicados en la ruta Soconusco-Itsmo-Costa.

Reforzamiento de la funcionalidad de la Red

Para mejorar la funcionalidad de la Red se desarrolló una estrategia basada en el trabajo coordinado entre las dos jurisdicciones sanitarias (VII y VIII) que tienen cobertura en los municipios (Tapachula, Pijijiapan, Tonalá y Arriaga) ubicados en la ruta migratoria Soconusco-Itsmo-Costa. Los participantes de

las dos jurisdicciones sanitarias asumieron un papel de liderazgo en la ampliación de la Red local y en la definición de líneas de acción que buscaron responder a las especificidades de los contextos locales.

Como se ha mencionado, los representantes jurisdiccionales que formaron parte del núcleo de la Red social en Chiapas compartieron una misma base programática. Sin embargo, los resultados del diagnóstico situacional realizado en Tapachula y Tonalá-Arriaga también permitieron identificar que los servicios de salud, las instituciones de atención al migrante y los albergues con presencia en cada micro-región registran condiciones diferenciales en sus procesos organizativos, actitudes y desempeño en la generación de respuestas para la promoción de la SSyR de migrantes en tránsito.

Por ello, en el caso de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, se propuso realizar acciones focalizadas en el área de promoción de la salud y en el diseño de estrategias para mejorar la capacidad de respuesta a la problemática de la violencia sexual. En el caso de la Jurisdicción Sanitaria VIII de Tonalá-Arriaga, se organizaron espacios de diálogo político para el reforzamiento de la Red con la participación del IMSS-Prospera, y se desarrolló un programa de capacitación y sensibilización (focalizado en promoción de derechos humanos, prevención del VIH y atención de la violencia) para personal operativo de los servicios de salud y atención al migrante. En los siguientes apartados se presentan alcances de la Red social, así como las perspectivas y nuevos retos que se enfrentan en la respuesta social al vínculo migración y salud.

Alcances de la Red social en Tapachula (región Soconusco)

En el caso de Tapachula, se ha consolidado el trabajo desarrollado por 15 años para dar respuesta a la relación entre migración y salud. La conformación de un núcleo estratégico de actores intersectoriales ha facilitado la sostenibilidad de un modelo de atención a la SSyR, incluyendo la prevención y atención del VIH/ITS y de la violencia sexual. La Jurisdicción Sanitaria VII ha participado activamente en el desarrollo y sostenibilidad de este modelo de atención (Leyva *et al.* 2011; Quintino 2012).

La Secretaría de Salud, a través de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, tiene las funciones de planear, programar e instrumentar la provisión de servicios de atención médica y la vigilancia epidemiológica de la población en las 2 236 localidades ubicadas en las 110 microrregiones de los 16 municipios de Soconusco. Desde inicios de la década de los 2 000, dicha instancia técnico-administrativa, a través de sus diferentes áreas, ha incluido el desarrollo de acciones específicas dirigidas a la población móvil y migrante.

Entre los programas más relevantes que han incluido acciones para estos grupos de la población se encuentran la Coordinación del Programa para la Prevención y Control del VIH/sida/ITS y la Coordinación de Salud de la Mujer, en la cual se inscribe el Programa de Equidad de Género y Prevención y Atención de la Violencia. Ambos programas han contribuido a fortalecer la capacidad de respuesta para atender las necesidades de salud de migrantes en tránsito.

En la fase inicial del PCMT se evidenció que, en materia de VIH/sida, ya se contaba con avances muy relevantes. Desde 2003, el programa jurisdiccional de VIH (P-VIH-JS) venía desarrollando un modelo operativo orientado a facilitar el acceso a servicios de prevención, diagnóstico, atención médica y seguimiento epidemiológico del VIH/ITS a personas que forman parte de los diversos grupos migratorios presentes en el contexto fronterizo.⁸

⁸ Estas iniciativas fueron impulsadas en el marco de proyectos de investigación-acción desarrollados por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública. Este proyecto se ha sostenido durante 15 años, lo que ha permitido fortalecer los vínculos de colaboración entre los servicios gubernamentales de salud y las organizaciones sociales –especialmente con los albergues para migrantes– presentes en esta región fronteriza (Bronfman *et al.*, 2004; Leyva *et al.*, 2005).

Los servicios incluidos comprenden un conjunto de actividades que han probado ser efectivas para la difusión de información con fines de sensibilización para el cambio de comportamiento sexual, promoción del uso de condón, consejería previa y posterior a la realización de pruebas de VIH y referencia médica. Desde 2007, el P-VIH-JS realiza acciones de promoción del diagnóstico oportuno mediante la oferta y aplicación confidencial, voluntaria e informada, de las pruebas rápidas de VIH en población migrante y asegura la atención a personas con VIH/sida que acuden a los servicios de salud (Quintino F., 2012).

Uno de los principales retos que ha enfrentado este programa desde que se inició el diagnóstico y vigilancia epidemiológica ha sido el seguimiento y la continuidad de la atención médica. Esto hizo evidente la necesidad de diseñar lineamientos diferenciales, con el fin de brindar una atención rápida y adecuada a las necesidades y situaciones particulares de las personas migrantes que obtienen un resultado reactivo en las pruebas de VIH. En este proceso se deben considerar diferentes escenarios definidos en función de las decisiones y necesidades de los migrantes: se identifican personas –en su mayoría migrantes residentes– que deciden esperar estudios complementarios, demandar servicios de salud e ingresar al P-VIH-JS para recibir terapia antirretroviral (TARV), carga viral y seguimiento médico; sin embargo, otros migrantes –en su mayoría en tránsito– frecuentemente deciden continuar su trayecto o retornar a su país de origen inmediatamente después de recibir un resultado reactivo en la prueba rápida (Quintino *et al.*, 2011).

De esta manera, el P-VIH-JS se constituyó en un actor pionero para la atención y vigilancia clínico-epidemiológica en poblaciones móviles y migrantes. Por ello, esta experiencia sirvió como referente para replicar y mejorar las estrategias de prevención y atención del VIH en las otras localidades y entidades (Oaxaca y Tabasco) que forman parte del área de alcance del PCMT.

Colaboración interinstitucional e intersectorial para la atención de la violencia sexual

Tomando en consideración estos avances, la Red social conformada en el marco del PCMT propuso desarrollar acciones en otras áreas prioritarias de SSyR, como la atención de la problemática de la violencia, con énfasis en violencia sexual. Para ello, el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de la Jurisdicción Sanitaria VII organizó dinámicas (noviembre de 2014) que facilitaron la comunicación y colaboración interinstitucional e intersectorial. Además de las personas que conforman la red, de las agencias del PCMT y del INSP, se convocó a las siguientes instancias vinculadas con la atención de la violencia sexual:

- Fiscalía Fronteriza Costa, Fiscal del Ministerio Público
- Fiscalía Especializada de Atención al Migrante
- Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional (SPDFSYECI)
- Subsecretaría de Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación
- Representante del Programa Estatal de Atención a la Violencia Sexual de los servicios de salud del Gobierno del Estado de Chiapas
- Programa de Prevención y Control del VIH/sida/ITS de la JS-VII
- Personal médico, paramédico y administrativo de los hospitales de Huixtla y Tapachula
- Personal de salud de la Casa del Migrante Albergue Belén, de Tapachula

- Refugio por la Superación de la Muerte
- Una Mano Amiga en la Lucha contra el Sida
- Además participaron, como observadores, representantes de la Jurisdicción Sanitaria VIII de Tonalá Chiapas y de la Jurisdicción Sanitaria de Comitán

Las iniciativas parten del reconocimiento de que las diferentes manifestaciones de la violencia (física, psicológica, sexual, económica, institucional) constituyen un problema social de grandes dimensiones que afecta con particular intensidad a las personas migrantes. Para el ámbito de la SSyR, resulta especialmente relevante el abordaje de la violencia sexual, ya que este tipo de agresión tiene efectos directos en los derechos sexuales y reproductivos e importantes consecuencias físicas, psicológicas y de salud para las personas que han sido víctimas en algún momento del proceso migratorio. En este sentido, se asume que la violencia sexual es un problema de derechos humanos y de salud pública, el cual incrementa los riesgos en salud, entre ellos, la exposición a las ITS/VIH y, en el caso de las mujeres, a un embarazo forzado.

De igual manera, se reconoce que la complejidad de las causas, dimensiones e implicaciones de la violencia sexual ha impuesto múltiples retos a las instituciones encargadas de fortalecer y aplicar los marcos normativos (nacionales e internacionales) y de poner en marcha distintas acciones de política pública que contribuyan a su erradicación. También se reconoce que fortalecer las acciones encaminadas a prevenir y atender las consecuencias de la violencia sexual, debieran formar parte primordial de las intervenciones que pretendan dar una respuesta efectiva a esta grave problemática social.

Las actividades desarrolladas por la Red se centraron en este último punto, que corresponde al diseño e implementación de lineamientos de atención de las consecuencias de la violencia sexual en personas mexicanas y en personas migrantes. Para ello, se organizaron espacios de colaboración en los que se intercambiaron los datos disponibles sobre los casos de violencia sexual y se definieron los servicios de atención que se constituyen como los sitios de primer contacto (puerta de entrada) con las personas víctimas de violencia sexual.

Al respecto, se evidenció un importante sub-registro en los casos y la baja prevalencia de mujeres migrantes que se acercan a los servicios e instituciones para denunciar o buscar atención médica. Desde la perspectiva de los participantes, la falta de información, la falta de recursos, el miedo, la presión social, el estigma, la falta de documentos y el temor a la deportación, entre otros aspectos, constituyen algunos de los obstáculos que dificultan la búsqueda de atención por parte de las personas migrantes. Entre las pocas mujeres que acuden a los servicios para atenderse después de la situación de violencia, se considera que la mayoría llega a las áreas de urgencias de los hospitales públicos y a la fiscalía y, en menor medida, a las instancias de derechos humanos y los albergues.

Los proveedores de servicios juegan un papel clave en este proceso de atención, ya que el contacto con las personas que han vivido violencia sexual quizá sea la única oportunidad para prevenir un mayor daño y facilitar su recuperación. Por ello, cada una de las instituciones y organizaciones participantes consideraron prioritario dar continuidad a un esquema de capacitación con el fin de que los proveedores de servicios sean conscientes de la importancia de la atención a la violencia sexual, que comprendan el contexto en que se dan dichas prácticas, que estén capacitados para aplicar lineamientos de atención y mecanismos de referencia y contrarreferencia y, sobre todo, que cuenten con los recursos (entre ellos el kit de atención a la violencia) para ofrecer servicios de manera oportuna.

Respecto a la provisión de servicios de atención reactiva las instituciones toman como referencia el protocolo de atención de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005), que incluye apoyo psicológico, revisión médica, prescripción de la profilaxis post-exposición para VIH y otras ITS,

así como el tratamiento de anticoncepción de emergencia para las personas que han sufrido violencia sexual. La aplicación de este protocolo de atención necesariamente requiere del abasto y distribución estratégica de los insumos sanitarios. Por ello, los participantes del Programa de Atención de la Violencia de la JS-VII gestionaron el abasto de los insumos con las autoridades de salud estatal.

De manera inicial, se gestionó el abasto de 17 kits de atención a la violencia sexual, de los cuales, 11 se distribuyeron en el Hospital de Tapachula y 7 en el Hospital de Huixtla. Esta medida constituye uno de los principales alcances de la Red social; sin embargo, se evidenció la necesidad de dar continuidad a los procesos de gestión para garantizar el abasto de los insumos sanitarios en los otros sitios de primer contacto.

Una vez que se actualizó el diagnóstico de las capacidades locales para la atención de la violencia sexual, se establecieron los siguientes acuerdos para mejorar la colaboración interinstitucional e intersectorial:

- Integración y difusión de información: sistematización y reporte trimestral de la información generada por diferentes instituciones sobre violencia sexual;
- Justificación de necesidades para solicitud de insumos (POA) por parte del Programa de Equidad de Género y Violencia;
- Gestión de insumos para Fiscalía y Hospital Tapachula/Huixtla;
- Aplicar mecanismos de referencia/contrarreferencia de casos de violación sexual (antes y después de las 72 horas), lo cual implica la difusión de flujogramas de atención que permitan identificar rutas y aplicar procesos para atención a los casos de violencia sexual; éstos serán distribuidos a hospitales y centros de salud para su conocimiento.

Promoción de la salud en el marco del Programa Vete Sano, Regresa Sano

Como se ha señalado, la JS-VII, a través de sus diferentes áreas, ha impulsado el desarrollo de acciones que contribuyen a mejorar la atención en salud de las personas migrantes. Años atrás, la JS-VII implementó el Programa Piloto de Atención a la Salud del Migrante, el cual operó en el periodo 2008-2011. El programa contribuyó a compilar y analizar información estratégica generada por los servicios públicos de salud e instituciones de atención al migrante, particularmente datos de cobertura de la atención médica brindada a migrantes en centros de salud y hospitales del Soconusco (Quintino *et al.*, 2011). De acuerdo con este programa,

en los municipios fronterizos que se identifican como la ruta del migrante se ubican hasta nueve tipos diferentes de unidades de salud, las cuales prestan servicios independientemente de su estatus migratorio. La mayor parte de las acciones se avocan a la atención preventiva y curativa, y al control de acciones mediante la difusión del Pasaporte de Salud (ISECH, 2008).⁹

A pesar de la relevancia de las acciones, dicho programa sólo concluyó la fase piloto, por lo que se interrumpió el seguimiento de las actividades.

Para el año 2013 (periodo en el que inició el PCMT), el Programa Vete Sano, Regresa Sano era el

9 Los datos generados por el programa permiten identificar que las necesidades de salud sexual y reproductiva figuran entre los principales motivos de búsqueda de la atención médica entre la población extranjera o migrante que reside –de manera temporal o permanente– en las localidades fronterizas. Por ejemplo, en el periodo 2004-2007, el Hospital General de Tapachula brindó atención médica a un total de 460 migrantes, de los cuales, 20% acudió para la atención del parto, 13% por aborto y 16% por complicaciones del embarazo (ISECH, 2008).

único programa jurisdiccional cuyas acciones se dirigen exclusivamente a la población migrante, particularmente a los migrantes mexicanos (migrantes internos y migrantes hacia Estados Unidos). Dicho Programa tiene el objetivo de “contribuir a la protección de la salud del migrante y su familia, con participación coordinada intra-institucional e inter-sectorial, impulsando acciones de promoción de la salud” (Secretaría de Salud, 2009). Por ello, los integrantes de la Red social consideraron importante impulsar la inclusión de la población migrante centroamericana en las acciones consideradas por el Programa Vete Sano, Regresa Sano. Como se ha señalado, los representantes de este programa formaron parte de la Red social sobre migración y salud. En este marco se propuso el desarrollo de dos actividades: la actualización, impresión y distribución de la Cartilla de Salud del Migrante (antes Pasaporte de Salud) y la organización del curso/taller Derechos Humanos y Atención Integral en Migrantes.

