



Manual de Referencia

Migración Saludable en América Central





Manual de Referencia

**Migración
Saludable en
América Central**

Las opiniones expresadas en el presente informe son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican juicio alguno por parte de la OIM sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona citados, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La OIM está consagrada al principio de que la migración en condiciones humanas y de forma ordenada beneficia a los migrantes y a la sociedad. Como organización intergubernamental, la OIM actúa como socio en la comunidad internacional, con el fin de ayudar a responder a los retos funcionales de la migración; contribuir a una mayor comprensión de los problemas ligados a la migración; promover el desarrollo social y económico mediante la migración y defender la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

©2012 Organización Internacional para las Migraciones

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada en ningún sistema de recuperación de datos o transmitida en cualquier forma o por cualquier procedimiento, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación o de cualquier otro tipo, sin el consentimiento previo por escrito de la editorial.

Créditos y agradecimientos

Textos: Carlos Van der Laet* y Lucia Maquieira Caeiro**

Producción: Sergio Pacheco S.

Diseño y diagramación: Diseño Editorial

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

División de Salud y Migración

Con el apoyo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR).

Iniciativa Regional “Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, Prevención del VIH/Sida y la Violencia de Género en las Poblaciones Migrantes, particularmente Mujeres y Jóvenes”.

* Oficial Regional en Salud y Migración. Oficina Regional para Centroamérica, Norteamérica y el Caribe. Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

** Pasante. Área de Salud y Migración. Oficina Regional para Centroamérica, Norteamérica y el Caribe. Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

2012



Contenido

Módulo 1	5
Introducción a la migración saludable	7
¿Por qué el término de migración saludable?	7
Salud migrante: nexos entre salud y migración.....	8
¿Movilidad y migración?	9
Realidades de la migración	11
El derecho humano a la salud de las poblaciones migrantes.....	13
Migración saludable desde la interculturalidad	16
Perfil de las personas migrantes: ¿quién es la persona que migra?	17
Principales razones para migrar	20
Mitos y percepciones equivocadas sobre la migración	21
Módulo 2	
Contexto regional de salud y migración	25
De sur a norte	27
Repasando realidades. Impacto global.....	30
Una mirada a la “cintura” de América.....	32
Módulo 3	
Migración como determinante de la salud	44
Migración y Salud.....	45
Dimensiones de la Salud.....	46
Migración como determinante social de la salud	47
Determinantes según el ciclo migratorio.....	48
Condiciones comunes del proceso migratorio y los determinantes de la salud.....	49

Factores que afectan la salud de las personas migrantes durante el proceso migratorio	50
Origen	51
Tránsito	51
Destino.....	51
Retorno.....	51
Factores de vulnerabilidad y marginalidad	52
Género.....	52
Vulnerabilidad de las mujeres.....	52
Etnia.....	53
Orientación sexual	53
Edad	53
Condiciones de trabajo.....	54
Dificultades en el acceso a la información	55
Módulo 4	
Hacia la acción	57
Reflexiones para la acción en salud	59
Integración para el acceso.....	59
Escenarios posibles de acción.....	61
Buenas prácticas en salud. Iniciativas para América Central.	62
Estrategias para mejorar la situación de la población migrante.	
Cambio de Paradigma: de la exclusión a la inclusión....	64
Estrategia de salud pública.....	65
Salud, migración y desarrollo comunitario. De lo asistencial a lo participativo.....	67
Prácticas en salud y desarrollo comunitario.....	68
Bibliografía	70
Abreviaturas	74

Antecedentes

América Central (y teniendo en cuenta desde el punto de vista migratorio la frontera entre México y Guatemala) constituye un espacio geográficamente pequeño, que presenta una altísima movilidad poblacional en comparación con otras regiones del mundo. Esta migración brinda múltiples beneficios para las comunidades de destino, tránsito y origen, mediante el envío de remesas, activación de las economías locales e intercambio intercultural. La migración es realizada con diferentes intenciones y bajo diversas modalidades, no siempre las más adecuadas, lo que aumenta la vulnerabilidad de la salud para las poblaciones migrantes y locales. De esta forma, la migración por sí misma, es un determinante de la salud en los espacios de tránsito, destino, origen y retorno.

El presente informe tiene como objetivo visibilizar las condiciones y el contexto en el que se desarrollan las poblaciones migrantes en América Central, con un enfoque hacia los derechos humanos y la interculturalidad, y con atención prioritaria hacia la salud y el desarrollo humano. Este manual será utilizado como base teórica durante la preparación y elaboración de los *Talleres de Formación y Sensibilización sobre Migración Saludable en América Central*, facilitando a los y las formadoras la sustentación del proceso y enriquecimiento de su conocimiento y experiencia. Pretende generar en la persona en formación, un deseo por ampliar esta base de información y generar nuevos espacios de intercambio para fortalecer las gestiones que se realizan.

Desde la Oficina Regional de la Organización Internacional para las Migraciones y en el Marco del Proyecto “Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Violencia de Género para Poblaciones Migrantes” del Eje 2 del Fondo de Cooperación UNFPA/AECID, se realiza un trabajo conjunto para el fortalecimiento e implementación de estrategias de abordaje con múltiples socios y contrapartes en el tema de la salud de las poblaciones migrantes. Este documento, articulado a los manuales de formación y sensibilización, son un primer insumo para visibilizar la situación actual, fortalecer la presencia del tema en las agendas nacionales y regionales, y sensibilizar a la sociedad hacia la generación de mayores condiciones de equidad y acceso a mejores condiciones de desarrollo.

Módulo 1



Introducción a la migración saludable

Mediante este manual de referencia, se pretende realizar un acercamiento a las condiciones generales de las poblaciones migrantes de América Central, mediante un enfoque de interculturalidad, derechos humanos y salud, buscando visibilizar los espacios de mayor vulnerabilidad y riesgo presentes durante el tránsito y en las comunidades de destino y origen de las personas que migran, siendo base fundamental para la creación de mayores condiciones de equidad e integración.

Inicialmente se realizará una breve introducción para el adecuado manejo de conceptos y términos, relacionados con la dinámica de la movilidad poblacional y sus repercusiones en la salud. Incluye un espacio de análisis y reflexión sobre los derechos humanos relacionados con estas poblaciones.

Finalmente, en este módulo introductorio se presentará la cara humana de la migración, definiendo el perfil de las personas que migran, sus deseos, intenciones, historias y condiciones. También se analizarán algunos de los mitos infundados que generan mayores condiciones de xenofobia y discriminación, esperando con esto crear las bases para un mejor entendimiento y sensibilización sobre el fenómeno de la migración, especialmente en nuestra región.

¿Por qué el término de migración saludable?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”¹. En el contexto migratorio, se sostiene que el enfoque de salud debe comprender las necesidades físicas, mentales y sociales de las personas migrantes, así como las necesidades propias de las comunidades receptoras y de origen.

El enfoque de salud global, trasciende fronteras y gobiernos y exhorta a buscar la efectividad del derecho a la salud de toda persona, sin importar etnia, lugar, nacionalidad o condición migratoria.

Las personas tienen el derecho de migrar y su derecho a la salud debe habitar con ellas. La interculturalidad, exige y requiere que los viejos modelos únicamente biólogos y medicalizados, pasen a ser sustituidos por modelos con un enfoque integral, holístico y contextualizados a las condiciones, características y cosmovisión de las personas (Albó, 2004). Este concepto debe llegar a completarse hasta conciliar las necesidades básicas y las aspiraciones de las personas, no solamente buscando un lugar dónde vivir, qué comer y dónde asistir si se está enfermo, sino también contar con derechos humanos, paz, justicia, opciones de una vida digna y de calidad, posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer, y de tener acceso al arte y la cultura (Restrepo Espinosa y Málaga, 2000).

1 Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946 y que entró en vigor el 7 de abril de 1948 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>) Amplíe el concepto de salud en el capítulo 3.

De esta manera, se considera que el término migración saludable expresa un anhelo de inclusión, equidad y desarrollo, basado en el derecho humano a la salud y permite la creación de condiciones dignas a las personas, independientemente, del lugar donde se encuentren, nacionalidad o condición migratoria.

Contar con población migrante saludable, nos beneficia a todos y todas.

Mediante una migración saludable, segura y ordenada, se busca disminuir el riesgo y la vulnerabilidad mediante la facilitación de espacios y de condiciones adecuadas durante la ruta migratoria. E ste punto de vista también incluye a la comunidad de origen, donde se deben buscar las condiciones para que las y los familiares de la persona migrante cuenten con apoyo psicológico, espacios saludables y acceso a servicios básicos de atención.

El fenómeno migratorio promueve progreso y beneficio; realizado de una forma ordenada y humana genera condiciones adecuadas de salud física, mental y social, que permiten contribuir de mejor manera al desarrollo socioeconómico de las comunidades de origen y destino. La migración es un fenómeno necesario e inevitable debido al equilibrio demográfico, económico, social y político, entre países de recepción y de emisión.

Salud migrante: nexo entre salud y migración

Considerando que...

- La migración es una realidad de nuestra región.
- Según la tendencia histórica, los flujos migratorios regionales aumentarán.
- Una migración en condiciones saludables es un puente para el cumplimiento de deberes y derechos, desarrollo humano, salud pública e integración.
- La migración es un determinante social de la salud.
- La agenda sobre la salud de las poblaciones migrantes requiere de acciones efectivas y del trabajo con socios multisectoriales.

1. **Surge la necesidad de entender el tema de las condiciones de salud de las poblaciones móviles y migrantes como una tarea cada vez más importante y presente para los gobiernos, organismos no gubernamentales y población en general.**
2. Son urgentes nuevas medidas y esfuerzos en el ámbito local, nacional e internacional para proteger la salud de las personas migrantes, mediante una respuesta basada en el respeto a los derechos humanos y en concebir la salud como elemento central en la seguridad y desarrollo de los pueblos y como un bien público global (INSP, 2007).

Migrante	Refugiado
<p>Persona que por diversas razones económicas y personales se moviliza de su lugar de origen a un destino con la intención de establecerse en él de forma temporal o permanente.</p>	<p>Persona que ha sido perseguida, o que tiene fundados temores de serlo, en su país de origen por motivos de raza, nacionalidad, religión, pertenencia a un grupo social u opiniones políticas y que, estando fuera de su país de origen no puede acogerse u obtener la protección efectiva de dicho país.</p>
<p>La diferencia entre los términos se encuentra en la diversidad de factores que originan la movilización. La persona migrante se moviliza principalmente por razones económicas y personales, mientras que la persona refugiada se moviliza obligada o impulsada por factores externos (guerras, catástrofes y persecución).</p>	

En América Central, se estima que cerca del 10% de la población se encuentra fuera de su país. Millones de hombres y mujeres se trasladan dentro de la región y fuera de ella, utilizando diversas modalidades de movilización y bajo diferentes condiciones de registro migratorio.

Los diferentes patrones de desplazamiento tienen impacto directo en la salud de las personas y sus comunidades, generando en algunos casos, espacios de mayor vulnerabilidad donde se incrementan las desventajas sociales, económicas y culturales, la discriminación y xenofobia. Esto, aunado a las posibilidades de acceso a servicios básicos genera que la migración sea un determinante social de la salud.

¿Movilidad y migración?

La migración es el “movimiento de una persona o de un grupo de personas desde una localización geográfica a otra, a través de una frontera administrativa o política, para asentarse, temporal o definitivamente, en un lugar (...) la migración no se produce directamente entre dos lugares sino que comprende varios lugares de tránsito” (OIM, 2003).

La movilidad y desplazamiento de poblaciones es un fenómeno global, presente en nuestra sociedad desde el principio de la humanidad. Alrededor de 240 millones de personas, incluidos 15,2 millones de refugiados, residen fuera de su país de origen. Una de cada 33 personas en el mundo es migrante (OIM, 2010) cuya totalidad se podría representar como el quinto país más poblado del mundo.

La movilidad de las personas tiende a generar oportunidades y tiene lugar con mayor frecuencia de zonas rurales a urbanas y de países más pobres a países más ricos. Sin embargo, es evidente que el tráfico es bidireccional, con poblaciones que llegan, otras que sólo van de paso y otras que retornan. Conocer los diferentes tipos de migración frecuentes en nuestros países, permite elaborar estrategias de atención y propuestas más contextualizadas y específicas para su atención.

Es fundamental considerar la dinámica de la migración, trabajando en todos los espacios del ciclo migratorio: prepartida, tránsito, destino y retorno.

En América Central

encontramos los siguientes tipos de migración:

Por temporalidad

Migrante Temporal

Movilidad con duración prolongada, pero con retorno. Dichas actividades pudieran ser actividades laborales de una semana o periodos más prolongados y generalmente asociados al trabajo agrícola durante tiempos de cosecha.

Migración permanente

La movilidad es definitiva. La persona se inserta en el país al que migra de una forma definitiva, bien llevando con él a su propia familia o formando allí una nueva.

Por movilidad geográfica

Migración Interna

Desplazamiento de personas entre una región y otra de un mismo país, secundarias a condiciones climáticas extremas, limitadas opciones laborales locales, demanda de trabajadores estacionales en otras regiones, procesos desordenados de urbanización, entre otros.

Población transfronteriza

Aunque en ocasiones no es considerada migración por sí misma, son movimientos cotidianos de poblaciones residentes fronterizas que transitan por motivos como: visitas familiares, actividades comerciales, trabajos eventuales diarios, entre otros.

Transmigrante

En tránsito hacia otro país. Por ejemplo, migrantes centroamericanos a su paso por México para migrar hacia Estados Unidos.

Migración Extra regional

Consiste en los movimientos de personas migrantes desde los países de una región hacia otras regiones del mundo.

¿Por qué “migrante irregular” y no “migrante ilegal”?

Ningún ser humano es ilegal. Al no ser la migración irregular una acción de carácter penal, el término “ilegal” es incorrecto, pues criminaliza y etiqueta a las personas migrantes al presentarlas o calificarlas como antisociales o delincuentes.

Niñas, niños y adolescentes que viajan solos

Migrantes no acompañados

Niños, niñas y adolescentes que viajan sin la compañía de un adulto e intentan establecerse en el país receptor como personas indocumentadas

Modalidad muy frecuente en la región y que debe ser considerada como prioridad.

Por condición jurídica

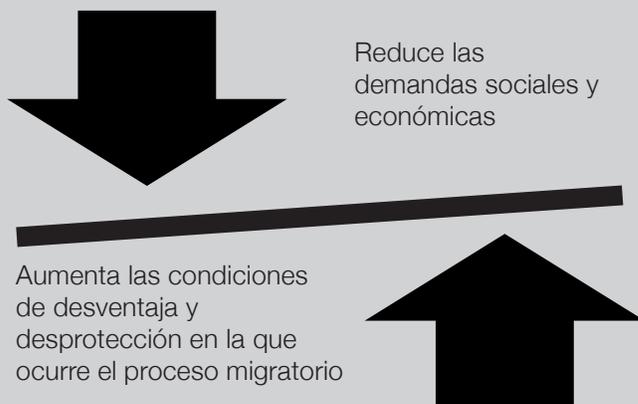
Migrante irregular

Persona quien, después de haber ingresado irregularmente o tras el vencimiento de su visado, deja de tener estatus legal en el país receptor o de tránsito. El término se aplica a las personas migrantes que infringen normas de admisión de un país receptor o a cualquier otra persona no autorizada a permanecer en el mismo

Documentado o indocumentado

Es la persona que no cuenta con ningún documento que respalde su situación migratoria o identidad.

Realidades de la migración



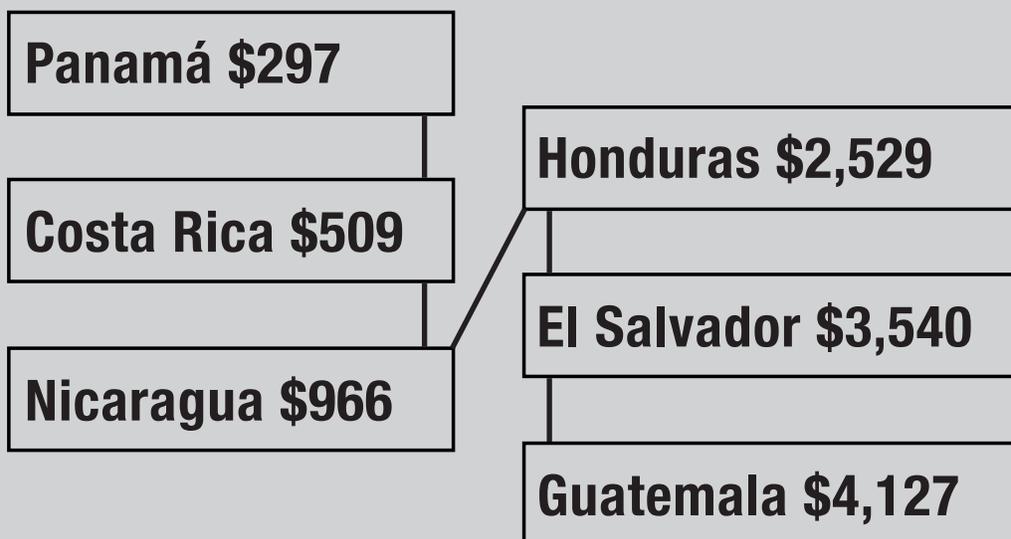
La migración es un proceso complejo que genera múltiples beneficios en diversos sectores, pero a la vez, como sabemos, puede acrecentar desventajas y forjar vulnerabilidades. Por un lado, por medio de las remesas económicas, se reducen las demandas sociales y económicas en las comunidades de origen y, por el otro, se genera fragmentación familiar y se aumentan las condiciones de desventaja y desprotección.

Las remesas son el dinero que envía una persona migrante desde el país donde se encuentra a su país de origen.

Las remesas son el vínculo más concreto que existe hoy entre una persona migrante y su familia. Este aporte se ha convertido en un sostén económico primordial, ocupándose principalmente para el pago de necesidades básicas como comida, medicina y educación. En algunos casos, se utiliza parte de este dinero para construir casas, comprar terrenos y establecer pequeños negocios. Se registra el envío de bienes como muebles, aparatos electrónicos, refrigeradoras y otros artículos de casa que mejoran cualitativamente la calidad de vida de estas familias.

El envío de remesas a la región, desde los EE.UU. o entre los mismos países de la región es constante. En términos económicos, la migración es altamente beneficiosa para los países receptores. Esta movilidad poblacional permite la reactivación de las economías locales, aumentando las capacidades de producción y los mercados locales mediante el consumo.

Remesas anuales en millones de USD\$²



² Fondo de Inversión Multilateral (FOMIN) del Banco de Integración Económica (BCIE).

El derecho humano a la salud de las poblaciones migrantes

La salud trasciende fronteras y gobiernos, y requiere de acciones compartidas entre los países para actuar sobre las características que la determinan. Por tanto, requiere de nuevas políticas en el ámbito nacional e internacional para proteger la salud y que se encuentren basadas en el respeto a los derechos humanos y en concebir la salud como elemento central en la seguridad y desarrollo de los pueblos, y como un bien público global (INSP, 2007).

Las personas experimentan problemas por la falta de información sobre los servicios o sobre derechos básicos relacionados a su salud. Esta es una de las razones por las que no acceden a los servicios disponibles y no cuentan con las herramientas básicas para prevenir o atender sus necesidades.

En algunos de los países de la región, los servicios de salud mantienen políticas excluyentes que no brindan la atención necesaria y en ocasiones hasta denuncian a las personas en condición migratoria irregular, lo que constituye una amenaza y violación al derecho humano a la salud.

El marco internacional de los derechos humanos, así como sus distintos instrumentos y convenciones, provee elementos jurídicos claramente articulados y aceptados por muchos Estados, que brindan marcos legislativos y lineamientos prácticos en el ámbito de la salud y de los factores que la determinan.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, indica que los gobiernos no pueden favorecer a las personas nacionales en relación a las personas provenientes de otros países (OMS, 2005).

También, el Consejo Económico y Social de la Organización de Naciones Unidas (ECOSOC) indicó que los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud. No pueden negar o limitar el derecho a la salud por razones culturales, físicas o económicas, dado que el acceso a servicios de salud preventivos, curativos o paliativos deben ser los mismos para cualquier ciudadano, migrante regular o irregular y solicitante de asilo.

La siguiente tabla resume algunas de las principales convenciones y su fecha de ratificación por parte de los Estados de la región. Evidencia la importante base jurídica internacional de defensa de los derechos humanos y que debe ser fortalecida para que su contenido sea respetado y se cumplan los derechos de las poblaciones migrantes y sus familias.

El derecho humano a la salud debe ser exigido y respetado, sin importar donde se encuentre la persona, su nacionalidad o situación migratoria.

Convenciones relacionadas a los derechos humanos y migración	Guatemala	Costa Rica	Panamá	Belice	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Total de Estados Parte	Firmados no ratificados
Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias 1990.	2003	2001	2003	2005	2005	41	15
Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional 2000.	2004	2003	2004	2003	2004	2008	2004	129	21
Convención relacionada con el Estatuto de Refugiados 1951.	1983	1978	1978	1990	1983	1992	1980	144	0
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial 1966.	1983	1967	1967	2001	1979	2002	1978	173	6
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 1966.	1992	1968	1977	1996	1979	1997	1980	164	8
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966.	1988	1968	1977	2000	1979	1981	1980	160	6
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer 1979.	1982	1986	1981	1990	1981	1983	1981	186	1
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes 1984.	1990	1993	1987	1986	1996	1996	2005	146	10
Convención sobre los Derechos del Niño 1989.	1990	1990	1990	1990	1990	1990	1990	193	2

Fuente: Informe Mundial sobre Desarrollo Humano, 2009.

Un elemento importante a resaltar, es que históricamente, los países de la región han ratificado convenios para la protección de las personas migrantes. Sin embargo, ninguno de los instrumentos internacionales relaciona de manera directa los temas de migración y salud.

En 2008, la resolución 61.17 de la Asamblea Mundial de la Salud reconoce la necesidad de analizar la salud de la población migrante en marcos amplios de acción que promuevan políticas equitativas en el acceso a servicios, inclusión social y enfoques sensibles al tema migratorio. La resolución llama a los países a tomar medidas que garanticen un acceso equitativo a los servicios de salud de la población migrante y a tomar acciones correctivas sobre los determinantes sociales de la salud.

Los Estados, están llamados a establecer políticas y acciones concretas para la atención de las personas migrantes. Desde una perspectiva de derechos humanos, deberán alentar al personal sanitario y del sistema de atención en salud para brindar servicios e información a cualquier persona independientemente de su nacionalidad y condición migratoria.

La Resolución 61.17 sobre la salud de los migrantes de la Asamblea Mundial de la Salud, llama a los Estados Miembros a:

- Promover el acceso equitativo a la promoción y cuidados de salud para las personas migrantes.
- Promover la cooperación sobre la salud entre los países involucrados en el proceso migratorio

Disponibilidad

Accesibilidad

Aceptabilidad

Calidad

El derecho a la salud

Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud, en las comunidades de origen, tránsito y destino.

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas dentro de la jurisdicción del Estado: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad), acceso a la información.

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser culturalmente apropiados, y sensibles a las particularidades de género y etapas del ciclo de vida.

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Migración saludable desde la interculturalidad

Las personas se han visto y se ven en la necesidad de migrar por motivos económicos, sociales y políticos, entre otros. En las sociedades receptoras se origina con la migración, una gran diversidad de culturas (pluriculturalidad), de normas de vida y de cosmovisiones distintas. En las sociedades multiculturales el término interculturalidad, puede prestarse al simplismo y a la demagogia. La interculturalidad supone respeto a la pluralidad y requiere un marco común basado en una ciudadanía abierta, inclusiva y plural. Es un proceso de interrelación equitativa entre personas, prácticas y conocimientos diferentes. La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, basada en el respeto y la comprensión. Es un enfoque que potencia la diversidad cultural, el diálogo y supera el etnocentrismo, la segregación o la asimilación, promoviendo el conocimiento y el intercambio cultural (Council of Europe, 2011).

Asimilación	Integración
Proceso mediante el cual un grupo minoritario adopta gradualmente las costumbres y actitudes de la cultura dominante. Negación a la diversidad cultural.	Incorporación de personas de diferentes grupos étnicos o culturales en una asociación igualitaria y sin restricciones de una sociedad. Supone equidad.

La migración es un hecho intercultural en sí mismo, reúne a personas de diferentes territorios, que a su vez tienen diferentes formas de percibir y vivir en el mundo. Esta gran gama de diversidad cultural presente en el fenómeno migratorio, genera que co-existan muchas formas de entender la salud, donde a través de las particularidades culturales de los pueblos, existen conocimientos y prácticas muy diferentes, fundamentales para el desarrollo de la identidad cultural.

En el caso de las instituciones de salud la interculturalidad requiere un enfoque holístico de prácticas médicas (valorando la medicina tradicional) y asegurando el enfoque de derechos humanos en la atención a la salud³.

La interculturalidad en salud implica que las personas y las instituciones reconozcan la diversidad y las relaciones equitativas sintiéndose integradas (no asimiladas) en la sociedad de acogida. Todas las personas son iguales en derechos pero diferentes en identidades personales. Se debe reconocer la diversidad y proporcionar alternativas para que todos y todas tengan acceso a una vida digna. Es importante entender la perspectiva intercultural al abordar la salud de la población migrante.

Conocimientos y prácticas médicas no se logran entender de forma aislada, sino en función del sistema cultural de pertenencia.

3 Podemos referir a los servicios de salud *amigables*, servicios respetuosos con los Derechos Humanos; servicios que tienen en cuenta a la persona (*humanizados*) y, por último, servicios *sensibilizados*, es decir, sin estigma y etiquetas sociales hacia las personas migrantes.

Los derechos de las personas migrantes, se consideran el mínimo ético universal. Son independientes de factores particulares como el estatus, sexo, orientación sexual, etnia o nacionalidad.

Los valores que inspiraron a los Derechos Humanos son la no discriminación, la igualdad, la equidad y la universalidad.

Las personas migrantes han de gozar de los derechos y las garantías individuales y sociales reconocidos para todas las personas en convenios y acuerdos internacionales en Derechos Humanos. En el caso de las personas migrantes irregulares, no todas las leyes estatales las protegen, pero aún así, existen varias regulaciones que tienen carácter universal, es decir, que protegen a todas las personas sin importar su situación migratoria, sin importar si se encuentran de manera regular o irregular en el país.

Perfil de las personas migrantes: ¿quién es la persona que migra?

No existe un perfil único, pero de manera general se pueden definir algunas características de esta población.

Las personas migrantes en América Central se encuentran en edad económicamente activa, la mayor cantidad de personas migrantes salen de su país en búsqueda de trabajo. Por ejemplo, en el caso de Costa Rica, mayor país receptor de la región, el 68% de las y los migrantes tienen menos de 40 años (FLACSO, 2012).

Es importante destacar que aunque las personas migrantes se concentran en este intervalo de edad, es apreciable la presencia de menores no acompañados (NNA, 2010) que deciden migrar para reunirse con sus familiares y también encontrar fuentes de trabajo. Muchos de estos menores acaban realizando labores en el sector agricultura, sin salario y a costa de su educación, lo que impacta negativamente su desarrollo (Morales, 2008).

La mayoría de poblaciones migrantes en la región son personas jóvenes y mujeres. También se registra un aumento importante de migrantes niños, niñas y adolescentes no acompañados, que asumen riesgos significativos durante el ciclo migratorio.

Según el Instituto Nacional de Migración de México (INM) las autoridades estadounidenses entregaron el año pasado a 14.237 niños y adolescentes migrantes de diversas nacionalidades aunque la mayoría eran de procedencia mexicana. También se han repatriado a menores de edad de Guatemala (1.025), Honduras (721) y El Salvador (428).

En 2008 se registra que 215 millones de niños y niñas entre los 5 y 17 años trabajan, y 115 millones lo hacen en condiciones peligrosas.

(INM, 2012 y UNICEF, 2012)

Características Educativas de la Población Móvil			
Flujo	Nivel Educativo (%)		
	Analfabeta	Educación Básica	Educación Media
Nicaragua a Costa Rica	11%	43.6%	32.5%
Nicaragua a El Salvador	0.4%	61%	21%
Nicaragua a Guatemala	4%	31%	23%
Honduras a Guatemala	28%	45%	11%
Honduras a El Salvador	0.2%	73%	13%
El Salvador a Guatemala	19%	47%	11%

Fuente: Estudios nacionales, FLACSO/ IDHUCA 2011.

Otro rasgo significativo del perfil es un patrón altamente feminizado. Esta feminización de las migraciones se observa tanto en la migración extrarregional como en la intrarregional. Este fenómeno está ligado a la activa participación laboral de mujeres de clase media⁴. En cuanto al mercado de trabajo, se suelen ubicar en servicios terciarios y actividades comerciales, mientras que en el caso de los hombres se desempeñan más en el sector agrícola. Un alto porcentaje de mujeres, son indígenas que se trasladan, normalmente, con hijos e hijas, aunque cada vez más como trabajadoras independientes del campo a la ciudad para laborar en trabajos domésticos. Estas mujeres son triplemente excluidas, por su condición de mujer, migrante e indígena. A pesar de que la migración en la vida de las mujeres hace que ellas tengan una mayor participación en la economía, no dejan de tener los deberes y responsabilidades propios del hogar, lo que acarrea mayores obligaciones (Flores, 2005).

4 En 2010 en los Estados Unidos, el 40% de todos los dueños de negocio de origen migrante eran mujeres. En cuanto al perfil de estas mujeres la mayoría tenía secundaria completa, casi un 50% con estudios superiores y con experiencia laboral, de acuerdo con datos del Centro de Desarrollo de Iniciativas Empresariales (MITA).

Es posible que estos movimientos intrarregionales sean influidos por las llamadas redes o cadenas migratorias (amigos, familiares o conocidos/as). Además, los mecanismos de información y apoyo para las decisiones migratorias, abren vías, ayudan en el intercambio de búsqueda, facilitan y son apoyo durante el proceso migratorio, sobre todo para las mujeres.

Sobre el perfil educativo, el sistema de información estadística sobre las Migraciones en Centroamérica (SIEMCA) indica que el nivel de estudios de la población migrante es heterogéneo y presenta diferencias según los países de origen. En los movimientos intrarregionales predominan los y las trabajadoras con menor cualificación. En el análisis de la escolaridad de la población migrante en América Central el 60,2% de hombres y el 45,6% de mujeres cuentan con primaria y secundaria. En el nivel medio superior, la participación relativa de mujeres (26,6%) es notoriamente mayor a la de los hombres (19,2%); En el nivel de educación superior y posgrado, las mujeres representan el 24,6% en comparación con el 17% de hombres.

En un estudio reciente del Instituto Nacional de Información de Desarrollo, en el caso de las personas migrantes nicaragüenses, solo el 8,1% del que migra a otro país, no ha cursado estudios, el 39,3% tiene la secundaria concluida, seguido del 32,8% con primaria completa, y el 15,4% de estas personas poseen formación universitaria (INIDE, 2012).

Las mujeres suponen el 49,6% de las personas migrantes. Los mayores aumentos de migración femenina se registran en América Latina y el Caribe (del 45% al 50%), Oceanía (del 44% al 51%), África (del 42% al 47%).

Mujeres Migrantes y Capital Social (OIM, 2010)

Las redes transnacionales, de las y los migrantes en los lugares de origen y destino son decisivas a la hora de migrar. Son vínculos políticos, culturales y sociales entre países de origen y acogida.

Principales razones para migrar

Las personas migran por causas diversas: históricas, políticas, económicas, sociales y naturales. El desarrollo y los procesos migratorios son interdependientes en el mundo globalizado. Los factores determinantes de la migración son tanto de expulsión como de atracción, según necesidades. Es decir, las personas migran según la internacionalización del mercado de trabajo. Las personas migran para mejorar su calidad de vida.

La decisión de migrar está fundamentalmente motivada por el deseo de brindar a hijos e hijas una mejor educación, mejores condiciones materiales, mayor nivel educativo y también para favorecer factores sociales y culturales.

No existe la migración casual.
Por lo general es un acto meditado,
analizado y calculado, en la medida
de las condiciones y recursos con los
que cada persona o familia cuenta.

Además de las razones económicas y laborales, también existen otras causas que generan el fenómeno migratorio. Algunas de ellas son:

- Emergencias, eventos o desastres naturales como huracanes, inundaciones y terremotos.
- Construcción de infraestructuras, como las vías del ferrocarril o el Canal de Panamá.
- Producción de monocultivos como siembra y recolección de café, banano y piña, entre otros.
- Situaciones de inestabilidad política, violencia y conflictos en sectores de los territorios de la región.
- Problemas por discriminación étnica, religiosa, política y de género.

A la vez, existen factores en los países receptores de emigrantes tales como:

- Demanda de trabajadores y crecimiento económico.
- Mayores niveles de renta.
- Mejor calidad de vida.
- Posibilidades de perfeccionar niveles de estudio y trabajo.

En resumen, las principales condiciones que empujan a la población centroamericana para migrar, son las mismas que en otras partes del mundo: inestabilidad laboral, pobreza, inseguridad, carencias sanitarias y educativas y falta de oportunidades en general.

La mayoría de las personas migran no porque “quieren”, sino porque no tienen otra opción.

Mitos y percepciones equivocadas sobre la migración

Muchas de las percepciones negativas en torno a la migración se basan en estereotipos y no en hechos o realidades. La figura del migrante se asocia con pobreza, infracción, peligrosidad, vandalismo o salvajismo. Se dice erróneamente que “no tienen formación”, que “quitan el trabajo”, que “no se adaptan a las costumbres”, que “cometen delitos”, que “abusan de la sanidad pública” y que “quitan las ayudas”.

En general, estas imágenes están asociadas a la creación de mitos que varían según países y contextos, y al desconocimiento y poca información sobre el proceso migratorio. El desafío es buscar las razones del por qué de estos mitos y modificar las percepciones xenófobas, criminalizadoras y economicistas de las migraciones. Debemos romper con la idea de la migración como problema social y visibilizar los grandes beneficios que brinda a las comunidades.

Mito: **Hay “demasiadas” personas migrantes**

Una de las ideas más comunes es la estimación exagerada del número absoluto de migrantes en un determinado país.