Los representantes del programa Vete Sano, Regresa Sano realizaron las actividades de actualización, impresión y distribución de la cartilla, incluyendo referencias sobre la cartera de servicios de salud disponibles en la región fronteriza. Por su parte, el UNFPA y la OIM brindaron apoyo para imprimir 7 000 cartillas de salud del migrante. La cartilla se distribuye de manera gratuita a todas las personas migrantes que acuden a los servicios de salud en Soconusco, Chiapas, y se espera que este documento contribuya a facilitar el acceso a los servicios de salud, así como a mejorar el registro de la atención brindada.

El Programa Vete Sano, Regresa Sano también organizó el curso/taller sobre derechos humanos y atención integral en migrantes (noviembre 2014, Tapachula, Chiapas). La convocatoria permitió contar con la participación de 85 profesionales de salud (médicos, trabajadores sociales, psicólogos y administradores). Además de difundir información sobre los mecanismos de protección de los derechos humanos, se promovió la cartera de servicios que brindan las diferentes dependencias gubernamentales a la población migrante. A continuación se enlistan las dependencias participantes:

- Dirección General de Estrategias para la Atención de Derechos Humanos
- Instituto Nacional de Migración
- Organización Internacional para las Migraciones
- Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados
- Comisión Estatal de Derechos Humanos
- Alta Comisionado para las Naciones Unidas
- Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional (SPDFSYECI), Dirección de Atención a Migrantes
- Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional, Dirección de Chiapanecos en el Exterior
- Hospital General Tapachula.

A partir de estas actividades se espera que los profesionales capacitados mejoren la calidad de la atención y brinden una correcta orientación, y que puedan implementar mecanismos de referencia hacia instituciones donde los migrantes pueden acudir al detectar algunos tipos de problemas en los que el sector salud no puede dar seguimiento.

Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional (SPDFSYECI): acciones en salud

Una de las instituciones gubernamentales que realiza funciones de enlace es la Dirección de Protección a Migrantes de la SPDFSYECI. Dicha instancia formó parte de la Red social, por lo que participó en todas las actividades que fueron programadas por la JS-VII y la JS-VIII. En los espacios de diálogo político y en las capacitaciones, la SPDFSYECI proporcionó información sobre sus principales líneas de acción en el campo de la salud. Éstas incluyen la atención personalizada a migrantes que son canalizados a las diferentes instancias según el trámite que hayan requerido. Desde esta instancia también se gestiona apoyo para el pago de estudios médicos y compra de medicamentos; se realizan actividades de vinculación con la Cruz Roja con el fin de gestionar prótesis para migrantes que han perdido miembros por caídas del tren (la vinculación también incluye el seguimiento de casos); y, en el caso de fallecimiento, se apoya con el pago de traslado del cuerpo hasta la frontera del país correspondiente y se realiza la vinculación con el consulado encargado para hacer llegar el cuerpo hasta su país de origen. También es relevante señalar que, en coordinación con el PCMT, se otorgaron insumos para fortalecer el equipamiento de más de 10 albergues para personas migrantes. Asimismo, esta dirección ha concertado convenios de colaboración con diferentes albergues, entre los que destacan el Albergue de Jesús el Buen Pastor, la casa del migrante Albergue Belén, el Albergue por la Superación de la Mujer y el Hogar de la Misericordia de Arriaga.

Alcances de la Red social en Tonalá-Arriaga

En la última década se ha incrementado la presencia de un conjunto de instituciones gubernamentales y organizaciones sociales que brindan servicios a las personas migrantes que transitan por los municipios (Tonalá-Arriaga-Pijijiapan) de la región del Istmo-Costa en el estado de Chiapas. Sin embargo, de manera reciente se han desarrollado acciones sobre el tema de migración y salud. Por ello, el PCMT buscó fortalecer los mecanismos de colaboración interinstitucional e intersectorial para mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de las personas migrantes.

Para impulsar este proceso se organizó la Mesa de diálogo interinstitucional del municipio de Arriaga sobre seguridad humana y migración (2014). Este espacio propició el intercambio de experiencias y de propuestas para mejorar la colaboración entre los servicios de salud, las instancias de seguridad, derechos humanos, comunicación y las organizaciones sociales involucradas en el abordaje del fenómeno migratorio en esta microrregión. Además del UNFPA, ACNUR, OIM e INSP, se contó con la participación de las siguientes instituciones:

- Jurisdicción Sanitaria VIII
- IMSS-Prospera
- Cónsul de Guatemala, Cónsul de El Salvador
- Ayuntamiento de Arriaga
- Procuraduría General del Estado
- Hospital General de Arriaga, Chiapas
- Policía Fronteriza

- Grupo Beta
- CNDH
- Albergue de Niñas Migrantes
- Registro Civil
- Casa del Migrante de Arriaga, Chiapas
- SPDFSYECI
- Policía Federal
- DIF
- CISEN
- PNUD
- Albergue DIF

Como resultado de la reunión se visibilizó el mapeo de actores involucrados en el abordaje del complejo fenómeno migratorio y se identificaron socios estratégicos para reforzar la Red local de servicios de SSyR. Posteriormente, se impulsó una estrategia que implicó el trabajo coordinado entre la Jurisdicción Sanitaria VIII de Tonalá y el IMSS-Prospera (zona Tonalá). Como se ha señalado, ambas instituciones facilitaron la participación de sus representantes en el Diplomado y en la ejecución del plan de trabajo desarrollada por Red sobre migración y salud.

Jurisdicción Sanitaria VIII: acciones para el fortalecimiento de la Red local

La Jurisdicción Sanitaria VIII asumió un papel de liderazgo en la articulación de la Red sobre migración y salud en los municipios de Tonalá, Arriaga y Pijijiapan; dicha instancia desarrolló estrategias que contribuyeron a la sensibilización y capacitación de representantes institucionales y proveedores de servicios; y también impulsó acciones conjuntas con el IMSS-Prospera, con el fin de fortalecer la Red de servicios de SSyR y la capacidad instalada de la Unidad Médica de Arriaga, Chiapas.

En el periodo de ejecución del PCMT, la JS-VIII desarrolló cuatro talleres de capacitación en los que participaron 160 profesionales de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal administrativo) que prestan servicios en las unidades (primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud y del IMSS-Prospera) ubicadas en la ruta migratoria Itzmo-Costa. En los talleres se buscó sensibilizar a los profesionales para el abordaje del vínculo entre migración y salud desde un enfoque de derechos humanos, así como fortalecer las capacidades técnicas para el manejo de necesidades de SSyR en la población migrante, poniendo especial énfasis en la atención del embarazo, parto y puerperio, así como en la prevención y atención del VIH. De igual manera, se buscó fortalecer las capacidades para la atención de las consecuencias de la violencia sexual, tema que estuvo precedido de un proceso de gestión con las autoridades estatales para contar con el abasto de 16 kits de atención a la violencia sexual.

La JS-VIII con la colaboración de Aids Healthcare Foundation (AHF) efectuó el curso/taller sobre el modelo de aplicación de pruebas rápidas de VIH en espacios abiertos y vinculación de la atención

médica (septiembre, 2014). De esta manera, se capacitó a 40 profesionales de salud, quienes pudieron acceder a información actualizada sobre las tendencias de la epidemia, revisar aspectos básicos en materia de prevención primaria y secundaria de VIH y conocer los elementos operativos de la aplicación de pruebas rápidas. Como parte de la capacitación, se promovió el diagnóstico oportuno y la aplicación de 80 pruebas rápidas en población abierta y cautiva del IMSS-Prospera. Para dar continuidad a esta línea de acción, la JS-VIII gestionó la donación de 2 000 pruebas rápidas de VIH con AHF.

IMSS-Prospera: acciones en la Unidad Médica de Arriaga

Desde 2004, se fundó la casa del migrante Hogar de la Misericordia, en Arriaga, Chiapas, organización que brinda albergue a las personas migrantes en tránsito que esperan la salida del tren. Para facilitar la atención en salud de los migrantes, se impulsó la construcción de un área médica aledaña al albergue. El 7 de junio de 2012, la organización Médicos sin Fronteras inauguró esta unidad con la intención de contribuir a dar respuesta a las necesidades de salud más frecuentes que presentan las personas migrantes. Un año más tarde, esta organización transfirió la coordinación de la unidad de salud al Programa IMSS-Prospera.

Desde junio de 2013, el IMSS-Prospera inició la implementación del programa piloto de atención a migrantes en tránsito en Arriaga. Esta acción contribuyó a la promoción del derecho a la salud y a la inclusión de los migrantes en las estrategias gubernamentales dirigidas a las poblaciones más vulnerables. El área médica está conformada por un consultorio, área de farmacia, un cubículo para observación y área administrativa. El personal de salud está integrado por dos equipos conformados por dos médicos y dos enfermeras; la atención se brinda de 8:00 am a 16:00 pm de lunes a domingo, los medicamentos son suministrados por el cuadro básico considerado por el IMSS-Prospera.

Como se ha señalado, los funcionarios del IMSS-Prospera participaron activamente en las actividades impulsadas por el PCMT: acudieron a las reuniones para el diálogo político y la definición de líneas de colaboración interinstitucional, participaron en el diplomado y en las actividades programadas por la Red social, e impulsaron la participación del personal de salud en las estrategias de sensibilización y capacitación organizadas por la JS-VIII. Por ello, se considera que el PCMT ha contribuido al alcance de los objetivos planteados por el IMSS-Prospera. Cabe señalar que la efectividad de los servicios de salud brindados en Arriaga permitió escalar la participación del IMSS-Prospera hacia otras regiones estratégicas con alta afluencia migratoria.

Conclusiones, retos y perspectivas

Las iniciativas impulsadas en el marco del PCMT han permitido fortalecer el funcionamiento de una red social de alcance regional que participa en el desarrollo de políticas públicas y en la implementación de estrategias que buscan mejorar la seguridad humana y las condiciones de acceso a servicios de SSyR de las personas migrantes que transitan por la ruta migratoria Soconusco-Itzmo-Costa en el estado de Chiapas.

La realización del diplomado afianzó las relaciones interpersonales entre los actores locales, fortaleció las capacidades técnicas de los becarios, generó gran sensibilidad al tema de migración y derechos humanos, y motivó la participación entusiasta en las actividades. En este marco, se conformó el núcleo de la Red que ha funcionado para cumplir con los objetivos programados con la activa y comprometida labor de los funcionarios y proveedores de servicios participantes que lograron movilizar recursos y voluntades para mejorar la coordinación intersectorial y los servicios de SSyR en la ruta migratoria más transitada del estado de Chiapas.

La asistencia técnica brindada por el PCMT facilitó el seguimiento de la comunicación y colaboración entre la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, la Jurisdicción Sanitaria VIII de Tonalá y el conjunto de instituciones que participaron en la conformación de una red de servicios de salud con un enfoque de derechos humanos.

Asimismo, la sistematización de la experiencia de trabajo desarrollada por el componente de salud del PCMT permite identificar nuevos retos y perspectivas de seguimiento para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta social y la funcionalidad de la Red social sobre migración y salud. Los retos y perspectivas se centran en los siguientes aspectos:

- El modelo de atención a la SSyR para migrantes en tránsito que se ha desarrollado en Tapachula ha servido como referente para el desarrollo de estrategias en Tonalá-Arriaga, y puede ser replicado en otras regiones para el abordaje de la dinámica migratoria en el estado de Chiapas.
- En las jurisdicciones sanitarias de Tapachula y Tonalá se registraron importantes avances en lo que respecta a la sensibilización y capacitación de funcionarios y proveedores de servicios para la atención de necesidades de SSyR de migrantes en tránsito, así como para el reforzamiento de la coordinación y colaboración de las redes de servicios de salud. Asimismo, se requiere desarrollar estrategias que permitan monitorear y evaluar la funcionalidad de la Red y la sostenibilidad y efectividad de las intervenciones en el mediano plazo.
- En el área de prevención y atención del VIH en poblaciones móviles y migrantes se registraron avances relevantes, ya que antes de la intervención no se había abordado esta temática en los servicios de salud ubicados en la región Itzmo-Costa. Los integrantes de la Red social en Tonalá-Arriaga lograron movilizar recursos para brindar servicios de prevención y para promover el diagnóstico oportuno mediante la aplicación de pruebas rápidas. Sin embargo, aún se requiere mejorar los mecanismos de referencia y contrarreferencia (por ejemplo, entre el IMSS-Prospera y el Programa de VIH de Tonalá) así como los lineamientos de atención para personas migrantes que obtengan un resultado reactivo en la prueba de VIH. Se considera que la amplia experiencia de trabajo desarrollada por el Programa de VIH de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula puede contribuir a la definición de protocolos de atención diferenciados en función de las decisiones y necesidades específicas de las personas que están inmersas en la dinámica de movilidad poblacional.
- Uno de los principales alcances de la iniciativa se expresa en el abordaje de la compleja problemática de la violencia sexual. Tanto en Tapachula como en Tonalá-Arriaga se realizaron acciones para mejorar los lineamientos de atención integral de las consecuencias de la violencia sexual, incluyendo la gestión y distribución estratégica del kit que contiene los insumos sanitarios requeridos para la aplicación de los protocolos definidos por la normatividad sanitaria. Sin embargo, es imprescindible dar seguimiento a los acuerdos establecidos por las diferentes instituciones y organizaciones sociales involucradas en el abordaje de la temática, poniendo especial énfasis en la generación de información estratégica, en la gestión de insumos sanitarios para todas las unidades de primer contacto, así como en la capacitación del personal para la aplicación oportuna y adecuada de la atención reactiva y de los mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- La iniciativa logró promover la inclusión de la población migrante centroamericana en las acciones desarrolladas por el Programa Vete Sano, Regresa Sano. Sin embargo, las experiencias de trabajo previas muestran que uno de los principales retos es la sostenibilidad de las intervenciones. El PCMT dio un impulso mediante la impresión de la Cartilla de Salud del Migrante; sin embargo, se requieren recursos financieros para mantener la distribución de este instrumento. De igual manera, aún se requiere evaluar el alcance de este instrumento.