La invisibilización estadística sobre las poblaciones migrantes genera desinformación y ocasiona una percepción equivocada, de que los países reciben mayor cantidad de migrantes de los que realmente pueden recibir. Esto además hace que la relación entre diversos grupos y pueblos sea en ocasiones tensa y principio de desventaja para la población migrante por el rechazo, discriminación y xenofobia.

Se debe destacar que, siendo la búsqueda de opciones laborales la primera causa del proceso migratorio, este fenómeno está íntimamente relacionado con las condiciones del mercado. Por ende y en general, los países poseen la cantidad de migrantes que cubren espacios laborales que han sido relegados por la mano de obra nacional.

De acuerdo con el PNUD y al contrario de las opiniones imperantes, las personas migrantes suelen desarrollar el producto económico de los países a los que migran. (Klugman, 2009).

Mito:
Las personas migrantes abusan de los servicios de salud

Los servicios de salud son utilizados con mucho menor frecuencia por las personas migrantes, en comparación con los aportes económicos que realizan.

Incluso las personas migrantes irregulares realizan aportes al Estado con su trabajo o el pago de impuestos por trámites migratorios, entre otros.

Buena parte de las y los trabajadores indocumentados por lo general no acuden a los servicios de salud, por miedo a ser detenidos.

El mito es que las personas migrantes hacen uso excesivo de los servicios de salud u otros servicios públicos, lo cierto es que las personas migrantes contribuyen con más recursos que el costo que representa su demanda por servicios de salud u otros.⁵

En muchas ocasiones la población en condición irregular, al no tener acceso a un servicio de salud integral, tiene como última opción acudir al servicio de salud en forma tardía, en particular a los servicios de emergencia. No obstante, si a la población migrante trabajadora se le respetaran sus derechos laborales, se convertirían en un aporte fundamental a los sistemas de salud.

Mito:
Migran porque quieren y abandonan a sus familias

La migración se realiza, normalmente, porque la persona no encuentra oportunidades en su lugar de origen.

Otro mito presente es que la gente migra porque quiere. La verdad es que los procesos migratorios se producen en búsqueda de una mejora de vida, tanto individual como familiar. Muchas personas migrantes no ven otra posibilidad para superar las limitaciones de carácter económico, político, social y cultural en su comunidad de origen.

Como hemos visto, las personas migran para buscar mejores opciones laborales y lograr mantener a sus familiares por medio del envío de dinero.

Estas remesas, ayudan a reducir la pobreza, reducen las tasas de fecundidad, aumentan las tasas de matrícula escolar y empoderan a la mujer. En algunos casos los hombres migran primero solo para buscar trabajo y hospedaje, establecerse y reunirse de nuevo con sus familiares.

5 Durante el 2008 en Costa Rica los extranjeros aportaron en cuotas obrero-patronales a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) 90,7 millones de dólares. Por el contrario el costo de la atención en salud que recibieron fue de 84,7 millones de dólares.

Mito:
Las personas que migran son personas pobres y poco educadas

La mayor parte de los y las migrantes ha cursado estudios primarios y secundarios.

Migran las personas mejor preparadas y capacitadas.

Otra creencia equivocada es que las personas que migran son pobres, poco educadas y enfermas.

La mayor parte de la fuerza laboral centroamericana tiene niveles de escolaridad media.

Existe discriminación contra las poblaciones migrantes indígenas que trabajan en las plantaciones de banano y café. Las personas excluyen a los y las indígenas, por su aspecto, por su ropa y por sus tradiciones. La discriminación del mismo modo está vinculada a la percepción de que estas poblaciones son analfabetas, rurales y responsables de VIH-Sida y otras enfermedades como la malaria.

Mito:
Las personas que migran están enfermas

Conociendo de antemano las múltiples dificultades durante el tránsito y las difíciles condiciones de las cuáles estas poblaciones saben que encontrarán, la decisión de migrar se toma con base en una adecuada condición física y de salud.

Si relacionamos la migración con la enfermedad hay que señalar que las personas migrantes son las más sanas, a nivel físico e intelectual, y no las portadoras de enfermedad (Sipi, 2000).

Muchas veces, las personas migrantes, en especial las mujeres se asocian con la trasmisión de VIH-Sida, lo que provoca rechazo y estigmatización. Sin embargo, son las condiciones de vulnerabilidad encontradas por esta población durante la ruta migratoria las que generan el riesgo de contraer esta y otras enfermedades.

Mito:
La delincuencia y la migración están unidas

Las estadísticas que relacionan migración con delincuencia son poco fiables y responden a lógicas policiales y discriminación estructural, desde las políticas del país.

Las percepciones de inseguridad dan lugar a dispositivos de control policial que hace que algunas nacionalidades sean más perseguidas que otras.

Si bien es cierto que existe un porcentaje de migrantes que delinquen, la tesis de esta relación es exagerada y no corresponde con la realidad. Por ejemplo en Costa Rica y, de acuerdo con las estadísticas de 2011, solamente el 5% del total de delitos fueron cometidos por extranjeros (Poder Judicial, 2011).

Muchas veces este mito es alimentado por el mal manejo de la información por parte de los medios de comunicación masiva, que igualmente basándose en mitos magnifican y visibilizan la condición migratoria del individuo que comete algún acto delictivo (Huhn, 2008).

La manera en que se gestiona la información sobre la migración afecta claramente las percepciones de las sociedades de origen y de acogida y al mismo tiempo el comportamiento de la población migrante⁶.

“Reconstrucción”

¿Mito o realidad?

Los mitos se basan en información falsa o en ausencia de información. Hemos de reflexionar sobre ellos para poder desmontarlos y conocer el origen verdadero. Orientan las actuaciones y causan discriminación.

6 Una reciente investigación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011) relaciona la depresión y suicidios en población joven indígena con la percepción social y otros indicadores complementarios.

Módulo 2

**Contexto regional de salud y
migración**



De sur a norte

Panamá

Panamá es un país que mantiene un alto flujo migratorio, principalmente desde Venezuela y Colombia. Estos flujos han aumentado con la reciente ampliación del Canal de Panamá, la cual requiere una mayor mano de obra calificada y no calificada en el sector de la construcción. Es también una vía de tránsito hacia América del Norte y del Sur, siendo una gran parte de la población mujeres que migran⁷ y que se trasladan hacia Estados Unidos y México.

Entre las y los migrantes de Panamá se encuentran los perfiles educativos más altos y si analizamos el perfil ocupacional, una gran proporción se dedican a trabajos ejecutivos (Pellegrino, 2003).

Un vértice de flujo importante de migrantes son los indígenas Ngäbe y Buglé, población que presenta las tasas más altas de migración temporal. Desde Panamá salen alrededor de unos 15 mil indígenas Ngäbe y Buglé hacia Costa Rica durante los tiempos de cosecha, para trabajar en la recolección del café y en plantaciones de banano y piña. La movilidad en la población Ngäbe es familiar y se realiza en compañía de niños y niñas, sin importar edad, condición u obligación escolar⁸. La ruta migratoria de estas familias inicia en agosto en Coto Brus (al sur de Costa Rica) y se traslada a finales del año a la zona de Los Santos en el Valle Central.

Costa Rica

Debido a la estabilidad política y otras condiciones socioeconómicas Costa Rica se ha destacado históricamente como uno de los principales receptores de migrantes de la región. Según datos del Informe sobre Migración e Integración en Costa Rica 2011, el 80,7% son de nacionalidad nicaragüense⁹, un 3,8% proviene de Colombia y el 15,5% restante son de distintas nacionalidades (Sandoval, 2007).

En cuanto al género, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el 51% de la población migrante mujer es nicaragüense¹⁰, con una edad promedio de 33 años, un nivel educativo entre primaria completa y secundaria incompleta, mayoritariamente solteras (51,8%), jefas de hogar (54%) y sin permiso legal de residencia en el país (56,1%).

En las últimas dos décadas se ha incrementado también la inmigración de personas provenientes de Colombia. En 2001, constituían el 1,9% del total de inmigrantes. Para 2007, el porcentaje creció a 3,9% de acuerdo con los cálculos efectuados por la Encuesta de Hogares de 2008¹¹.

7 Número estimado de mujeres migrantes a mitad del año 2011 era de 62.080 y hombres de 59.923.

8 Según datos de la Encuesta de Niveles de Vida (ENV), sólo el 74% de los niños y niñas entre 6 y 12 años asisten a la escuela. La asistencia de los indígenas de 13 a 19 años cae a 44,3% entre el total de años. Los niños, niñas y adolescentes indígenas empleados trabajan en promedio 41 horas a la semana, siendo mayores las tasas del género femenino (46,8%) en comparación con el masculino (31,5%) (OIT, 2006).

9 Es importante destacar que las cifras dadas por los censos no reflejan la situación real porque existe una subestimación, entre otros por la migración irregular y temporal.

10 De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) el 17% de nacimientos en 2010 en Costa Rica corresponde a hijos de madres originarias de Nicaragua.

11 Existe también una creciente migración de Estados Unidos, Panamá y China.

Nicaragua

La migración externa de Nicaragua es, sobre todo, hacia Costa Rica¹², incluyendo también otros países de destino como Estados Unidos, Panamá y El Salvador, y se reparten de forma muy similares hombres y mujeres y en edades económicamente activas. Hay 1 millón de nicaragüenses viviendo fuera de su país. Se considera que la principal causa de este movimiento poblacional es la situación de pobreza y la búsqueda de mejores condiciones de vida. Según el Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH) las y los migrantes nicaragüenses, en contra de la opinión generalizada, tienen un nivel medio de escolarización. Las mujeres en especial poseen cierto nivel de especialización técnica.

Honduras

Honduras muestra un nivel bajo de movilidad interna en comparación con otros países latinoamericanos (CEPAL, 2010). En términos generales, el flujo migratorio hacia el exterior es de un 85%, siendo en su mayoría población que migra hacia los Estados Unidos en búsqueda de trabajo (Sánchez, 2008). Después de ser un país importante en recepción de personas refugiadas, este país es ahora un importante paso de tránsito hacia los puntos fronterizos de Guatemala y El Salvador, de personas que se dirigen por tierra hacia México y Estados Unidos.

Al igual que otros países latinoamericanos, Honduras recibe cantidad importante de retornos, ya sea voluntarios o por deportación.

12 Un 89,9% migra a Costa Rica. La estación de paso sur Rivas-Peñas Blancas es el puesto fronterizo con mayor flujo y movilidad de personas desde Nicaragua hacia Costa Rica y es actualmente un punto fundamental para el paso de nicaragüenses.

El Salvador

Las personas migrantes salvadoreñas proceden de diferentes grupos sociales, edades y niveles educativos. El hombre es quien generalmente migra, mientras que la mujer se encarga del cuidado de sus hijos y otros menores, lo que se conoce como cadena del cuidado. Además las mujeres son quienes generalmente administran el dinero que ingresa vía remesas. Según los cálculos del Ministerio de Relaciones Exteriores de este país se muestra que un 94% de la población salvadoreña en el exterior, reside en los Estados Unidos concentrándose principalmente en los estados de California, Texas, Nueva York, Maryland y el Distrito de Columbia¹³. También se ubican en Canadá, México, Costa Rica o países de Europa.

El Salvador ha pasado de ser uno de los principales países de expulsión a ser también un país de destino, principalmente con población nicaragüense en el sector agrícola y de tránsito para otras personas migrantes.

13 Las remesas familiares, son una de las principales columnas de la economía salvadoreña. No solo económica sino que la remesa mantiene los lazos de la persona que se ha ido y del que se ha quedado en El Salvador (Lucas, 2004).
Una de las iniciativas para fomentar el codesarrollo y aprovechar la utilidad de remesas es *Unidos por la Solidaridad* que surge con el propósito de apoyar a los salvadoreños en el exterior en la ejecución de proyectos de infraestructura social básica en sus comunidades de origen.

Guatemala

Guatemala mantiene un alto nivel de migración interna, principalmente para fines agrícolas y de población indígena altamente móvil. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el 55% de las mujeres que realizan trabajo doméstico son indígenas que emigran a la ciudad.

Por su localización geográfica, es un país de tránsito para poblaciones migrantes tanto regionales como extracontinentales y es un punto importante para llegar a Estados Unidos, con presencia de flujos migratorios tanto por tierra como por mar.

Como país de origen, Guatemala ocupa el sexto lugar dentro de los grupos latinos con mayor cantidad de población en los Estados Unidos, según la Oficina del Censo de 2010.

La mayoría de personas de nacionalidad guatemalteca migra hacia los Estados Unidos¹⁴. El perfil del migrante es predominantemente masculino con un 75%, en edades comprendidas entre los 20 y 24 años (UNICEF, 2011).

Una gran parte de guatemaltecos y personas del resto de países de América Central migran a través de México. Así en Guatemala, en la zona fronteriza con México, existen diversos lugares de ingreso, ya sea por las localidades de Quintana Roo, Tabasco o Chiapas. La localidad fronteriza guatemalteca Tecún Uman, es considerada por los migrantes como “la puerta de Centroamérica”. El fenómeno de movilidad poblacional entre Tecún Uman, Guatemala y Ciudad Hidalgo es diverso y complejo.

Finalmente, como país receptor, es poco frecuente que reciba migrantes, pero hay una gran cantidad de repatriados que llegan vía terrestre y área¹⁵.

14 Existe una red organizada de tráfico de personas. Un 60,3% de la población que salió hacia Estados Unidos lo hizo mediante los conocidos “coyotes” o “poyeros”, según el Consejo Nacional de Atención al Migrante de Guatemala, Conamigua (2011).

15 Al 30 de noviembre de 2011 han sido deportadas un total de 26.243 personas, provenientes en su mayoría de Arizona y Texas, según datos de la OIM de Guatemala.

Repasando realidades. Impacto global

Los países de América Central tienen una historia de desplazamientos trascendentales de población debido a periodos de violencia civil, intervenciones de otras naciones y fenómenos meteorológicos. Si bien en los años ochenta, gran parte de la migración era generada por los conflictos armados en la región, actualmente, el mayor movimiento poblacional se produce como respuesta a factores como pobreza, desempleo y marginación, es decir, falta de garantías para satisfacer servicios indispensables como vivienda, agua, seguridad social y salud (seguridad humana).

El fenómeno de la migración está extendido a las más diversas partes del mundo. Precisamente, para plantearnos bien el tema hemos de conocer que el aumento de los movimientos migratorios, son un fenómeno estructural de la sociedad, que pueden aumentar en los próximos años, no sólo en número sino también en procedencias. En este sentido, el 3,2% de la población mundial vive fuera de su país de origen. El número total de migrantes internacionales ha aumentado en los últimos diez años y ha pasado de 150 millones en 2000 a 215,8 millones en la actualidad (OIM, 2010).

En lo referente a asuntos económicos en 2009, el envío de remesas superó los 414 millones de dólares, mostrándose estables durante la crisis. Precisamente, un aspecto esencial que no debe obviarse, y como se argumentó anteriormente, las y los migrantes contribuyen a reducir la pobreza en los países de origen y favorecen la prosperidad del país de destino.

La reducción de las barreras y otros obstáculos para facilitar el movimiento de las personas y el mejoramiento de las políticas pueden traducirse en grandes avances en materia de desarrollo humano.

PNUD, 2009

Según datos de 2011 del Banco Mundial, los países de origen de remesas más destacados, en 2009, fueron Estados Unidos, Arabia Saudí, Suiza, Rusia y Alemania, y a nivel mundial los principales receptores, en 2010, son India, China, México, Filipinas y Francia. Los países de Latinoamérica y el Caribe recibieron alrededor del 20% de los flujos generales de remesas, lo cual correspondió a US\$ 57.000 millones. En términos relativos, es en Honduras, Guyana, El Salvador y Haití que las remesas representan el porcentaje más alto del PIB, entre 15 y 20%. Entre 2008 y 2010, según datos del SICREMI (2011) los flujos de remesas disminuyeron considerablemente en Colombia (-19%), Brasil (-16%) y México (-15%). También se registraron disminuciones considerables en Ecuador (-10%), y en menor medida en Bolivia, Jamaica y Honduras (-7%). Algunos países más ricos de América Latina y el Caribe, por el contrario, observaron un aumento en las remesas (por ejemplo, Belice, Chile y Costa Rica). Asimismo, los datos de las encuestas de hogares indican que la emigración y las remesas reducen el número de personas que viven en la pobreza en seis de cada once países de los cuales hay datos disponibles, a excepción de México, Nicaragua, Paraguay, Perú y la República Dominicana (Banco Mundial, 2007).

3,2% Porcentaje de la población mundial constituido por migrantes.

49,7% Porcentaje de mujeres entre los migrantes en el mundo.

8,1% Personas refugiadas

27,1 millones desplazados internos en el mundo.

En definitiva, las migraciones proseguirán jugando un papel fundamental y comportando consecuencias enriquecedoras en el crecimiento económico, cultural y social. No obstante, es evidente que debemos asumir una actitud adecuada hacia la integración de la multiculturalidad y el establecimiento de una sociedad plural (Pastor Antolín et al., 2002).

Tendencias mundiales

- El número total de personas migrantes internacionales ha aumentado en los últimos diez años y ha pasado de 150 millones en 2008 a 215,8 millones en 2011.
 - En otras palabras, hoy una de cada 33 personas en el mundo, es migrante (mientras que en 2000 una de cada 35 personas era migrante).
 - El porcentaje de personas migrantes se ha mantenido relativamente estable como porcentaje de la población total, aumentando durante el último decenio tan sólo en un 0,2% (y pasando del 2,9 al 3,2%).
 - La migración está más ampliamente distribuida a lo largo y ancho de más países. Actualmente, los diez principales países de destino reciben un porcentaje menor del total de los migrantes en comparación al 2000.
 - La cantidad de migrantes, como porcentaje de la población mundial, se ha mantenido estable en los últimos 10 años, mientras que la cantidad de dinero que los migrantes envían a sus hogares ha aumentado de manera vertiginosa.
- Las remesas aumentan exponencialmente, pasando de 132 millones en 2000 a unos 414 mil millones de dólares USD en 2009. Esto a pesar de registrar una ligera disminución debido a la última crisis económica¹⁷.
 - En 2009, se enviaron más de 316 mil millones de dólares en remesas a países en vías de desarrollo correspondientes a un 76% del total de remesas. En el 2000 fueron 83 mil millones de dólares representando un 63%.
 - Las remesas enviadas por vías oficiales e informales a países en desarrollo podrían equivaler a tres veces la cuantía de la ayuda oficial al desarrollo.

16 Según el ACNUR, Colombia es el segundo país después de Sudán con mayor número de desplazados a nivel mundial, con 3,7 millones de desplazados internos a mayo de 2011.

17 Según el SICREMI, “para el caso del envío de remesas desde Estados Unidos hacia México y El Salvador –las dos comunidades latinoamericanas más importantes en ese país– se han reducido 18,6 y 4,2%, respectivamente. Las cifras recientes para México indican una reversión de la tendencia, con un 6% de aumento en los flujos de remesas en enero de 2011. Por su parte, las remesas desde España hacia Ecuador disminuyeron un 27%, de un nivel de US\$ 1.280 millones en 2007 a 944 millones en 2010”.

- Los datos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) establece que el número de refugiados en 2009 ascendía a 15,2 millones, incluyendo a personas en situaciones análogas a las de las personas refugiadas.
- La cantidad de desplazados internos ha aumentado, pasando de 21 millones en 2000 a 27 millones a finales de 2009.

Una mirada a la “cintura” de América

Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá comparten características en el ámbito político, económico y social.

Por lo que respecta a los datos estadísticos sobre los procesos migratorios en la región hay ausencia de datos, análisis y vacíos en el intercambio efectivo de información migratoria. Esta información es todavía más limitada si hacemos alusión a datos de salud. Los datos estadísticos y demográficos actualmente disponibles, no permiten establecer una identificación y cuantificación clara del número de migrantes, los lugares de salida, de destino, los lugares de origen, el país receptor, la estructura familiar, el impacto social de la migración, la duración, la situación migratoria de los y las migrantes, así como las causas específicas y las consecuencias de la migración.

Falta de datos sobre migración

Las estadísticas a nivel regional y monitoreo son muy escasas y a veces poco fiables.
Existe una gran debilidad de recopilación de datos sobre migración.

De acuerdo con el más reciente Informe Estado de la Región (Programa Estado de la Nación, 2011), durante los últimos años los países de América Central, aún sin llegar a extremos críticos como la crisis política y económica de los años ochenta, ha experimentado retrocesos económicos, ambientales, sociales y políticos. Al tiempo que se arrastran déficits históricos como altos niveles de exclusión social y desigualdad, y lo que también ha sumado para convertir al Istmo en el territorio más violento de América Latina y en una de las zonas más inseguras del mundo.

Aún así, la esperanza de vida, la reducción de tasas de mortalidad infantil y la cobertura educativa hacen mantener la confianza. Entre 2005 y 2010 se consiguió un aumento en la esperanza de vida a más de 70 años en casi todos los países y la mortalidad infantil¹⁸ se encuentra en los niveles más bajos de la historia, debido a la disminución de las causas infectocontagiosas y parasitarias. Estos datos no se aplican con tanta rigurosidad a las comunidades afrodescendientes e indígenas¹⁹ puesto que

18 La tasa de mortalidad infantil en Guatemala es de 39 por cada 1.000 nacimientos y la más alta de Centro América y la tercera más alta del hemisferio.

19 Hay una gran inequidad en el derecho a la salud. No solo hablamos de mortalidad sino de problemas severos de desnutrición, enfermedades gastrointestinales debido a las condiciones de insalubridad que les rodean y mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas.

un niño indígena tiene tres veces más probabilidades de morir que uno no indígena y los riesgos aumentan si son menores de 5 años (60-85 muertes por 1000 nacidos vivos, frente a una media nacional de 17,6) (CEPAL, 2010).

En el ámbito social, tanto en El Salvador, Honduras y Costa Rica durante 2010 la incidencia de la pobreza registró niveles similares a los que se reportaron a mitad de la década. Panamá fue el único país donde la pobreza disminuyó. Por su parte la tasa de desempleo aumentó de manera generalizada, donde las mujeres y las personas jóvenes fueron los grupos de población más afectados.

Por último, la transición demográfica de la región de América Central tiende hacia la configuración de una sociedad envejecida: pocos niños y jóvenes, una fuerza laboral en edad avanzada, y poblaciones inactivas, de 65 años y más, en proporciones superiores al 25% de la población total.

América Central: tasas de migración por quinquenios, según país. 1965 - 2010 (Tasas por mil habitantes)									
País	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Costa Rica	0,00	0,00	2,46	2,48	1,74	3,81	6,89	4,07	2,86
El Salvador	2,36	-4,56	-7,40	-14,75	-8,87	-2,12	-1,27	-1,16	-1,06
Guatemala	-1,97	-3,44	-6,81	-6,69	-7,12	-7,61	-7,35	-5,02	-2,96
Honduras	-5,55	-3,45	-1,78	-2,54	-3,06	-4,58	-6,09	-4,57	-2,76
Nicaragua	-1,71	-3,08	-3,96	-6,31	-8,02	-5,22	-6,55	-7,95	-7,09
Panamá	-1,32	-1,23	-0,05	-0,97	-1,31	0,63	0,78	0,52	0,24

Fuente: (CEPAL, 2008).

Con mayor o menor grado, los países de la región se han convertido en expulsores, vías de tránsito y en receptores de personas migrantes, siendo en algunos casos una combinación de las tres modalidades. La proximidad geográfica, el avance de la integración económica, la demanda de trabajadores de bajos ingresos en el mercado de los EE.UU., así como las desigualdades sociales y la escala de movilización social en México y América Central han favorecido la intensificación de los flujos de migrantes a EE.UU. y entre los países de la región.

Tasa de migración neta²⁰

México: -3,24
Guatemala: -2,11
Honduras: -1,25
Nicaragua: -3,5
Costa Rica: 0,87
Panamá: -0,41

Fuente: CIA World Factbook (2011)

El aumento del flujo migratorio en América Central es también consecuencia del impacto de la crisis económica mundial.

Según datos del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), se estima que un 33% de la población de América Central sobrevive con menos de dos dólares diarios y un 44%, casi 22 millones de personas, está en condiciones de pobreza. También, según el Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos (CEMCA), diariamente, emigran un promedio de 1.000 centroamericanos de forma irregular, lo que los hace sortear una serie de controles migratorios para llegar por tierra a EE.UU. (Alemán, 2009). En total, poco más de cuatro millones de centroamericanos, o lo que es lo mismo, el 10% de la población regional, vive fuera de sus países de origen como resultado de intensos flujos migratorios experimentados en el Istmo durante los últimos treinta años. La mayoría de estas personas reside en los EE.UU., y en España²¹.

La composición de los grupos móviles es muy diversa, y las interacciones en las localidades de tránsito (estaciones de paso) tejen las complejas rutas de movilidad hacia los principales países de destino en la región: México, Costa Rica, Panamá y Belice; pero también hacia EE.UU., que es el principal receptor, y España.

20 La diferencia entre el número de personas que entran y salen de un país durante el año por cada 1000 habitantes.

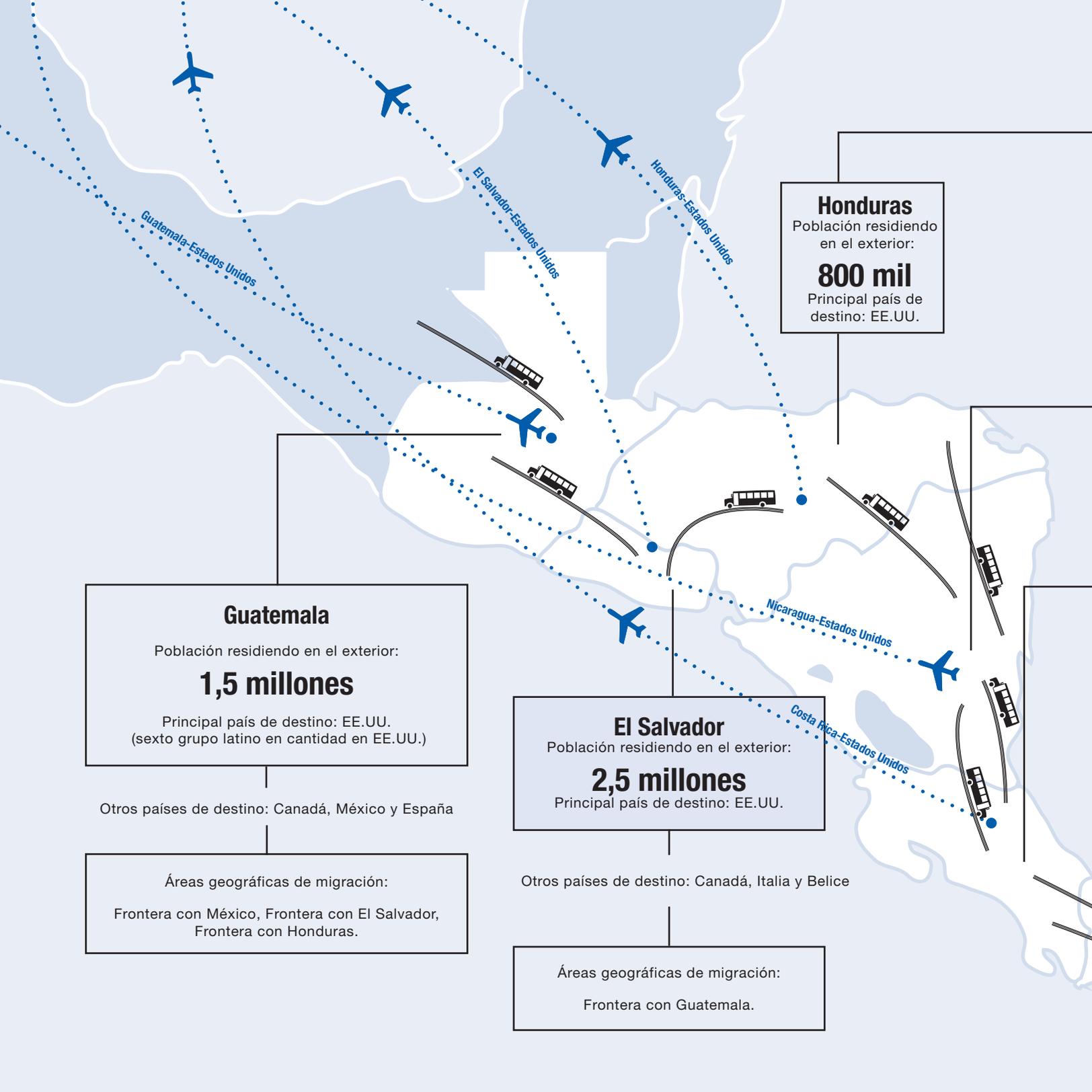
21 España es un destino importante de la migración regional, lo que está asociado a factores como los vínculos históricos, familiares, culturales y lingüísticos iberoamericanos (Ruiz, 2008).

En relación con aspectos de género, el Instituto Nacional de Migraciones (INM) de México, todavía no cuenta con estadísticas nacionales desagregadas por sexo, pero se estima que un 20% de las personas migrantes en condición irregular que transitan por este país son mujeres. Según la Estación Migratoria del Distrito Federal (EMDF) es posible observar que entre 2003 y 2005, el número de mujeres migrantes detenidas en esta estación creció de 16.7 por ciento a 21.3 por ciento²².



Fuente: OIM y UNFPA (2011).

22 Según la EMDF el 91% de las mujeres detenidas en México en 2005 eran latinoamericanas. Las guatemaltecas, salvadoreñas y hondureñas suman casi la mitad de la población femenina latinoamericana y el 42% del total de la población femenina detenida.



RUTAS MIGRATORIAS*

América Central

* OIM



POR AIRE



POR TIERRA

Otros países de destino: Canadá, España e Italia

Áreas geográficas de migración:
Frontera con Belice, Frontera con El Salvador y Frontera con Nicaragua.

Nicaragua

Población residiendo en el exterior:

1 millón

Principal país de destino: Costa Rica

Otros países de destino: Estados Unidos, Canadá, El Salvador

Áreas geográficas de migración:

Frontera con Honduras, Frontera con El Salvador y Frontera con Costa Rica.

Costa Rica

Población residiendo en el exterior:

127 mil

Principal país de destino: Estados Unidos

Otros países de destino: Argentina, México, Canadá

Áreas geográficas de migración:
Frontera con Nicaragua, Frontera con Panamá

Panamá

Población residiendo en el exterior:

215 mil

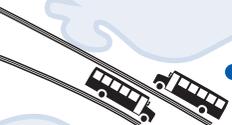
Principal país de destino: Estados Unidos

Otros países de destino: Canadá, España, Costa Rica

Áreas geográficas de migración:

Frontera con Costa Rica y Frontera con Colombia.

Panamá-Colombia



Información de país

Población: 14,4 millones de habitantes
 Territorio: 108,889 kilómetros cuadrados
 Densidad poblacional: 132 habitantes por kilómetro cuadrado

Información económica

Producto Interno Bruto nominal per cápita (2012): \$3,330 USD

Información migratoria

Saldo Migratorio²³: -40,000
 Monto anual de remesas (millones de USD): \$4,127
 Población residiendo en el exterior: 1,5 millones
 Principal país de destino: EE.UU. (sexto grupo latino en cantidad en EE.UU.)
 Otros países de destino: Canadá, México y España
 Áreas geográficas de paso:

- Frontera con México: Ciudad Tecún Umán, El Carmen, La Mesilla, Gracias a Dios, Bethel, El Naranjo, Toquián Grande, Sibinal, El Ceibo, Melchor de Mencos.
- Frontera con El Salvador: San Cristóbal, Valle Nuevo.
- Frontera con Honduras: El Florido, Entre Ríos, Agua Caliente, La Ermita.

Información salud²⁴

Gasto de salud como porcentaje del PIB: 6,9²⁵
 Tasa de fertilidad (por mujer): 4,0 (tasa de fertilidad más alta del hemisferio)
 Esperanza de vida: hombres (66) y mujeres (73)
 Muerte materna (por 100,000 habitantes): 120
 Prevalencia de Tuberculosis (100,000): 111
 Tasa de mortalidad infantil (1,000 nacimientos): 25
 Casos mortalidad infantil por Diarrea (menores de 5 años): 7%
 VIH/Sida, Tasa de incidencia en la población adulta: 0,8%²⁶

23 Número de inmigrantes menos número de emigrantes=saldo migratorio.

24 Los datos de salud han sido elaborados a partir de la Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA) (ver www.sica.int/sisca) y OMS, 2011 (www.who.int/countries/mex/es).

25 Según datos de la OCDE el gasto en salud como porcentaje del PIB en México es uno de los más bajos de la OCDE.

26 Según CENSIDA a fecha de 30 de Junio de 2011 se registraron 1679 casos, 72% hombres y 28% mujeres puede verse el estudio en el siguiente enlace www.censida.salud.gob.mx/interior/panorama.html

EL SALVADOR	Información de país
	<p>Población: 6,2 millones de habitantes</p> <p>Territorio: 21,040 kilómetros cuadrados</p> <p>Densidad poblacional: 294 habitantes por kilómetro cuadrado</p>
	Información económica
	<p>Producto Interno Bruto nominal per cápita (2012): \$4,107 USD</p>
	Información migratoria
	<p>Saldo Migratorio: -55,900</p> <p>Monto anual de remesas (millones de USD): \$3,540</p> <p>Población residiendo en el exterior: 2,5 millones</p> <p>Principal país de destino: EE.UU.</p> <p>Otros países de destino: Canadá, Italia y Belice</p> <p>Áreas geográficas de migración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guatemala: Chinamas, San Cristóbal, San Lorenzo, La Hachadura.
	Información salud
	<p>Gasto de salud como porcentaje del PIB: 6,8</p> <p>Tasa de fertilidad (por mujer): 2,3</p> <p>Esperanza de vida: hombres (68) mujeres (76)</p> <p>Tasa de mortalidad infantil (1,000): 14</p> <p>Casos mortalidad infantil por Diarrea (menores de 5 años): 5%</p> <p>VIH/Sida, Tasa de incidencia en la población adulta: 0,8%</p>

Información de país

Población: 7,6 millones de habitantes
Territorio: 112,492 kilómetros cuadrados
Densidad poblacional: 68 habitantes por kilómetro cuadrado

Información económica

Producto Interno Bruto nominal per cápita (2012): \$2,184 USD

Información migratoria

Saldo Migratorio: -20,000
Monto anual de remesas (millones de USD): \$2,529
Población residiendo en el exterior: 800,000
Principal país de destino: EE.UU.
Otros países de destino: Canadá, España e Italia
Múltiples sitios de paso migratorio en las fronteras de:

- Belice, El Salvador y Nicaragua.