Referencias

- Bronfman Mario, Leyva René, Negroni Mirka (2004). Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Castillo M. A., y Toussaint M. (2010). Diagnóstico sobre las migraciones centroamericanas en el estado de Chiapas y sus impactos socioculturales. AECID.
- Castillo Manuel A. (2002). "Región y Frontera: La Frontera Sur de México". En Kauffer Michel Edith (Coord.). *Identidades Migraciones y Género en la Frontera Sur de México*. México: El Colegio de la Frontera Sur, 19-47.
- Chávez A. M., y Landa A. (2011). Migrantes en su paso por México: nuevas problemáticas, rutas, estrategias y redes. Disponible en: <http://www.somede.org/xireunion/ponencias/Migracion%20internacional/147Pon%20Ana%20Ma%20Chavez-Antonio%20Landa.pdf>
- Consejo Nacional de Población. Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México, 2011 [monografía en internet]. México: CONAPO, 2013. [Consultado 2014 febrero]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/EMIF_SUR_2011/EMIF_SUR_2011.pdf
- Infante César, Rigoni Flor María, Velázquez Jorge, Ramos Ubaldo y Leyva René, (2011), "Migrantes en tránsito por México: derechos sexuales y reproductivos". En Leyva René y Quintino Frida (edit) *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. Instituto Nacional de Salud Pública, UNFPA.
- Instituto de Salud en el Estado de Chiapas. (2008). Diagnóstico de salud del Migrante. Mimeo.
- Kauffer Edith F. (2002). *Identidades, Migraciones y Género en la Frontera Sur de México*. El Colegio de la Frontera Sur. México.
- Leyva R, Infante C (2011). Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2010. Diagnóstico situacional, Arriaga, Chiapas. Cuernavaca: INSP.
- Leyva René, Caballero Marta y Bronfman Mario (2005). Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Leyva R. Quintino F. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
- Leyva René, Quintino Frida E. y Mora Luis, (2011), "Introducción". En Leyva René y Guerra Germán, *Frontera y salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- Montoya G., Bello E., Parra M., Mariaca M., (2003), *La Frontera Olvidada entre Chiapas y Quintana Roo. Pensamiento contemporáneo*. Tuxtla Gutiérrez: El Colegio de la Frontera Sur.
- Naciones Unidas, México. Propuesta integral del Programa Conjunto: Apoyando el fortalecimiento de las instituciones gubernamentales y las capacidades de la sociedad civil para mejorar la protección de migrantes vulnerables en tránsito. 2012.
- ONUMJERES-IMUMI (2014). Las trabajadoras migrantes centroamericanas en Chiapas. Recomendaciones de política pública para garantizar el ejercicio de sus derechos. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, ONU-Mujeres- Instituto de las Mujeres en la Migración A.C.

Quintino F. (2012). Migración y acceso a servicios de salud: un estudio de caso sobre migrantes con VIH/SIDA que residen o transitan por la frontera sur de México. Tesis doctoral. UAM-Xochimilco.

Quintino F., Leyva R., Cerón M. (2011). "Servicios de salud: prevención y atención de necesidades de salud sexual y reproductiva en población migrante". En: Leyva R., Quintino F. (edit) Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Secretaría de Gobernación. Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos 2014; extranjeros alojados y devueltos. Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos

Secretaría de Salud. Programa vete sano, regresa sano. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2009.



V. Oaxaca

César Infante Xibille, Abigail Genoveva Allec Campos, Ulises López Lucero,
Gisela Guadalupe Centeno López, María Julia Martínez Zavala

Introducción

El estado de Oaxaca se encuentra ubicado en el sur de México y, junto con los estados de Tabasco, Campeche, Chiapas, Veracruz y Quintana Roo, constituye uno de los principales estados por los que ingresan y transitan migrantes internacionales que se dirigen a Estados Unidos. De esta forma, recibe a migrantes que ingresan principalmente por la costa de Chiapas y que buscan continuar con su tránsito, sobre todo mediante la vía del tren que da comienzo en la ciudad de Arriaga, Chapas, y que continúa en localidades del Istmo Oaxaqueño como Chahuites y Ciudad Ixtepec. Se decidió implementar el Proyecto Interagencial de las Naciones Unidas sobre Migración y Seguridad Humana en esta región particular del sur del país e incorporar a Ciudad Ixtepec debido a la importante dinámica de movilidad poblacional registrada y, sobre todo, a las formas de respuesta que se han desarrollado ante esta situación, especialmente el albergue Hermanos en el Camino y otras agencias internacionales como Médicos sin Fronteras, así como por el trabajo de investigación que ha realizado el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) a partir del cual se ha generado información estratégica para la toma de decisiones en salud, en un contexto de alta movilidad poblacional.

El presente capítulo presenta la forma en que el Proyecto Interagencial de las Naciones Unidas, en colaboración con el INSP, ha permitido fortalecer la respuesta existente en Ciudad Ixtepec a las necesidades en salud y derechos que tienen los migrantes en tránsito. Las redes informales previamente formadas han evolucionado a la consolidación de una red de atención a la salud mediante una serie de acciones planteadas en conjunto por instituciones de salud, migración, derechos humanos y la sociedad civil, las cuales han reforzado las capacidades existentes y han ayudado a definir responsabilidades y formas efectivas de colaboración.

Se presentan algunas nociones del contexto y la capacidad instalada para resolver las necesidades de atención y la problemática actuales. A partir de esto, se muestra la forma en que se desarrollaron las actividades, los principales resultados y avances, y finalmente, los retos y perspectivas identificados en este escenario.

Contexto: Ciudad Ixtepec

Ciudad Ixtepec se encuentra localizada en la región del Istmo de Tehuantepec, en Oaxaca. En esta región de México los océanos Atlántico y Pacífico se localizan a una menor distancia entre sí, lo que constituye una frontera natural entre Norteamérica y Centroamérica. Ciudad Ixtepec colinda al norte con el Barrio de la Soledad; al sur, con San Pedro Comitancillo y Asunción Ixtaltepec; al oeste, con Santo Domingo Chihuitán, y al este, con Asunción Ixtaltepec (INEGI, 2010). En relación con las principales actividades económicas, Ciudad Ixtepec es altamente terciarizada: 70% de su población se ocupa en los sectores de servicios y comercio, y 7.27% en el sector primario. En relación con este último, la actividad agropecuaria es principalmente de autoconsumo y la realizan los pobladores locales, por lo que no existe una oferta de trabajo para los migrantes en tránsito (INEGI, 2010).

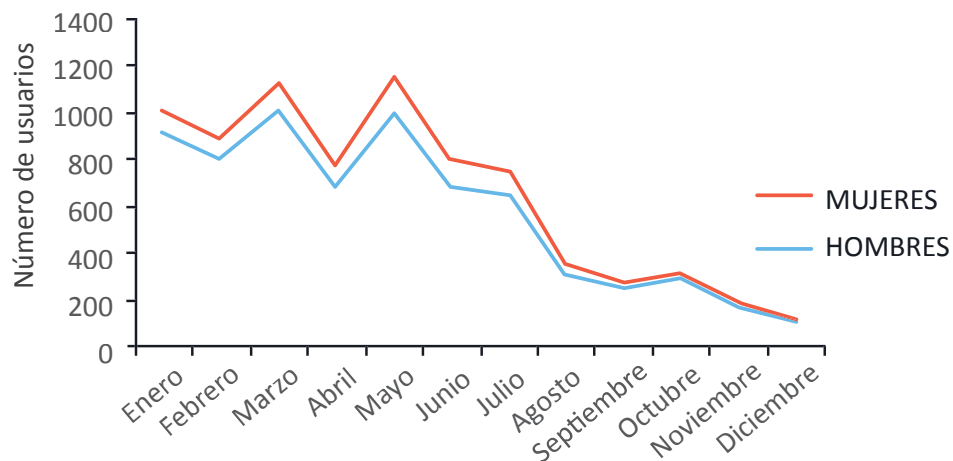
Ciudad Ixtepec se comunica por carretera con la ciudad de Juchitán. Esta vía entronca con la carretera Panamericana y la Transísmica, a una distancia de 310 km de la ciudad de Oaxaca (Instituto Nacional para el Federalismo, 2005). Hasta julio de 2014, el medio de transporte más utilizado por los migrantes en tránsito era el tren de carga. Una parte importante de esta población transitaba por el Istmo de Tehuantepec y arribaba a Ciudad Ixtepec desde tres vías férreas: el Mayab (Chiapas), Ferrocarril del Istmo (Salina Cruz) y Ferro Sur (Medias Aguas, Veracruz).

Este medio de transporte implicaba riesgos para los migrantes: asaltos, secuestros, lesiones, fracturas, amputaciones, afectaciones por el tránsito a la intemperie (frio, lluvias, cambios de temperatura, entre otros) e incluso muerte; sin embargo, no se cuenta con estadísticas de los eventos. Asimismo, debido a su situación de indocumentación, los migrantes suelen ser extorsionados por la policía municipal, estatal, judicial y federal así como por agentes del INM, además de sufrir asaltos, explotación y abuso sexual por el crimen organizado (Martínez, JA., 2015)

Actualmente, la implementación del Plan Frontera Sur ha modificado las condiciones del contexto ya que, mediante operativos policiales del ejército y de autoridades migratorias, se ha impedido que los migrantes utilicen el tren como medio de transporte, como una medida para protegerlos de potenciales daños en su salud e incluso del riesgo de morir como consecuencia de una caída del tren en movimiento (Villegas, A., 2014). Esto ha impactado en el número de migrantes que llegan a Ciudad Ixtepec y que utilizan los servicios del albergue que se encuentra ubicado cerca de las vías del tren. Este descenso ha sido de 89.2% y se puede observar en la figura 1, que muestra la tendencia de usuarios del albergue Hermanos en el Camino para 2014.

Figura I.

Tendencia de usuarios de la Casa del Migrante de Ixtepec, Oaxaca, según sexo. 2014



Fuente: Casa del Migrante de Ixtepec, Oaxaca. Sistema de información para el monitoreo de riesgos en salud, 2104.

Ante esta situación, los migrantes se internan en México utilizando caminos de extravío. Esto los expone todavía más a situaciones de violencia porque se vuelven invisibles tanto para las autoridades como para quienes trabajan en organizaciones de la sociedad civil, que les brindan asistencia y atención humanitaria.

Organización de los servicios de salud en Ciudad Ixtepec

El municipio de Ixtepec recibe los servicios de atención en salud por parte de la Jurisdicción Sanitaria II, con sede en la ciudad de Juchitán de Zaragoza. De esta forma, Ciudad Ixtepec, cuenta con un centro de salud y un hospital que es responsabilidad de los Servicios de Salud de Oaxaca. Además, existe una unidad médica familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), una unidad médica familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un centro de salud atendido por el ayuntamiento, cuatro sanatorios particulares y tres laboratorios de análisis clínicos (INSP, 2013).

Es importante mencionar que existen fuertes problemas para garantizar la calidad de la atención a población local ya que las unidades para este fin no cuentan con la infraestructura ni los insumos necesarios. Ésta es la realidad a la que se enfrentan también los migrantes cuando intentan resolver sus necesidades de atención en salud. Así lo expresa el coordinador del albergue en el siguiente testimonio: “el problema es que en hospital general, el hospital civil, hay poco personal, a veces faltan implementos, alguna medicina. Pero también hay una falta de información sobre legislación nueva [migración], sobre derechos humanos”.

El albergue Hermanos en el Camino

Ante las importantes necesidades que tienen los migrantes en tránsito por México y que atraviesan por Ciudad Ixtepec, diversas organizaciones han trabajado en la procuración del bienestar de este grupo, entre ellas, la Diócesis de Tehuantepec y la Comisión de Pastoral de la Movilidad Humana del Episcopado

Mexicano. Éstas, con el trabajo del sacerdote Alejandro Solalinde, decidieron hacer de Ciudad Ixtepec un lugar donde se diera una mejor respuesta a la migración para lo cual construyeron el albergue Hermanos en el Camino, en donde se brinda atención humanitaria a migrantes en tránsito. El albergue comenzó a funcionar el 26 de febrero de 2007 y se encuentra localizado a unos metros de las vías del tren, a 10 minutos del lugar en donde se hace la descarga.

La atención humanitaria consiste en brindar descanso y alimentación, atender las denuncias de los migrantes ante casos de violencia o violación de derechos y proporcionar ropa y calzado a quien lo solicite. En 2011, se comenzó a brindar atención médica con la llegada de la organización internacional Médicos sin Fronteras, que habilitó espacios del albergue para la atención básica en salud y salud mental.

El albergue es dirigido por el sacerdote Alejandro Solalinde y cuenta con personal permanente pero, sobre todo, con un voluntariado fluctuante que se reparte las actividades del albergue. Esto ha dificultado el fortalecimiento organizacional para incrementar las capacidades de gestión y para brindar mejor atención a los usuarios en los temas de salud y derechos humanos.

El albergue cuenta con dos consultorios médicos, área administrativa, comedor, cocina, dormitorios –uno para hombres y otro para mujeres con baños y regaderas independientes–, sala de cómputo y biblioteca, área para realizar deportes y actividad física entre sus espacios más relevantes. Sin embargo, persisten importantes limitaciones y necesidades sobre todo en lo relativo al manejo adecuado de excretas, agua potable y recepción, almacenamiento y preparación de alimentos.

La atención en salud para migrantes en Ciudad Ixtepec

La atención a los migrantes se brinda por parte de los servicios de salud de la Jurisdicción Sanitaria, tanto en el centro de salud como en el hospital de Ciudad Ixtepec. Esto obedece a los mandatos que tiene la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca de atender a los grupos más vulnerables. Sin embargo, en el periodo 2011-2012, la organización Médicos sin Fronteras habilitó un espacio para la atención a migrantes en el albergue Hermanos en el Camino. Esta organización brindó atención en salud hasta 2012, ya que en aquél momento decidieron instalar una unidad de atención en las vías del tren hasta que, a finales de 2014, Médicos sin Fronteras dejó de brindar estos servicios. Es importante mencionar que, en 2013, Médicos sin Fronteras otorgó 5 028 consultas y, hasta mayo de 2014, atendió a 58 personas que sufrieron violación sexual. El albergue de Ciudad Ixtepec tiene un registro acumulado de 20 violaciones de 2008 a 2014. Estas variaciones, en el mayor número de casos, obedecen a que no se cuenta con sistemas de registro ni protocolos homogéneos que permitan la detección de casos de violencia sexual.

A partir de 2015, la atención de migrantes usuarios del albergue pasó a formar parte del programa IMSS-Prospera y así se mantiene hasta la actualidad. Sin embargo, por parte de los servicios estatales de salud, se conserva un médico en el centro de salud como responsable de la atención a migrantes en Ciudad Ixtepec. Este centro de salud y el hospital de Ixtepec continúan siendo los sitios de referencia para la atención de problemas de salud más complejos o accidentes que no pueden resolverse en el consultorio del albergue por parte de los médicos del IMSS-Prospera (INSP, 2013).

Es importante mencionar que, como consecuencia de la falta de claridad organizacional, estos consultorios del albergue no reciben medicamentos ni insumos por parte del IMSS, ya que no están registrados o insertos dentro del sistema de atención. Los insumos con los que se brinda la atención provienen de donaciones de particulares o de la Jurisdicción Sanitaria II. En los casos en los que no se dispone de medicamentos, se refiere al migrante al centro de salud para que se le brinden los mismos. A pesar de esta situación, se ha logrado avanzar en la atención médica de migrantes así como en algunas acciones de promoción y prevención en salud que otorgan diferentes organizaciones sociales en el propio alber-

gue. De esta forma, las acciones en atención a la salud de migrantes han evolucionado, de estar limitadas a la atención en circunstancias de urgencia, hacia un modelo que busca la atención integral de la salud con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva, prevención y atención del VIH y atención de casos de violencia sexual.