Información salud

Gasto de salud como porcentaje del PIB: 7.6
Tasa de fertilidad (por mujer): 3,1
Esperanza de vida: hombres (67) mujeres (73)
Muerte materna (por 100,000 habitantes): 100
Tasa de mortalidad infantil (1,000 nacimientos): 20
Casos mortalidad infantil por Diarrea (menores de 5 años): 5%
VIH/Sida, Tasa de incidencia en la población adulta: 0,8%

NICARAGUA	Información de país
	<p>Población: 5,8 millones de habitantes</p> <p>Territorio: 129,494 kilómetros cuadrados</p> <p>Densidad poblacional: 45 habitantes por kilómetro cuadrado</p>
	Información económica
	<p>Producto Interno Bruto nominal per cápita (2012): \$1,290 USD</p>
	Información migratoria
<p>Saldo Migratorio: -40,000</p> <p>Monto anual de remesas (millones de USD): \$966</p> <p>Población residiendo en el exterior: 1 millón</p> <p>Principal país de destino: Costa Rica</p> <p>Otros países de destino: Estados Unidos, Canadá, El Salvador</p> <p>Múltiples sitios de paso migratorio en las fronteras de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honduras, El Salvador y Costa Rica. 	
Información salud	
<p>Gasto de salud como porcentaje del PIB: 9,6</p> <p>Tasa de fertilidad (por mujer): 2,6</p> <p>Esperanza de vida: hombres (71) mujeres (77)</p> <p>Muerte materna (por 100,000 habitantes): 95</p> <p>Prevalencia de Tuberculosis (100, 000 habitantes): 47</p> <p>Tasa de mortalidad infantil (1,000 nacimientos): 23</p> <p>Casos mortalidad infantil por Diarrea (menores de 5 años): 9%</p> <p>VIH/Sida, Tasa de incidencia en la población adulta: 0,2%</p>	

Información de país

Población: 4,7 millones de habitantes
Territorio: 51,100 kilómetros cuadrados
Densidad poblacional: 91 habitantes por kilómetro cuadrado

Información económica

Producto Interno Bruto nominal per cápita (2012): \$9,500 USD

Información migratoria

Saldo Migratorio: +6,000
Monto anual de remesas (millones de USD): \$509
Población residiendo en el exterior: 127 mil
Principal país de destino: Estados Unidos
Otros países de destino: Argentina, México, Canadá
Áreas geográficas de migración:

- Zona Sur del país: Pérez Zeledón, Los Santos

Información salud

Gasto de salud como porcentaje del PIB: 10,6
Tasa de fertilidad (por mujer): 1,8
Esperanza de vida: hombres (77) mujeres (81)
Tasa de mortalidad infantil (1,000 nacimientos): 9
Casos mortalidad infantil por Diarrea (menores de 5 años): 1%
VIH/Sida, Tasa de incidencia en la población adulta: 0,3%

Información de país

Población: 3,5 millones de habitantes
 Territorio: 78,200 kilómetros cuadrados
 Densidad poblacional: 47 habitantes por kilómetro cuadrado

Información económica

Producto Interno Bruto nominal per cápita (2012): \$9,443 USD

Información migratoria

Saldo Migratorio: +2,200
 Monto anual de remesas (millones de USD \$): \$297
 Población residiendo en el exterior: 215 mil
 Principal país de destino: Estados Unidos
 Otros países de destino: Canadá, España, Costa Rica
 Múltiples sitios de paso migratorio en las fronteras de:

- Costa Rica y Colombia.

Información salud

Gasto de salud como porcentaje del PIB: 8,1
 Tasa de fertilidad (por mujer): 2,5
 Esperanza de vida: hombres (74) mujeres (79)
 Muerte materna (por 100,000 habitantes): 92
 Prevalencia de Tuberculosis (100,000): 52
 Tasa de mortalidad infantil (1,000 nacimientos): 17
 Casos mortalidad infantil por Diarrea (menores de 5 años): 11%
 VIH/Sida, Tasa de incidencia en la población adulta: 0,89%

Módulo 3

**Migración como
determinante de la salud**

Migración y Salud

Si bien el fenómeno de la migración trae beneficios y desarrollo tanto a los países de origen, tránsito y destino e influye positivamente en sus aspectos económicos, sociales y culturales, no siempre se visibilizan en las condiciones de vida y el contexto en el que viven las personas migrantes. La migración por sí misma no implica necesariamente un riesgo para la salud, pero las condiciones que rodean el proceso migratorio pueden exponer a las personas migrantes a mayores riesgos para la salud y aumentar así su vulnerabilidad biológica, social, psicológica, económica y cultural. La xenofobia y discriminación, la falta de información pertinente y contextualizada, las limitadas políticas específicas y violaciones a los derechos laborales, amenazan la salud de estas poblaciones.

Las personas migrantes y poblaciones móviles que gozan de un bienestar físico, mental y social adecuado, están en condiciones de contribuir notablemente al desarrollo socioeconómico de las comunidades de origen y de acogida.

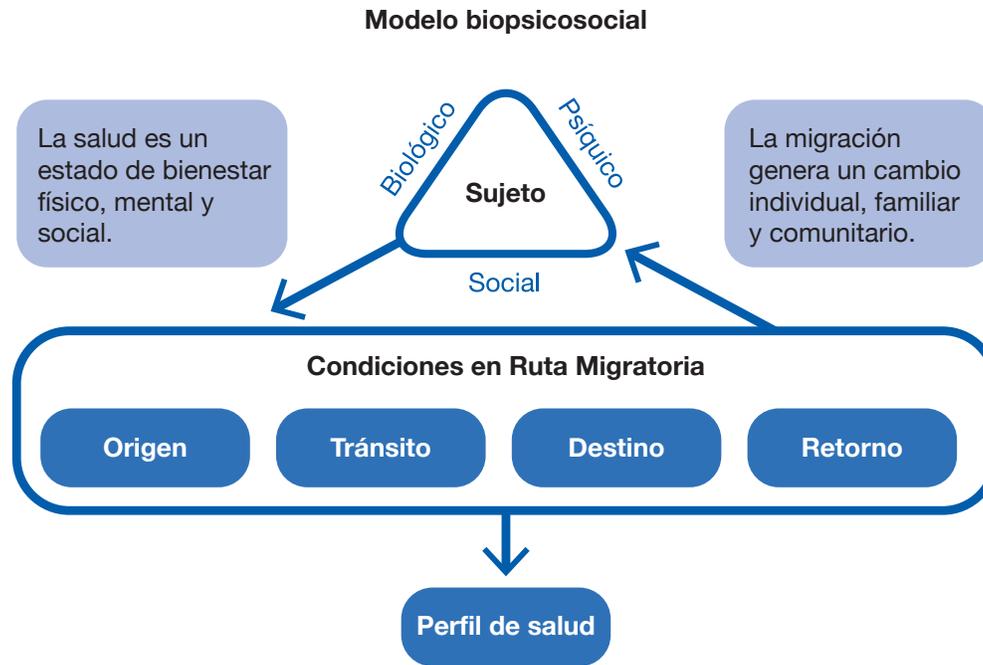
Una buena salud mental y física es un atributo esencial para el desarrollo de la capacidad productiva de la población migrante y su participación social. El gozar de una buena salud no solo beneficia a migrantes y sus familias, sino que también tiene grandes implicaciones sociales y económicas tanto para los espacios que los reciben como para los lugares de origen (SSA, 2006).

Ser migrante no es, en sí mismo y por sí mismo, un factor de riesgo; son las actividades realizadas durante el proceso de migración las que constituyen los factores de riesgo.

A pesar de que a los trabajadores migratorios se les selecciona por su buena salud y capacidad para trabajar (“efecto del migrante saludable”), hay pruebas de que en etapas más tardías de la vida muchos acaban con un carga sustancial de discapacidad (“efecto del migrante agotado”)

(ONUSIDA y OIM, 2002)

Dimensiones de la Salud



Es fundamental apoyarse en el modelo biopsicosocial para entender a la persona en los procesos migratorios. La salud, no solo abarca lo físico, el cuerpo, sino que también comprende la esfera social. Las relaciones, vínculos y roles sociales tienen un papel de suma importancia para el bienestar de la persona y, más aun, para las personas que migran, puesto que la migración genera un cambio individual, familiar y comunitario (Seppilli, 2000).

Intentando superar el enfoque de enfermedad física, morbi céntrico, hemos de señalar que lo social influye en lo psíquico, en lo que cada persona siente. Cuando una persona migra muestra una serie de cambios o adaptaciones a un nuevo estilo de vida. Pueden presentarse sentimientos de nostalgia, de seguridad/inseguridad, de dudas de elección, miedo al fracaso, sensaciones de aculturación, soledad, tristeza, temor a ser deportados/as, alimentación, vivienda, ausencia de trabajo...²⁷. Todos estos cambios tienen una repercusión directa sobre la esfera psicosocial de las personas.

La salud forma parte de un sistema social y cultural. Por ello se debe promover y proteger la salud de los y las migrantes teniendo en cuenta los determinantes e interacciones biológicas, sociales y psicológicas.

²⁷ Este trastorno asociado a la migración se denomina síndrome de Ulises o duelo migratorio (Achotegui, 2002). En ocasiones el duelo es tan complicado que existen capacidades de "adaptación". Es importante no patologizar ni medicalizar estas situaciones sino buscar la forma de proporcionarles apoyo y asesoramiento emocional y educativo.

Las personas migrantes saludables son ciudadanos productivos. Si su salud es resguardada representa un beneficio para la sociedad en su conjunto.

Migración como determinante social de la salud

Podemos conceptualizar la vulnerabilidad social como la susceptibilidad física, social, económica y ambiental de una persona o comunidad, a ser afectada, lesionada o herida. Se encuentra estrechamente relacionada con los riesgos, como amenazas presentes en las interrelaciones de factores internos y externos.

Considerando el perfil del migrante sabemos que en general las personas que migran son jóvenes y saludables. Sin embargo, lejos de su contexto cultural, familiar y comunitario, y en ocasiones dado a condiciones impuestas desde las comunidades de destino, suelen cambiar su comportamiento y adoptar nuevas prácticas, asumen nuevos riesgos para su salud sexual y reproductiva, así como la ingesta de alcohol y uso de drogas.

También se generan cambios alimentarios y, en ocasiones, se ven obligados a permanecer en espacios sin condiciones adecuadas de saneamiento, agua potable, entre otros. Asociado a esto, encontramos el limitado acceso a servicios de salud básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas que vulnerabilizan aún más a la población.

Existe además desconocimiento del propio migrante sobre sus derechos, generando miedo a las autoridades, patronos y sociedad en general. Finalmente, las personas migrantes también son víctimas de robos, asaltos, violaciones sexuales, mutilaciones, estafas por parte de traficantes y explotadores, que determinan la alta peligrosidad de la ruta migratoria.

Queremos recalcar que la movilidad poblacional no es por sí misma un factor que amplíe los riesgos ante las enfermedades, son las condiciones en las que se da este proceso de migración las que sitúan a las poblaciones migrantes y principalmente a las personas indocumentadas, en situaciones de mayor vulnerabilidad o desprotección frente a potenciales

daños a la salud y amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y de respeto a sus derechos humanos.

Por otro lado, puesto que la migración es un proceso cargado de aspectos psicológicos y psicosomáticos complejos y poco comprendidos, y aún peor al no ser afrontados adecuadamente por los países receptores y expulsores, se generan repercusiones psicosociales importantes en las personas migrantes y sus familias.

Enfoque psicosocial

Si bien la migración no amenaza necesariamente la salud, si puede repercutir en el bienestar físico y mental de las y los migrantes.

También, en general, se conoce poco y se tienden a invisibilizar los determinantes y efectos psicosociales en los familiares del migrante que permanecen en la comunidad de origen, así como del migrante que retorna.

Desde la perspectiva integral de la persona migrante, su familia y entorno social, la migración también tiene su cara negativa. Al migrar de forma individual, se presenta separación física del grupo familiar, debilitando los vínculos afectivos y facilitando su desintegración. La ausencia de alguno o varios miembros de la familia es considerada un factor estresante para las poblaciones más jóvenes, afectando así su salud mental. El uso de sustancias como alcohol, tabaco y drogas ilícitas (marihuana y cocaína) son algunos de los problemas que impactan con fuerza a la población de las comunidades expulsoras, sobre todo en la juventud (INSP, 2007).

También la esfera psicosocial de las compañeras y compañeros de las personas migrantes se modifica a partir de la migración del cónyuge. Cambios imprevistos, nuevas responsabilidades y roles, ansiedad y temor sobre el futuro, entre otros, son elementos determinantes de riesgo para la salud mental de quienes permanecen en la comunidad de origen. Se observa frecuentemente ansiedad y depresión (Salgado de Snyder et al., 2007).

Con relación a los roles familiares, con la partida masculina, el empoderamiento femenino se traduce en la participación de la mujer en las actividades económicas, sociales y familiares, lo que en ocasiones dificulta más la reintegración de la persona que regresa al no verse reflejado en la nueva dinámica familiar.

Determinantes según el ciclo migratorio

La indocumentación, la irregularidad migratoria, el desconocimiento sobre derechos, la xenofobia y la discriminación son las principales causas de vulnerabilidad para estas poblaciones, generando serias consecuencias para su salud. El grado de vulnerabilidad se encuentra relacionado con el ciclo migratorio en todas sus etapas. Los riesgos y vulnerabilidades asociados con la migración deben ser analizados y manejados de forma holística e integral considerando a las poblaciones en todas las fases del proceso de la migración.

Reflexión práctica

Piense en cómo le afectaría la migración a usted y a su familia y qué decisiones tomaría a la hora de migrar

(Viaje, llegada y asentamiento en otro lugar)

Condiciones comunes del proceso migratorio y los determinantes de la salud

Migración como determinante social de la salud.

Factores determinantes.



Factores que afectan la salud de las personas migrantes durante el proceso migratorio



LUGAR DE ORIGEN

Inseguridad económica.

Limitada disponibilidad laboral.

Limitado acceso a servicios sociales básicos como atención médica, educación, etcétera.

Conflictos.

Inestabilidad política.

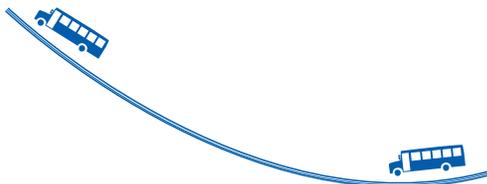


RETORNO

Disponibilidad de atención médica en los lugares de origen.

Estigma y presión familiar.

Estrés y morbilidad emocional.



TRÁNSITO

Limitado acceso a la comida, agua potable y vivienda digna.

Las vías clandestinas de migración pueden incrementar el riesgo a lesiones físicas.

Se incrementa la vulnerabilidad física y violaciones sexuales.

Limitaciones de acceso a medicamentos u atención médica.



DESTINO

Estatus migratorio irregular.

Limitado acceso a servicios sociales básicos como atención médica, salud ocupacional, educación, vivienda digna y asistencia legal, etcétera.

Limitada disponibilidad laboral.

Condiciones del estilo de vida, hacinamiento.

Prácticas de discriminación y xenofobia en las comunidades receptoras.

Origen

En el origen, durante la etapa de la pre partida, la salud de los y las migrantes se encuentra influenciada por los determinantes de salud propios de su comunidad de origen. Al migrar, las personas llevan consigo su condición previa de salud y muchas de las condiciones protectoras están relacionadas al componente hereditario, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos personales y familiares, nivel de vacunación, epidemiología local, entre otros. También viajan con sus creencias, valores y perspectivas hacia la salud. Conocer esta cosmovisión es fundamental para lograr un acercamiento adecuado y mayor efectividad de los servicios de salud.

Es responsabilidad de las autoridades de salud, promover y brindar una adecuada información sobre los riesgos durante el proceso migratorio, con el fin de minimizar las vulnerabilidades.

Tránsito

Esta es quizás la etapa donde se ubican la mayor cantidad de amenazas para la salud, existiendo una vulnerabilidad exponencial con relación a la cantidad de días y distancias recorridas. Durante el tránsito, la vulnerabilidad aumenta significativamente dependiendo del tipo de documentación, las condiciones de registro o irregularidad migratoria, la relación con traficantes, la cantidad de personas que viajan, la cantidad de días en tránsito y finalmente las razones existentes para migrar.

En esta etapa son frecuentes las lesiones físicas por traumatismo, agotamiento y deshidratación, relacionadas con los tiempos y formas de traslado. El uso de medios de transporte no convencionales como trenes y camiones, es causa importante de amputaciones, traumatismos y lesiones osteomusculares. La cantidad de muertes solamente en los cruces fronterizos ha aumentado en los últimos años. Desde que empezó la *Operation Gatekeeper* en 1994, se estima que más de 10,000 migrantes han muerto al intentar cruzar la frontera entre México y Estados Unidos, ocasionadas principalmente por deshidratación, insolación, hipotermia, ahogamientos, homicidios, atropellos y accidentes vehiculares (FIDH, 2008). También han aumentado las muertes relacionadas a grupos delictivos organizados, redes de trata y tráfico.

Destino

En las comunidades de destino, las poblaciones migrantes quedan expuestas a determinantes propios de la nueva comunidad en la que se encuentran; generalmente afectadas por condiciones de inequidad, marginalización, xenofobia y discriminación. Algunos factores que afectan el bienestar de estas poblaciones son la limitada existencia de políticas para la integración, la duración de la estadía y las posibilidades de contacto con sus familiares en la comunidad de origen. Se deben buscar los canales para que en esta etapa, las personas realicen lo necesario para mantenerse debidamente identificados, registrados y en condiciones de regularidad migratoria que faciliten su integración social.

Retorno

Al regresar, la salud de las personas migrantes y sus familias, se encuentra determinada por dos importantes factores como son: el acceso a servicios básicos de salud y las posibilidades de reintegración en lo laboral, social, cultural y económico. Con los años, el migrante pierde lazos afectivos familiares y comunitarios, generando mayores dificultades de reintegración y mayores consecuencias a su salud mental y la de su familia.

Es importante destacar que estas personas regresan con una carga psicológica muy importante por las experiencias vividas, encontrándose en ocasiones con un contexto muy diferente al soñado o deseado y con secuelas por la separación con sus familiares y redes de apoyo, por lo que la reintegración se convierte en un proceso complejo.

En lo biológico, trasladan consigo toda la carga epidemiológica, patologías y secuelas de eventos vividos, trasladando las vulnerabilidades y riesgos a sus familiares y comunidades.

Estos elementos deben ser considerados para lograr un adecuado proceso de integración y reinserción al retorno.

De esta forma, en todo el ciclo migratorio, la salud es un determinante fundamental de bienestar y desarrollo humano. Es un activo esencial para quienes migran y sus familias. Se requieren esfuerzos conjuntos entre los países de origen, tránsito y destino para abordar los determinantes de la salud propios a cada etapa del ciclo migratorio y garantizar así mejores condiciones de salud y bienestar para quienes migran.

Factores de vulnerabilidad y marginalidad

Los aspectos sociales (clase, género, etnia, orientaciones sexuales), biológicos (sexo y edad) y las condiciones estructurales del contexto (cultura, política, economía) determinan la vulnerabilidad social de una persona o grupo.

Género

En el caso de las mujeres que migran, la salud ejemplifica en varios ámbitos las consecuencias de la desigualdad social dada por su doble carga de género y migrante. Los procesos que producen vulnerabilidad y son determinantes de la salud tienen que ver con roles de género y mitos asociados al rol de dependiente y cuidadora²⁸.

Vulnerabilidad de las mujeres

Para las mujeres migrantes, sobre todo en tránsito, en muchas ocasiones el sexo se convierte en el único recurso que tienen para negociar y asegurar su sobrevivencia y seguridad dentro del grupo. Así, la mujer es vista por los mismos migrantes como una persona disponible para cualquier tipo de servicios, pero principalmente para tener relaciones sexuales y en determinados casos hasta prostituirse (Bronfman et al., 2003).

- Cambios en las relaciones de pareja en los roles familiares.
- Familias fragmentadas.
- Impactos psicosociales, sentimientos de abandono y tensiones.
- Mayores responsabilidades.



**Mayor autonomía y participación.
Al mismo tiempo, mayor
vulnerabilidad para su salud.**

28 Para los hombres la vulnerabilidad tiene que ver con el rol de responsabilidad económica y posiciones de potencia.

Es importante buscar estrategias y posibles líneas de trabajo conjunto desde las organizaciones de la sociedad civil orientadas a visibilizar las especificidades de la migración de las mujeres que les permita convertir la migración en un proceso de crecimiento y empoderamiento personal.

Etnia

El condicionamiento de etnia determina la salud. Aunque las condiciones económicas y sociales son un factor importante, la condición étnica genera dificultades en el acceso a los recursos disponibles.

La atención a la salud de los pueblos indígenas es una tarea pendiente. Las personas indígenas, en todo el mundo, reportan tasas de morbilidad más altas que la población no indígena. La alta tasa de desnutrición, las enfermedades crónicas, los mayores riesgos de infecciones de transmisión sexual, las muertes maternas en adolescentes o la mortalidad en menores, reflejan la inequidad y vulnerabilidad de los pueblos indígenas.

Existen pocos datos estadísticos, pero la etnia es un determinante de salud que genera desigualdades. Las mujeres indígenas constituyen una parte importante de los grupos marginalizados puesto que están excluidas de procesos de toma de decisiones que les afectan, y escasamente tienen oportunidades de acceder a espacios de poder. Las poblaciones indígenas y afrolatinas son generalmente excluidas de las políticas, programas y planes oficiales. Por lo tanto hay que superar brechas en la implementación de derechos e incorporar la problemática de los pueblos indígenas a las agendas políticas, especialmente, en las de salud pública.

Orientación sexual

La orientación sexual es considerada una de las causas desencadenantes de la migración. Las personas escapando de comunidades con alta discriminación, migran en condiciones muy irregulares e incluso sin un destino definido, generándoles alta vulnerabilidad social. Personas en comunidades de tránsito y destino, pueden encontrar en el migrante, una oportunidad para tener relaciones sexuales a cambio de dinero o refugio, aumentando los riesgos de VIH, enfermedades de transmisión sexual (ITS), entre otras (Infante et al., 2009).

Por otro lado, secundario al hacinamiento y condiciones propias de los albergues, sitios de refugio, barracas en fincas, entre otros, se generan espacios de vulnerabilidad para el sexo de hombres con hombres, actividad considerada de muy bajo registro y uno de los grupos de población con mayor riesgo frente al VIH.

Edad

Las personas migrantes adultas mayores son más vulnerables y sufren su envejecimiento en peores condiciones. En muchos casos, estas personas han trabajado en condiciones laborales de irregularidad migratoria, y por ende no cuentan con ningún tipo de protección social en su vejez, como una pensión o el adecuado acceso a servicios de salud.

Por otro lado, las personas adultas mayores que permanecen en sus países de origen, asumen roles o responsabilidades familiares, quedando a cargo del cuidado de niños y niñas cuando los padres migran. Dada la vulnerabilidad biológica asociada a su edad, estos nuevos roles generan mayores problemas de salud.

Además, muchos adultos mayores migran desde la región para convertirse en cuidadores en los países donde sus hijos-as o familiares se han establecido. Durante el proceso de tránsito, generalmente realizado en condiciones de irregularidad, estas personas se exponen a mayores condiciones de vulnerabilidad.

Condiciones de trabajo

La contratación de poblaciones migrantes en condición irregular es muy frecuente en la región, siendo en ocasiones limitadas las gestiones estatales para vigilar el cumplimiento de derechos laborales y protección social, lo que resulta en una mano de obra más barata que la población en condición regular.

Por otro lado, las empresas y personas empleadoras suelen considerar que la población migrante es siempre temporal, por lo que no dedican recursos a su formación ni a generar condiciones de mayor estabilidad y seguridad laboral. Las personas migrantes se ven obligadas entonces a aceptar con frecuencia condiciones de trabajo peligrosas y sin garantías laborales por temor a perder sus empleos o ser deportados/as.

En el caso de Guatemala, existe una creciente migración estacional por parte de trabajadores agrícolas, particularmente a la zona noroeste y partes del este del país, donde se encuentran los cultivos de exportación de caña de azúcar y café. Los principales problemas que afectan a esta población son los envenenamientos por uso de pesticidas, enfermedades transmitidas por vectores, picaduras o mordidas de insectos o serpientes, enfermedades gastrointestinales, en donde esta última se relaciona con la falta de agua potable y servicios de saneamiento adecuados, así como el acceso limitado a alimentos nutritivos. También en Costa Rica, los migrantes nicaragüenses e indígenas panameños ocupan los puestos de trabajo más duros (zafra de caña de azúcar, colectas de café, peones de construcción) lo que implica altos riesgos para la salud.

La situación es prácticamente la misma en toda la región, donde las personas migrantes de países vecinos desempeñan labores en el sector formal e informal, asumiendo mayores riesgos para la salud, debido al tipo de trabajo, las largas jornadas y las riesgosas condiciones laborales.

La migración se encuentra estrechamente ligada al ámbito laboral, ya que la principal razón para migrar es la búsqueda de mejores condiciones de trabajo. Por ello, también debe estar ligada a condiciones básicas de salud ocupacional, entendiéndose como “todas las acciones que tienen como objetivo promover y mantener el mayor grado posible de bienestar físico, mental y social de las personas trabajadoras en todas las profesiones y ocupaciones; prevenir todo el daño a su salud por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su trabajo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud; así como colocarles y mantenerles en un puesto de trabajo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas”²⁹.

La salud ocupacional es un bien que tiene que ser asegurado a toda persona trabajadora por igual, sea nacional o extranjera, cuando desarrolla labores que efectuadas sin las medidas adecuadas de prevención, puedan causar un perjuicio a su salud. Especial atención debe tenerse con la persona trabajadora migrante, en relación a sus condiciones específicas de ergonomía, cultura, idioma y contexto social en el que se encuentra³⁰.

29 Art. 7 Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo de El Salvador.

30 Aporte del Lic. Alexander Romero, Ministerio de Trabajo, El Salvador.

Dificultades en el acceso a la información

Frente a la situación de vulnerabilidad para la salud de las poblaciones migrantes de la región, no se cuenta con información suficiente, datos específicos de morbilidad, mortalidad, o bien con el análisis y seguimiento de casos reportados que podrían facilitar la toma de decisiones y medidas para mejorar la salud de la población migrante.

Existe una cantidad importante de información sobre flujos, remesas y repercusiones de la migración; y de igual forma, se encuentran datos abundantes desde el sector salud, con tasas, índices y análisis epidemiológicos tanto en lo nacional como en lo regional, pero existe un vacío de información evidente en lo relacionado a la salud de las personas migrantes. En las instituciones públicas de salud, las bases de datos en general no incluyen variables de condición migratoria, lo que dificulta la investigación y análisis de información específica sobre este fenómeno.

También la limitada cantidad de información sobre aspectos relacionados a la salud de las personas migrantes, es otro factor de vulnerabilidad para la población y perpetúa mitos, xenofobia y discriminación.

Lo mismo se puede decir de datos relevantes relacionados con el acceso a servicios de salud. Las dificultades de acceso a información veraz y precisa limita las posibilidades de un abordaje directo.

Las principales patologías que afectan a las poblaciones de personas migrantes son las mismas que afectan al resto de la población en las comunidades donde se encuentran, tales como:

- Enfermedades infecciosas (tuberculosis, hepatitis).
- Infecciones sexualmente transmitidas.
- Embarazo no deseado.
- Enfermedad mental y psicosocial.
- Lesiones por violencia.
- Abuso de sustancias.
- Enfermedades ocupacionales.

Las mismas desigualdades que estimulan las migraciones también incrementan la extensión de enfermedades.

El fenómeno migratorio genera consecuencias múltiples para las personas, para sus comunidades de origen y destino, que merecen un abordaje integral, multisectorial y basado en los determinantes propios de la movilidad.

En general, la población migrante es mayormente vulnerable al acceder los servicios salud en las comunidades receptoras, debido a obstáculos idiomáticos, diferencias en los conceptos de salud y enfermedad, y xenofobia por parte del personal de salud y población en general.

En particular, los migrantes indocumentados viven y trabajan en casas o espacios de trabajo insalubres y son muchas veces explotados a cambio de un salario muy limitado. Esto hace que carezcan de dinero para acceder servicios de salud privados y en general no acuden a los servicios locales de salud por miedo a ser reportados antes las autoridades migratorias y en correspondencia a su situación irregular.

Según un estudio realizado en once estaciones de tránsito y fronteras en Centroamérica y México, en general hay pocos servicios públicos y en especial servicios de salud disponibles para las personas migrantes. La violencia, pobreza y corrupción caracterizan a algunas estaciones de tránsito, y en este contexto es regular la presencia de sexo transaccional, de sobrevivencia o no consensuado, lo que eleva el riesgo de infecciones por enfermedades como el VIH y otros trastornos psicosociales.

Las organizaciones presentes en las zonas transfronterizas tratan con diferentes problemas de salud, como la malaria, el cólera y el dengue, entre otros.

En el tema de VIH, la información brindada sobre transmisión no necesariamente dirige a cambios de comportamiento o prevención.

La condición de pobreza restringe sensiblemente el acceso a múltiples oportunidades de desarrollo humano, incluida la seguridad médica. La vulnerabilidad de las personas pobres a quedar excluidas de los mecanismos de seguridad social se potencia con la migración. Esto deriva, entre otros aspectos, del efecto combinado entre la ocupación en empleos de bajos salarios, que son menos propensos a ofrecer beneficios en salud, y las restricciones al acceso a los servicios públicos, impuestos a lo largo de las últimas décadas a los migrantes, en condición migratoria legal como indocumentados (GENSIDA, 2007).

Según un estudio realizado en 2009 a Trabajadores(as) Agrícolas Migrantes en la frontera México-Guatemala, en temas de Salud Sexual y Reproductiva (énfasis en anticoncepción y embarazo), el 13,56% (59 personas las 435 personas encuestadas) refirieron haber padecido de algún problema de salud, de estos el 62,71% acudió a una institución de salud de la zona, siendo las más mencionadas el Consultorio de Casa Roja (75,68%), Centro de Salud (13,51%), Sanatorio u Hospital (5,41%) y el Consultorio de la Casa del Migrante (2,7%). En el caso de las mujeres se les consultó sobre el uso de algún método anticonceptivo y el 61% refirió no usar en ese momento ningún método y apenas el 19% indicó no haber iniciado vida sexual activa (Leyva et al., 2010).

Módulo 4

Hacia la acción



Reflexiones para la acción en salud

La invisibilidad aumenta la vulnerabilidad y para enfrentarla es necesario impulsar y planear programas, proyectos y acciones con participación activa de todos y todas.

La cooperación intersectorial permite superar brechas. El trabajo en red permite la creación de mecanismos que orienten alternativas a situaciones de discriminación y posibiliten una mayor sensibilización social hacia las personas migrantes. Alcanzar la equidad a la salud constituye un importante desafío, relacionado directamente con los cambios de gestión y calidad en la atención para la población migrante.

Las buenas prácticas en salud corresponderían a todas aquellas iniciativas locales o nacionales que se guían por principios, objetivos y procedimientos apropiados, así como también todas aquellas que han alcanzado resultados positivos y demostrado su eficacia y utilidad en un contexto concreto.

Las buenas prácticas y el trabajo en red han de tener en cuenta objetivos, ámbito de aplicación, convocatoria y estructura clara para un adecuado funcionamiento. Una buena práctica tiene que involucrar a diversos agentes (instituciones, departamentos, áreas y sujetos) y causar impacto social, ser medible y tener vida en el corto, mediano y largo plazo.

Especialmente es importante que las experiencias germinen de un proceso participativo, que tengan un alcance significativo, que aborden la discriminación y la desigualdad y que asignen recursos.

Las buenas prácticas no generan cambios por sí mismas, pero pueden contribuir a la visibilización de las personas migrantes tanto, en los lineamientos políticos, como en el día a día de la acción e interacción social. Con esto se quiere alcanzar la equidad en salud y desarrollo sanitario mediante todas las posibles formas de acción.

Las ONG's que apoyan a personas migrantes, los funcionarios y funcionarias de ministerios, secretarías e instituciones prestatarias de salud, de direcciones e Institutos Nacionales de Migración, los académicos y académicas, los individuos de la sociedad civil y personas interesadas en el tema deben trabajar en red, dialogar de manera comprometida (aportando su capital social y relacional), para así poder llevar a cabo prácticas que aporten desarrollo social e igualdad de oportunidades para las poblaciones migrantes. Esto repercutirá positivamente en la salud y el bienestar de las comunidades en general.

Integración para el acceso

Estamos muy lejos del cambio de paradigma necesario para que las personas migrantes hagan efectivos los derechos de los cuales son titulares. Este cambio de paradigma requerirá tiempo, diálogo, información precisa y sobre todo voluntad política (OMS, 2005). Pero también requiere de intervenciones sociales que tengan cierto impacto y que atiendan de manera directa las necesidades de la población migrante. En particular, de las personas refugiadas, de las personas migrantes en dificultad social, de las afectadas por el VIH, de las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad social.

El costo emocional y social de las migraciones puede ser muy alto. La respuesta eficiente a los problemas de salud asociados a la migración requiere de la integración de esfuerzos e iniciativas globales, tanto para atender las enfermedades infecciosas y crónicas, como para conocer y abordar de manera integral los determinantes sociales de la salud. Esto quiere decir, que la vulnerabilidad deja de percibirse como algo innato o individual y se transforma en vulnerabilidad social o ambiental.