Para llegar a la situación actual, se realizaron diversos esfuerzos y, de éstos, destacan los realizados por Médicos sin Fronteras y el Instituto Nacional de Salud Pública, así como el desarrollo de estrategias para la integración de una red de atención a migrantes, que se dio desde el Programa Conjunto de Naciones Unidas en colaboración con los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca y la Jurisdicción Sanitaria del Istmo.

Esta Red de atención se conformó a partir del Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos, que el UNFPA y el INSP desarrollaron como una de las principales acciones para fortalecer la respuesta institucional presente en el sur de México, especialmente en los estados de Tabasco, Chiapas y Oaxaca. Los integrantes de esta Red funcional en salud involucran actores de distintos niveles y sectores como se puede ver en el cuadro I.

Cuadro I.
Red funcional en salud: organizaciones de la sociedad civil, gubernamental y de cooperación

	Organizaciones de la sociedad civil	Organizaciones gubernamentales	Agencias de cooperación
Salud	Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM); Salud Integral para la Mujer (Sipam)	Jurisdicción Sanitaria II del Istmo (programas y centros de salud); IMSS-Prospera; INSP	Cruz Roja Internacional; UNFPA; Médicos sin Fronteras; AIDS Health Care Foundation
Migración	Albergue Hermanos en el Camino; Pastoral de Movilidad Humana	Instituto Nacional de Migración; Fiscalía Especializada para la Atención de Migrantes; Instituto Oaxaqueño para la Atención de Migrantes	OIM; ACNUR
Derechos humanos	Albergue Hermanos en el Camino; Pastoral de Movilidad Humana	Comisión de los Derechos Humanos del Gobierno de Oaxaca; Comisión Nacional de Derechos Humanos	

Fortalecimiento institucional: Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos

El diplomado permitió a los asistentes participar en un espacio académico multidisciplinario en el cual pudieron profundizar sobre conceptos básicos de la relación entre migración, salud y derechos humanos, e intercambiar experiencias de trabajo, revisar diferentes abordajes teórico-metodológicos y conocer los hallazgos de la investigación sobre migración y salud en la región. Este enfoque permitió fortalecer las capacidades técnicas y de coordinación de los funcionarios y proveedores de servicios. Esto es sumamente relevante si consideramos que los participantes se desempeñan y participan en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la salud de las personas migrantes en tránsito por la frontera sur.

En el caso de Oaxaca, participaron 10 funcionarios y prestadores de servicios de diferentes instancias de gobierno así como de la sociedad civil. Entre éstos destacan: el albergue para migrantes Hermanos en el

Camino; la Jurisdicción Sanitaria II del Istmo; el Centro de Salud de Ciudad Ixtepec; el Programa Vete Sano y Regresa Sano de los Servicios de Salud de Oaxaca; el Instituto Oaxaqueño de Atención al Migrantes, y la Comisión de los Derechos Humanos del Gobierno del Estado de Oaxaca.

Durante el desarrollo del diplomado, los participantes identificaron las condiciones organizacionales y de prestación de servicios en la región del Istmo en respuesta a las necesidades de atención a la salud de los migrantes. Como resultado del trabajo en grupo, el equipo logró un primer diagnóstico sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, atención de la violencia sexual y atención de casos de VIH/sida dirigidos a migrantes. De esta forma, fue posible definir una base de trabajo que les permitiera conformar, fortalecer e impulsar una red de servicios locales que mejoren el acceso a servicios de salud por parte de las personas migrantes en tránsito.

El equipo desarrolló una propuesta de trabajo que incluye un marco de acción, una red interinstitucional y actividades por realizar durante 2014. Asimismo, elaboró un documento de mapeo de alcances que tenía como principal objetivo identificar las oportunidades y los procesos necesarios para lograr los cambios promovidos por las acciones a proponer para la atención integral de los migrantes en tránsito.

La definición de la Red de atención

Los diferentes actores en Oaxaca identificaron una serie de problemas en la región del Istmo, que es la principal zona de tránsito de migrantes en Oaxaca. Los principales problemas fueron:

1. No existe un programa de atención a la salud de migrantes en tránsito.
2. No hay un registro de atenciones a migrantes en tránsito.
3. No cuentan con información que permita conocer las principales características sociodemográficas, condición de salud, riesgos y daños a la salud de migrantes que permitan realizar vigilancia epidemiológica.
4. Médicos Sin Fronteras se retiraría en diciembre del 2014.
5. Existen deficiencias dentro de los servicios de salud para brindar atención de calidad, incluso a la población local.

Los servicios de salud tendrían que proporcionar a la población migrante acceso a la atención de primer y segundo nivel. Para ello, los actores en Oaxaca identificaron una alternativa de solución: reforzar con insumos, personal y equipo médico las unidades de salud situadas a lo largo de la ruta migratoria, principalmente el Centro de Salud y el Hospital General de Ciudad Ixtepec para la atención de calidad a la población local y migrante.

De esta forma, plantearon el objetivo general con el cual se brindaría atención a población migrante en tránsito mediante el desarrollo de una red de atención en salud: impulsar y promover la salud y seguridad humana de la población migrante en tránsito mediante el acceso libre e informado a los servicios de salud con un enfoque de género y derechos humanos en la región del Istmo de Tehuantepec en el Estado de Oaxaca. Para lograrlo, plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Establecer la coordinación interinstitucional para que los migrantes en tránsito accedan a los servicios públicos.

- Fortalecer las capacidades y conocimientos de los servidores públicos para una adecuada atención.
- Otorgar atención integral en unidades médicas ubicadas en la ruta migratoria.
- Transversalizar la perspectiva de derechos humanos en la oferta de servicios de salud.
- Desarrollar un sistema de información en salud para toma de decisiones y monitoreo.
- Coordinar acciones para reforzar la promoción de la salud en el albergue Hermanos en el Camino para que sea un entorno saludable.

Líneas estratégicas o líneas de acción

Para lograr el cumplimiento de los objetivos, se plantearon las siguientes líneas estratégicas o de acción:

- Firmar convenio de colaboración interinstitucional.
- Capacitar al personal de salud y socios directos en la atención a la salud de migrantes en tránsito.
- Gestionar convenio de colaboración con el Seguro Popular para dotar al Centro de Salud y Hospital de Ciudad Ixtepec con el equipo, insumos y personal necesarios.
- Garantizar que todo servicio y programa público en salud adopte el enfoque de derechos humanos.
- Crear una base de datos en las unidades médicas de la ruta migratoria.
- Capacitar al personal del albergue como promotores de la salud para la prevención y promoción de la salud.

Alcances de la implementación de la Red funcional en Ixtepec: formas y estrategias de colaboración

Las localidades de la ruta migratoria con cobertura por los Servicios de Salud de Oaxaca son Chahuítes, Los Corazones, Tapanatepec, Rincón Juárez, Hierba Santa, Ixhuatán, Unión Hidalgo, Ciudad Ixtepec, Hospital General de Ciudad Ixtepec, El Ajal, Barrio La Soledad Juchitán de Zaragoza, Matías Romero, El Zarzal, Palomares. En todas estas unidades se capacitó y sensibilizó al personal operativo para la atención de migrantes en los temas de violencia sexual, embarazo y sida; además, se dio el ordenamiento de garantizar la atención por cualquier problema de salud. En relación con el número de atenciones brindadas destaca que más de 90% se brindan en las localidades de Juchitán de Zaragoza, Ciudad Ixtepec y el Zorzal (cuadro II). Esto permitirá focalizar los esfuerzos hacia estas tres comunidades para la atención a migrantes.

Cuadro II.

Atenciones en salud brindadas a mujeres y hombres migrantes en la zona del Istmo de Oaxaca

Atenciones en salud brindadas a migrantes	Mujeres	Hombres
Juchitán de Zaragoza	17	70
Ciudad Ixtepec	1 365	4 662
El Zorzal	20	151
Otras	24	47
Total	1 426	4 930

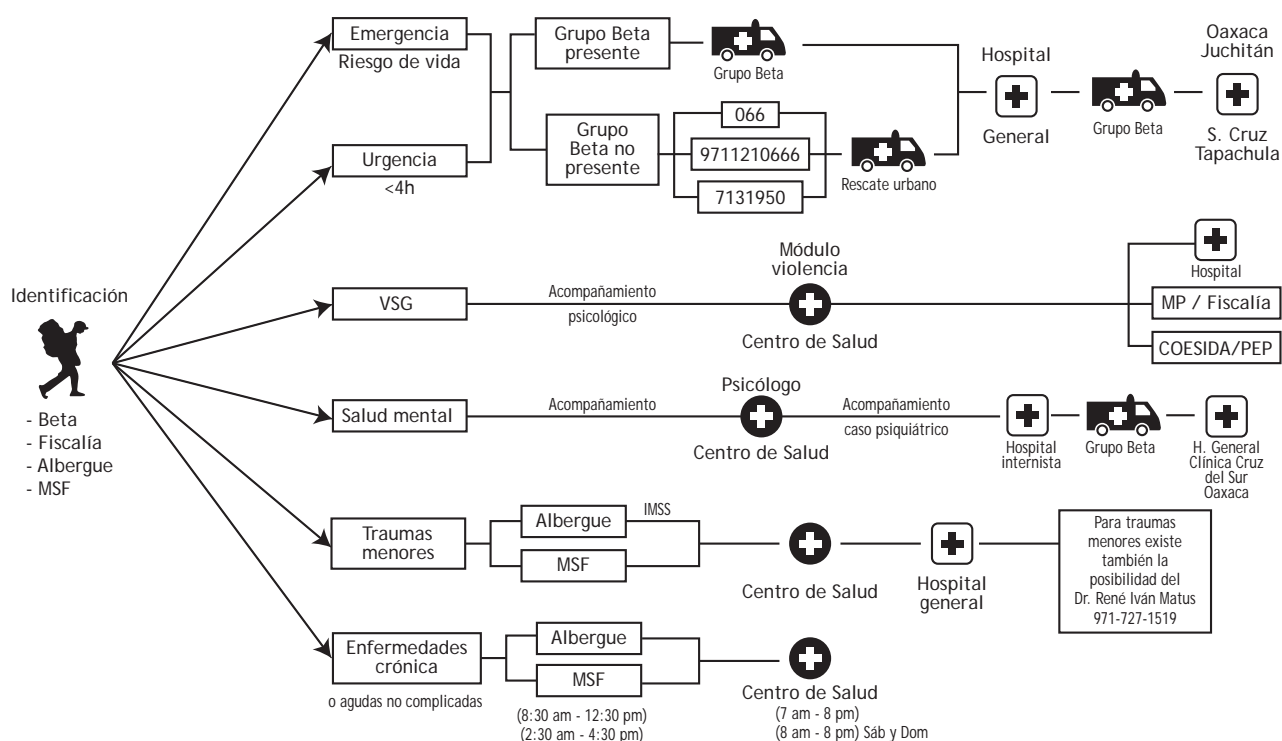
Fuente: Sistema de Información de la Jurisdicción Sanitaria II del Istmo.

La posibilidad de contar con esta información obedece al esfuerzo realizado por la Jurisdicción Sanitaria II del Istmo en sistematizar la información generada por las unidades de atención. Esto les permitirá tener la capacidad de tomar mejores decisiones en relación con la atención a migrantes en esta región.

Otro de los resultados importantes de esta Red funcional fue la definición de un flujograma de atención en los problemas más relevantes, tanto para los servicios de salud como para la población migrante (figura 1). De esta forma, se dio visibilidad y ordenamiento a las formas de trabajo y redes existentes de forma tal que se garantice la atención en salud.

Figura 1.

Flujograma de atención a migrantes en tránsito víctimas de violencia sexual en el Istmo de Tehuantepec, Oaxaca



Este flujograma incorpora a los diferentes actores de la Red funcional y permite a quienes brindan atención directa a migrantes encontrar los mecanismos funcionales para resolver las necesidades en salud utilizando los servicios existentes del sistema de atención de la Jurisdicción Sanitaria y los Servicios de Salud de Oaxaca. Así, no se crean sistemas de atención exclusivos para migrantes ni protocolos o normas para la atención a las distintas nacionales.

Capacitación

Para garantizar el acceso y la calidad de la atención en salud, los Servicios Estatales de Salud de Oaxaca, en coordinación con la Jurisdicción Sanitaria II del Istmo, realizaron tres cursos/talleres de capacitación para el fortalecimiento de la Red de atención a la salud sexual y reproductiva del Istmo. Se atendieron los siguientes temas: i) conocimiento y manejo de la Norma Oficial NOM046-SSA2-2005 sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres; ii) conocimiento básico de VIH/sida y manejo de la violencia sexual, y iii) trato adecuado a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en salas obstétricas (violencia obstétrica). Estas actividades hicieron posible homogeneizar y actualizar los conocimientos de los prestadores de servicios y además permitieron incorporar un componente de sensibilización en el tema de migración y derechos humanos. Con ello se dio un paso importante en el proceso para garantizar el acceso y la calidad de la atención considerando las limitaciones de insumos e infraestructura disponible en los servicios de salud. En estas acciones tuvieron participación tanto personal del albergue Hermanos en el Camino como otras organizaciones de la sociedad civil que brindan atención a migrantes en tránsito.

El trabajo estatal de gestión y coordinación interinstitucional

La definición de una red funcional y formal de atención a migrantes requiere un trabajo importante de gestión y coordinación entre distintas instituciones a nivel municipal, estatal y desde la federación. Es así que, a través de los diferentes programas estatales y en colaboración del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el INSP, se logró el acercamiento con los responsables de los programas nacionales de sida (el Centro Nacional para la Prevención y control del VIH y el sida [Censida]) y de equidad de género (la Secretaría de Salud).

La vinculación del Consejo Estatal para la Prevención del Sida (Coesida)/Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de los Servicios de Salud de Oaxaca con el Censida y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) permitió a estos dos últimos realizar una visita a la región del Istmo para conocer la realidad a nivel local y documentar la escasez de insumos para atender casos de sida y de violencia sexual en migrantes. De esta forma, ambos programas nacionales se comprometieron con los programas locales para que se tuvieran los insumos y se generaran los mecanismos administrativos que para extender el manejo de casos de sida y de violación sexual a los migrantes en tránsito. Asimismo, se logró difundir el directorio de CAPASITS del país a unidades operativas para el manejo de posibles casos de VIH/sida y violencia sexual.

El trabajo con la AIDS Helthcare Foundation (AHF) permitió a las instituciones locales contar con pruebas rápidas de VIH que beneficiaron a un total de 27 laboratorios y centros de salud. Esto permitió vincular a los servicios de salud con la red estatal de laboratorios para aplicar las pruebas rápidas de VIH a población migrante, fueran o no víctimas de violencia sexual.

El trabajo coordinado con el albergue Hermanos en el Camino ha permitido el trabajo en conjunto con la Dirección de Regulación y Fomento Sanitario de la Jurisdicción Sanitaria del Istmo. Este trabajo

ha impactado en el monitoreo de cloro residual en albergues de Ixtepec y en Matías Romero. De esta forma, se da inicio a las actividades de prevención y promoción de la salud en el albergue en Ciudad Ixtepec así como a las evaluaciones sanitarias del comedor y otras instalaciones y la fumigación del albergue para prevenir el brote de enfermedades transmitidas por vectores en el mismo.

Discusión

El desarrollo de la Red de atención en salud para migrantes ha dejado importantes avances y, de la misma forma, conlleva al planteamiento de retos para el mantenimiento de la funcionalidad de la red, dados los cambios en el contexto y dinámica migratoria así como las políticas públicas en temas de migración y salud que surgen en el tiempo. A continuación, planteamos los principales avances y retos, y concluimos con lo que consideramos las principales perspectivas para esta región.

Avances

Es importante señalar que a partir del desarrollo de estas acciones, se ha logrado fortalecer la Red de atención a migrantes en donde participan tanto instituciones y programas de salud estatales, jurisdiccionales y locales además de la sociedad civil organizada como es el caso del Albergue “Hermanos en el Camino”, la AIDS Health Care Foundation, Sipam y Mexfam. Además, existen ya los insumos necesarios para la atención de casos de violencia sexual como son la profilaxis post exposición al VIH, tratamiento de ITS y anticoncepción de emergencia. Sin embargo las condiciones de escasos recursos y la falta de ordenamiento en relación con las normas de atención que tienen los servicios locales de salud han generado recientemente problemas para la atención de migrantes. Si bien se cuenta ya con la puerta abierta para que los migrantes accedan al Programa del Seguro Popular, el personal operativo del programa no conoce los procesos y normativa para que se ingresen. Así mismo existe desconocimiento sobre el impacto que esta estrategia tendrá sobre el financiamiento del Seguro Popular en el futuro en los estados lo que genera incertidumbre entre el personal responsable de las afiliaciones. Por otra parte, la falta de insumos ha llevado a que el personal responsable del Centro de Salud de Ciudad Ixtepec comience a cobrar cuotas de recuperación para estudios de diagnóstico, laboratorio y gabinete a los migrantes. Esto ha generado nuevamente tensión entre el albergue y los servicios de salud.

El sistema de información se ha instado y se encuentra funcionando en el Albergue Hermanos en el Camino. Si bien está en una fase inicial hay apertura y disposición por parte del staff del albergue en utilizarlo y brindar la retroalimentación al equipo del INSP sobre su funcionalidad. Actualmente se cuenta con una base de datos de migrantes usuarios de las casas que permitirá establecer un perfil de riesgos y daños a la salud, violencia y principales problema de salud sexual y reproductiva de los migrantes. Esta información será de gran utilidad para el albergue como para los tomadores de decisiones de la Jurisdicción Sanitaria II del Istmo. En algún momento, se identificó la necesidad de contar con un sistema único de información y se ha establecido comunicación con la Red Jesuita de Atención a Migrantes para iniciar esta discusión y de ser posible encontrar las formas para lograrlo. Sin embargo creemos que con el sistema actual se podrá generar información estratégica en el ámbito de la salud y la salud sexual y reproductiva. Es importante mencionar, que se ha establecido ya el contacto inicial y se ha mantenido el diálogo con las autoridades del IMSS-Prospera para que en el corto plazo puedan estar utilizando el sistema de información que desde el INSP se ha desarrollado. En este sentido el trabajo que pueda desarrollar el IMSS en estos espacios podrá ser un referente en la región si se logra transitar de la atención

médica básica a un esquema o modelo de atención orientado en la promoción de la salud y prevención de los problemas vinculados con las condiciones en que los migrantes transitan por México.

En el trabajo dentro del albergue con otras organizaciones de la sociedad civil como Sipam, Mexfam y la AIDS Health Care Foundation, se ha colocado como relevante el mantener y fortalecer estrategias de promoción y prevención de la salud y salud sexual y reproductiva dirigidas a los diferentes grupos de población móvil. Sobre todo se ha señalado que los migrantes son un grupo sano, con problemas de salud vinculados con el propio tránsito por México en condiciones de alta vulnerabilidad que los coloca ante riesgos para su salud.

En relación con el albergue, se ha logrado mayor apertura en la comunicación y recepción de los diagnósticos de las distintas áreas como son el comedor, dormitorios, área de preparación y manejo de alimentos por parte del staff directivo del Albergue. Hay ya disposición por parte de los directivos del albergue de mejorar sus condiciones y se están acercando a las instancias correspondientes en los servicios de salud para solucionar los problemas vinculados con aspectos sanitarios del Albergue.

Retos

- Salud mental

La atención en salud mental continúa siendo un aspecto no atendido por los diferentes modelos de atención en salud dirigidos a migrantes en tránsito. Éste es, sin duda, el principal tema por resolver en el futuro inmediato, ya que las condiciones por las que transitan generan, al menos, estrés postraumático, angustia y depresión en los migrantes. Si bien existen experiencias exitosas como la planteada por Médicos sin Fronteras, ésta no ha sido evaluada ni sistematizada para conocer cómo desarrollarla en otros espacios, por ejemplo, el propio albergue por parte de los médicos del IMSS-Prospera o del mismo personal del albergue.

- El fortalecimiento de la Red de atención

Creemos que existe el compromiso de los actores de la Red para facilitar el acceso y brindar la atención a migrantes en tránsito en los casos de violencia sexual, sida y otros temas vinculados con la salud sexual y reproductiva. Sin duda, se tendrán que establecer formas de comunicación y de coordinación que permitan que la Red se mantenga funcional. Para ello, consideramos relevante que, dentro de las actividades de la Jurisdicción Sanitaria II, el albergue, el IMSS-Prospera y los servicios locales de salud en Ixtepec, se busque tener espacios de discusión periódicos en donde se revisen los casos atendidos y los problemas que se vayan presentando. La comunicación también deberá ser con autoridades federales como el Censida para que los *kits* para la atención de casos de violencia sexual se mantengan en buenas condiciones y se dé el recambio constante de los mismos con la finalidad de garantizar su utilidad.

- Diagnóstico de casos de violencia sexual

Es necesario cambiar el enfoque del discurso sobre el diagnóstico de violencia sexual dirigida hacia migrantes en tránsito. Consideramos que los migrantes han interiorizado los riesgos y daños a los que se podrían enfrentar como consecuencia de migrar. Esto los hace no identificar las diferentes formas en que se ejerce la violencia sexual: el acoso, la coerción, el sexo por sobrevivencia o por intercambio de bienes, entre otras. Incluso han aceptado la violencia física como parte de lo que hay que sufrir para lograr el sueño americano. De esta forma, el discurso deberá focalizarse en el tema de relaciones sexuales penetrativas sin uso de condón, independientemente del tema de la violencia sexual, para identificar de forma oportuna los casos y brindar atención antes de las 72 horas.

El tema para reflexionar es el ejercicio de la sexualidad y las formas en que los y las migrantes la viven y experimentan para, de ser posible, tras esta comprensión, incluir el tema de la violencia sexual en sus distintas formas.

- Sistemas de información

En relación con el desarrollo de sistemas de información, se plantean retos importantes, sobre todo el de contar con un sistema único y homogéneo en las distintas casas y albergues de migrantes. Se conoce ya en detalle el sistema que utiliza la Red Jesuita de Atención a Migrantes y será importante comenzar el debate sobre la complementariedad y utilidad de ambos sistemas y, sobre todo, el objetivo último de los mismos. En esta discusión, sin duda, tendrán que participar los principales involucrados: las propias casas y albergues de migrantes y los demás actores presentes a través de estrategias o proyectos de investigación, como son el IMSS-Oportunidades, Censida, INSP y UNFPA, entre los más relevantes. En estos años se han dado ya los pasos iniciales pero se requiere continuar con los acercamientos y la elaboración de propuestas concretas.

- Fortalecimiento del albergue

El albergue Hermanos en el Camino requiere de inversión inmediata en lo relacionado con el manejo, almacenamiento y preparación de alimentos y dormitorios, así como con el manejo de agua potable y aguas residuales. Es indispensable que apoyos futuros se concentren en resolver estos temas de forma urgente, ya que son la base de la atención humanitaria que brinda el albergue. Encontramos apertura por parte del *staff* directivo, por lo cual, este tema debe mantener su lugar prioritario para la futura inversión por parte de las iniciativas que se desarrollen desde el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para la Atención de Migrantes.

Conclusiones

La perspectiva general del trabajo que se ha venido realizando tanto en la creación de la Red de atención a migrantes como con el propio albergue es positiva y se ha mostrado un avance importante en la atención de la salud y la salud sexual y reproductiva. Existe, sin embargo, gran incertidumbre sobre cómo afectarán las estrategias que, desde el gobierno de México, se han implementado para el control de la migración en el sur del país. Éstas tienen que ver con impedir que los migrantes utilicen el tren de carga, lo que los lleva a la invisibilidad pues se adentran en caminos de extravío en donde son presa fácil del crimen organizado, la población local y las autoridades que atentan contra su seguridad y derechos humanos. Esto impactará de forma directa las casas y albergues de migrantes que se encuentran estratégicamente en zonas cercanas a las vías del tren. El cambio en las dinámicas de la movilidad sin duda será una barrera para que los migrantes accedan a las casas y albergues de migrantes en donde se han fortalecido las redes de atención. Esto supondrá un cambio en la estrategia hacia acciones fuera de las propias casas, lo que representa un reto de importante magnitud. De esta forma, será importante plantear que las redes de atención a estos grupos especialmente vulnerables deberán ser dinámicas y flexibles en su acción. Este reto será importante dada la rigidez con la que funcionan las instituciones en México, lo que representa una desventaja cuando se trabaja con organizaciones de la sociedad civil cuyas características permiten que se ajusten con mayor facilidad a las realidades cambiantes que presenta el fenómeno migratorio y a las respuestas que desde diferentes instancias de gobierno se generan.

Referencias

INEGI. (2010). Oaxaca: Instituto Nacional de Estadística y Geografía [actualizado 2010; consultado 2015 mayo 12]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=20>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México. Diagnóstico situacional, Ciudad Ixtepec, Oaxaca. Cuernavaca: INSP.

Instituto Nacional para el Federalismo y desarrollo municipal. 2005. Municipio de Ixtepec [monografía en internet]. México. Consultado: mayo de 2015. Disponible en: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/ixtepec/municipios/24028a.htm>

Martínez JA. (2014). Denuncian en Saltillo abusos de policías contra migrantes. Noticieros Televisa. Disponible en: <http://noticieros.televisa.com/mexico-estados/1503/denuncian-salttillo-abusos-policias-migrantes/>

Villegas, A. (2014) Impide PF a migrantes subir a la bestia. MILENIO. Disponible en: http://m.milenio.com/estados/migrantes_en_La_Bestia-Segob_plan_contra_migracion-La_Bestia-Tenosique_0_352765044.html



VI. Tabasco

René Leyva, Carmen Rosario Fernández, Omar Rios,
Eileen Brigette Bautista, Rodriguez Eneida Cacique Rasgado,
Marisol Guzmán Moreno, Teresa Hernández Lopez,
Luis Angel Torrez, René Santos, Susana Roman

Introducción

En este capítulo se presenta la experiencia de salud del Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito (PCMT) en los municipios fronterizos de Tenosique y Huimanguillo, Tabasco, una región en la que el tema de migración y salud ha sido poco explorado. El análisis recupera información cualitativa y cuantitativa de fuentes primarias y secundarias de las instituciones de salud, derechos humanos, migración, organizaciones de la sociedad civil y hemerográfica. Esto incluye estadísticas de recursos para la salud, servicios de salud, informes técnicos, análisis de programas específicos, notas periodísticas y de internet sobre el tema de migración, salud y derechos humanos.

La información se sistematiza en cuatro apartados: el contexto sociodemográfico y de servicios de salud focalizado en las jurisdicciones sanitarias donde se desarrolló el programa; el programa estatal sobre migración, salud y derechos; las acciones desarrolladas por la Red social en salud, y las perspectivas a corto y mediano plazo de la relación entre migración y salud, en un marco de promoción y respeto de los derechos humanos.

Los principales resultados muestran una importante presencia institucional en la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique, que ha permitido consolidar una red de instituciones gubernamentales, de la sociedad civil y agencias de cooperación internacional que responden a diferentes necesidades sociales de los migrantes. El abordaje del tema de salud ha facilitado la armonización de diferentes actores para desarrollar una respuesta de carácter integral. A continuación se describen las condiciones en las que se desarrollaron las actividades y sus características específicas en el marco del programa.

Contexto sociodemográfico y de recursos para atención de la salud

El estado de Tabasco representa una de las áreas de mayor complejidad para la dinámica migratoria internacional en la frontera sur de México. Los municipios fronterizos de mayor movilidad poblacional internacional en la frontera México-Guatemala son Tenosique y Huimanguillo (Figuras 1, 2 y 3); sin embargo, la magnitud, temporalidad y direccionalidad de la movilidad poblacional internacional no se encuentran estimadas para esta región, como en la mayoría de las regiones de la frontera sur de México.

La descripción de disponibilidad de recursos para la atención de la salud incluyó ambos municipios así como la Jurisdicción Sanitaria de Villahermosa (capital del estado), principal centro de referencia para atención de problemas de salud de alta complejidad. Se observó una distribución diferencial de los recursos según jurisdicción sanitaria: Villahermosa presenta las mayores proporciones respecto a la población, excepto en centros de salud, para lo cual predomina Tenosique (cuadro I).

Cuadro I.

Disponibilidad de recursos para la atención de la salud de población sin seguridad social en las jurisdicciones sanitarias de Tenosique, Huimanguillo y Villahermosa. Tabasco, 2014

Variable	Jurisdicción sanitaria de Tenosique	Jurisdicción sanitaria de Humanguillo	Jurisdicción sanitaria Villahermosa (Centro)
Centro de salud*	20	43	89
Centros de salud por 1 000 habitantes	0.42	0.29	0.29
Médicos de primer nivel*	25	84	339
Médicos de primer nivel por 1 000 habitantes	0.53	0.57	1.09
Enfermeras para primer nivel*	25	59	234
Enfermeras para primer nivel por 1 000 habitantes	0.53	0.40	0.75
Camas censables*	14	46	641
Camas censables por 1 000 habitantes	0.30	0.31	2.06
Población total sin derechohabiencia (Proyectada 2014)**	42 278	146 536	310 482

* Fuente: Cubos DGIS. Recursos (Infraestructura) SS 2001-2014.

** Fuente: Cubos DGIS. Estimaciones a partir de la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y de las Proyecciones de la Población de los municipios de México 2010-2030, CONAPO (abril 2013).