Las políticas y prácticas de salud relacionadas con la migración requieren revisión y desarrollo constante con el fin de responder a nuevos retos.

Las políticas de salud migratoria coordinadas con las metas de salud pública han de tener en cuenta las barreras de comunicación intercultural, la percepción de salud y enfermedad según la cultura y las barreras idiomáticas, entre otros.

Es importante dar continuidad al proceso de transversalización del enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad.



Escenarios posibles de acción

A continuación, se citan algunas acciones que se pueden realizar a nivel regional:

- Desarrollar sistemas de información y acciones comunitarias, a través de:
 - a. Registro integrado y basado en derechos de migrantes: sector salud, casas de migrantes, consulados, migración, policía, justicia, organizaciones de migrantes.
 - b. Registro de casos de problemas de salud y violencia.
 - c. Fortalecimiento de organizaciones comunitarias de migrantes y familiares e iniciativas deportivas nacionales.
 - d. Promover un acercamiento intercultural y desarrollar estrategias de comunicación.
- Mejorar la coordinación con centros de juventud, mujeres, etc.
- Fortalecer los sistemas nacionales de investigación en salud.
- Sensibilizar a las comunidades.
- Desarrollar proyectos de apoyo psicosocial.
- Promover modelos mixtos de salud: servicios fijos y móviles en las fronteras y actividades comunitarias con las familias de migrantes.
- Aumentar la oferta de insumos de salud: paquete básico para migrantes, fondos específicos.
- Capacitar y estandarizar procedimientos de salud³¹.
- Buscar alianzas intersectoriales con el fin de hacer más efectivas las acciones de promoción de la salud.
- Coordinar las diferentes iniciativas como el trabajo entre municipios.
- Organizar encuentros transnacionales de intercambio.
- Desarrollar proyectos de prevención del tráfico de personas y violencia de género.
- Formar comités de salud comunitarios.

Estas acciones no deben de hacerse de manera sesgada. No conviene trabajar únicamente en acciones específicas para personas migrantes (puede resultar segregacionista). Hay que trabajar en destino, incidiendo en sensibilización y en los países de origen con proyectos que informen sobre la realidad de la migración en los países de destino. No debe perderse de vista la normalización, sin olvidar las acciones especiales que se pueden necesitar en un momento dado (Guilló 2006), para mejorar y mantener los indicadores de salud positivos en toda la población y particularmente, de los más vulnerables, como las personas migrantes.

³¹ La capacitación puede perfeccionar los conocimientos y las prácticas a corto plazo. Para ello, deben estar acompañadas de cambios institucionales en las políticas y en las prácticas.

Buenas prácticas en salud. Iniciativas para América Central.

En el ámbito regional, se están llevando a cabo iniciativas relacionadas con la atención en salud de poblaciones migrantes. No obstante, gran parte de las acciones se desarrollan alrededor de la problemática del VIH/Sida, y en temáticas de anticoncepción, embarazo y violencia basada en género. Es importante dar continuidad a estos temas pero se debe trascender el enfoque materno infantil y biológico relacionado con la atención de la salud.

Sigue siendo escasa la información en otros ámbitos tales como el enfoque transcultural de la salud, la salud sexual y prevención de ITS, salud mental y adicciones, salud buco dental, orientación alimentaria a personas en estado de desnutrición y obesidad, tuberculosis, enfermedades crónicas degenerativas o enfermedades infecciosas. También es importante señalar la necesidad de abordar el enfoque psicosocial, la incidencia de los factores estresores en salud (irregularidad, duelo migratorio, separación familiar o posibilidad de sufrir abusos), entre otros. Hay un vacío de iniciativas donde se visibilice y atienda el lado psicológico y social de las personas migrantes, y de acciones positivas que promuevan estrategias de igualdad de oportunidades y empoderamiento.

En Nicaragua, según un mapeo realizado en el año 2009, existen un total de 11 intervenciones en migración y salud, las cuales han sido realizadas por 6 organizaciones no gubernamentales en alianza con el Ministerio de Salud y otras instituciones y organizaciones no gubernamentales y comunitarias, y han estado enfocadas fundamentalmente a la promoción, prevención y atención de ITS, VIH/Sida, a la defensa de los Derechos Humanos de poblaciones móviles y migrantes, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y en menor medida, a la prevención de la violencia basada en género (Cuadra y Marsal, 2009).

En El Salvador, según mapeo realizado en el año 2009, se encontró que solo el Programa Nacional de ITS-VIH/Sida reporta intervenciones dirigidas a diferentes poblaciones en las regiones fronterizas, con énfasis en la prevención y cambio de comportamientos en VIH/Sida. Existen organizaciones no gubernamentales que trabajan en materia de Derechos Humanos de la población migrante pero no han realizado intervenciones en materia de SSR, VIH y violencia basada en género, durante los años 2007 a 2009 (Cañizales, 2009).

En Panamá el UNFPA trabaja principalmente, en promoción de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, VIH/Sida y aseguramiento de insumos básicos en salud, sobre todo, en la población indígena Kuna Yala.

En el caso de Costa Rica, el UNFPA apoya la ejecución de diferentes proyectos dirigidos a las diferentes poblaciones, en alianza con diversas organizaciones nacionales, según sus áreas de interés. Se trabaja en programas relacionados con género, salud reproductiva y población y desarrollo.

A pesar de que Costa Rica es un importante país de destino y que hay grandes avances en materia migratoria e iniciativas convergentes binacionales, entre las comunidades autónomas y municipios; y entre organismos como OPS, AECI y ONUSIDA, no existen aún suficientes intervenciones para la atención de la población migrante y sus situaciones relacionadas con su salud sexual y reproductiva, entre otras.

Solamente se podría señalar la existencia de un proyecto en la frontera con Nicaragua sobre migración internacional y desarrollo, con enfoque de género, salud sexual y reproductiva.

Tampoco hay evidencias de acciones concretas del gobierno de Costa Rica para la atención de las personas migrantes, por lo que la responsabilidad recae sobre organismos de la sociedad civil y organizaciones internacionales³², tal como es el caso, del Proyecto Finca Sana (Murillo et al., 2009) de la OIM.

Finca sana

Es un proyecto innovador para mejorar la salud de las personas indígenas migrantes Ngäbe-Buglé, que se trasladan cada año desde Panamá hacia Costa Rica para recolectar café en las zonas de Coto Brus y Los Santos.

Este modelo de atención está elaborado para ser móvil, siguiendo a las personas migrantes según se vayan trasladando de acuerdo a la cosecha del café.

En Centroamérica, diferentes iniciativas lograron desarrollar proyectos sobre el tema Migración y VIH. Entre éstas se pueden mencionar el proyecto para poblaciones móviles y VIH, apoyado financieramente por la Organización de Países Petroleros y coordinado a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); la Iniciativa Mesoamericana para la Prevención del VIH/Sida (IMPSIDA), orientada a grupos móviles y trabajadores de maquilas, implementado a través de ONUSIDA; el Proyecto Centroamericano para la prevención del VIH, apoyado por el Banco Mundial para el periodo 2005-2009, coordinado a través del Sistema de Integración Centroamericano (SICA), y el Proyecto Mesoamericano para la atención integral del VIH en poblaciones móviles de Centroamérica, financiado por el Fondo Mundial para el periodo 2005-2010, coordinado a través del Instituto Nacional de Salud Pública de México (Bronfman et al., 2008).

Asimismo, en México varias instituciones brindan servicios de atención en salud, materia legal y en la facilitación de redes de apoyo social a los migrantes. Tal es el caso de la Casa del Migrante en Juárez, “Una Mano Amiga”. También, el Programa “Vete Sano Regresa Sano” que nace en el 2001 en el marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006, como respuesta para atender la demanda de servicios de salud de las familias de migrantes, teniendo como principal objetivo, contribuir a proteger la salud de las familias en su lugar de origen, en el tránsito y en su lugar de destino (CENSIDA, 2007).

Debido a la coordinación entre los centros de salud en las localidades de la frontera México-Guatemala, basada en las relaciones de amistad entre médicos y profesionales de las dos unidades, se han desarrollado acciones interfronterizas para la prevención de la malaria, cólera, dengue, así como la realización de campañas de vacunación. Otras acciones incluyen la referencia y seguimiento a pacientes crónicos o infecciosos, el intercambio de información epidemiológica, además de insumos y recursos médicos para la atención clínica (Leyva et al., 2004). En el ámbito de las instituciones públicas

Las decisiones en grupo enriquecen la atención y el conocimiento.

En salud no solo se prescribe y se tratan enfermedades, en buena medida, los profesionales son mediadores de situaciones más profundas de las personas y sus familias.

32 Ver:

www.oim.or.cr/espanol/Boletines/CRI%20-%2024-Set-2007.shtml
www.youtube.com/watch?v=v1YOuccUTyE&feature=related.

de salud en la frontera México-Guatemala, se ha organizado un área especializada para brindar servicios de salud a las poblaciones migrantes. Esta área ha conformado una red de atención primaria integrada por más de 110 centros de salud distribuidos en micro-regiones en la frontera. En estos lugares se pretende ofertar servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Estrategias para mejorar la situación de la población migrante. Cambio de Paradigma: de la exclusión a la inclusión.

Como hemos señalado, hay todavía muchos desafíos para brindar acceso a los servicios de salud, conforme al volumen, la velocidad y la diversidad de las migraciones modernas. Los enfoques tradicionales suelen estar basados en el principio de exclusión de los migrantes con determinadas afecciones, utilizando la seguridad y el control de las enfermedades como argumentos principales. Los gobiernos reconocen cada vez más la necesidad de avanzar hacia un enfoque incluyente que se centre en la reducción de las desigualdades y en la protección social de la salud y que se base en la colaboración entre diferentes países y sectores.

La atención a las necesidades sanitarias de los migrantes mejora su salud, evita la estigmatización y los costos sanitarios y sociales a largo plazo, protege la salud pública mundial, facilita la integración y contribuye al desarrollo social y económico.

Enfoque tradicional

- Exclusión
- Seguridad
- Control de las enfermedades
- Centro de atención nacional

Enfoque multidimensional moderno

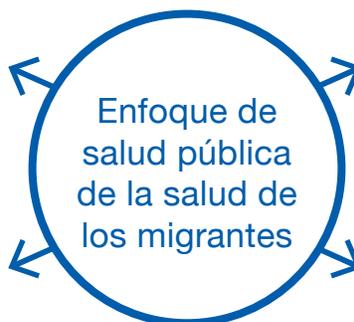
- Inclusión
- Reducción de las inequidades
- Protección social en materia de salud
- Desarrollo de políticas plurinacionales e intersectoriales

Estrategia de salud pública.

Los principios básicos de un enfoque de salud pública para atender la salud de los migrantes y de las comunidades de acogida consisten en:

Garantizar los derechos sanitarios de los migrantes

Evitar las disparidades con respecto al estado de salud y al acceso a los servicios de salud



Reducir el exceso de mortalidad y morbilidad

Minimizar el impacto negativo del proceso de migración

La resolución sobre la salud de los migrantes, 2008 y la reunión consultiva mundial, 2010

Durante la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2008, los Estados Miembros de la OMS aprobaron una resolución sobre la salud de los migrantes, en la que se pedía a los Estados Miembros y a la OMS que, en colaboración con las partes interesadas pertinentes, fomentaran políticas y prácticas sanitarias sensibles a los migrantes y alentaran la cooperación multi-lateral y las medidas intersectoriales.

En consecuencia, se realizó una Reunión Consultiva Mundial sobre la Salud de los Migrantes entre la OMS, la OIM y el Ministerio de Salud y Política Social de España en marzo de 2010. Resultado es el siguiente marco operacional:

Prioridades en materia de monitoreo de la salud de los migrantes

- *Garantizar la normalización y comparabilidad de los datos sobre la salud de los migrantes.*
- *Mejorar el conocimiento de las tendencias y resultados mediante la desagregación y análisis apropiados de la información sobre la salud de los migrantes, teniendo en cuenta la diversidad de las poblaciones migrantes.*
- *Mejorar el monitoreo de los comportamientos de búsqueda de asistencia sanitaria de los migrantes, su acceso a los servicios de salud y la utilización de estos, y el aumento de la recopilación de datos relacionados con el estado de salud y los resultados sanitarios de los migrantes.*
- *Identificar y cartografiar: 1) las prácticas óptimas en materia de monitoreo de la salud de los migrantes; 2) modelos de políticas que faciliten el acceso equitativo de los migrantes a la salud, y 3) modelos y prácticas de sistemas de salud que incluyan a los migrantes.*
- *Desarrollar datos útiles que puedan vincularse con la toma de decisiones y el seguimiento del impacto de las políticas y los programas.*

Prioridades en materia de marcos normativos y legales que influyen en la salud de los migrantes

- *Adoptar y aplicar en las leyes y prácticas nacionales las normas internacionales pertinentes sobre la protección de los migrantes y su derecho a la salud.*
- *Formular y ejecutar políticas nacionales de salud que incorporen un enfoque de salud pública a la salud de los migrantes y fomenten el acceso equitativo de estos a los servicios de salud, independientemente de su estado de salud.*
- *Monitorear la ejecución de las políticas, regulaciones y legislaciones nacionales pertinentes para responder a las necesidades de salud de los migrantes.*
- *Fomentar la coherencia entre las políticas de diferentes sectores que puedan afectar a la capacidad de los migrantes para acceder a los servicios de salud.*
- *Ampliar la protección social en materia de salud y mejorar la seguridad social de todos los migrantes.*

Prioridades en materia de sistemas de salud sensibles a los migrantes

- *Garantizar la prestación a los migrantes de servicios de salud de una forma que sea lingüística y culturalmente apropiada, y velar por el cumplimiento de las leyes y regulaciones que prohíben la discriminación.*
- *Adoptar medidas que mejoren la capacidad de los sistemas de salud para prestar servicios y ejecutar programas que abarquen a los migrantes de forma integral, coordinada y financieramente sostenible.*
- *Mejorar la continuidad y la calidad de la atención recibida por los migrantes en todos los entornos, incluida la prestada por organizaciones no gubernamentales y dispensadores alternativos.*
- *Desarrollar la capacidad del personal sanitario y del personal no sanitario pertinente para comprender y resolver las cuestiones sociales y de salud relacionadas con la migración.*

Prioridades en materia de alianzas, redes y marcos plurinacionales

- *Establecer y apoyar el diálogo y la cooperación intersectorial y entre las principales ciudades, regiones y países de origen, tránsito y destino con respecto a la salud de los migrantes.*
- *Abordar los temas de la salud de los migrantes en los procesos consultivos regionales y mundiales sobre los procesos migratorios, económicos y de desarrollo (por ejemplo, Foro Mundial sobre Migración y Desarrollo, Grupo Mundial sobre Migración, RCP, Diálogo de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Migración Internacional y el Desarrollo).*
- *Aprovechar la capacidad de las redes existentes para promover la agenda de la salud de los migrantes*

Salud, migración y desarrollo comunitario. De lo asistencial a lo participativo.

Como hemos señalado las personas migrantes son una de las poblaciones más afectadas por la falta de acceso a servicios de atención de la salud. Las diferencias lingüísticas o culturales, la falta de prestaciones de atención de salud accesibles o de un seguro médico, las dificultades administrativas, la situación jurídica y el hecho de que los horarios de trabajo de los migrantes sean sumamente largos y poco hábiles, son las principales barreras a las que deben hacer frente (OIM, 2011).

El binomio salud migración es en muchos casos, una proeza difícil. En numerosos territorios se carece de programas definidos para las poblaciones migrantes y móviles, y se carece también de datos estadísticos. Por otro lado, las personas migrantes en cuantiosas ocasiones desconocen cuáles son sus derechos y cómo han de acceder a los servicios de salud³³.

La forma de llevar a cabo las soluciones a estas necesidades o generar algunas expectativas positivas, en muchas ocasiones, depende de nosotros y del éxito de la cooperación del trabajo en red.

Si queremos asistir en prevención, promoción y en el mantenimiento de salud y desarrollo de una comunidad se requiere de trabajo participativo, se requieren redes sociales y equipos que ayuden a enfocar el trabajo y a promover y establecer intercambios de información. Se requieren medidas que superen dificultades para defender la salud como bien público y derecho ciudadano.

Las personas que trabajan con población migrante, en organismos internacionales, en entidades sociales, en ONG's o asociaciones, han de identificar claramente escenarios concretos y saber analizar problemas, localizar las situaciones generadoras de conflicto y contemplar posibilidades, posibles soluciones y tomar decisiones.

Es necesario, en este punto, pensar en la promoción de capacitación para las personas que en las comunidades y en los centros de salud o en otras instituciones, se están responsabilizando del apoyo, orientación y bienestar de las personas migrantes. Sin la formación y sin su correcta evaluación, no podemos ofrecer salud integral y sistematizar, con criterio, las buenas prácticas, para dar aportes al trabajo y contar con las capacidades para responder a las situaciones de manera que, poco a

33 La población móvil y migrante tiene un limitado acceso a los servicios públicos de salud por falta de documentos y por miedo a la deportación, por el desconocimiento de sus derechos, por el bajo nivel educativo y por el limitado acceso a la seguridad social (UNFPA, 2009).

poco, se vayan mejorando los niveles de bienestar y la calidad de vida de la población.