Nota: Las tasas se calculan con base en la población sin derechohabiencia

Hasta 2013 la información y evidencia sobre los procesos que ocurren y sobre la respuesta institucional gubernamental y de la sociedad civil eran escasas. El inicio de actividades del PCMT en Tabasco estuvo precedido por diferentes situaciones relacionadas con el tema de migración y salud que tuvieron presencia en los medios de comunicación y en la vida cotidiana de algunos municipios del estado.

El primero de ellos fue un accidente ferroviario ocurrido en el municipio de Huimanguillo, en el cual murieron 11 de los 400 migrantes, la mayoría hondureños, que viajaban en el techo del tren de carga. El accidente también dejó un saldo de más de medio centenar de heridos que, en su mayoría, fueron atendidos por los servicios de salud (Info7, 2014).

Días más tarde, otra nota periodística en primera plana y tres páginas interiores (El Herald de Tabasco, 2013) llamó la atención sobre importantes deficiencias en el sector público de salud. Titulada “Se derrumba sector salud”, la nota atribuía diferentes responsabilidades a funcionarios de primer nivel de la Secretaría de Salud de Tabasco: “Muerte por negligencia médica, desabasto de medicamentos e insumos y falta de equipos, hacen evidente el mal funcionamiento del sector salud en Tabasco, señalaron legisladores del ORI, PAN, PVEM y PANAL”. Las páginas interiores señalaban: “Agoniza el sector salud: debacle ha cobrado ya varias vidas”, resaltando la epidemia de dengue como responsabilidad directa del sector salud, especialmente de la Secretaria de Salud de Tabasco.

Ambos temas se encuentran directamente relacionados con el asunto migratorio internacional y con la salud. El primero involucra al principal medio de transporte de migrantes y a la respuesta que los servicios de salud dan a la urgencia médica de éstos. El segundo atribuye a los migrantes el problema de la diseminación de la infección de dengue, cuando se reconoce a Tabasco como una zona donde la enfermedad es endémica debido a las condiciones ecológicas y no necesariamente al tránsito de migrantes.

Este panorama muestra la coyuntura y el clima de adversidad social y política en los que ocurre esta relación entre migración y servicios de salud, en el centro del debate social y de los medios de comunicación masiva.

En este contexto, se iniciaron los contactos con los tomadores de decisiones de los servicios de salud a nivel estatal con el fin de presentar, consensuar y establecer un programa de trabajo como parte del conjunto de estrategias que proponía el PCMT para facilitar el involucramiento de las diferentes organizaciones vinculadas a la respuesta institucional ante la relación entre migración y salud.

Los ejes de trabajo para Tabasco buscaron adherirse a los lineamientos generales en salud del PCMT: se focalizaron en el área de salud sexual y reproductiva en un marco de promoción de los derechos humanos. Para ello, se establecieron tres objetivos específicos:

- Sensibilizar y capacitar a funcionarios y proveedores de servicios locales para la atención de las necesidades de SSyR de las poblaciones en tránsito y para el reforzamiento de la coordinación y colaboración interinstitucional.
- Contar con un sistema de información que permita monitorear los riesgos en salud, con énfasis en SSyR, y el acceso a los servicios de salud por migrantes en tránsito.
- Fortalecer la Red funcional de servicios de salud para las poblaciones en tránsito, incluyendo servicios institucionales y de albergues, con especial énfasis en SSyR y desde un enfoque de derechos humanos, y ampliando la comunicación, coordinación y colaboración entre las redes de servicios de salud en el estado de Chiapas y Oaxaca.

Las autoridades de salud estatal designaron un grupo conformado por cuatro funcionarios de nivel estatal y jurisdiccional, que sería responsable de impulsar el PCMT. Asimismo, se establecieron comunicaciones con el Inami con el fin de contar con la participación de un funcionario de la Delegación de Villahermosa, que brinda atención directa a migrantes. Con este grupo se iniciaron las actividades para alcanzar los propósitos establecidos.

El Programa migración, salud y derechos humanos de Tabasco: estrategias y retos

Las actividades del PCMT en salud fueron iniciadas y desarrolladas con mayor énfasis a nivel local en las jurisdicciones sanitarias de Tenosique y de Huimanguillo, Tabasco. Esta situación estuvo condicionada por importantes cambios en los puestos directivos de la Secretaría de Salud del gobierno del estado, lo que hizo necesario presentar el PCMT (en junio de 2014) a las nuevas autoridades estatales de salud, enfatizando sobre los avances logrados en las jurisdicciones sanitarias de Tenosique y Huimanguillo.

En la nueva presentación a las autoridades estatales se logró establecer compromisos para el desarrollo de las actividades a nivel estatal y consolidar el trabajo iniciado en las dos jurisdicciones sanitarias mencionadas. Se identificó que en las autoridades estatales de salud predominaba un enfoque de salud mental como eje para articular la respuesta en salud para migrantes, entre otros grupos en condiciones de alta vulnerabilidad social, en el estado.

Las autoridades estatales presentaron el Programa migración, salud y derechos humanos de Tabasco, elaborado por el Departamento de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud del gobierno del estado. Este programa tiene una perspectiva intersectorial, y está focalizado en Tenosique, aunque también aporta información sobre la situación en Villahermosa y en Huimanguillo. Sin embargo, las autoridades consideraron que en este último municipio no se contaba con suficientes condiciones para operar el PCMT, dada la escasa capacidad institucional instalada.

El programa plantea que en el estado de Tabasco hay “diez comunidades con tránsito de migrantes debido al paso del tren” y que, durante el tránsito, los migrantes se enfrentan a distintas situaciones, de violencia, discriminación, abuso de sus derechos y, directamente, riesgos a la salud (Programa migración, salud y derechos humanos de Tabasco, 2013). Propone que, para su desarrollo “es indispensable crear una vinculación interinstitucional e interestatal que garantice el acceso de los paquetes básicos de servicio de salud, el ejercicio de sus derechos y de su seguridad”.

Para ello, define cinco prioridades estratégicas: establecer una cultura migratoria que visualice a México como país de destino; salvaguardar los derechos humanos de los migrantes; fortalecer el orden y la seguridad nacional; consolidar el binomio migración y desarrollo, y favorecer la integración y desarrollo humano de los migrantes. Si bien estas prioridades tienen un carácter general que se adhiere al Programa Sectorial de Salud, del gobierno federal 2013-2018 –en su estrategia 4.6, donde establece “Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención a la salud del migrante”–, facilitan la acción local en un marco regulatorio general. De esta forma, el Programa migración, salud y derechos humanos de Tabasco hace referencia a las siguientes líneas de acción: ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como en extranjero; ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los consulados móviles, y proporcionar consejería, detección oportuna y referencia a servicios de salud y orientación sobre aseguramiento.

Aun cuando se pueden identificar elementos contradictorios en algunas estrategias generales, se considera que en el programa prevalece una propuesta que favorece los derechos humanos de los migrantes y, en consecuencia, al acceso a servicios de salud. En este marco, se logró iniciar las actividades del PCMT en salud a partir del grupo interinstitucional del estado de Tabasco con un importante impulso del grupo de participantes en el Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos.

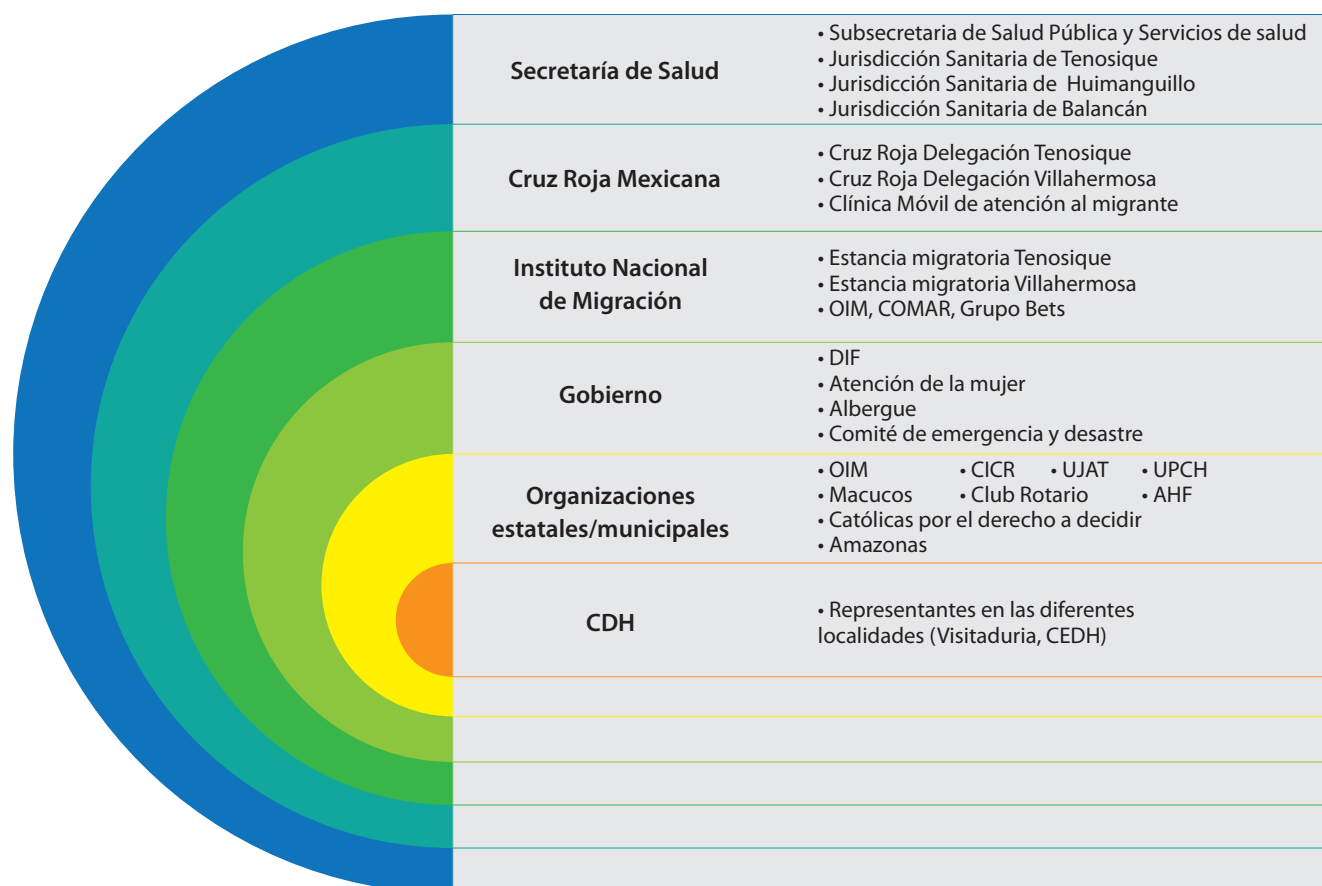
La Red funcional intersectorial de salud en Tabasco

A partir de un análisis realizado como parte de las actividades académicas del diplomado, los participantes identificaron actores clave en la respuesta a las necesidades de salud de los migrantes irregulares en las regiones y sitios estratégicos ubicados en la zona fronteriza con Guatemala.

Este primer ejercicio permitió identificar y, posteriormente, convocar a los actores presentes en Tenosique y Huimanguillo, para organizar un espacio que permitiera integrar la respuesta social en salud para migrantes. El principal reto identificado fue la falta de convergencia en los propósitos y actividades de las diferentes organizaciones debido a que “cada organización cuenta con su propia agenda, sus recursos, tiempos de ejercicio y metas”, independientemente de los de las demás. Asimismo, se tenía poco clara la relación institucional de las diferentes organizaciones que ya participaban en la respuesta. Uno de los aspectos que llamó la atención en esta primera identificación de actores fue que no figuró la Casa del Migrante de Tenosique, “La 72”, que es uno de los principales espacios de atención humanitaria a migrantes en tránsito.

Estado de Tabasco
Mapa de actores clave

Diplomado Migración, salud y derechos humanos



Fuente: Equipo Tabasco. Informe Final. Módulo I. Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos. Tlapachula, Chiapas. 27 de septiembre del 2013.

En ambos municipios, la jurisdicción sanitaria correspondiente mostró su capacidad y liderazgo para convocar e integrar a los diferentes actores con el propósito de constituir la Red funcional para atención a la salud del migrante. En el caso de Tenosique, la práctica organizativa de los directivos de la jurisdicción sanitaria, así como la importante presencia de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil facilitó la convocatoria y se logró una alta respuesta de las diferentes instituciones.

De acuerdo con la minuta fechada el 24 de enero de 2014, se integró el Comité Interinstitucional sobre Migración, Salud y Derechos Humanos de Tenosique, Tabasco (Red de migración y salud) casi de forma inmediata a la conclusión del primer módulo del diplomado, con la participación de las instituciones que se mencionan en el cuadro I.

Cuadro I.

Red de migración, salud y derechos humanos de Tenosique, Tabasco

Organización	Participante
Secretaría de Salud del Gobierno de Tabasco	Jurisdicción Sanitaria de Tenosique
Cruz Roja Mexicana y Comité Internacional de la Cruz Roja	Cruz Roja Delegación Tenosique Clínica Móvil de Atención al Migrante
Instituto Nacional de Migración	Estancia Migratoria Tenosique Grupo Beta
Gobiernos estatal y municipal	DIF Atención de la Mujer
Organizaciones de la sociedad civil	Católicas por el Derecho a Decidir Amazonas Casa del Migrante “La 72”
Instituciones académicas	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Comisión Estatal de los Derechos Humanos	Representantes en las diferentes localidades (Visi- taduría, CEDH)
Consulados	Guatemala El Salvador Honduras

En la primera reunión se presentó el Programa migración, salud y derechos humanos y se explicó la funcionalidad de cada uno de los programas de salud y los propósitos de las diferentes instituciones participantes en la Red de atención a la salud de migrantes en tránsito. Entre los principales acuerdos, se menciona: “El Grupo Beta propone reforzar la promoción en la atención a migrantes en zonas donde pasan para informarles del derecho a recibir atención médica gratuita, y disminuir el miedo a ser reportados a Migración y ser deportados”; “capacitación a los centros de salud y hospitales que brindan atención a migrantes sobre el conocimiento de la Ley General de Salud (Art. 27 y 8) que refiere que tienen derecho a acciones de prevención y promoción así como atención médica”.

A partir de esta reunión, se estableció una agenda de seguimiento de los compromisos institucionales para mejorar el acceso a los servicios de salud de los migrantes. El tema de salud jugó un papel central para armonizar diferentes intereses y establecer objetivos de corto y mediano plazo. El tema se relacionó con la mejoría en el acceso a los servicios de salud por parte de los migrantes en tránsito, que representa uno de los principales reclamos de organizaciones de la sociedad civil, como la Casa del Migrante.

Si bien, la conformación de la Red representa un avance de carácter organizacional con una participación intersectorial en la respuesta en salud, se debe resaltar que las acciones de atención a problemas de salud ya estaban desarrollándose por la Jurisdicción Sanitaria y por el Hospital de Tenosique. De acuerdo con los datos estadísticos disponibles en los servicios de salud durante el periodo 2012 a enero de 2015, se había proporcionado un total de 342 servicios de atención hospitalaria. De éstos, 61.5% fueron a hombres y 38.5 a mujeres (cuadro II). Del total de atendidos, 5.8% requirieron hospitalización y 2.9% fueron referidos a un centro de atención de mayor complejidad. En su mayoría, los problemas de salud fueron atendidos de forma ambulatoria, no hospitalaria.

Cuadro II.

Perfil de daños a la salud de migrantes atendidos en el hospital de Tenosique. Tabasco, 2012-2015

Diagnóstico	2012		2013		2014		2015
Embarazo/parto/puerperio	6	5.2	17	14.5	15	14.9	0
Infecciones respiratorias agudas	12	10.3	16	13.7	23	22.8	2
Enfermedad diarreica aguda/deshidratación	32	27.6	26	22.2	14	13.9	1
Traumatismo/policontusio	25	21.6	11	9.4	14	13.9	2
Otros diagnosticos	41	35.3	47	40.2	35	34.7	3
Total (n)	116	100.0	117	100.0	101	100.0	8

Fuente: Jurisdicción Sanitaria Tenosique, Tabasco. Egresos y atención hospitalaria a migrantes. 21012-2015

En estas condiciones, la Red se constituyó en un espacio de diálogo, de gestión y de análisis de la situación, con el fin de generar respuesta a demandas específicas de alta complejidad y fortalecer la capacidad de respuesta institucional. A través de la Red, se tiene la posibilidad de gestionar recursos humanos, materiales y técnicos que podrían ser movilizados en los casos que se requiera.

La Casa del Migrante de Tenosique, “La 72”

La Casa del Migrante de Tenosique representa uno de los espacios de atención humanitaria a migrantes más importantes en el municipio. Es una organización de carácter religioso que se encuentra adscrita a la Red Jesuita de Atención a Migrantes; sin embargo, cuenta con autonomía organizacional, funcional y financiera, lo que le permite responder a las diversas y complejas necesidades de los migrantes. Sus instalaciones cuentan con espacios de dormitorio para hombres y mujeres, niños no acompañados, familias, cocina (de leña) y espacios de recreación y comunicación. Durante 2014, se encontraba en proceso de construcción de áreas deportivas, además de otros espacios que mejoran la confortabilidad de la estancia de los migrantes que, en ocasiones, llega a ser de meses.

El PCMT estableció acuerdos para desarrollar las diferentes actividades con la Casa del Migrante de Tenosique, pero no fue hasta junio de 2014 que el área de salud del programa logró establecer comunicación formal con el director de la Casa, a través de la gestión de la representante de ACNUR, agencia participante, que desarrollaba actividades con la Casa en el marco del PCMT.

Se llevó a cabo una visita con la participación de representantes estatales de salud, en la cual se identificaron diferentes necesidades de salud de los migrantes y requerimientos en relación con la capacidad instalada y de funcionamiento de la Casa. Su director, Fray Tomas, expresó su apertura para iniciar una colaboración en el campo de la salud, aun cuando identificó importantes limitaciones en las capacidades de las instituciones públicas para proveer servicios de salud. En esa oportunidad, se le invitó a participar en el comité intersectorial (la Red) de Tenosique, y los directivos estatales de los servicios de salud establecieron el compromiso de desarrollar actividades en promoción de la salud, especialmente focalizadas en grupos con mayor exposición a riesgo y vulnerabilidad social.

Desde la perspectiva de la Casa del Migrante, se percibe una sensación de aislamiento político, que hace difícil establecer comunicación con las otras instituciones participantes de la Red: consideran que

espacios como la Red constituyen áreas poco efectivas para la gestión y resolución de necesidades. Esta perspectiva se basa en una amplia experiencia negativa de la Casa, que ha buscado llegar a acuerdos institucionales y verbales, pero que con poca frecuencia se han llevado a la práctica. De acuerdo con el director de la Casa, se requiere “traducir en prácticas las declaraciones institucionales”. Una de las solicitudes fue contar con el compromiso de las diferentes instituciones participantes en la Red y de los representantes estatales de salud para elaborar un programa de acción en salud en colaboración con la Casa del Migrante. Sin embargo, dicho plan no fue concretado y la posibilidad de contar con un acercamiento para mejorar la colaboración institucional se redujo sustancialmente.

La Casa del Migrante representa un espacio de alta oportunidad para establecer mecanismos concretos de colaboración a favor de los migrantes. Sin embargo, esto requiere que las instituciones públicas adopten un rol de mayor adherencia a sus compromisos y den continuidad a las actividades iniciadas con el fin de generar las condiciones para la necesaria colaboración intersectorial propuesta en el Programa migración, salud y derechos humanos de Tabasco.

Por supuesto, ésta no es una condición exclusiva para colaborar de forma armónica con la Casa, sino un principio de funcionalidad y compromiso a mediano y largo plazo. La falta de cumplimiento de los acuerdos mínimos de acercamientos entre directivos estatales de salud y de otras instituciones ha generado una actitud de distanciamiento de la Casa respecto del conjunto de instituciones participantes en la Red. No obstante, las necesidades de salud requieren ser atendidas, y la respuesta concreta del hospital de Tenosique y de otras unidades de salud representa una práctica documentada sobre la accesibilidad a los servicios de salud, aun en ausencia de compromisos político-administrativos locales que podrían facilitar todavía más el acceso a servicios de salud y contribuir a fortalecer la capacidad de respuesta local.

Gestión y coordinación interinstitucional estatal

A nivel estatal, el impulso relevante estuvo dado por el Departamento de Salud Reproductiva, que incluye los programas de SSyR de adolescentes, planificación familiar y arranque parejo en la vida. Estas áreas fueron clave para promover y gestionar la participación de organizaciones del gobierno del estado, tanto en salud como en desarrollo social, el Instituto Nacional de Migración, la CNDH, AHF y Cruz Roja Internacional, entre otras instituciones. Desde este nivel, se desarrolló una estrategia para ampliar la participación de proveedores de servicios de salud en la Jurisdicción de Villahermosa, la cual concentra los hospitales y otros servicios de mayor complejidad para atención en salud.

Durante septiembre y octubre de 2014, se desarrollaron actividades con el apoyo financiero y logístico directo de los servicios de salud del Gobierno del Estado de Tabasco y de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a través de la Visitaduría sobre Migración y el Programa de VIH, para asegurar la participación de los proveedores directos de atención en salud, derechos humanos y migración en las unidades de salud clave a nivel estatal, así como de instituciones de la sociedad civil, agencias gubernamentales relacionadas con el tema de migración y hospitales de segundo nivel.

Con la participación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a través de la V Visitaduría y del Programa de VIH, se elaboró y presentó una detallada revisión y actualización del marco jurídico mexicano sobre derechos humanos en un taller intensivo de corta duración (4 horas). Se abordaron los aspectos de gestión y atención relacionados con la SSyR: VIH/sida, violencia, anticoncepción, embarazo, parto, salud psicosocial, promoción a la salud. Participó el personal del área de urgencias de los cuatro hospitales de alta especialidad del estado: Hospital Roviroso, Hospital Juan Graham, Hospital de la Mujer, Hospital del Niño, que son clave para la atención de problemas de salud de alta complejidad.

La comunicación horizontal: el Whatsapp (migración, salud y DH)

Uno de los medios utilizados para facilitar la comunicación horizontal entre los integrantes de la Red ha sido la conformación de un grupo de comunicación que utiliza la aplicación *Whatsapp*. Este grupo se generó a partir de la consolidación del grupo de trabajo participante en el módulo I del diplomado y ha permitido dar seguimiento a diferentes procesos de gestión así como a la atención de casos en áreas de alta complejidad.

Entre los procesos de gestión que se han abordado y resuelto a través del uso de este medio se encuentran:

- Identificación de la disponibilidad de kits de atención médica para atender las consecuencias de la violencia sexual, y gestión de reasignación con el fin de ubicarlos en las unidades con mayor accesibilidad para que estuvieran disponibles las 24 horas para su uso, como parte de los insumos de atención de urgencia médica.
- Procedimientos de colaboración con la Cruz Roja Internacional para la identificación y atención de personas que sufrieron violencia sexual.
- Solicitudes de información y contactos de apoyo para brindar atención a diversas necesidades de salud (atención de embarazos con complicaciones, VIH, partos, entre otros).
- Movilización de apoyos institucionales para la atención de problemas de salud.

Hasta el momento de este informe, el grupo de comunicación Migración, Salud y Derechos se mantiene activo, lo que ha permitido dar seguimiento a los procesos relacionados con el tema de migración y salud en la frontera de Tenosique, Tabasco, con Guatemala.

Conclusiones, retos y perspectivas

La experiencia desarrollada en el estado de Tabasco muestra el alto potencial para el desarrollo de un modelo de cooperación que puede ser replicado tomando como referencia sus principios básicos de respeto a las diferencias y la promoción de procedimientos que permitan dinamizar la respuesta interinstitucional para el abordaje de distintas necesidades sociales, las de salud entre ellas.

Estas diferencias en las perspectivas institucionales permitieron estar representados en un programa estatal que sirvió de marco para articular al conjunto de instituciones presentes en la región de Tenosique. El tema de salud, como centro de la convocatoria, facilita la armonización de los intereses de los distintos actores convocados y representados en la Red. La búsqueda de respuestas en salud, no sólo desde las instituciones de salud, facilitó integrar la posición de representantes de instituciones de migración, derechos humanos y sociedad civil en favor de movilizar recursos propios o contribuir a la gestión complementaria para el fortalecimiento de la respuesta.

El tema de la sensibilización no tuvo un carácter comunitario; estuvo focalizado en tomadores de decisiones y participantes que se fueron integrando a la Red de respuesta a las diferentes necesidades de los migrantes, no sólo a las de salud. En este marco, pueden ser de alto valor los encuentros cortos entre los proveedores directos de los servicios, con el fin de analizar asuntos “no cotidianos” (por ejemplo: el tema jurídico-legal en que se inscribe su quehacer de atención a migrantes irregulares) sobre los cuales hay serias dudas que podrían obstaculizar el funcionamiento institucional.

No obstante, se reconocen limitaciones de carácter estructural en las instituciones tanto gubernamentales como de la sociedad civil que dificultan los alcances de estrategias como la desarrollada en el

PCMT. Por ejemplo, no fue posible poner en práctica el sistema de información para monitoreo de riesgos en salud de los migrantes ni en la Casa del Migrante ni en los servicios de salud, debido a la escasa disponibilidad de recursos humanos, equipo (de cómputo) e internet. De acuerdo con las observaciones de campo, no parece que este asunto tenga una solución en el corto plazo en ninguna de las instituciones debido a serias deficiencias en la capacidad instalada general de estas instituciones.

Otro elemento que puede ser una expresión de lo anterior es el hecho de los escasos avances en Huimanguillo, a pesar del impulso e interés del personal de salud. En este municipio es muy escasa la representación de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil con quienes implementar una estrategia semejante a la descrita en Tenosique. Los funcionarios de diversas instituciones señalaron que Huimanguillo representa una zona donde la información sobre procesos relacionados con la atención a las necesidades de migrantes en tránsito es muy escasa y que, si bien los servicios de salud brindan la atención a libre demanda y sin restricciones para migrantes, son escasas las posibilidades de incrementar la capacidad institucional para fortalecer la respuesta. En estas condiciones, diferentes eventos podrían contribuir con el deterioro de los avances logrados para la atención de la salud de un grupo en condiciones de alta vulnerabilidad social, como los migrantes en tránsito.

Por esta razón, se considera necesario que, para contextos como Tenosique, se preserve la comunicación externa hacia el conjunto de instituciones que participan del programa, con el fin de preservar la visibilidad de las acciones. Esta evidencia puede contribuir a movilizar recursos de diferente orden para potencializar la respuesta. La participación en la Red de instituciones académicas, como la Universidad Autónoma de Tabasco, representa una de las oportunidades con mayor potencialidad para dar acompañamiento y sistematización a los procesos hasta ahora logrados. Asimismo, es importante resaltar el rol de los profesionales del Diplomado en Migración, Salud y Derechos Humanos, que representa un núcleo crítico con una alta potencialidad de desarrollo para el fortalecimiento institucional.

La experiencia descrita en Tenosique se puede caracterizar, de forma resumida, por los siguientes elementos: presencia en medios de comunicación del tema migratorio vinculado a salud, lo que contribuye a formar opinión pública en los habitantes de la región en torno al problema; presencia de actores de diferentes instituciones en la respuesta al tema migratorio, con escasa convergencia en intereses y perspectivas; acción social en salud de instituciones gubernamentales (Jurisdicción Sanitaria y Hospital de Tenosique de la SSA) e internacionales (CICR) que han respondido de forma efectiva a las necesidades de los migrantes; decisiones estatales de salud con amplia experiencia para formular e integrar respuestas en un marco de colaboración intersectorial. Estos elementos constituyeron las áreas de oportunidad para la búsqueda de cohesión y fortalecimiento institucional en las que intervino el PCMT en Tabasco.

Referencias

- Info7. (2013). Suman 11 muertos por accidente de tren en Huimanguillo, Tabasco. 28 de agosto. Consultado 1 septiembre 2013 en http://www.info7.mx/noticia/420697/suman_11_muertos_por_accidente_de_tren_en_huimanguillo_tabasco
- El Heraldo de Tabasco (2013). Se derrumba el sector salud. Consultado 1 septiembre 2013 en <http://www.oem.com.mx/oem/notas/n3105036.htm>
- Programa migración, salud y derechos humanos de Tabasco (2013). Versión electrónica. Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco, Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Salud Reproductiva. Villahermosa, Tabasco.



VII. Conclusiones y recomendaciones

René Leyva, César Infante, Frida Quintino

El Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito (PCMT) tuvo como propósito apoyar los esfuerzos que realiza el gobierno de México por mejorar la protección de las poblaciones migrantes vulnerables en tránsito por el país con dirección hacia el norte, principalmente hacia los Estados Unidos. En el área de salud, buscó facilitar la colaboración interinstitucional entre diferentes actores en los estados de Oaxaca, Chiapas y Tabasco para incrementar el acceso a los servicios de salud por parte de migrantes en tránsito.

A pesar de su breve periodo de ejecución, se lograron avances en diferentes áreas y se identificaron retos significativos y novedosos que requieren ser atendidos como parte de las políticas públicas. Los avances logrados fueron posibles debido a la identificación y consolidación con redes funcionales para la atención de la salud y derechos humanos de migrantes, cuya conformación fue uno de los resultados más relevantes del Diplomado sobre migración, salud y derechos humanos, desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Fundación Ford, en el marco del PCMT.