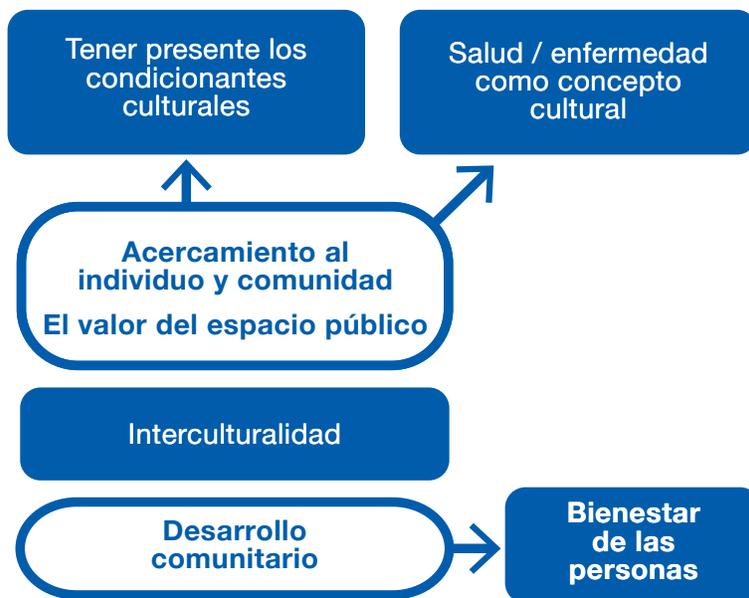
Como se ha señalado, el desarrollo de la salud no es un problema individual, sino una condición y consecuencia de la acción social. Por ello, los y las promotoras de la salud y líderes comunitarios son piezas claves para estructurar, gestionar y completar las carencias que se producen en el sistema, optando por normalizar el acceso de las personas migrantes a los servicios generales y evitando, de esta manera, generar estructuras paralelas de segregación que perjudiquen la integración, el bienestar y el desarrollo de la ciudadanía y la convivencia intercultural.

Se debe trabajar unificando esfuerzos, pero al mismo tiempo, es preciso una profunda toma de conciencia para promocionar la salud comunitaria que apoye el fortalecimiento de los individuos, de los grupos y de las organizaciones e instituciones que forman una comunidad. Frente a las demandas de la población migrante en lo comunitario (Montero, 2008) hay que crear alianzas, relaciones equilibradas, asunción de compromisos y prácticas flexibles.

¿Qué puedo hacer yo?

¿En qué podría contribuir desde mi ocupación?

Prácticas en salud y desarrollo comunitario.



Son fundamentales las labores de sensibilización a través del trabajo de incidencia política, y capacitación y formación de profesionales y trabajadores en salud y migración.

Mejorar las condiciones de vida en la comunidad y de la salud de las personas migrantes es una urgencia. Así como proponer actuaciones y mensajes alternativos, en pensar en términos de cultura y salud intercultural, en deliberar con colegas, en pensar en cómo actuamos y qué es lo que nos está motivando y, sobre todo, trabajar con la comunidad desde la prevención.

Es indispensable unificar esfuerzos y recursos, trabajar en equipo y comprender la responsabilidad que tenemos como sujetos y como actores. Se debe trabajar en mejorar la calidad de vida y reducir las diferencias sociales e inequidades en la cobertura, acceso y utilización de los servicios y fomentar redes sociales y asociaciones que promuevan la convivencia en la ciudad multicultural, garantizando a todos y todas plenos derechos y responsabilidades civiles, económicas, sociales y políticas.

Sin compromiso y responsabilidad individual no es posible un buen desempeño institucional. Aún, teniendo en cuenta el cansancio que genera el sumar más trabajo al que cada grupo y persona tiene, consideramos que conviene que los problemas y las acciones se lleven a cabo de manera solidaria. El trabajo conjunto, la cultura de colaboración, entre la iniciativa pública y privada, incorpora posibilidades de adaptación, flexibilidad y respuestas mucho más rápidas.

La equidad en salud requiere fortalecer la capacidad sectorial para ampliar la cobertura y la calidad de los servicios de salud, y requiere de grupos de trabajo enlazados y redes formales e informales abiertas y significativas para lograr la salud y el desarrollo equitativo para todos las y los ciudadanos.

Bibliografía

- Achotegui, J. (2002): *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona, España.
- ACNUR (2012): *Los Menores No Acompañados y la Protección del Asilo*. UNHCR.
- Acuña, G. y Morales, A. (2007): *Redes Sociales y migración en Centroamérica*. Fundación Arias para la Paz, Costa Rica.
- Albó, X. (2004): *Interculturalidad y Salud*. En Fernández Juárez, G.: *Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas*. Abya-Yala, Quito, Ecuador.
- Alemán, J.D. (2009): *Flujos migratorios laborales regionales*, SICA.
- Barclay, E. (2005): *Las comunidades de emigrantes mexicanos pueden estar a punto de sufrir una epidemia del VIH/sida*. Population Reference Bureau.
- Bronfman, et al. (2003): *Migración, género y SIDA: contextos de vulnerabilidad*. México.
- Bronfman, M. y Leyva R. (2008): *Migración y SIDA en México*. CENSIDA, México.
- Cañizales, N. (2009): *Mapeo analítico y propositivo para el compendio de productos de conocimiento/recolección de materiales sobre proyectos e iniciativas relacionadas con la migración y salud*. OIM. Costa Rica.
- CENSIDA (2006): *Aspectos de salud pública*. México.
- CENSIDA (2007): *Manual para la prevención del VIH/SIDA en migrantes mexicanos a Estados Unidos*. Secretaria de Salud, Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA. México.
- CEPAL (2010): *La medición censal de la migración en Honduras. Notas de población, 88, Comisión económica para América Latina y el Caribe*.
- CEPAL (2010A): *Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina. Inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos* Comisión económica para América Latina y el Caribe.
- Council of Europe (2011): *Migrants and Fighting Discrimination in Europe*. COR.
- Cuadra Fernández, R. y Marsal de Varona, G. (2009): *Mapeo analítico y propositivo que genere un compendio de productos de conocimiento/recolección de materiales sobre proyectos e iniciativas relacionadas a la migración y salud*. Nicaragua.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) (2012): *Los derechos laborales no tienen fronteras*. Costa Rica.
- Federación Internacional de los Derechos Humanos (FIDH) (2008): *Estados Unidos – México. Muros, Abusos y Muertos en las fronteras. Puede verse en: <http://www.womenontheborder.org/documents/USAMexiquemigran488esp.pdf>*.
- Flores Caneros, et al. (2005): *Mujeres indígenas migrantes: sus derechos, salud sexual y reproductiva*. Redalyc, Katalysys, pp. 8, 111-123.
- Guilló Girard, C.I. (2006): *Retos y oportunidades de la inmigración desde la perspectiva del desarrollo local: condiciones para el desarrollo de redes de acción*. Jornadas sobre los Gobiernos Locales ante la integración de los inmigrantes. Andalucía, Federación Andaluza de Municipios y Provincias.
- Herrera, G. (2004): *Género, familia y migración. Lo viejo y lo nuevo*. En Norma Fuller (ed.): *Jerarquías en Jaque. Los estudios de género en el área andina*. Consejo Británico, Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú. CLACSO, Perú.

- Herrera, G. y Martínez, A. (2002): *Género y migración en la región Sur. Informe de investigación. FLACSO. Ecuador.*
- Huhn, S. (2008): *Percepción social de la inseguridad en Costa Rica, El Salvador y Nicaragua.* Redalyc, pp. 122, 149-165.
- Infante, C., Aggleton, P. y Pridmore, P. (2009): *Forms and determinants of migration and HIV/AIDS-Related stigma on the Mexican-Guatemalan border.* México.
- INIDE (2009): Encuesta de Medición de Nivel de Vida, EMNV, del Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Puede verse en:
- <http://www.inide.gob.ni/bibliovirtual/publicaciones.htm>
- INSP (2007A): *La migración México-Estados Unidos: las consecuencias en la salud.* Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- IOM (2009): *Migration Health: Report of Activities 2008-2009.* IOM, Ginebra, Suiza.
- IOM (2012): *Unaccompanied Children on the Move.* IOM, Ginebra, Suiza.
- Klugman, J. (2009) (Dir.): *Superando barreras: movilidad y desarrollo humanos.* PNUD. Estados Unidos.
- Kottak, P. C. (2006): *Antropología Cultural.* Mc Graw Hill. Madrid.
- Leyva R., Quintino, F. e Infante C. (2010): *Salud sexual y reproductiva (énfasis en anticoncepción y embarazo) de trabajadores(as) agrícolas migrantes en la frontera México-Guatemala.* El Salvador.
- Leyva, et al. (2004): *Respuesta social a la migración y SIDA en ciudades gemelas de la frontera México-Guatemala.* CENSIDA. México.
- Llena Berñe, A. y Úcar Martínez, X. (2006): *Acción comunitaria: miradas y diálogos interdisciplinarios e interprofesionales.* En Úcar, X. y Llena, A. (coords.): *Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria.* Graó, Barcelona, España. pp. 11-55.
- Lucas Robert, E.B. (2004): *International Migration Regimes and Economic Development.* Third Coordination Meeting on International Migration, Population Division. United Nation Secretariat.
- Meñaca, A. (2004): *Salud y migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar.* En Fernández Juárez: *Salud e interculturalidad en América Latina, Perspectivas antropológicas.* Quito, UCLM.
- Montero, M. (2008): *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos.* Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Morales Gamboa, A. (2008): *Migración de relevo: nuevos polos de exclusión en las migraciones transfronterizas en Centroamérica.* En *El Mito Roto: Inmigración y emigración en Costa Rica.* Sandoval García, Carlos (editor), Editorial UCR, San José, Costa Rica.
- Murillo, Chaverri y Ulloa (2009): *Desarrollo de un mapeo analítico y propositivo que genere un compendio de productos de conocimiento/recolección de materiales sobre proyectos e iniciativas relacionadas con la migración y salud.* OIM. Costa Rica.
- Naciones Unidas (2000): *Protocolo para Prevenir, Suprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños*
- Naïr, S. (1997): *Informe de Balance y Orientación de la política de Codesarrollo en relación con los flujos migratorios.* Migración y Codesarrollo. Ministerio de Asuntos Exteriores. Paris, Francia.
- OIM (2003): *Migración y Salud para beneficio de todos.* Ginebra, Suiza.

- OIM (2008): *10 Preguntas y Respuestas acerca de la Migración*. Oficina Regional para Centroamérica y México. San José, Costa Rica.
- OIM (2010): *Informe sobre las migraciones en el mundo en 2010*. Ginebra, Suiza.
- OIM (2011): *Informe sobre la Migraciones en el Mundo 2011: Comunicar Eficazmente sobre la Migración*. Ginebra, Suiza.
- OIT (2006): *Trabajo infantil y pueblos indígenas: el caso de Panamá*. Organización Internacional de Trabajo.
- Ojeda, N. (2006): *Familias transfronterizas y familias transnacionales: dos conceptos en construcción en el caso México-Norteamericano*. Documento de Trabajo, 10. CEPI, México.
- OMS (2005): *Migración internacional, salud y Derechos Humanos*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
- ONU (2009): *Informe Mundial sobre Desarrollo Humano*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- ONUSIDA (2006): *Plan Estratégico Nacional para la prevención atención y asistencia del VIH-SIDA*. Costa Rica.
- ONUSIDA (2002) : *Informe sobre la epidemia mundial de VIH-SIDA*. Puede verse en: http://data.unaids.org/pub/Report/2002/brglobal_aids_report_sp_reduced_es.pdf
- OPS (2011): *Salud de la Población joven indígena en América Latina*. Organización Panamericana de la Salud. CEPAL, Santiago de Chile, Chile.
- Pastor Antolín, L.J. et al. (dir.) (2002): *Globalización y migraciones hoy: diez años de continuos desafíos*. **Vicerrectorado de Extensión Universitaria, Valladolid.**
- Pellegrino, A. (2003): *Características de la migración Internacional en América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- PNUD (2009): *Superando barreras: movilidad y desarrollo humano*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Programa Estado de la Nación (2011): *Cuarto Informe Estado de la Región*. San José, Costa Rica.
- Restrepo Espinosa, H. M .y Málaga, H. (2000): *Promoción de la salud como construir una vida saludable*, Panamericana.
- Poder Judicial (2011): *Anuario de Estadísticas Policiales y Judiciales*. Departamento de Planificación, Sección de Estadística, Poder Judicial. San José, Costa Rica. Puede verse en: <http://www.poder-judicial.go.cr>
- Ruiz, Erika (2008): *Desencuentros migratorios euro latinoamericanos: un dilema estructural*, en CELARE (ed.), *V Cumbre América Latina y el Caribe – Unión Europea Lima 2008. Evaluación, desafíos y propuestas*, CELARE, pp. 211-245.
- Salgado de Snyder et al. (2007): *Migración México-Estados Unidos; Consecuencias para la Salud*. *Perspectivas en salud Pública*, 1, INSP, México.
- Sánchez Sánchez, A.F. (2008): *Honduras un país de migraciones*. Puede verse en: <http://www.ndu.edu/chds/SRC-panama08/PDFpapers/SanchezA-Hon.pdf>.
- Sandoval García, C. (2007): *El mito roto: inmigración y emigración en Costa Rica*. UCR, Instituto de Investigaciones Sociales, Costa Rica.
- Secretaría de Salud (SSA) (2006): *Inmigrantes Mexicanos y Centroamericanos en Estados Unidos*. *Acceso a Salud*. Regents of the University of California. Estados Unidos.
- Segovia, A. et al (2006): *Diagnóstico integral sobre las principales tendencias de las relaciones económicas intra regionales y de las necesidades de formación de los actores identificados*. Programa de Apoyo a la Integración Regional Centroamericana (PAIRCA), San Salvador, El Salvador.

- Seppilli, T. (2000): *De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación.* En Perdiguero y Comelles (eds.): *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina.* Bellaterra, Barcelona.
- SICREMI (2011): *Migración Internacional de la Américas.* Organización de los Estados Americanos, OEA.
- Sipi MAYO, R. (2000): *Las asociaciones de mujeres ¿agentes de integración social?, Papers 60, pp. 355-364.*
- Tokman, V. (2008): *Movilidad internacional de personas y población social. Serie Macroeconomía del Desarrollo, n 67.* CEPAL, Santiago de Chile, Chile.
- UNFPA (2009): *Estado de la situación de la migración y la Salud Sexual y Reproductiva –incluida el VIH y el Sida y la Violencia basada en género– en jóvenes y mujeres migrantes. Zona fronteriza Costa Rica-Nicaragua.* Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA-AECID, Costa Rica.
- UNFPA (2010): *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios.* Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNICEF (2012): *Estado Mundial de la Infancia 2012.* Nueva York, Estados Unidos. p. 32
- Zlotnik, H. (1998): *La migración de mujeres del sur al norte.* En Graciela Malgesini (comp.): *Cruzando fronteras. Migraciones en el sistema mundial.* Icaria, Barcelona, España. pp. 113-145.

Abreviaturas

CDR	Centro de Estudio Rurales
OMS	Organización Mundial para la Salud
ECOSOC	Consejo Económico y Social de la Organización de Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
IMPSIDA	Iniciativa Mesoamericana para la Prevención del VIH/Sida
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ACUN	Acción Cultural Ngöbe
ATAPS	Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud
BCIE	Banco Centroamericano de Integración Económica
CAMR	Centro de Atención al Migrante Retornado de Honduras
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CENDEROS	Centro de Derechos Sociales del Migrante
CEPS	Centro de Estudios y Promoción Social
CIPROM	Comité internacional de Protección a la Mujer Migrante
CIS	Consejo de Ministros de la Integración Social Centroamericana
CONADEH	Comisionado Nacional de Derechos Humanos
DGME	Dirección General de Migración y Extranjería
INCEDES	Instituto Centroamericano de Estudios Sociales y Desarrollo
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social de Costa Rica
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INCEDES	Instituto Centroamericano de Estudios Sociales y Desarrollo
INE	Instituto Nacional de Estadística
MENAMIG	Mesa Nacional de Migración de Guatemala
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social de Panamá
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
PEA	Población económicamente activa
PIB PPA	Producto Interno Bruto valores de Paridad de Poder Adquisitivo
PNC	Policía Nacional Civil
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRAF	Programa de Asignación Familiar de Honduras
OEA	Organización de los Estados Americanos
SCSS	Sistema Costarricense de Seguridad Social
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación de Guatemala
SSB	Servicios sociales básicos
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

SICA
SIEMCA
SISCA
UBAS

El Sistema de la Integración Centroamericana
Sistema de estadística sobre las Migraciones en Centroamérica
Secretaría de la Integración Social Centroamericana
Unidades Básicas de Atención en Salud

Organización Internacional para las Migraciones
División de Salud y Migración
www.iom.int

Avenida Central, Calle 27-29, Barrio La California
Teléfono: (506) 2221- 5348 / Fax: (506) 2222- 0590



IOM International Organization for Migration
OIM Organización Internacional para las Migraciones



Iniciativa Regional: “Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva
Prevención del VIH/Sida y la Violencia de Género en las Poblaciones Migrantes,
particularmente Mujeres y Jóvenes”.