Sobre esta base, se escalaron las estrategias en los tres estados y se buscó desarrollar respuestas específicas a temas clave de salud sexual y reproductiva. La colaboración y apoyo de los directivos del UNFPA fue fundamental para la movilización de los recursos humanos, técnicos y financieros que hicieron posible el alcance de los resultados.

Se observó un avance diferencial en el diseño, implementación y logros de las estrategias en cada uno de los estados, lo que se relaciona con la capacidad instalada y la experiencia institucional, y con

la complejidad del propio proceso migratorio. Además, se reconoce la influencia del contexto general de creciente violencia en los países de origen, tránsito y destino, y el cambio en los perfiles de política migratoria en México, que modificaron de manera sustantiva las rutas y medios tradicionales del tránsito migratorio irregular por México. En estas condiciones de alta adversidad social y política cobran significado los principales avances alcanzados y los retos identificados a nivel regional (Oaxaca, Chiapas y Tabasco) y para cada uno de los estados. Al mismo tiempo, se pueden establecer algunas perspectivas, a manera de hipótesis, de lo que podría tener un programa semejante en el corto plazo.

Experiencia regional de la respuesta para el desarrollo de redes en atención al migrante

Se identifican avances en diferentes dimensiones: organización (desarrollo de redes); procesos de comunicación para intercambio de información; desarrollo de rutas de acceso; generación de evidencia sobre acceso a servicios de salud para migrantes en tránsito, y participación institucional en salud. La capacitación formal a través del diplomado representó el medio para la conformación de núcleos críticos de profesionales con capacidad científico-técnica para la comprensión, diseño, implementación y evaluación de resultados de estrategias en el campo de migración y salud. A continuación se resumen las características generales de cada una.

- Organización: en los estados donde se desarrolló el programa se cuenta con un núcleo de profesionales que han impulsado la articulación y funcionamiento de redes institucionales con participación gubernamental y de la sociedad civil, para el diseño, implementación y evaluación de estrategias, que han quedado descritas en el contenido de los capítulos correspondientes a Oaxaca, Tabasco y Chiapas. El nivel de influencia de la red, en términos de movilización de recursos, abordaje y resolución conjunta de problemas, y vinculación institucional con otros sectores ha sido diferencial para cada estado. No obstante, los integrantes de las redes han impulsado este tipo de estrategias que en su mayoría han quedado documentadas en minutas, registros estadísticos, notas periodísticas, comunicaciones electrónicas, entre otras formas que han generado evidencia sobre este proceso.
- Procesos de comunicación para intercambio de información estratégica: en cada uno de los estados se ha generado un procedimiento formal, como parte de las normas regulares de operación institucional. En la actualidad, los servicios de salud cuentan con estadísticas sobre la atención proporcionada a migrantes, pero también sobre gestiones relacionadas con los procesos de atención y resolución de sus necesidades. No obstante, se identifican aspectos diferenciales en los determinados procedimientos que requieren ser estandarizados y simplificados en su operación. Éste es el caso del procedimiento de aseguramiento temporal al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), que ha mostrado variaciones significativas en los procedimientos establecidos a nivel local para cada uno de los estados.
- Sistema de información para el monitoreo de las condiciones sociodemográficas, riesgos y acceso a servicios de salud para migrantes en tránsito: el sistema desarrollado, después de pruebas por casi cinco años, se tiene ahora funcionando en su versión electrónica, en línea, en las casas del migrante de Tapachula, Chiapas e Ixtepec, Oaxaca. No obstante, es importante considerar que para que dicho sistema funcione de manera apropiada se requiere reunir aspectos tecnológicos (capacidad instalada) y condiciones de operación y funcionamiento de las casas e instituciones de salud para asegurar la voluntariedad, confidencialidad y privacidad de los participantes. Estas condiciones no se reunieron en Tenosique, Tabasco, por lo que no fue posible instalar el sistema de información. Es importante considerar que la generación de evidencia

sobre migración, salud y derechos humanos no sólo depende de la puesta en práctica de este sistema, sino del conjunto de herramientas institucionales que se han puesto en marcha para documentar diferentes procesos de operación y funcionamiento de las instituciones sociales y gubernamentales. Un asunto pendiente es la generación de capacidades para difundir, de manera oportuna y en los espacios apropiados, la información estratégica generada, con el fin de colocar el tema en la agenda regular de los tomadores de decisiones en salud.

- Participación institucional en salud: en este segmento de avances se pueden reconocer tres grupos de instituciones relevantes para la atención en salud de migrantes: la incorporación del programa IMSS-Prospera en la respuesta en salud a los migrantes, la participación del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (Censida), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y la participación de organizaciones internacionales de salud (Aids Health Care Foundation, Comité Internacional de la Cruz Roja). La participación de estas instituciones responde a especificidades y características de riesgos en salud de los migrantes. A nivel más general, el IMSS-Prospera, focalizado en brindar atención en salud a migrantes en tránsito en coordinación con las casas del migrante, representa uno de los avances más significativos, cuyo alcance y potencialidad aún no se han dimensionado en la respuesta a las necesidades de salud de los migrantes. No obstante, las experiencias iniciales en Arriaga, Chiapas e Ixtepec, Oaxaca representan oportunidades para fortalecer el campo de atención primaria a la salud, promoción de la salud y prevención de riesgos, con la participación de profesionales en salud. En este sentido, es necesario tener presente a esta institución como parte de los actores clave en el futuro inmediato, ya que cuenta con las capacidades institucionales para generar un modelo de atención apropiado a las condiciones de movilidad y riesgos relacionados con el tránsito por México.
- La participación del Censida responde a una problemática relacionada con la exposición a riesgos en salud sexual que fue identificada desde el inicio de los estudios sobre migrantes en tránsito por México (Bronfman *et al.*, 2004). No obstante, los procesos relacionados con la dinámica migratoria, no sólo no han cambiado, sino que la situación de relaciones sexuales transaccionales y violencia sexual se ha agravado (Serván *et al.*, 2014). Desde 2007, Censida, en una política progresista y de equidad autorizó el acceso a tratamiento antirretroviral y atención médica integral a todos los migrantes en tránsito, independientemente de su condición migratoria. Más recientemente, el Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva se ha sumado a las acciones de salud para migrantes, especialmente en respuesta a la atención integral de personas que han sufrido violencia sexual. Ante ello, se exigió la aplicación de la Norma Oficial Mexicana (SSA, 2009) sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres, y se aseguró la disponibilidad de *kits* de atención para la violencia sexual en migrantes, los cuales fueron distribuidos a todos los estados del país. No obstante, en la práctica cotidiana se identificaron retos administrativos que obstaculizan el flujo de tales recursos y su disponibilidad en las unidades que brindan atención en salud. Los integrantes de la Red en Oaxaca, Tabasco y Chiapas hicieron gestiones a nivel estatal y lograron movilizar dichos insumos: en la actualidad se desarrollan procedimientos específicos que facilitan su disponibilidad en las diversas instituciones a las que acuden las personas afectadas, especialmente en las fiscalías. Integrantes de la Red monitorean el uso de los mismos así como su disponibilidad en las unidades de atención. Finalmente, la participación de instituciones de cooperación internacional como AHF y Cruz Roja Internacional ha contribuido a fortalecer las capacidades en los temas de salud sexual y reproductiva (especialmente, al promover el diagnóstico y atención oportuna de VIH) y en la atención de violencia y accidentes, respectivamente. Su acción ha sido clave para desarrollar medidas de continuidad y sostenibilidad de las intervenciones a nivel local en los tres estados.

Retos regionales

La dimensión y la complejidad del proceso migratorio en tránsito por México representan el principal reto para estructurar una respuesta organizada en salud. A finales de agosto de 2014, el acceso a la ruta tradicional de transporte mediante el tren de carga fue bloqueado a los migrantes. A partir de entonces, los migrantes han tenido que explorar nuevas rutas para su tránsito por México, las cuales, al parecer, resultan más inseguras y riesgosas.

Ante esta situación se proponen, cuando menos, dos hipótesis sobre los efectos de la política migratoria sobre el control del flujo de migrantes irregulares: la reducción de la migración irregular por México hacia Estados Unidos o la dispersión del flujo migratorio, o ambos efectos. Lo plausible parece ser la dispersión de migrantes en tránsito por nuevas rutas con la participación de nuevos actores en procesos que frecuentemente resultan en mayor vulnerabilidad para la población en tránsito.

Al momento de este análisis, se desconocen la magnitud y el tipo de efectos sociales y en salud que esta política tenga; sin embargo, se espera que los problemas de salud y de violación de los derechos humanos sean más frecuentes y de mayor gravedad, debido a la falta de redes de soporte social para los migrantes. Esta situación se agrava ante el clima de violencia que se vive en México y en los diferentes países de origen, y se suma a una política anti-migratoria en Estados Unidos, principal país del flujo migratorio centroamericano y mexicano (Serván *et al.*, 2014).

Como se ha documentado con datos de Ixtepec, Oaxaca, las casas de migrantes establecidas a lo largo de la ruta del tren han registrado un descenso significativo de usuarios; sin embargo, de acuerdo con entrevistas a integrantes de estas casas, se espera que los procesos y rutas migratorias vuelvan a “la normalidad”. De acuerdo con los datos, no parece ser ése el escenario, por lo menos en el corto plazo. Esto, hace más complejo el proceso de búsqueda y acceso a servicios de salud por parte de los migrantes.

“Cuando sabíamos la respuestas... nos cambiaron las preguntas” fue una de las expresiones más reveladoras que se utilizaron en una de las sesiones de cierre del PCMT en Chiapas. Sintetizaba, de forma rápida, los nuevos retos que enfrentan los migrantes y las instituciones de salud, derechos humanos, entre otros, para el diseño de estrategias adecuadas a estos escenarios. Las casas del migrante son fijas; no es fácil construir nueva infraestructura y contar con las redes sociales de apoyo para la gestión de las mismas para ajustarse a las nuevas dinámicas de movilidad. Sin embargo, se examinó un primer ejemplo en Oaxaca sobre la distribución de los servicios de salud en áreas no migratorias y la atención a migrantes en tránsito, como una estrategia para aproximarnos al monitoreo de la nueva situación. Esta primera exploración parece funcionar y se espera, en el corto plazo, diseñar estrategias apropiadas para esclarecer los procedimientos que faciliten el acceso a los servicios de salud, en áreas o zonas consideradas de no tránsito de migrantes irregulares. Sin embargo, por ahora, la situación es de incertidumbre sobre las rutas y condiciones migratorias así como sobre los efectos de esta nueva situación en la salud y derechos humanos.

En estas condiciones se requiere contar con estudios exploratorios para conocer las nuevas condiciones en que ocurre el proceso migratorio y ajustar las estrategias institucionales a la nueva situación. Al respecto, Médicos Sin Fronteras y la Cruz Roja Internacional han iniciado un proceso de revisión que les permita ajustar su respuesta al nuevo contexto migratorio.

Perspectivas

Los avances logrados por este programa requieren ser fortalecidos en el corto plazo con el fin de replicar la experiencia y capacidad institucional ganadas, producto de más de una década de trabajo con la participa-

ción de organizaciones de la sociedad civil, instituciones gubernamentales y de cooperación internacional.

En el corto plazo, se considera urgente monitorear los puntos de entrada en la frontera sur de México, así como algunos puntos de convergencia migratoria ubicados en el Estado de México y en los principales lugares de contacto de la frontera de México con Estados Unidos. Esto podría contribuir a identificar la recomposición de la dinámica migratoria así como los riesgos y la respuesta institucional en salud a la que tienen acceso los migrantes en tránsito. Otro aspecto central está constituido por el monitoreo de los migrantes deportados por México y Estados Unidos hacia Centroamérica. Este grupo representa una población que ha vivido las consecuencias de la política migratoria en México y Estados Unidos, y requiere de una estrategia de apoyo social para la reinserción en sus comunidades de origen, aun cuando se estima que una proporción importante, pero no cuantificada reinicia su viaje hacia Estados Unidos. Las experiencias vividas por esta población podrían constituir información estratégica y sensible sobre los diferentes retos en la movilidad en el territorio mexicano, así como las consecuencias en la salud y los derechos humanos.

Respecto a la continuidad del PCMT, diseñado de manera inicial para brindar cobertura y fortalecer las capacidades institucionales en las rutas tradicionales de los estados del sur de México, éste requiere una reestructuración para responder a la dinámica migratoria cambiante, resultado de la política actual implementada por el gobierno de México. La posibilidad de contar con un diseño de nodos centinela podría contribuir de manera sustantiva en dos aspectos clave: por una parte, a generar información actualizada y novedosa para el desarrollo de nuevas redes funcionales de alta flexibilidad para ajustarse a la dinámica migratoria y responder a las necesidades de salud. Por otra parte, facilitaría la interacción entre autoridades municipales y estatales con organizaciones de la sociedad civil, academia y agencias de cooperación para intercambiar, de forma rápida, el conocimiento y la tecnología para implementar estrategias apropiadas a las necesidades de los migrantes. No se considera necesario ampliar la cobertura regional a otros estados, toda vez que esto implica iniciar las estrategias y contar con recursos financieros adicionales, sino generar nuevos diseños que respondan a la alta flexibilidad de la dinámica migratoria. La colaboración con instituciones académicas y de la sociedad civil podría ser uno de los ejes operativos clave para este nuevo diseño institucional, en cada uno de los estados donde ahora opera el PCMT.

Las organizaciones sociales y gubernamentales establecidas en las rutas tradicionales requieren focalizar su atención y capacidad de respuesta hacia los problemas más frecuentes y de mayor gravedad que afectan a los migrantes. El PCMT y otras instituciones e iniciativas presentes podrían contribuir a monitorear la efectividad de la respuesta establecida en esta ruta migratoria.

Referencias

- Bronfman Mario, Leyva René, Negroni Mirka (2004). Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- Servan-Mori, E., Leyva-Flores, R., Infante, C., Torres- Pereda, P., & Garcia-Cerde, R. (2014). Migrants Suffering Violence While in Transit Through Mexico: Factors Associated with the Decision to Continue or Turn Back. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16,53–59.
- SSA. Norma Oficial Mexicana (2009). Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación. México, D.F.

Siglas y acrónimos

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AHF	Aids Health Care Foundation
CAITF	Centros de Atención Integral al Tránsito Fronterizo
CAPASITS	Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual
Censida	Centro Nacional para la Prevención y control del VIH y el sida
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Coesida	Consejo Estatal para la Prevención del Sida
Conapo	Consejo Nacional de Población
DH	Derechos Humanos
DSR	Derechos sexuales y reproductivos
Ensanut	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Inami	Instituto Nacional de Migración
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Mexfam	Fundación Mexicana para la Planificación Familiar
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
PCMT	Programa Conjunto de Migrantes en Tránsito
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
Sipam	Salud Integral para la Mujer
SPDFSYECI	Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSyR	Salud sexual y reproductiva
UMyS	Unidad de Estudios sobre Migración y Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNODC	Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito