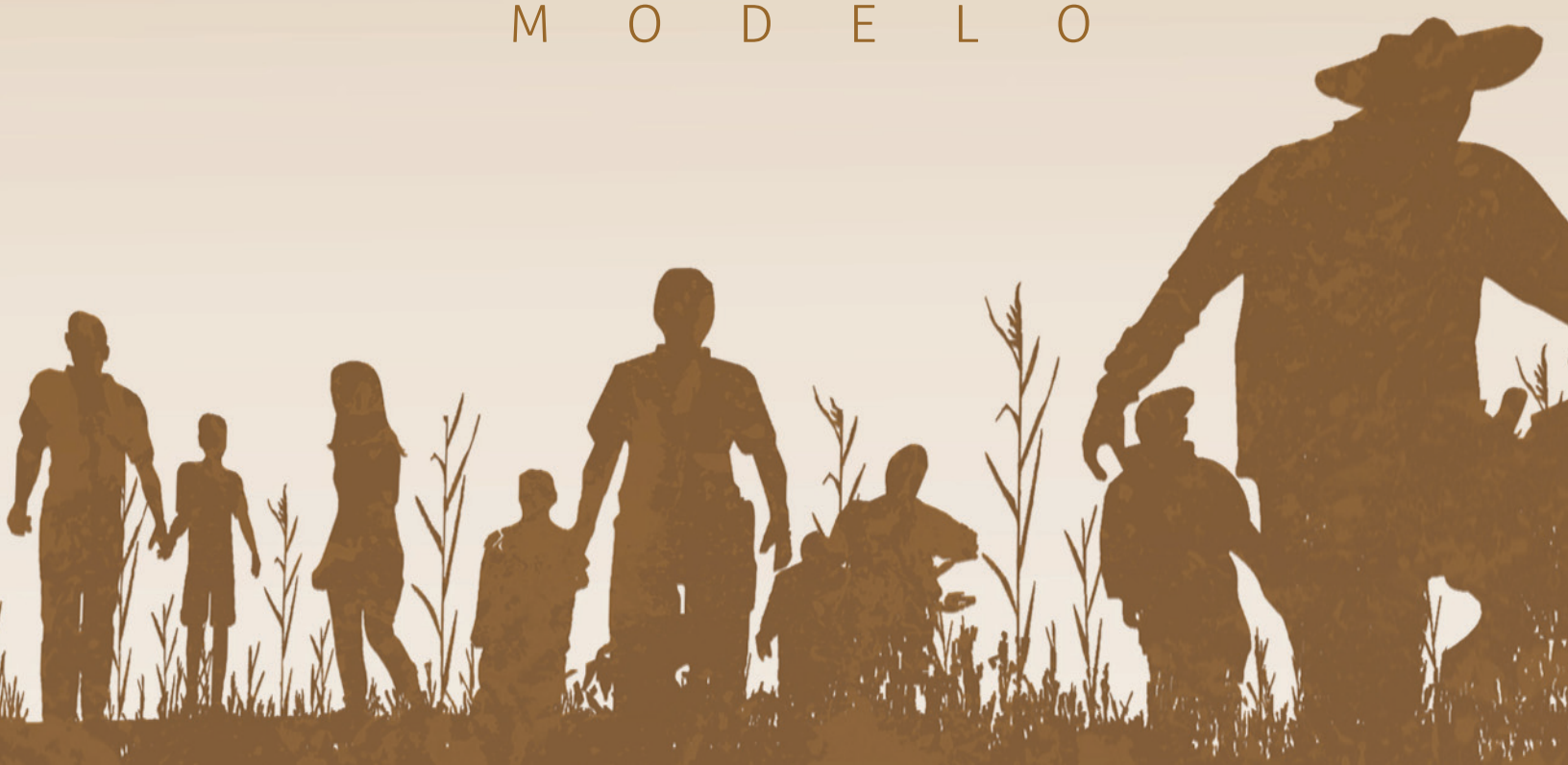
POR EL bien común EN LA SALUD DE LAS y LOS migrantes EN Veracruz

MODELO



VERACRUZ
GOBIERNO DEL ESTADO

SS
SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

Salud para todos los Veracruzanos

Dr. Javier Duarte de Ochoa
Gobernador Constitucional del Estado de Veracruz

Juan Antonio Nemi Dib
Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud

Arturo Navarrete Escobar
Subsecretario de Salud

Irasema A. Guerrero Lagunes
Directora de Prevención y Promoción de la Salud

Efrén Samuel Orrico Torres
Director de Atención Hospitalaria

Cristóbal Sayago Hernández
Director de Atención Médica de Primer Nivel

Víctor Hugo Pérez Osorio
Director de Protección Contra Riesgos Sanitarios

José Antulio Valdez Castelán
Director de Planeación y Desarrollo

José Raúl Bala Reyes
Director de Asuntos Jurídicos

Rosa Aurora Azamar Arismendi
Directora de Salud Ambiental

Armín Arronte Gómez
Director del Centro Estatal de Soporte Técnico y Referencia Hospitalaria

Susana Guadalupe Galindo Delfín
Coordinadora Estatal de Nutrición y Alimentación

Jesús Barragán Flores
Subdirector de Promoción de la Salud

Juan Alejandro Rodríguez Hernández
Jefe del Departamento de Salud del Migrante y Pueblos Indígenas

Esther Karina Vazquez Aguilar
Coordinadora Estatal del Programa Vete Sano, Regresa Sano

Índice

Presentación

1. Introducción 7

2. Justificación 9

3. Marco Institucional 11
- 3.1. Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 12
- 3.2. Vinculación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 15
- 3.3. Vinculación con el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016 15
- 3.4. Vinculación con el Programa Veracruzano de Salud 2011-2016 18

4. Marco Jurídico 20
- 4.1. Leyes Nacionales 21
- 4.2. Planteamientos internacionales de derechos de los migrantes 23

5. Conceptos Básicos 24
- 5.1. Migración 24
- 5.2. Frontera 26
- 5.3. Polleros y coyotes 27
- 5.4. Menores migrantes y menores no acompañados 27
- 5.5. Mujeres migrantes 28

6. Contexto Sociodemográfico de la Migración en Veracruz 31
- 6.1 Migración interna 32
- 6.2 Jornaleros agrícolas migrantes 33
- 6.3 Municipios identificados por índice de intensidad migratoria 37
- 6.4 Migración internacional 38

7. Objetivo General 41

8. Objetivos Específicos 42

9. Estrategias 43
- 9.1. Vete Sano, Regresa Sano 43
- 9.2. ¿Te vas al otro lado? 52
- 9.3. Migración y salud con enfoque de género 56
- 9.4. Migración y salud mental 63
- 9.5. La ruta del tren 67

10. Consideración final 71

11. Bibliografía 73

Coordinación general del proyecto
Dra. Irasema A. Guerrero Lagunes
Dr. Jesús Barragán Flores

Revisión técnica
Antrop. Juan Alejandro Rodríguez Hernández

Elaboración:
Soc. Esther Karina Vazquez Aguilar

Diseño editorial
MTE. Adriana Camino Lehmann

Diseño de gráficas y cuadros
Lic. Juan Manuel Alba Sánchez

Gobierno del Estado de Veracruz
Servicios de Salud de Veracruz

Soconusco 31, Colonia Aguacatal
91130 Xalapa, Veracruz, México
http://www.ssaver.gob.mx

Modelo: Por el bien común de las y los migrantes en Veracruz

Primera edición: Mayo, 2014
Impreso y hecho en México

Presentación

En las últimas décadas en todo el mundo, el fenómeno de la migración ha adquirido mayor relevancia; configurándose como un asunto sustancial en la agenda de la actual administración federal y estatal. En la Ley de Migración, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de mayo del 2011, se establece regular lo relativo al ingreso y salida de mexicanos y extranjeros del territorio nacional, así como el tránsito y la estancia de los extranjeros en el mismo, en un marco de respeto, y salvaguarda de los derechos humanos.

Asimismo, la política pública estatal contenida en el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011- 2016, plantea la necesidad de brindar atención integral a migrantes veracruzanos y sus familias, que impulse el desarrollo de sus comunidades y municipios de origen; por lo cual se instituyen acciones en un marco de relación intersectorial, toda vez que el fenómeno migratorio impacta en las dimensiones relacionadas con los derechos humanos, salud, educación, cultura, identidad, pobreza, desarrollo regional y municipal, mercados de trabajo, remesas, medio ambiente, familia, género y redes sociales.

El *Modelo por el Bien Común en la Salud de las y los Migrantes en Veracruz* guarda congruencia con el Programa Salud para Todos los Veracruzanos, implementado por el Gobernador Constitucional del estado, Dr. Javier Duarte de Ochoa, el cual se centra en "...prevenir las enfermedades, promover la salud, las prácticas de vida saludable y procurar el bienestar de todas las familias veracruzanas en una visión integral..." (Gaceta Oficial, Órgano Oficial del Gobierno del

Estado de Veracruz, viernes 5 de julio de 2013, número 259).

En ésta, se tiene el cometido de enfocar estrategias para fortalecer acciones de promoción de la salud, acordes a la movilidad migratoria que predomina en el estado, con fundamento en lo establecido en la acción XXXIV de dicho Programa que estipula: "La atención del primer nivel se sustentará en un modelo de salud comunitaria... en el que se privilegia la participación social y con alta pertinencia cultural que incorpora todos los valores y costumbres de la comunidad, promoviendo la participación de sujetos activos, solidarios y corresponsables de su salud, para lograr la transformación social, bajo un principio de respeto a la diversidad y los Derechos Humanos".

En este sentido, la presente propuesta sintetiza la articulación de los programas, desde la perspectiva de los determinantes de la salud, así como la cooperación institucional y el trabajo intersectorial, a fin de responder a las necesidades y características de la población migrante y sus familias desde un enfoque global y armonizado al contexto jurídico de la entidad y del país.

Juan Antonio Nemi Dib

1 Introducción

El presente documento es resultado del trabajo realizado durante el *Primer encuentro intersectorial por el bien común de las y los migrantes*; el cual tuvo como objetivo elaborar el plan integral de acción, basado en el desarrollo de indicadores, y alineado a criterios establecidos en la ley y la norma institucional.

En dicho evento, participaron 5 instituciones federales, 9 estatales y 2 académicas, la mecánica se desarrolló a partir de la armonización de programas, líneas de acción e indicadores de los organismos participantes, alineándolos prospectivamente con la política pública migratoria actual. Con la finalidad de establecer ejes estratégicos que organizaran el quehacer institucional para obtener mayor efectividad y eficacia se propuso un ejercicio sectorial quedando tres grandes áreas: salud, derechos humanos y desarrollo social.

Así, el presente documento plantea que con los programas de salud se interviene en los diferentes momentos de la migración, cuya complejidad es abordada desde las siguientes cinco estrategias:

- **Vete Sano, Regresa Sano:** centrada en atender a la migración interna, por lo que se enfoca a la intervención con jornaleros agrícolas migrantes, a partir del Paquete Garantizado de Prevención y Promoción para una Mejor Salud y la vinculación con los programas de SESVER que tienen como propósito común el bienestar integral de la población migrante.

- **¿Te vas al otro lado?:** atiende a los familiares de los migrantes y los connacionales que se van a trabajar principalmente a EUA, considerando 3 periodos del año (semana santa, verano e invierno), por medio de 74 centros de salud y hospitales ubicados en los 22 municipios con mayor índice de intensidad migratoria.

- **Migración y salud con enfoque de género:** responde a la migración desde una perspectiva de género en salud, a través de la promoción de los derechos de las mujeres y familiares de migrantes con base a la participación interinstitucional.

- **Migración y salud mental:** consiste en una estrategia que atiende la problemática social del fenómeno migratorio, en sus dimensiones psicológica y emocional, estableciendo un sistema de referencia y contrareferencia, a través de los módulos de salud mental.

- **La ruta del tren:** focaliza los 72 centros de salud y 13 hospitales, ubicadas a un kilómetro de distancia de la ruta del tren, para favorecer que el personal de salud que integra tales unidades esté capacitado para atender de manera ética a los migrantes de tránsito que pasan por territorio estatal para llegar a los Estados Unidos, principalmente a bordo del tren conocido como "La Bestia", apegándose a los derechos humanos que protegen a dicha población.

De este modo se responde a los retos que representa la migración en nuestra entidad, mediante la conjunción e integración de miradas tendientes a reforzar la acción cooparticipativa, para favorecer el acceso a la salud de las y los migrantes y sus familias, con base en el respeto a los derechos humanos, la perspectiva de género y la corresponsabilidad social.

2 Justificación

El fenómeno de la migración refiere a varios criterios de movilidad, partiendo de la clasificación establecida por el INEGI (2010), se señalan los siguientes términos: movimiento migratorio, inmigración, migración interna, migración internacional, migrante de retorno. Por su parte, el CONAPO emplea otros términos, enfatizando los movimientos de las personas por determinados períodos de tiempo: emigrantes de la entidad, inmigrantes a la entidad, emigrantes interestatales, inmigrantes interestatales (CONAPO 2009: 1-3).

Esto da muestra de la diversidad de enfoques que pueden emplearse en el estudio del fenómeno migratorio, lo cual lo vuelve un tema complejo con múltiples repercusiones en el ámbito social, político, económico y de salud (Canabal B, 2008:287-298). De hecho, México se caracteriza por ser un país de origen, tránsito, destino y cada vez en mayor medida de retorno de migrantes; por lo que representa una antesala obligada de flujos migratorios mixtos, los cuales comprenden miles de migrantes, solicitantes de asilo, refugiados y víctimas de trata de personas que tienen por destino principal los Estados Unidos de América y en menor medida Canadá.

Al respecto, Veracruz se caracteriza por presentar las siguientes etapas: premigratoria, migratoria, fronteriza, transnacional y retorno, ante lo cual el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016 establece que la política integral atenderá migración regulada, indocumentada, de retorno, centroamericana e interna, esta última compuesta por jornaleros agrícolas que se asientan en los campos de alta rentabilidad del noroeste del país. Así, la migración interna está representada por 28,

816 jornaleros agrícolas que migran de un municipio a otro al interior del estado. De los 11. 9 millones de mexicanos que viven en los EUA, el 5.6% de éstos son veracruzanos; y respecto a la migración externa, en promedio se desplazan en territorio veracruzanos por el tren diariamente de 200 a 300 centroamericanos.

En este contexto, en el estado de Veracruz surge en el 2001 el Programa Vete Sano, Regresa Sano, teniendo como eje fundamental la autodeterminación de las personas en el cuidado de su salud. La problemática a la que se enfrenta este programa es precisamente la complejidad de tal fenómeno, el cual se manifiesta -como hemos observado- en la migración interna que se da principalmente en las ciudades y áreas metropolitanas, en los sitios de trabajo agrícola; así como a los migrantes que toman a México como país receptor, pero también en la población que emigra a los EUA.

Por ello, este modelo es crucial para contar con los mecanismos de colaboración que respondan al fenómeno migratorio de la entidad, considerando sus diferentes fases, y respondiendo a la política pública estatal, nacional e internacional, así como a los planteamientos asociados con la vigilancia del respeto a los derechos humanos, aspecto crucial y de observancia para la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

De tal modo, y siguiendo lo pronunciado en la política estatal "*...realizar acciones interinstitucionales que prevengan, en su caso, redireccionen la migración...*" (Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016), la presente propuesta, está encaminada a favorecer una atención adecuada y oportuna tanto para las y los migrantes que se van, atraviesan o regresan a la entidad, como para los familiares que se quedan en las comunidades de nuestro estado.

3 Marco Institucional

El Programa de acción específico Vete Sano, Regresa Sano se crea en el año 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 objetivo principal, contribuir a proteger la salud de las familias de migrantes en su lugar de origen, en el traslado y su lugar de destino nacional e internacional.

La problemática que atiende este Programa no solamente se refiere a la población que emigra a los Estados Unidos sino también a la que se encuentra inmersa en la dinámica migratoria propia de nuestro país; principalmente la que tiene como destino ciudades y áreas metropolitanas, sitios de trabajo agrícola, así como a los migrantes que toman a México como país de destino.

Actualmente, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 se prevé como estrategia general elevar la productividad para llevar a México a su máximo potencial; planteando en este marco la política pública en torno al tema migratorio, mediante principios orientados a promover los derechos humanos y desarrollar las políticas de población y migración, entre otros. En este sentido, se establecen las metas México Incluyente, y México con Responsabilidad Global, que incluyen tres objetivos, cuatro estrategias y diez líneas de acción.

México está a la vanguardia en el tema de migración, debido a que la reciente Reforma Constitucional en Materia de Derechos Humanos de 2011, representó un cambio paradigmático para la promo-

ción y protección de los derechos humanos en México, asimismo, a través del Programa Especial de Migración (próximo a publicarse), se delinea una política migratoria basada en los siguientes ejes: derechos humanos, desarrollo sustentable, interculturalidad, seguridad humana y género; siendo congruente con los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México.

De esta manera, reconociendo la trascendencia de la relación migración y salud, en el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asamblea Mundial de la Salud emitieron la Resolución WHA 61.17 con la finalidad de solicitar a los Estados políticas y prácticas migratorias más sensibles en el ámbito de la salud pública (OMS , 2007; Castellanos, 2012: 243).

Otros documentos como el EB122/11 Salud de los Migrantes (OMS, EB 122/11 Salud de los migrantes, 2007) y la Carta de Bangkok en Tailandia (2005), también hacen referencia al estrecho vínculo que existe entre los movimientos de población y la propagación de enfermedades, además de la necesidad de "instrumentar estrategias para invertir en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud" (Programa de Acción Específico 2007-2012, Vete Sano, Regresa Sano, 2008: 19).

3.1 Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 es el documento que delinea las políticas públicas, establece las acciones específicas para alcanzarlos, con base a metas y objetivos nacionales. Con relación al tema migratorio, está la meta México Incluyente, que plantea revertir la pobreza y una sociedad con igualdad de género y sin exclusiones poniendo el énfasis en el bienestar de los migrantes, personas con discapacidad, los indígenas, los niños y los adultos mayores (cuadro 1).

En tanto que la meta México con Responsabilidad Global, se enfoca al ámbito internacional donde se muestra el respaldo y solidaridad con el resto del mundo, aportando lo mejor de sí en favor

de las grandes causas de la humanidad. Lo anterior, se impulsa a través de los siguientes principios: Democratizar la Productividad, consolidar un Gobierno Cercano y Moderno, así como incorporar la Perspectiva de Género (cuadro 2).

Cuadro 1. Meta Nacional: II México Incluyente

Objetivo 2.2.

Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.

Estrategia 2.2.3.

- Fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas, fortaleciendo su proceso de desarrollo social y económico, respetando las manifestaciones de su cultura y el ejercicio de sus derechos.

Líneas de Acción

- Impulsar acciones que garanticen los derechos humanos y condiciones de seguridad de los grupos indígenas que realizan migraciones temporales en el territorio nacional.
- Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud de los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

Objetivo 2.3.

Asegurar el acceso a los servicios de salud.

Estrategia 2.3.3.

- Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.

Líneas de Acción

- Impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de programas y acciones dirigidos a la población.
- Implementar acciones regulatorias que permitan evitar riesgos sanitarios en aquellas personas en situación de vulnerabilidad.
- Fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable.
- Impulsar acciones para la prevención y promoción de la salud de los migrantes.
- Fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes y desastres.

Cuadro 2. Meta Nacional: V México con Responsabilidad Global

Objetivo 5.4.

Velar por los intereses de los mexicanos en el extranjero y proteger los derechos de los extranjeros en el territorio nacional.

Estrategia 5.4.4.

- Diseñar mecanismos de coordinación interinstitucional y multisectorial, para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la política pública en materia migratoria.

Líneas de Acción

- Velar por el cabal respeto de los derechos de los mexicanos, donde quiera que se encuentren.
- Elaborar un programa en materia de migración de carácter transversal e intersectorial, como el instrumento programático para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la política y gestión migratoria.
- Impulsar acciones dirigidas a reducir las condiciones de pobreza, violencia y desigualdad, para garantizar los derechos humanos de las personas migrantes, solicitantes de refugio, refugiadas y beneficiarias de protección complementaria.

Estrategia 5.4.5.

- Diseñar y ejecutar programas de atención especial a grupos vulnerables de migrantes, como niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, víctimas de delitos graves cometidos en territorio nacional, personas con discapacidad y adultos mayores.

Líneas de Acción

- Implementar una estrategia intersectorial dirigida a la atención y protección de migrantes víctimas de tráfico, trata y secuestro, con acciones diferenciadas por género, edad y etnia.
- Promover la profesionalización, sensibilización, capacitación y evaluación del personal que labora en las instituciones involucradas en la atención de migrantes y sus familiares.

3.2 Vinculación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 es el documento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Algo importante de resaltar en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, es que para el logro de las estrategias y de los objetivos se proyecta en primera instancia consolidar la promoción, la protección de la salud y la prevención de las enfermedades, particularmente para reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables.

Como documento sectorial rector establece, en cuanto al tema migratorio, dos objetivos, dos estrategias y seis líneas de acción (cuadro 3).

3.3 Vinculación con el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016

En este documento se plasman las acciones que el gobierno estatal impulsará durante su administración, para responder a los requerimientos que plante el lineamiento federal, en los diferentes sectores sociales, desde una perspectiva de políticas públicas; en lo que concierne al ámbito de la salud con población migrante el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016 establece como una prioridad el logro de un objetivo, y la concreción de una estrategia y dos líneas de acción (cuadro 4).

Cuadro 3. Programa Sectorial de Salud 2013-2018

Objetivo 4.

Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Estrategia

- 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.
- 4.6. Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante.

Líneas de Acción

- 4.3.1. Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población.
- 4.3.3. Incorporar redes de telemedicina y uso de la telesalud en zonas de población que vive en situación de vulnerabilidad.
- 4.3.4. Adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad.
- 4.6.1. Ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como en el extranjero.
- 4.6.8. Fortalecer las Semanas Binacionales de Salud.

Objetivo 6.

Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Estrategia 6.6.

- Promover un México con responsabilidad global en salud.

Líneas de Acción

- 6.6.4. Cumplir con los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos.

Cuadro 4. Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016

Ejes

1. Construir el presente un mejor futuro para todos.
III.3. Salud: prevención y atención oportuna para todos.

Estrategia

- Impulsar la estrategia integral Adelante, como un ejercicio innovador en materia de política social; buscar la complementariedad de los programas estatales con los federales y municipales, y la participación organizada de la sociedad, como una premisa integral en el combate a la pobreza.

Objetivo

- Diseñar una política integral de atención a migrantes veracruzanos y sus familias que impulse el desarrollo de sus comunidades y municipios de origen. Asimismo, fortalecer la relación Gobierno-comunidades de veracruzanos en el exterior.

Líneas de Acción

- Establecer una política integral de atención a migrantes, que atienda las necesidades y dimensiones sociales (salud, educación, trabajo, cultura, entre otros) de los migrantes veracruzanos y sus familias, en cada una de las etapas del proceso migratorio veracruzano (premigratoria, migratoria, fronteriza, transnacional y de retorno) que impulse el desarrollo de sus comunidades y municipios de origen.
- Generar entornos saludables en albergues agrícolas y escuelas de migrantes.

3.4 Vinculación con el Programa Veracruzano de Salud 2011-2016

Alineado con la normatividad federal, se dispone, fundamentalmente, promover la salud, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida con la participación activa del pueblo veracruzano, favoreciendo que los ciudadanos y las ciudadanas participen en el cuidado de su salud, fomentando los estilos de vida saludables, facilitando las opciones más sanas en nuestro medio ambiente y potenciando la prevención y la seguridad de la población.

En este contexto, se subraya la importancia de potenciar en la población migrante la prevención y la promoción de la salud para el cuidado de su salud, considerando: fin, propósito, medios, una estrategia y siete líneas de acción (cuadro 5).

Cuadro 5. Programa Veracruzano de Salud 2011-2016

Fin

Promover una cultura de la prevención y autocuidado de la salud.

Propósito

Fomentar una cultura de prevención y auto cuidado de la salud que permite evitar la ocurrencia temprana de diversos padecimientos.

Estrategia

- Instrumentar acciones de promoción para el autocuidado de la salud dirigida a población migrante y sus familias en el lugar de origen, tránsito y destino.

Medios

Componente 1. Intensificar la promoción de autocuidado en la salud en la población migrante.

Líneas de Acción

- 11.2.1. Informar y orientar a los migrantes y sus familias, sobre las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, por grupo de edad y sexo, que les permita mejorar el manejo de riesgos para la salud personal familiar.
- 11.2.2. Fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades por grupo de edad y sexo, para el manejo de riesgos personales de la salud de los migrantes y sus familiares.
- 11.2.4. Contribuir mediante la atención preventiva y curativa a los migrantes y sus familias, considerando para ello la estrategia de "Línea de Vida".
- 11.2.5. Realizar sesiones educativas para el desarrollo de competencias y orientación en el cuidado de su salud y manejo de riesgos personales en los migrantes y sus familias en su lugar de origen, tránsito y destino.
- 11.2.6. Enfatizar el otorgamiento del paquete de intervenciones garantizadas de Prevención y Promoción para una Mejor Salud en los Migrantes.
- 11.2.8. Impartir orientación y capacitación a los migrantes y sus familias con la finalidad de mejorar sus competencias en la utilización de servicios de salud en su lugar de origen, tránsito y destino.
- 11.2.9. Realizar talleres de capacitación a líderes de migrantes para fortalecer la participación social de migrantes, a través de los servicios estatales de salud.

4

Marco Jurídico

En materia legislativa se cuenta con importantes avances en la protección de los derechos humanos de las personas migrantes en el contexto de la movilidad humana. Muestra de ello son las reformas legislativas que fueron introducidas recientemente: protección de refugiados, promulgación de la Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria, Ley de Migración, Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal, Ley General de Salud y la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El debate sobre migración y desarrollo no puede ni debe de estar disociado de la agenda de derechos humanos. Mientras que las tendencias actuales hacia la flexibilidad de los mercados y la reducción de los estándares laborales afecta a todos los trabajadores en todo el mundo, las y los migrantes enfrentan el mayor riesgo y están sujetos a las condiciones más vulnerables sociales y laborales.

Las y los migrantes son personas cuyos países presentan pocas o nulas opciones adecuadas para la supervivencia personal, familiar o de movilidad social, quienes deciden moverse muchas veces sin autorización, a través de las fronteras internacionales, ante esta situación, las personas migrantes no pierden su condición de seres humanos sujetos de derechos por el hecho de cruzar una frontera.

Los Derechos Humanos están planteados en declaraciones e instrumentos internacionales (ratificados por la mayoría de los países del mundo), que imponen a su vez obligaciones correlativas en los Estados para protegerlos y garantizarlos, buscan establecer

un régimen de derechos que trascienda el concepto de ciudadanía nacional.

Los factores económicos no son los únicos que influyen en la decisión de emigrar. Sin embargo, la falta de oportunidades para el desarrollo personal y económico es una determinante clave para muchos migrantes.

Leyes nacionales | 4.1

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- 4° Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Ley General de Salud

- 3° Es materia de salubridad general: la atención médica preferentemente en grupos vulnerables.

Ley de refugiados y protección complementaria

Inciso IV del artículo 2°

- La ley reconoce el principio de no devolución (non-refoulement), el principio de no discriminación, el principio de no sanción por ingreso irregular, el principio de unidad familiar, el principio de interés superior del niño y la confidencialidad.

- México otorgará protección complementaria a aquellas personas extranjeras que no se les ha reconocido la condición de refugiado en los términos de la mencionada Ley, pero que requieren protección en el sentido de no ser devueltas al territorio de otro país donde su vida se vería amenazada o se encontraría en peligro de ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

- 13° Reconoce la condición de refugiado a todo extranjero que haya huido de su país de origen, porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por violencia generalizada, agresión extranjera, conflictos internos, violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público.

Ley de Migración

- 8° Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.
- 27° I. Promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- II. Establecer requisitos sanitarios para la internación de personas al territorio nacional, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- III. Ejercer la vigilancia de los servicios de sanidad en los lugares destinados al tránsito internacional de personas, en transportes nacionales o extranjeros, marítimos, aéreos y terrestres, mediante visitas de inspección conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- IV. Diseñar y difundir campañas en los lugares destinados al tránsito internacional de personas, para la prevención y control de enfermedades, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- 67° No se puede negar o restringir a los extranjeros que lo requieran, cualquiera que sea su situación migratoria, la atención de quejas en materia de derechos humanos y de procuración de justicia, con lo cual se garantiza por vía legislativa la igualdad ante ley de las personas migrantes en el acceso a la justicia.
- Adicionando: el derecho de los extranjeros a ser auxiliados en caso de desastres, así como a recibir la atención médica que requieran en enfermedades o accidentes que pongan en riesgo su vida, independientemente de su situación migratoria.

Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal

- Reconocer la movilidad humana como el ejercicio del derecho humano de toda persona a migrar, que incluye las transformaciones positivas que disminuyen las desigualdades, inequidades y discriminación. También reconoce la importancia de que la presente ley establezca que no se identificará ni se reconocerá a ningún ser humano como ilegal por su condición migratoria 288. La ley protege el derecho de las personas en movilidad humana a decidir sobre su libre movilidad y elección de residencia; a contar con una calidad de vida adecuada en la cual se garantice sus derechos a la vivienda, la educación, la salud, al trabajo, a la alimentación, a la igualdad y a la no discriminación; evitar cualquier forma de esclavitud denunciar toda forma de dominación y explotación, y al derecho al acceso a la justicia de forma que puedan hacer valer sus derechos.

Planteamientos internacionales de derechos de los migrantes | 4.2

Declaración Universal de los Derechos Humanos

- 2° Toda persona goza de los derechos y libertades, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o de cualquier otra condición.

  Toda persona, como miembro de la sociedad tiene derecho al acceso a la seguridad social, en donde cada estado de manera individual y mediante la cooperación internacional debe disponer de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de los derechos indispensables como el de asistencia médica.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (firmado y ratificado por 160 estados)

- 6°,7°, y 8° El derecho al trabajo, a tener condiciones de trabajo justas y favorables a formar y unirse a sindicatos.
- 11° El derecho a un nivel adecuado de vida, como un nivel adecuado de alimentación, vestido y casa
- 12° El derecho de "toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".
- 13° El derecho a la educación.

La Convención sobre los Derechos de los Menores

- 2° Esta Convención fija estándares del trato a los menores de 18 años de edad. Se refiere a una variedad de asuntos, incluyendo derechos a la salud, educación, familia, un nivel adecuado de vida, etcétera. La prohibición en contra de la discriminación significa que cualesquiera beneficios que un Estado otorgue a los menores que sean sus nacionales, debe otorgarlos a todos los menores, incluyendo refugiados y otros migrantes.

La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Migrantes Trabajadores y Miembros de sus Familias

- 8° Derecho a salir de cualquier Estado, incluyendo el Estado de origen y el derecho de entrar y permanecer en su país de origen.
- 9° Derecho a la vida.
- 10° Prohibición de tortura u otro trato cruel, inhumano o degradante.
- 11° Prohibición de esclavitud, servidumbre, trabajo forzado u obligatorio.
- 12° Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión.
- 14° Prohibición de interferencia arbitraria o ilegal con su privacidad, familia, hogar, correspondencia.
- 15° Prohibición de privación arbitraria de la propiedad.
- 16° Derecho a la libertad y seguridad de la persona y prohibición de arresto o detención arbitraria.
- 18° El principio de igualdad de trato entre todos los trabajadores migrantes y los ciudadanos debe aplicarse ante cortes y tribunales.
- 22° Prohibición de expulsiones colectivas.
- 25°Debe respetarse la remuneración y otras condiciones laborales.
- 28° La igualdad debe también ser respetada en aquellos campos como asistencia médica de urgencia.

5 Conceptos básicos

5.1 Migración

El término de migración se refiere a dos procesos que comprenden movimientos poblacionales opuestos, por un lado, la emigración o salida de individuos o grupos de personas del lugar de origen o de residencia habitual; y por otro lado, la inmigración o llegada de individuos o personas a un lugar diferente al de origen o de residencia habitual. Michael Kearney y Bernadete Becerra definen a la migración como "...un movimiento que atraviesa una frontera significativa que es definida y mantenida por cierto régimen político, un orden formal o informal, de tal manera que al cruzarla afecta la identidad del individuo..." (2002: 4.).

En la migración se encuentran los migrantes que se subdividen en emigrantes e inmigrantes; por ejemplo, los migrantes son quienes salen de su lugar de origen con el propósito de cruzar la frontera de los Estados Unidos; una vez que salen de su lugar de origen se convierten a la vez en emigrantes de esa región y en su llegada a su lugar de destino poseen la denominación de inmigrantes, que en su conjunto se le llama proceso migratorio.

También está el tiempo de duración de los migrantes en su lugar de destino, por lo que se identifican migraciones permanentes y/o temporales. Las migraciones permanentes son referidas a quienes cambian de manera definitiva su lugar de origen, es decir, de un país o estado a otro. Las migraciones temporales son las que mayormente idealizan los migrantes a la hora de salir de su lugar de origen, puesto que no pretenden establecerse en el territorio de

destino, sino permanecer en éste durante un tiempo para retornar a su lugar natal (figura 1).

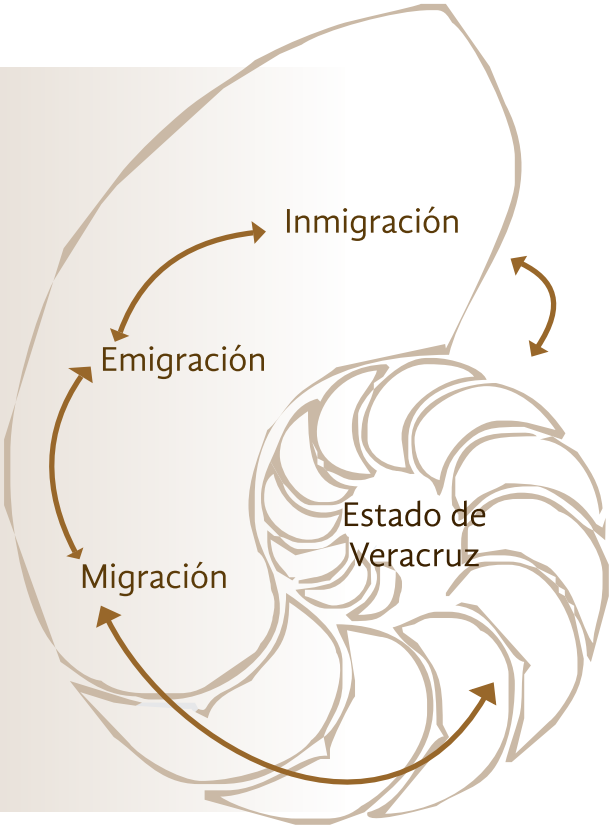


Figura 1.
Fenómenos de la Migración

Fuente: Documento base, Programa Vete Sano, Regresa Sano, SESVER, 2013

Ahora bien, siguiendo Blanco, la migración se define como:

> [...] los movimientos que suponen para el sujeto un cambio de entorno político-administrativo, social y cultural relativamente duradero; o de otro modo, cualquier cambio permanente de residencia que implique la interrupción de actividades en un lugar y su reorganización en otro. Por el contrario, no son considerados migraciones los desplazamientos turísticos, los viajes de negocios o de estudios, por su transitoriedad y no implicación de reorganización vital, o los cambios de residencia dentro del mismo municipio (Blanco, 2000).

Sin embargo, la definición de migrante adopta ciertos matices para las diversas áreas disciplinarias e institucionales, por lo que para efectos del presente modelo se toma como base lo establecido por el Sistema de Información en Salud (SIS), que define al migrante como "(...) todo individuo, sólo o acompañado, de cualquier

grupo de edad y sexo, que se mueve por tiempos variables de su lugar de residencia habitual a otro de residencia temporal por necesidades económicas y de trabajo, y que no ha permanecido en el mismo lugar de manera continua por un lapso igual o mayor de 5 años". Esta definición es sobre la cual se rigen estos Servicios de Salud de Veracruz. (Secretaría de Salud-Dirección General de Información, 2013).

Veracruz, como ya se ha mencionado, debido a su posición geográfica es un gran escenario de movimientos migratorios caracterizados por su complejidad, cuyas etapas del proceso migratorio están mencionadas en el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016 (figura 2).

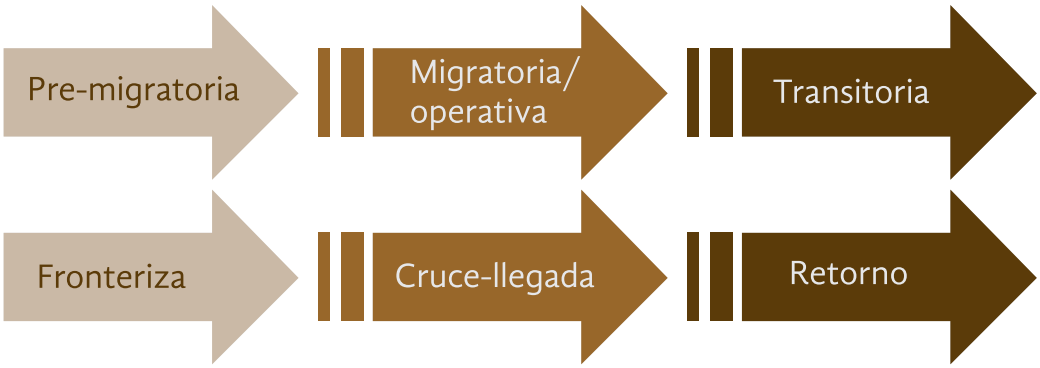


Figura 2
Etapas del proceso migratorio en Veracruz

Fuente: Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016.

5.2 Frontera

Esta puede ser entendida como la delimitación de los territorios entre diferentes entidades o estados. Esta definición pone énfasis en los límites geográficos del país, como el límite del ejercicio territorializado por el poder de un Estado-Nación, el límite del ejercicio de sus prácticas de reproducción social (Alegría, 2000).

Así, la frontera entre EU y México es un lugar de tránsito o flujo migratorio muy concurrido, posee un dinamismo único en el que acontecen situaciones particulares independientes a las fronteras de otros países.

Polleros y coyotes 5.3

Para que los migrantes puedan cruzar la frontera, muchos de ellos acuden a los polleros o coyotes, quienes los trasladan hacia el lugar de destino, puesto que conocen mejor el camino y los sitios por donde ingresan hacia los Estados Unidos. Muchos de estos polleros o coyotes pertenecen a redes de tráfico donde circulan cerca de los lugares de origen del migrante, hasta las zonas fronterizas estratégicas en busca de personas que quieran cruzarla.

Estas redes de tráfico se enlazan con la conocida teoría de las redes, que refiere al conjunto de lazos interpersonales que conectan a los migrantes y no migrantes en las áreas de origen y destino mediante lazos de parentesco, amistad y de compartir un origen común (Herrera, 2006). Estas redes operan en todo el país los 365 días del año y se han convertido en un negocio redituable y a la alza.

Menores migrantes y menores migrantes no acompañados 5.4

Los menores migrantes son los que entran de manera indocumentada a los Estados Unidos y entregados a los consulados de México para su posterior traslado de vuelta a México. Estos se dividen en menores acompañados por padres, hermanos o tíos cercanos o los no acompañados que viajan solos y que son enviados al Programa Camino a Casa. Se clasifican como menores hasta los 18 años cumplidos y se dividen entre niños de 0 a 13 años y adolescentes de 14 a 17 años, según condiciones psicológicas de desarrollo.

De acuerdo con el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, a través del Programa de Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados no Acompañados, refiere que el estado de Veracruz es una de las 12 entidades federativas consideradas como lugares de origen con más alto índice de migración infantil no acompañada, fenómeno social que pone en riesgo permanente a las niñas, niños y adolescentes durante todo el viaje

que realizan para cruzar la frontera: explotación sexual en cualquiera de sus formas, trata de menores, amenazas, intimidación y violaciones constantes a sus derechos humanos, lo cual pone en riesgo su integridad física y mental, así como su propia vida.

Son diversas las causa: económicas, sociales, familiares y personales que inducen a las niñas, niños y adolescentes a migrar de su lugar de origen a los EUA.

Las más recurrentes son:

- Unirse con familiares o amistades que previamente han migrado a los EU.
- Buscar nuevas o mejores oportunidades de trabajo que les permita contribuir en los ingresos de sus familias y mejorar sus niveles de vida.
- La existencia de conflictos familiares o rechazo social que los induce a escapar de su entorno.
- La carencia de actividades, proyectos personales o motivos que arraiguen a las niñas, niños y adolescentes en su comunidad induciéndolos a buscar el llamado sueño americano.
- La falta de conocimientos y sensibilización en la familia y sociedad sobre los riesgos asociados a la migración infantil no acompañada.

5.5 Mujeres migrantes

Antes de la década de 1980 la migración de mexicanos hacia EU había sido reconocida como predominantemente masculina, de tal manera que la participación de la mujer en el proceso migratorio no era reconocida; sin embargo, algunos autores argumentaron que el incremento en el número de mujeres en la corriente migratoria era uno de los cambios más importantes en las características de la población migrante y de los patrones migratorios, reconociendo que estas mujeres no sólo emigraban para reunirse con sus familiares, sino para obtener empleo (Cornelius, 1988; Bustamante, 1989).

Al comparar la participación económica por sexo en los hogares con jefatura migrante y no migrante estatal, se observa una mayor

diferencia en aquellos encabezados por mujeres que por hombres. El porcentaje de hogares con jefas migrantes estatales económicamente activas (61%) supera en 12.6 puntos porcentuales al de hogares con jefas económicamente activas no migrantes estatales (48.4%); en esta misma relación, para los hogares encabezados por hombres, la diferencia es de 4.3 puntos porcentuales. Según cifras de 2010, en aproximadamente 1.4 millones de hogares en México hubo un jefe o jefa de familia que migró a otra entidad o país, mientras que en 68 de cada 100 hogares, se dio el caso de que un jefe o jefa de familia se desplazara al interior del país, lo cual muestra el nivel de migración interna que se da en el país; de hecho, en México cerca de 3.3 millones de personas con 5 años o más de edad, radican en un estado diferente del que vivían en el 2005 (INEGI, 2010).

En lo concerniente a la mayoría de las mujeres indocumentadas que pasan por México con la intención de llegar a Estados Unidos, provenientes de Centroamérica, la organización Sin Fronteras (2012), señala que en 2010 el 16.43% de los migrantes que llegaron al país son mujeres, de las cuales el 86% son mayores de 18 años y 13.6% son niñas y adolescentes. En 2010, la población extranjera en México ascendía a 961,121 personas, lo que equivale al 0.85% de los residentes del país, de los cuales 473,515 son mujeres, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010).

El Instituto Nacional de Migración (INM) señala que en 2011 registraron 9,160 mujeres y niñas alojadas en estaciones migratorias, mientras que en 2012 ascendió a 11,958, lo que representa un incremento del 30% en relación con las cifras de 2011. Asimismo, según estimaciones del INM la cantidad de migrantes oscila entre 400 mil a un millón al año. De este porcentaje aproximadamente el 20% es de mujeres.

De acuerdo con los datos estadísticos del Anuario de Migración y Remesas 2013, en 2012 residían en Estados Unidos 11.9 millones de personas nacidas en México, lo que representó el 3.8 por ciento de la población total estadounidense; ahora bien, del total de mexicanos que viven en EUA, los varones representan alrededor del 54% y las mujeres el 46%. Por ende, CONAPO (2013), resalta que las mexicanas ocupan el primer lugar de cualquier otro grupo inmigrante femenino en la Unión Americana.

Los datos mencionados muestran que en los últimos tiempos se ha visto que va en aumento la participación de la mujeres en la migración, habiendo varias razones por las cuales las mujeres se ven orilladas a migrar, destacando las condiciones económicas y la violencia que sufren en sus lugares de origen. Al respecto, se señala "... las mujeres que migran constituyen la población más vulnerable ya que no conocen sus derechos, no tienen documentos, no hablan inglés, desempeñan trabajos duros con menores ingresos que los hombres migrantes, son explotadas en jornadas de trabajo exhaustivas, y no poseen ninguna prestación social ni de salud..." (Vázquez, 2007).

En este tenor, la participación de las mujeres en la migración, conlleva cambios en actitudes debido a que se enfrentan a entornos, estructuras sociales e institucionales diferentes, lo que a largo plazo influye de manera importante en un cambio de estilo de vida en la mayoría de las veces poco favorables, debido a que no cuentan con las condiciones económicos, higiénicas, alimenticias, psicológicas y de acceso a servicios de salud.

6 Contexto sociodemográfico de la migración en Veracruz

El estado de Veracruz cuenta con 7,643, 194 habitantes, de los cuales 3,947,515 son mujeres y 3, 695,679 son hombres, ocupa el 3° lugar a nivel nacional por su número de habitantes, de lo cual el 61% corresponde a población urbana y el 39% al contexto rural.

La natalidad y mortalidad al 2010 reportó 173,332 nacimientos y 44,457 defunciones, siendo las principales causas de muerte las enfermedades de corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos. Con respecto a la escolaridad de la población de 15 años y más es de 7.7, lo que equivale a prácticamente segundo año de secundaria; del mismo modo, 11 de cada 100 personas de 15 años y más no sabe leer ni escribir (INEGI 2010).

Existen 662, 760 mil indígenas, las lenguas autóctonas con mayor población hablante son: Náhuatl (355,785); Totonaca (120, 810); Tének (52,660) y Popoluca (40,796). En el estado de Veracruz, se identifican 39 municipios indígenas que son influencia de SESVER con más del 30% de población hablante de 9 de las 15 lenguas indígenas, que representan muy alto y alto grado tanto de marginación como de rezago social. Estos 39 municipios suman 80% de la población total del estado hablante de una lengua indígena, y abarca el 74% del total de los municipios veracruzanos considerados dentro de la Cruzada Nacional contra el Hambre.

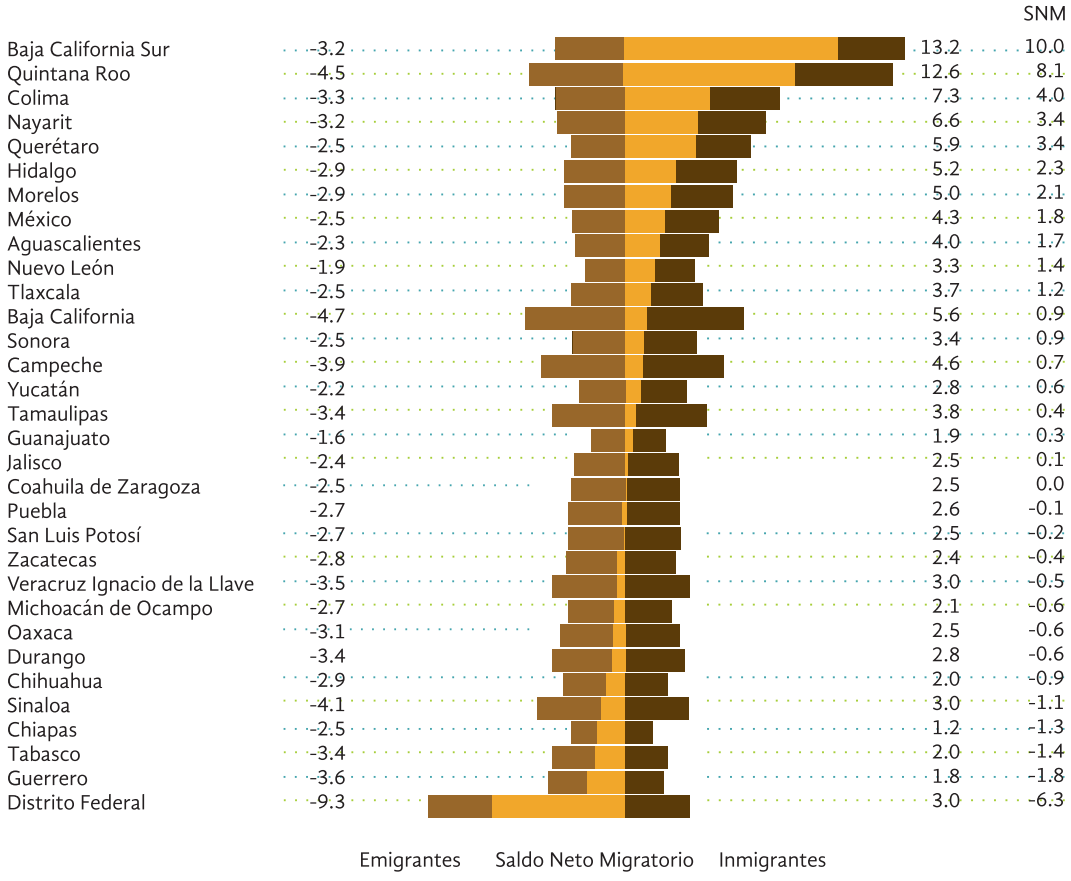
6.1 Migración interna

Con respecto a la migración interna, de acuerdo al INEGI (2010), salieron del estado de Veracruz 236 mil 542 personas para radicar en otra entidad, en orden de importancia son: Tamaulipas, Estado de México, Chihuahua, Puebla y el Distrito Federal. La población que sale del Distrito Federal en los últimos años emigró fundamentalmente hacia el Estado de México, con 382 mil, Hidalgo con 37 mil, Veracruz con 32 mil y Puebla y Querétaro con 30 mil.

Respecto a la migración intraestatal por municipio de residencia en junio de 2005, se estima que del total de personas de 5 años y más residentes en la República Mexicana, 3.2 millones de personas cambiaron su municipio de residencia dentro de la misma entidad. El estado de Veracruz se ubicó en el quinceavo lugar con un 2.5 % de migrantes municipales al interior de la entidad. El saldo neto migratorio es negativo para el estado de Veracruz de -3.5 emigrantes, es decir, salieron más respecto a los que entraron a la entidad (gráfica 1).

Gráfica 1
Porcentaje de inmigrantes, emigrantes, y saldo neto migratorio por entidad federativa (migración por lugar de residencia cinco años antes).

Fuente: INEGI, 2010.



En correlación con la migración interna, el Programa de Adolescencia de SESVER identifica que los jóvenes migrantes se exponen a condiciones de vida y circunstancias de riesgo, en el trayecto o en el lugar donde llegan, siendo altamente vulnerables ante el consumo de drogas, así como a otras alteraciones de su salud física y mental.

En tanto que, el Programa de Tuberculosis plantea que la existencia de movimientos migratorios entre la población, incrementa el riesgo de padecer la enfermedad. La tuberculosis se concentra en áreas y grupos vulnerables, donde predomina la pobreza y el hacinamiento, afecta a cualquier edad, con mayor frecuencia a la población en edad productiva, la presencia de enfermedades concomitantes como el VIH/SIDA, la diabetes mellitus y la desnutrición han hecho que la tuberculosis sea una enfermedad fuera de control en muchas partes del mundo (SESVER, 2012).

Con respecto a la incidencia del paludismo, cabe mencionar que en el estado de Veracruz ha disminuido drásticamente en los últimos 6 años, a tal grado que a partir de 2006 no se han registrado casos autóctonos en todo el territorio veracruzano (SESVER:2012); sin embargo, actualmente se siguen presentando casos importados principalmente de estados colindantes, endémicos, del sur de la República Mexicana, Centroamérica y Sudamérica, por los movimientos migratorios. Estos casos ocurren en localidades ubicadas en el trayecto de vías férreas, de la ruta que siguen los indocumentados a los Estados Unidos de Norteamérica, afectando a poblaciones rurales de las Jurisdicciones de Córdoba, Orizaba, Veracruz, Cosamaloapan, San Andrés Tuxtla y Coatzacoalcos.

Jornaleros agrícolas migrantes | 6.2

Los jornaleros agrícolas migrantes son aquellas personas que se desplazan de un lugar a otro, en México generalmente es del sur al norte y la principal causa es la búsqueda de medios de subsistencia. Su condición de pobreza, aunada a la demanda de mano de obra de los campos agrícolas en el norte del país los expulsa de sus comunidades, al tiempo que su arraigo al campo los mantiene en calidad de jornaleros agrícolas.

Su condición migratoria (debido a que se incorporan a las corrientes migratorias internas), su inestabilidad laboral (sólo son requeridos durante ciclos agrícolas) y heterogeneidad dificulta su cuantía. Estos trabajadores se desplazan en el país por cuatro rutas migratorias principalmente: la del Pacífico, la del Centro, la del Golfo y la del Sureste; por ejemplo, el estado de Sinaloa recibe cada temporada agrícola 113,912 jornaleros, entre ellos, jornaleros veracruzanos.

En el estado de Veracruz, el comportamiento de la agricultura propicia que se cuente con regiones de expulsión, de atracción y regiones mixtas. De acuerdo a los datos de la Dirección de Atención a Grupos Prioritarios, existen 28,816 jornaleros agrícolas en la entidad. La movilidad laboral de origen se ha identificado por parte del Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola (SUMLISA), en los municipios que migran a trabajar en diferentes meses del año a empresas agrícolas, hortalizas, fincas y viñedos, principalmente: Zozocolco de Hidalgo, Zongolica, Mecayan, Soteapan, Tatahuicapan, Hueyapan de Ocampo, Paso de Ovejas, Playa Vicente, Acayucan, Yecuatla, Actopan y Banderilla.

Con base a el diagnóstico de la situación jornalera en 17 estados, realizado por el Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas en el año 2003, se obtiene un registro de la actividad agrícola de esta entidad, caracterizada principalmente por los cultivos de cítricos, caña de azúcar, café, maíz, frijol, arroz, tabaco, frutales y piña (cuadro 6).

Entre hogares de jornaleros agrícolas la pobreza patrimonial alcanza al 68.8%, y la alimentaria 34.8%, mientras que en las cifras nacionales la pobreza patrimonial asciende a 40.1%, y la alimentaria a 14.3%, por lo que se puede ver que existe mayor vulnerabilidad entre el grupo de jornaleros agrícolas respecto a la media poblacional mexicana (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2008). Igualmente los trabajadores jornaleros agrícolas se encuentran en desventaja frente a otros trabajadores en el sentido de que la mayoría de las veces no cuentan con seguridad y protección social en el trabajo. Mientras que el 48.5% de los trabajadores de otros sectores cuentan con un contrato escrito, para el caso de los jornaleros sólo el 1.7% reporta haber firmado un contrato, en materia de prestaciones sociales, el 91.3% no cuenta con ellas (SEDESOL, 2010).

Cuadro 6. Actividad de Jornaleros Agricolas Migrantes

Región productora	Municipios	Número de jornaleros y período
Caña de azúcar	Pánuco, Tres Valles, Cosamaloapan, Omealca y El Higo.	6,000 jornaleros de noviembre a junio
Café	Atzalan, Huatusco, Coatepec, Zongolica, Misantla, Tuxtlas y Córdoba.	4,000 jornaleros de noviembre a junio
Citrícola	Álamo, Martínez de la Torre y Tlapacoyan.	3,000 jornaleros de noviembre a junio
Piña	Isla, Juan Rodríguez Clara, Santiago Tuxtla y Tlalixcoyan.	1,500 jornaleros de noviembre a junio

Fuente: Diagnóstico de la situación de los jornaleros agrícolas en 17 estados del país Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas Secretaría de Desarrollo Social, 2003. Pág. 140

Respecto al nivel educativo de los jornaleros agrícolas, en promedio estudiaron 6.2 años. Dados los procesos migratorios y las necesidades laborales, obligan a la mayoría de las y los niños a interrumpir constantemente sus estudios. Así, del total de niños entre 6 y 11 años, cuyo jefe de familia es jornalero agrícola, el 4.6% no asiste a la educación primaria, cifra mayor en 1.7 puntos porcentuales que el porcentaje de asistencia de los niños en dicho grupo de edad a nivel nacional (sólo el 2.9% no asiste a la primaria). La inasistencia a la escuela es de 6.4% en el caso de los niños, porcentaje mayor que entre las niñas, en donde el 2.9% no acude a la escuela; a nivel nacional la inasistencia para los niños es de 3.3% y 2.6% para las niñas (SEDESOL, 2010).

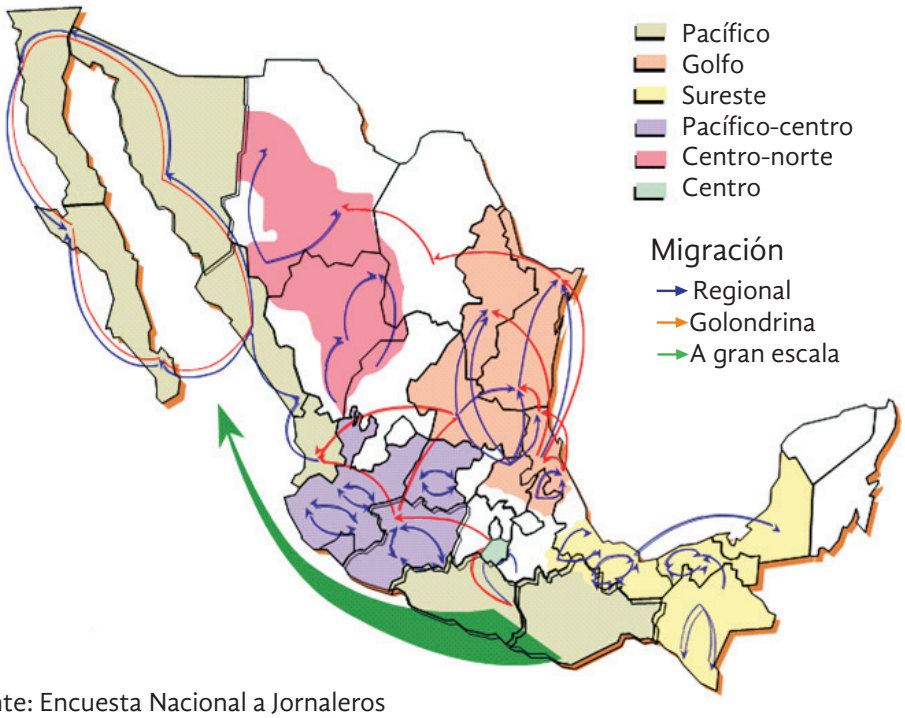
Los obstáculos principales que enfrentan los jornaleros agrícolas para tener acceso a los servicios de seguridad social, están ligados al empleo; son la temporalidad de su ocupación y el sistema informal de contratación que impera en este sector. Dadas tales condiciones, este tipo de servicios sólo benefician a algunos de los trabajadores que laboran en las medianas y grandes empresas agrícolas, dejando de lado a aquéllos trabajadores que se contratan con

varios patrones en una misma semana, los que son subcontratados por coyotes y los que trabajan para pequeños productores.

Adicionalmente, la carencia de contratos escritos y ausencia de prestaciones ocasionan que en el mejor de los casos estos trabajadores sólo reciban atención médica en las clínicas rurales o brigadas de la salud que operan en las comunidades por parte de la Secretaría de Salud o del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Bajo el término de jornaleros agrícolas, encontramos grupos de migrantes de diversas regiones, tanto del estado de Veracruz, como de otros estados, que realizan actividades agrícolas durante las temporadas que son requeridos, un gran número de estos migrantes o jornaleros agrícolas son hombres y mujeres de 16 años, los cuales radican en áreas rurales o urbanas que se encuentran en situación de desempleo o subempleo, en sus localidades de origen.

El estado de Veracruz recibe jornaleros de Oaxaca, Puebla, Hidalgo y San Luis Potosí, para el corte de caña de azúcar que se da de noviembre a junio, para el corte de café provienen generalmente de Puebla y Oaxaca en los meses de septiembre a abril; para cítricos que corresponde de febrero a agosto, vienen de las localidades de San Luis Potosí, y finalmente para la cosecha de mango que se da de abril a agosto, no se especifican las entidades procedentes (mapa 1).



Mapa 1
Rutas Migratorias de los Jornaleros Agrícolas

Fuente: Encuesta Nacional a Jornaleros Migrantes (ENJOMI) 1998. SEDESOL

Debido a que el estado de Veracruz es una de las entidades con altos índices de migración jornalera agrícola, se brinda atención educativa a la población jornalera migrante, joven y adulta, en los campos agrícolas, mismos que se instalan en las zonas agrícolas de atracción de mano de obra y en las comunidades de origen de los jornaleros. Los programas educativos que se imparten son alfabetización y educación básica, a través del Modelo Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT).

De acuerdo con la información de la Dirección General de Migrantes, un rasgo característico de los migrantes veracruzanos es que su edad oscila entre los 15 y 34 años; lo cual nos habla de personas en edad reproductiva, donde el 69% son hombres y el 31% son mujeres, cuya ocupación, una vez que llegan a su destino, son actividades relacionadas con la agricultura, restaurantes y la construcción.

Para atender a la población jornalera migrante se cuenta con el Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola (SUMLISA) propuesto por la Secretaría del Trabajo y Prevención Social, el cual cuenta con coordinaciones en Coatepec, Córdoba, Veracruz, Cosamaloapan, Tantoyuca, Martínez de la Torre, Xalapa, Boca del Río, Orizaba, Tierra Blanca y San Andrés Tuxtla (SESVER, 2012).

6.3 Municipios identificados por índice de intensidad migratoria

El Consejo Estatal de Población, con base a los datos obtenidos en un estudio realizado en el 2011, presenta un comparativo respecto a los años 2000 – 2010, reportando que el índice de intensidad migratoria estimado en el año 2010, reflejó cambios significativos en el nivel de migración en los municipios de Veracruz, ubicando al 69.8% de los municipios con niveles Muy Bajo y Bajo, lo que significa que 148 municipios cambiaron su nivel de intensidad migratoria, dando como resultado un 45.8% de los municipios Veracruzanos, con respecto al periodo
2000 – 2010.

Asimismo, 41 municipios cuentan con nivel medio, 21 con nivel alto y 1 con nivel muy alto de intensidad migratoria, esto es el municipio de Tenampa; lo que arroja un 29.7% de los municipios del estado. El cambio del nivel de intensidad migratoria entre los años 2000 y 2010, se incrementó en 86 municipios, disminuyó en 11 y se mantuvo en 115 (COESPO, 2011).

6.4 Migración internacional

La migración internacional se refiere al cruce de límites fronterizos y está dirigida principalmente a países desarrollados. Mientras que en 1960 concentraban sólo el 39.9% de la población migrante, para 2010 en estos países se concentra el 65% de los migrantes internacionales. Los países desarrollados de América, principalmente Estados Unidos y Canadá, abarcan cerca de una cuarta parte de la migración mundial; mientras que otra cuarta parte reside en los países desarrollados de Europa, donde destacan Alemania, Reino Unido, España, Francia e Italia.

México sobresale entre los países con más emigrantes, ocupando el primer lugar en número de emigrantes con 11.9 millones, seguido de India y de Rusia. Con respecto a la composición por sexo, en 2010, 56.7% de los inmigrantes en América Latina y el Caribe eran mujeres. Los destinos de estos emigrantes mexicanos se ubican en primer lugar Estados Unidos con un 98%, lo que significa que la migración mexicana se dirige casi en su totalidad hacia el vecino país del norte, en segundo lugar se dirigen a Canadá con el 0.5%, y en tercer lugar a España con un 0.45% (CONAPO-BBVA Bancomer, 2013).

La población que migró al extranjero en el quinquenio anterior al Censo 2010 fue de 1.1 millones, de los cuales permanecían en el extranjero 723 mil al momento de la entrevista y 351 mil ya habían regresado. Al comparar estas cifras con el Censo 2000 se observa que el número de migrantes internacionales se redujo en 31.9%, probablemente como resultado de las dificultades de acceso a EUA (principal destino de los migrantes internacionales del país) y de la situación económica en ese país; también se observa una mayor tasa de retorno.

Por grupos de edad, cerca de la mitad (48.8%) se encuentran en edades de 20 a 34 años, es decir, las edades productivas. Cabe mencionar que cerca de una quinta parte de la población migrante lo hace en edades jóvenes de 15 a 19 años. Los menores de 15 años representan el 5.4%, valor similar a los migrantes de 50 años o más (5.7%). Esta distribución muestra que la migración al extranjero es predominantemente laboral.

Los lugares en los Estados Unidos de Norteamérica, donde se concentran los núcleos migratorios son Texas, California, Chicago, New York, Arizona, y a nuevos destinos: Georgia, Alabama, Carolina del Norte, Calorina del Sur, Tennessee, Indiana, Wisconsin, New Jersey, entre otros.

La migración hacia los países del norte no sólo consiste en migrantes mexicanos, gran cantidad de mujeres y hombres de Centroamérica e incluso Sudamérica, viajan hacia los Estados Unidos, cruzando el territorio nacional, siendo el estado de Veracruz lugar de paso rumbo hacia el norte. El 95% de los migrantes extranjeros que pasan por Veracruz provienen de Honduras, Guatemala y El Salvador, ingresando por Tenosique, Tabasco y por Ciudad Hidalgo, Chiapas.

Modelo por el bien común en la salud de las y los migrantes en Veracruz

Objetivo general

Integrar un modelo de carácter transversal e intersectorial como instrumento útil para el diseño, desarrollo y evaluación de las acciones de salud en las diferentes etapas del proceso migratorio, con perspectiva de género, corresponsabilidad social y respeto a los derechos humanos.

Estrategias

1. *Vete sano, regresa sano*
2. *¿Te vas al otro lado?*
3. *Migración y salud con enfoque de género*
4. *Migración y salud mental*
5. *La ruta del tren*

Objetivos específicos

- Ortorgar
  Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud
- Desarrollar
  competencias para el cuidado de la salud
- Garantizar
  acciones con enfoque de género
- Favorecer
  la atención en salud mental
- Brindar
  servicios de salud amigables

7

Objetivo general

Integrar un modelo de carácter transversal e intersectorial como instrumento útil para el diseño, desarrollo y evaluación de las acciones de salud en las diferentes etapas del proceso migratorio, con perspectiva de género, corresponsabilidad social y respeto a los derechos humanos.

8

Objetivos específicos

1. Otorgar atención integral de calidad al migrante jornalero agrícola y su familia, mediante la participación de los diferentes programas de SESVER con énfasis en los determinantes de la salud, a propósito de mejorar sus estilos de vida.
2. Realizar en las localidades de mayor grado de intensidad migratoria, acciones de prevención y promoción de la salud con las familias de las y los migrantes, a través del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, generando unidades de salud amigables que atiendan con pertinencia social a dicha población.
3. Desarrollar acciones de prevención, promoción de la salud y detección, con enfoque de género, que permitan el acceso al cuidado de la salud con de equidad e igualdad de oportunidades.
4. Favorecer atención psiquiátrica y psicológica en la población migrante y a sus familias, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la salud mental, con énfasis en el derecho a la salud y a los nuevos enfoques familiares y sociales.
5. Brindar servicios de salud amigables para migrantes en los 34 municipios que forman parte de la ruta del tren, brindando un trato digno, asistencia médica y acciones de salud pública, que contribuyan a una atención de calidad en el marco de los derechos humanos.
6. Otorgar las intervenciones incluidas en el Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención, así como de las cartillas nacionales de salud a las y los migrantes y sus familias en el proceso de la movilidad migratoria.
7. Realizar acciones de promoción de la salud en las y los migrantes y sus familias, a fin de generar la adquisición de competencias para el manejo adecuado de la salud, fortaleciendo los estilos de vida saludables y los determinantes positivos de la salud.

9 Estrategias

Como se ha explicado en la primera parte del presente documento, el Modelo se compone de cinco estrategias: *a)Vete Sano, Regresa Sano, b) ¿Te vas al otro lado?, c) Migración y salud con enfoque de género, d) Migración y salud mental, y e) La ruta del tren*; que se operan con la participación vinculada de 21 programas sustantivos de SESVER (esquema 1), procurando la modificación de determinantes negativos de la salud, para ofrecer la atención integral que beneficie a las y los migrantes, teniendo mayor control de las prácticas de riesgos y fortaleciendo su corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

9.1 Vete Sano, Regresa Sano

Se centra en la migración interna, siendo el jornalero agrícola como la familia de éste el grupo objetivo de sus acciones, brindando información sobre los cambios de estilo de vida, los peligros en el proceso de migración y los riesgos de salud a los que se exponen durante el traslado y en los lugares de destino.

De acuerdo al marco jurídico que protege los derechos humanos de las y los migrantes, es importante ofrecerles atención con oportunidad y calidez, así como desarrollar competencias que favorezcan al cuidado de su salud. Es desde esta perspectiva que SESVER integra esta estrategia, mediante la participación de los diferentes programas que convergen por el bien común de las y los migrantes y en la cual se encuentran articulados los programas sustantivos de SESVER.

Lo anterior cobra mayor relevancia si consideramos que en los campos agrícolas las y los migrantes se caracterizan por jornadas

Esquema1. Objetivos de los programas vinculados para la atención de las y los migrantes

Planificación familiar
Promover la planificación familiar y anticoncepción,con respeto a sus derechos y a su libre decisión.

Cáncer de mama
Incrementar la detección temprana del cáncer de mama, a través de la autoexploración de mamas y de la exploración clínica, en mujeres según el grupo de edad.

Prevenciónde adicciones
Disminuir el consumo de drogas.

Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud Durante la Línea de Vida
Asegurar que en atención primaria se otorguen servicios integrales.

Paludismo
Disminuir el riesgo de enfermar y morir.

Escuela y Salud
Realizar intervenciones con los niños, adolescentes y jóvenes para incrementar el aprovechamiento escolar.

Violencia Familiar y de Género
Reducir los daños a la salud causados por la violencia contra las mujeres.

Salud Mental
Otorgar atención integral para la salud mental de los veracruzanos con acciones de calidad y promoviendo la participación social a fin de disminuir, la morbilidad por enfermedad mental.

Adolescencia
Promover acciones integrales, específicas y especializadas de atención a la salud.

Sistema de Protección Social en Salud
Garantizar la portabilidad de los derechos a los afiliados del SPSS para recibir la prestación de servicios médicos en cualquier estado de la República Mexicana.

Vete Sano Regresa Sano

Objetivo: contribuir a la salud del migrante y su familia, con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para lograr de esta población resiliencia y manejo de los determinantes de su salud.

Programa Oportunidades
Asegurar el acceso al paquete básico garantizado de salud de las familias beneficiarias oportunidades que se encuentran en calidad de migrante

Dengue
Modificar los determinantes negativos de la salud y fortalecer los positivos que inciden en las enfermedades transmitidas por dengue.

Salud Materna y Perinatal
Garantizar la prestación de servicios de salud durante el embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas.

Adultos y Adultos Mayores
Detectar y en su caso Tratar a migrantes Adultos y Adultos mayores con DM e HTA.

Tuberculosis
Disminuir el riesgo de enfermar y morir.

Infancia
Promover la atención integral.

Programa Estatal de VIH-SIDA e ITS
Reducir el riesgo de infección.

Protección Contra Riesgos Sanitarios
Proteger a la población migrante contra los riesgos sanitariosdeluso y manejo de plaguicidas.

Seguridad Vial
Capacitar al personal que conduce los vehículos que trasladan a los migrantes.

Programa de Atención Médica
Dar atención médica en las unidades de salud y promover la filiación del migrante al seguro popular.

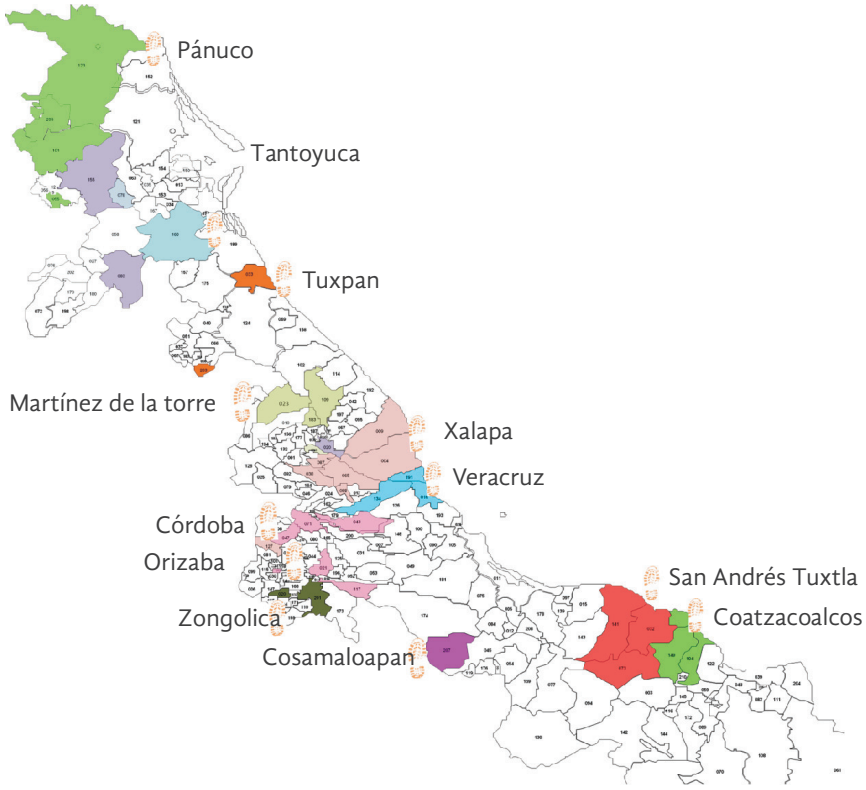
de trabajo prolongadas, con una duración promedio de 8 a 10 horas, iniciando generalmente a las 4 ó 5 de la mañana; exposición a agroquímicos, en algunos campos se fumiga unas horas antes de la jornada laboral y en otros se hace incluso durante la misma. Su contexto en los albergues es de hacinamiento, cuyas viviendas to-

davía no cuentan con servicios básicos, y presentan nula o deficiente ventilación e iluminación, carecen de agua potable (cuadro 9).

Debido a la movilidad a la que se expone esta población migrante, les implica la adaptación constante y cotidiana de formas distintas de entender y cuidar la salud, dependiendo de la cultura y el acceso a los servicios de salud donde se inserten; por ello la promoción de la salud se basa en brindar a los migrantes y sus familias sesiones educativas que les permitan desarrollar competencias para que sean capaces de manejar los determinantes de salud, así como impulsar aquellos determinantes positivos que favorecen su calidad de vida.

Con base en los datos proporcionados por el Subprograma de Movilidad Laboral Interna de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, se focalizan acciones -en primera etapa- en los 57 municipios donde se tiene presencia de jornaleros agrícolas y migrantes; así como albergues (mapa 2 y cuadro 10), ubicados por jurisdicción sanitaria.

Si bien cada programa integrado en el Modelo tienen sus propias características, objetivos, estrategias, acciones e indicadores, son coincidentes en la necesidad de proteger la salud del migrante y su familia, mediante la promoción de los derechos sociales, la capacitación, la modificación de determinantes negativos para la salud, la disminución de riesgos y la atención integral.



Mapa 2. Municipios con presencia de Jornaleros Agrícolas Migrantes

Fuente: Documento base, Programa Vete Sano, Regresa Sano, SESVER, 2013

Cuadro 9.
Albergues agrícolas en el Estado

Jurisdicción Sanitaria	Municipio	Nombre de albergue
Pánuco	El Higo	El Pueblito Badeas El Higo
	Tempoal	Tempoal
	Chiconamel	Chiconamel
	Platón Sánchez	Platón Sánchez
	Tampuche	Tampuche
	Tampacas	Tampacas
	Alto del Estero	Alto del Estero
	Tantoyuca	Casa del Jornalero
	Pánuco	Aur eliano Espejo García
	Pánuco	Asociación Local de Cañeros
Córdoba	Huatusco	Cristóbal Veneroso A.
	Sochiapa	Juan Sampieri Bulbarela
	TotutlaÁ	ngel Beristaín Rincón
	Omealca	Adán García Muñoz
	Comapa	Aureliano Espejo García
	Tantoyuca	Casa del Jornalero
Orizaba	Ixtaczoquitlan	Hilario R osas Márquez
	Ixtaczoquitlan	Juan de la Luz Texcahua
Veracruz	Paso del Macho	Antonio Hdez. Moreno
Total	4	19	21

Fuente: Documento base, Programa Vete Sano, Regresa Sano, SESVER, 2013

Cuadro 10. Municipios con presencia de Jornaleros Agrícolas Migrantes

Jurisdicción Sanitaria	Municipio	Tipo de Municipio	Estimación jornaleros	IDH	IDS
Pánuco	El Higo	Atracción	520	Alto	Medio
	Pánuco	Mixto	2,202	Alto	Medio
	Chalma	Expulsión	116	Medio	Medio
	Tempoal	Mixto	354	Alto	Muy bajo
Tantoyuca	Ixhuatlan de Madero	Expulsión	1,758	Medio	Muy alto
	Tantoyuca	Expulsión	351	Medio	Alto
	Ixcatepec	Expulsión	66	Medio	Muy alto
Poza Rica	Cazones de Herrera	Atracción	5,447	Medio	Alto
	Zozocolco de Hidalgo	Expulsión	578	Expulsión	Muy alto
	Filomeno Mata	Expulsión	450	Expulsión	Muy bajo
	Espinal	Expulsión	472	Expulsión	Alto
Martínez de la Torre	Atzalán	Mixto	7,804	Medio	Alto
	Misantla	Mixto	5,478	Medio	Medio
	Tlapacoyan	Mixto	3,378	Medio	Medio
	Jalacingo	Mixto	1,140	Medio	Alto
	Juchique de Ferrer	Expulsión	5,894	Medio	Alto
Xalapa	Alto Lucero	Mixto	3,406	Medio	Medio
	Actopan	Mixto	6,099	Medio	Medio
	Coatepec	Mixto	13,198	Alto	Bajo
	Emilio Zapata	Mixto	10,538	Alto	Bajo
	Jalcomulco	Atracción	1,150	Medio	Bajo
	Xalapa	Expulsión	2,684	Alto	Muy bajo
	Naolinco	Mixto	1,108	Medio	Medio
	Chiconquiaco	Mixto	1,000	Medio	Muy alto
Córdoba	Coscomatepec	Expulsión	120	Medio	Alto
	Comapa	Mixto	4,336	Medio	Alto
	Huatusco	Mixto	10,778	Medio	Medio
	Tezonapa	Mixto	22,859	Medio	Alto
	Omealca	Mixto	10,778	Medio	Medio
	Córdoba	Mixto	2,572	Medio	Medio
	Calcahualco	Mixto	1,300	Medio	Muy alto
	Paso del Macho	Expulsión	1,179	Medio	Medio
Orizaba	La Perla	Expulsión	0	Medio	Muy alto
Veracruz	Puente Nacional	Atracción	1,557	Alto	Medio
	La Antigua	Atracción	346	Alto	Bajo
	Úrsulo Galván	Mixto	936	Alto	Bajo
	Paso de Ovejas	Mixto	1,786	Alto	Medio

Continúa...

Jurisdicción Sanitaria	Municipio	Tipo de Municipio	Estimación jornaleros	IDH	IDS
Tantoyuca	Ixhua tlan de Madero	Expulsión	1,758	Medio	Muy alto
	Tantoyuca	Expulsión	351	Medio	Alto
	Ixcatepec	Expulsión	66	Medio	Muy alto
Cosamaloapan	Tres Valles	Mixto	2,318	Medio	Medio
	Playa Vicente	Expulsión	4,055	Medio	Alto
San Andrés Tuxtla	San Andrés Tuxtla	Mixto	1,489	Medio	Muy alto
	Catemaco	Expulsión	1,708	Medio	Medio
	Hueyapan de Ocampo	Mixto	1,768	Medio	Alto
	Santiago Tuxtla	Expulsión	204	Medio	Medio
	Lerdo de Tejada	Expulsión	233	Alto	Bajo
Coatzacoalcos	Mecayapan	Expulsión	249	Alto	Muy bajo
	Soteapan	Expulsión	3,100	Medio	Muy alto
	Tatahuicapan de Juárez	Expulsión	7	Medio	Alto
Zongolica	Atlahuilco	Expulsión	22	Medio	Muy alto
	Zongólica	Expulsión	8,493	Medio	Muy alto
	Astacinga	Expulsión	10	Medio	Muy alto
	Amatlán de los Reyes	Expulsión	325	Medio	Alto
	Mixtla de Altamirano	Expulsión	500	Medio	Muy alto
	Tehuipango	Expulsión	24	Bajo	Muy alto
	Tequila	Expulsión	1,761	Medio	Muy alto
Acayucan	Acayucan	Mixto	552	Medio	Medio

Fuente: Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios, 2011.

Objetivo específico

Otorgar atención integral de calidad al migrante jornalero agrícola y su familia, mediante la participación de los diferentes programas de SESVER con énfasis en los determinantes de la salud, a propósito de mejorar sus estilos de vida.

Acciones

Desarrollo de competencias

1. Efectuar talleres de promoción de la salud en población migrante, que fortalezca su capacidad para el desarrollo de competencias para el autocuidado.
2. Realizar talleres con orientación psicológica para la prevención de adicciones.
3. Llevar a cabo talleres y asesorías sobre educación sexual, habilidades para la vida y autocuidado para la salud en adolescentes.
4. Capacitar y orientar a la población respecto a tuberculosis, paludismo, VIH-SIDA e infecciones de transmisión sexual, para favorecer el desarrollo de una nueva cultura de prevención.
5. Instrumentar programas de consejería y educación en mujeres migrantes, con énfasis en la atención del embarazo, parto, puerperio y en el manejo de emergencias obstétricas.
6. Capacitar en seguridad vial al personal encargado de transportar a jornaleros agrícolas, garantizando su seguridad.
7. Fortalecer conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud vinculados con dengue, en mejora de los procesos de prevención y control de éste.
8. Desarrollar competencias en la comunidad escolar que provean de conocimientos y desarrollen capacidades para la modificación de los determinantes de la salud de niñas, niños, adolescentes del nivel básico, medio y superior escolar.
9. Fomentar la capacitación para reducir la exposición a riesgos sanitarios en todas las regiones, especialmente en las que sean consideradas como principales puntos de partida y de afluencia de migrantes,.
10. Fortalecer las acciones de información, capacitación y prevención sobre el uso, manejo, distribución y aplicación de agroquímicos, que contribuyan a disminuir los riesgos y daños a la salud de los jornaleros agrícolas como efecto de la exposición laboral.
11. Efectuar capacitaciones con personal de salud de las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención para reforzar la atención integral del migrante durante la consulta.

12. Elaborar diagnósticos comunitarios de migración en las áreas de cobertura de los centros de salud, para conocer la movilidad migratoria de la localidad, a fin de poder anticipar acciones de prevención y promoción de la salud.

Participación social

1. Incorporar promotores voluntarios y grupos comunitarios para la atención de tuberculosis.
2. Fortalecer la participación de la sociedad civil en el tema de VIH SIDA e ITS, que incida en la disminución del estigma, la discriminación y la homofobia en la población migrante.
3. Desarrollar acciones comunitarias para la eliminación de criaderos del mosquito transmisor del dengue.
4. Fortalecer la organización comunitaria para establecer redes sociales de apoyo a las mujeres embarazadas.

Difusión

1. Informar a la comunidad migrante jornalera agrícola sobre factores de riesgo, transmisión, prevención y tratamiento de la tuberculosis.
2. Difundir en la población los beneficios de la planificación familiar y la anticoncepción, en un marco de respeto a los derechos humanos y con perspectiva de género.
3. Asegurar el desarrollo de acciones de información, consejería, educación y comunicación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos a la población jornalera agrícola migrante.
4. Sensibilizar, informar y motivar en el manejo de determinantes de la salud materna.

Vinculación

1. Establecer mecanismos que fortalezcan el vínculo sectorial y la articulación de la comunidad escolar con las instituciones gubernamentales, así como de participación social para llevar a cabo acciones que permitan modificar los determinantes de la salud de los escolares en los tres niveles educativos.
2. Fortalecer la coordinación con las diferentes dependencias y organizaciones en materia de protección contra riesgos sanitarios.
3. Favorecer la corresponsabilidad en las familias de migrantes detectadas, mediante el seguimiento y elaboración de informes semanales no-

minales de las unidades de salud.

4. Establecer un ejercicio periódico de análisis y evaluación en los avances que muestren las acciones de los programas vinculados por el bien común por la salud de las y los migrantes.

Entornos Saludables

1. Certificar acciones contra el dengue en espacios públicos de migrantes.
2. Instaurar entornos seguros y favorables para la salud de las y los escolares
3. de los tres niveles educativos; básico, medio y superior tanto en el área urbana como en la rural.
4. Verificar las condiciones higiénico-sanitarias de las instalaciones donde son albergados los migrantes para promover acciones de saneamiento básico.
5. Realizar las *Ferias Adelante con la Salud del Migrante* en municipios con mayor presencia de jornaleros agrícolas migrantes.

Salud familiar y comunitaria

1. Impulsar la utilización de Cartillas Nacionales de Salud, por grupo de edad y sexo para recibir atención integral.
2. Gestionar la incorporación al Seguro Popular para la atención de jornaleros agrícolas migrantes.
3. Realizar la búsqueda intencionada de casos de diabetes mellitus e hipertensión arterial en los migrantes adultos y adultos mayores para su atención médica oportuna.
4. Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención de cáncer de mama con población migrante
5. Garantizar en la población jornalera agrícola migrante el acceso oportuno y sin desembolso al momento de la recepción de los servicios médicos.
6. Identificar en la consulta médica del Programa Oportunidades a las y los migrantes, para su atención integral acorde al paquete básico.
7. Dar consulta con atención integrada de línea de vida a migrantes, para otorgar acciones de prevención y promoción por grupo de edad y sexo.

9.2 ¿Te vas al otro lado?

22 Municipios con mayor grado de intensidad migratoria

México tiene una larga tradición migratoria que data de los años cincuenta del siglo pasado, desde entonces millones de connacionales que no han encontrado oportunidades de trabajo en sus localidades de origen, han tenido que abandonar el país en busca de oportunidades de empleo y mejoras en su calidad de vida.

El principal país expulsor de emigrantes en el mundo es México, en el 2010 la población que emigró hacia los EUA en busca de mejores oportunidades de empleo fueron 11.9 millones de mexicanos, de los cuales, alrededor de 300 mil personas por año en promedio se quedan a laborar de manera permanente. Por ello el corredor migratorio más dinámico del mundo es México–EUA.

Con respecto al corredor citado, Trejo afirma que:

> [...] la migración de mexicanos hacia EUA es el ejemplo más destacado —por sus dimensiones y los fenómenos que conlleva— del proceso de integración de una sociedad transnacional. Primero, porque el vecino del norte recibe a uno de cada cinco migrantes internacionales; y en segundo, México realiza la contribución más importante a ese flujo migratorio [...] (Trejo cit. en Reyes, 2012:17)

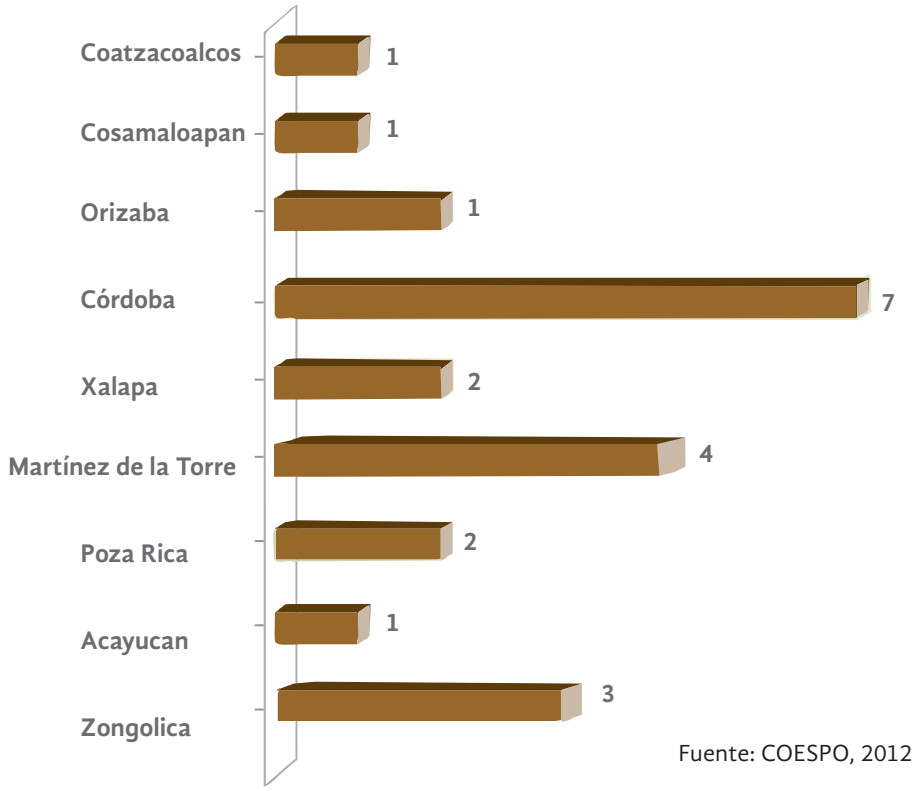
De acuerdo a datos del CONAPO (2012), el flujo inmigratorio internacional creció al ritmo que lo hizo la población mundial, en el 2000 fue de 174.78 millones de personas, en 2005 pasó a 190.63 millones y en 2010 ascendió a 213.94 millones que se desplazaron de sus lugares de nacimiento hacia otras naciones en busca de mejores oportunidades de empleo; por problemas sociales (conflictos armados que genera un flujo de desplazamiento, hambrunas, epidemias); o por problemas naturales (sequías, inundaciones u otros desastres).

Veracruz representa el 5.6% del flujo total del país, ocupando el sexto lugar del porcentaje de migrantes internacionales por entidad de origen de la migración. El estado de Veracruz se ubica en el estrato intermedio de intensidad migratoria a nivel nacional, así mismo, junto con otras 7 entidades federativas: Baja California, Chihuahua, Puebla, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala y Tamaulipas, agrupa el 27.48 % de las viviendas en el país (INEGI, 2010).

En la entidad veracruzana, son 22 los municipios con muy alto y alto índice de intensidad migratoria, situados en las siguientes jurisdicciones sanitarias: Poza Rica, Martínez de la Torre, Xalapa, Córdoba, Orizaba, San Andrés Tuxtla y Coatzacoalcos, que en suma integran 141 localidades; la atención de esta población por su comunidad de origen son atendidos por 74 unidades de salud de SESVER y 73 de IMSS Oportunidades.

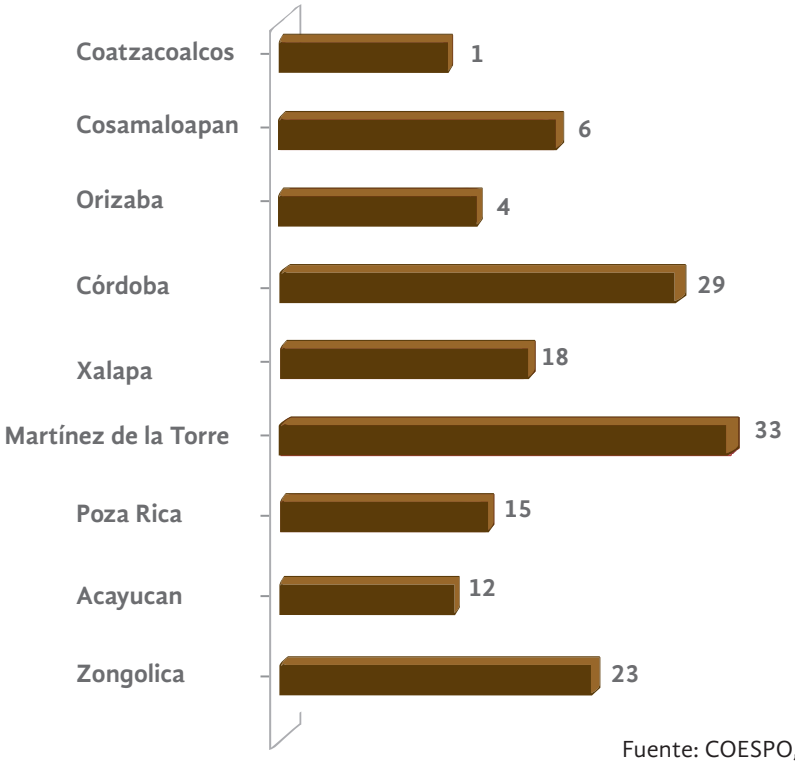
Las jurisdicciones sanitarias que cuentan con más municipios y localidades con el mayor grado de intensidad migratoria son Córdoba, Martínez de la Torre y Zongolica, respectivamente (cuadro 11, gráfica 2 y 3).

Gráfica 2. 22 Municipios con mayor grupo de intensidad migratoria por jurisdicción sanitaria



Fuente: COESPO, 2012

Gráfica 3. 141 Localidades con mayor grado de intensidad migratoria por Jurisdicción Sanitaria.



Fuente: COESPO, 2012

Objetivo

Realizar en las localidades de mayor grado de intensidad migratoria, acciones de prevención y promoción de la salud con las familias de las y los migrantes, a través del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una mejor salud, generando unidades de salud amigables que atiendan con pertinencia social a dicha población.

Acciones

1. Desarrollar en las 74 centros de salud ubicados en los 22 municipios de mayor grado de intensidad migratoria el diagnóstico comunitario de salud, a fin de implementar un plan de acción en beneficio de las familias de migrantes.
2. Intensificar las acciones de prevención y promoción de la salud entre la población migrante que regresa o se va, durante tres momentos del año: semana santa, verano e invierno.
3. Generar en el personal de salud las competencias que permitan atender la problemática migratoria en salud, desde un enfoque

Cuadro 11. Unidades Médicas Rurales y Centros de Salud identificados en los 22 municipios con mayor grado de intensidad migratoria.

Jurisdicción Sanitaria	Municipio	Localidades	Centros de Salud	UMR	Médicos	Enfermeras	Promotores de Salud	Odontólogo
Poza Rica	Texcatepec	6	0	6	0	0	0	0
	Tlachichilco	9	4	6	6	5	0	0
Martínez de la Torre								
	Juchique de Ferrer	7	3	4	8	8	1	1
	Tenochtitlán	2	1	1	5	3	0	0
	Yecuatla	5	3	2	7	5	1	1
Xalapa	Altotonga	12	6	6	45	63	2	2
	Chiconquiaco	6	4	2	6	4	2	2
Córdoba								
	Comapa	6	4	2	7	5	2	2
	Tenampa	1	1	0	1	2	0	0
	Totutla							
	Zentla	5	3	2	8	4	1	1
	La Perla	4	2	2	4	2	1	1
Orizaba								
Cosamaloapan	Hidalgotitlán	6	2	5	5	4	2	2
Coatzacoalcos								
Zongolica	Tlaquilpa	3	2	2	6	4	1	1
	Santiago Sochiapan	6	2	5	3	1	0	0
Acayucan								
Total	**22**	**141**	**74**	**73**	**187**	**169**	**32**	**34**

Fuente: COESPO, 2014

integral, en un marco de derechos humanos y desde la perspectiva ética y de género.

4. Garantizar que las localidades de mayor grado de intensidad migratoria queden cubiertas por el Paquete Garantizado de Servicios de Prevención y Promoción para una mejor salud.
5. Desarrollar competencias para el autocuidado de la salud en los migrantes y sus familias en su lugar de origen.
6. Difundir a través de talleres, las acciones integrales de atención para mejorar la salud de las y los adolescentes migrantes con énfasis en el autocuidado y la prevención de daños, con un enfoque de género y resiliencia.
7. Brindar consejería y acercamiento para la disminución del consumo de drogas por medio de acciones tempranas y oportunas en la escuela, los grupos organizados de la sociedad y la comunidad en general.

8. Otorgar la atención integral a todo menor de edad que tenga contacto con un servicio de salud y que se encuentre afectado por el fenómeno migratorio.
9. Prevenir el riesgo de enfermar a causa de la tuberculosis entre la población migrante e interrumpir la transmisión de la enfermedad, a través de actividades preventivas.
10. Reducir el riesgo de infección por VIH-SIDA e Infecciones Transmisión Sexual (ITS) en migrantes, por medio de la detección con pruebas rápidas y promoción del uso del condón.
11. Contribuir a que la población disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.
12. Brindar servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas a todas las mujeres migrantes.
13. Realizar las Ferias Adelante con la Salud del Migrante en municipios con mayor presencia de jornaleros agrícolas migrantes.
14. Dar consulta con atención integrada de línea de vida a familiares de migrantes, para otorgar acciones de prevención y promoción por grupo de edad y sexo.
15. Efectuar talleres de promoción de la salud, que fortalezcan el desarrollo de competencias para el autocuidado en la salud.
16. Impulsar la utilización de Cartillas Nacionales de Salud, por grupo de edad y sexo para recibir atención integral.
17. Realizar Jornadas de Alta Especialidad para favorecer el acceso a los servicios de salud, que contribuya en el cumplimiento del derecho a la protección de la salud

9.3 Migración y salud con perspectiva de género

Como parte de la problemática relacionada a la migración y el tema de género, el Instituto para las Mujeres en la Migración A.C. (IMUMI), documenta en los resultados de su seminario sobre “Mujeres en los flujos migratorios” que:

> En 2009, el 60% de todos los inmigrantes indocumentados en los Estados Unidos eran de origen mexicano (con un total de 6.7 millones), de los cuales 45% eran mujeres. Las personas de origen mexicano fueron también el grupo más numeroso de residentes legales permanentes, con 4.7 millones de personas en 2009, para el año 2012 su magnitud alcanzó alrededor de 5.5 millones, lo cual representó el 46% de la población femenina. (IMUMI, 2012)

En cuanto a la inserción laboral, se puede decir que:

> Una gran parte de las mujeres inmigrantes de origen latino en Estados Unidos tienden a emplearse en el sector servicios (aproximadamente el 44%), seguido por ventas (21%) y transporte (18%). Estas cifras representan a inmigrantes regulares, naturalizadas e indocumentadas originarias de México, Guatemala, El Salvador y Honduras" (IMUMI, 2012).

La migración tiene repercusiones tanto en hombres como en mujeres. En este sentido, los investigadores señalan que esta situación:

> [...] transforma la estructura familiar enfrentando a quienes se van y a quienes se quedan a un proceso de cambio y adecuación forzado que, sin embargo, genera nuevos mecanismos y capacidades de transformación a nivel comunitario, familiar e individual [...] (García, Ruiz y Ruiz Vallejo, 2011:1)

Ejemplo de estos cambios son tomar decisiones sobre el cuidado de los hijos, administrar bienes y tierras, convivir con la familia extensa, trabajar fuera del hogar, estudiar, entre otros.

En un estudio realizado en Jalisco sobre el impacto psicológico en familias en donde el padre emigra a los Estados Unidos (Baltazar González, 2003), se concluye que las esposas de hombres migrantes experimentan afectaciones emocionales al tener que adoptar los roles materno y paterno ante la ausencia física del padre. En este

estudio se expone que existe una relación dialéctica entre el impacto psicológico producido por la migración del jefe de familia y el impacto psicológico derivado del cambio de rol por la migración, al quedar la mujer al frente del hogar se pone de manera manifiesta a través de síntomas depresivos, tales como desajustes en su arreglo personal, en su peso, en su estado de ánimo e inseguridad sobre sí misma, evadiendo actividades en las que se sienta expuesta. Otro impacto psicológico se ve reflejado en la relación de pareja, pues aún al regreso del migrante, se produce una separación emocional.

De esta manera, es importante analizar los planteamientos de Núñez, quien plantea respecto a la relación de la masculinidad y la migración, que:

> [...] el papel de los varones es el de hombría, la cual explica el rol de proveedor no sólo de alimentos, sino de vivienda y protección, el sentido de obligación hacia estos deberes de hombre es lo que determina sus decisiones de migrar para obtener los recursos necesarios que permitan cumplir con ese papel socialmente establecido[...] (Núñez, 2007, cit. en Montes de Oca et al, 2012: 87).

Por su parte, Rosas alude a la necesidad de analizar a los varones no sólo desde una perspectiva de masculinidad que:

> ...] vincula la dominación y el disfrute, sino también desde otras masculinidades que visualicen a los varones como sujetos que sufren, sienten dolor y miedo, en este caso, a experimentar migración y alejamiento de su familia. En la actualidad las dimensiones del fenómeno migratorio se encuentran transformando la estructura familiar y social, configurando nuevas relaciones entre los grupos domésticos y una suerte de descomposición del tejido social [...] (Rosas, 2007, cit. en Montes de Oca et al, 2012: 87)

De acuerdo con lo señalado, cabe mencionar que estos Servicios de Salud, enmarcan el enfoque de género tal y como lo plantea

la OPS:

> [...] la igualdad de género en la salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. (OPS, 2005).

Desde dicha lógica, el Estado cuenta con una infraestructura intersectorial en la que se vinculan diferentes instituciones federales, estatales, sociedad civil, académicos, que convergen sobre el tema de la migración, abocándose a desarrollar acciones de atención institucional encaminadas a responder soluciones de las diferentes aristas que viven tanto los familiares de migrantes en la entidad, como los migrantes que están en otro lugar.

Salud y mujeres en la migración

La Organización Mundial de la Salud, reporta que cada año dan a luz 16 millones de mujeres entre los 15 y 19 años, que equivale al 11% de los nacimientos en el mundo. El censo de 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), estimó que uno de cada seis acontece en jóvenes de 15 a 19 años (16.1%), siendo el Estado de México, Chiapas, Veracruz, Jalisco y Puebla las entidades con mayor concentración de adolescentes en condición de maternidad. Con respecto a las mujeres embarazadas migrantes, los datos siguen oscilando en edades de 15 a 19 años.

Así, el reporte binacional "Migración y Salud. Inmigrantes mexicanas en Estados Unidos" elaborado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Universidad de California (UC), señalan que las mexicanas tienden a convertirse en madres a edades más tempranas, casi 40% de las mujeres mexicanas que dieron a luz en 2007 no había cumplido 25 años, y cerca de una tercera parte de las mujeres inmigrantes mexicanas en Estados Unidos declara no contar con un lugar donde recibir atención médica periódica, mientras que esta situación sólo afecta a alrededor del 15% de las demás inmigrantes.

En el estado de Veracruz, de acuerdo a datos proporcionados el Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes de SESVER, indica que el 26.2 % de las mujeres embara-

zadas atendidas son adolescentes, y que el 9.3 % de embarazadas adolescentes atendidas son menores de 15 años (cuadro 12).

Cuadro 12. Embarazos de primera vez y subsecuente por grupos de edad 2013.

Jurisdicción Sanitaria	Adolescentes <15años	15 a 19 años	Subtotal	% de <15	20 años y más	Total	% de Adolescentes/ total embarazadas
Pánuco	47	1,106	1,153	4.1	4,729	5,882	19.6
Tuxpan	118	1,350	1,468	8.0	4,863	6,331	23.2
Poza Rica	150	1,828	1,978	7.6	6,616	8,594	23.0
Martínez de la Torre	187	1,944	2,131	8.8	5,614	7,745	27.5
Xalapa	613	4,880	5,493	11.2	14,867	20,360	27.0
Córdoba	175	1,802	1,977	8.9	5,846	7,823	25.3
Orizaba	110	1,282	1,392	7.9	5,586	6,978	19.9
Veracruz	346	2,872	3,218	10.8	6,400	9,618	33.5
Cosamaloapan	151	1,607	1,758	8.6	4,171	5,929	29.7
San Andrés Tuxtla	150	1,658	1,808	8.3	4,162	5,970	30.3
Coatzacoalcos	337	2,919	3,256	10.4	9,428	12,684	25.7
Total	**2,384**	**23,248**	**25,632**	**9.3**	**72,282**	**97,914**	

Fuente: SIS, Cubos de Información Dinámica de la DGIS - Información preliminar 2013

Ahora bien, como se ha visto, la migración es un suceso que produce efectos emocionales por dejar los entornos familiares para afrontar un nuevo ambiente socio-cultural, de acuerdo con Rebeca Grinberg "...la migración es una experiencia potencialmente traumática caracterizada por una serie de acontecimientos traumáticos parciales y configura, a la vez, una situación de crisis." (Grinberg, 1996: 27).

En el contexto de la región de las Américas y del mundo, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública, en términos epidemiológicos, la salud mental participa a la carga global de las enfermedades, y constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años relacionadas con el suicidio.

En este tenor, uno de los trabajos importantes de señalar es la integración de la *Red de Género y Migración*, del gobierno estatal, a través del Instituto Veracruzano de la Mujer (IVM), por medio de

la cual se realizó un diagnóstico sobre la situación de las mujeres de familias migrantes del estado de Veracruz, indagando varios ámbitos: legal, laboral y de salud. Las comunidades seleccionadas fueron los municipios de Huayacocotla, Coyolillo, San Andrés Tuxtla y Zentla, los criterios de selección se fundamentaron en el grado de intensidad migratoria y el índice de masculinidad, con la finalidad de impulsar y fortalecer procesos organizativos que incluyan acciones institucionales a favor de las mujeres migrantes.

El diagnóstico referido financiado por el IVM, realizado en el año 2011 por la Dra. Patricia Zamudio Grave, investigadora adscrita al CIESAS-Golfo, consideró en el tema de salud tres aspectos esenciales: la edad del primer embarazo, los estados emocionales ante la ausencia de un familiar y los beneficios de salud. Respecto al primer punto, se identifica que en la localidad de Coyolillo el primer embarazo se da entre los 21 y 25 años; en la comunidad de Fco. I. Madero y en el municipio de Huayacocotla el embarazo en menores de 15 años es mayor que en mujeres de más de 26 años.

En el aspecto emocional de las mujeres familiares de migrantes, sucede que ante la ausencia de su esposo, o hijo, o no conocer a sus nietos, causa en ellas un estado emocional poco favorable a su salud emocional, resultando en depresiones y estrés principalmente. Por tanto, el diagnóstico realizado en el estado de Veracruz, por el IVM y el CIESAS -Golfo, encontró que ante la ausencia del esposo por la migración, más del 50% de las mujeres se sienten tristes, cansadas y deprimidas; el 33% dijo sentirse bien o tener un estado anímico positivo, pero eso no excluye los momentos de tristeza o malestar que sienten con relativa frecuencia (Zamudio, 2011).

En cuanto al acceso a los servicios de salud que existen en el estado de Veracruz, tal diagnóstico describe que las mujeres, hijas e hijos de los migrantes tienen posibilidades de pagar servicios de salud en el sector privado, por tanto el 46% paga por servicios médicos y medicamentos, el 23% accede a servicios médicos de mayor calidad, el 13% accede a hospitales públicos, el 9% recibe atención médica particular.

Así, los resultados obtenidos muestran una ventana de oportunidad para seguir fortaleciendo la política en materia de migración con enfoque de género, en el marco de lo que estable el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016, al incorporar la igualdad y rea-

lizando políticas públicas transversales en la salud integral de las mujeres. Es en este marco de acción, que Servicios de Salud de Veracruz se suma a dicho proceso de intervención en favor de la salud de las mujeres migrantes y/o familiares de migrantes, mediante el siguiente objetivo y acciones.

Objetivo

Desarrollar acciones de prevención, promoción de la salud y detección, con enfoque de género, que permitan con equidad e igualdad de oportunidades acceder al cuidado de la salud.

Acciones

1. Desarrollar el diagnóstico de determinantes sociales, a fin de generar programas de intervención enfocando acciones de prevención y promoción de la salud.
2. Obtener historias de vida, sobre las situaciones que enfrentan los migrantes y/o familiares, referente a su travesía, los peligros a los que se exponen, la discriminación a la que se enfrentan; que permita reforzar la conveniencia de conocer los derechos humanos y los servicios de salud que existen.
3. Realizar Ferias Adelante con la Salud del Migrante, con el objetivo de acercar los servicios de salud a hombres y mujeres, brindando el Paquete Garantizado de Salud.
4. Impartir talleres de promoción de la salud con temas relacionados al cuidado de su salud, para las y los migrantes, así como en el ámbito familiar y comunitario.
5. Realizar Jornadas de Alta Especialidad para favorecer el acceso a los servicios de salud, que contribuya en el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.
6. Efectuar talleres de promoción de la salud en población migrante, que fortalezca su capacidad para el desarrollo de competencias que favorezca el autocuidado en la salud.
7. Llevar a cabo talleres y asesorías sobre educación sexual, habilidades para la vida y autocuidado para la salud de las mujeres.
8. Fortalecer la organización comunitaria para establecer redes sociales de apoyo a las mujeres embarazadas.
9. Instrumentar programas de consejería y educación en mujeres migrantes, con énfasis en la atención del embarazo, parto, puer-

perio y en el manejo de emergencias obstétricas.

10. Difundir entre la población los beneficios de la planificación familiar y la anticoncepción, en un marco de respeto a los derechos humanos y con perspectiva de género.
11. Asegurar a la población jornalera agrícola migrante, el desarrollo de acciones de información, consejería, educación y comunicación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.
12. Sensibilizar, informar y motivar acerca del manejo de determinantes de la salud materna.

Migración y salud mental | 9.4

La migración se asocia con el estrés psicológico, problemas emocionales y afectivos, tanto de tipo individual como familiar, social y comunitario. Dichos problemas, van ligados con respuestas fisiológicas, que varían desde ansiedad, trastornos afectivos, úlceras, colitis, gastritis, (Cabassa, Hansen y Palika, 2008), así como por dolor de cabeza, hipertensión arterial, entre otros.

Las repercusiones en salud mental asociadas con la migración, señala Celia Falicov (2007), son la depresión, la ansiedad, las enfermedades psicosomáticas, las adicciones y las conductas problema que pueden aparecer en cualquier integrante de la familia.

No se cuentan con datos cuantitativos precisos que reflejen la situación de la salud mental de los grupos migrantes internos, sin embargo, algunos de los efectos negativos asociados con la salud mental de los migrantes son: diversas pérdidas, unas relevantes otras no; en el aspecto familiar, el hogar, los seres queridos; en lo social, amigos, el contacto con el grupo de pertenencia, las redes de apoyo emocional, la posición en la sociedad, el estatus; mientras que el plano laboral se ve afectado en sus actividades de vida diaria y sus costumbres. Así, el aspecto cultural puede presentar limitaciones de expresión, en ocasiones debido a un idioma diferente, creencias y tradiciones, la no pertenencia, la tierra, las propiedades y el lugar de origen son pérdidas importantes.

Lo anterior, representa para el migrante un factor de riesgo importante para presentar depresión y sentimientos tales como: tristeza, falta de esperanza, minusvalía, desinterés por las cosas del

entorno, soledad, miedo, incertidumbre respecto al futuro, pérdida de identidad y riesgo para iniciar el uso de sustancias psicoactivas. Al respecto se habla del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, en el que la persona padece determinados duelos asociados a diversas manifestaciones psicológicas (Achotegui, 2004).

Estudios realizados en zonas rurales de Michoacán (López Castro, 2008), señalan que con frecuencia las mujeres de esposos migrantes desarrollan trastornos somáticos y psicológicos a partir del abandono/separación de sus maridos, tales como tensión muscular y lumbalgias, gastritis, dolor de cabeza, insomnio y colitis, presentándose un aumento en esta población del consumo de sustancias psicoactivas (ansiolíticos, alcohol y drogas ilícitas).

A l respecto, Rozo (2008) considera que la mayoría de los inmigrantes entran al sistema de salud por cefaleas, migrañas recurrentes, dolores gástricos, malestar intestinal, hipertensión, vómitos, dolores musculares (sobre todo de espalda), amenorrea, ulceraciones, dermatitis, caída de pelo, fatiga crónica. Dichos factores están muy asociados a factores tensionales y depresivos.

En el destino migratorio, los riesgos relacionados con contextos de estrés en condiciones de ilegalidad, eleva la proporción de problemas de salud mental y de infecciones de transmisión sexual, y en el mediano plazo las enfermedades crónicas se presentan como reflejo de la inseguridad alimentaria.

Para la familia, se presentan padecimientos emergentes como depresión, ansiedad y somatización, además del consumo de alcohol y de drogas en los hijos. Aunado a ello, el conocimiento del riesgo de infecciones de transmisión sexual y VIH-S IDA, provoca estrés adicional, lo que afecta las relaciones personales y familiares. (Salgado de Snyder, 2007).

En el estado de Veracruz, de acuerdo con el diagnóstico realizado por el CIESAS- Golfo, las problemáticas de las mujeres en las comunidades en el ámbito de la salud son "...padecimientos emocionales, depresión, insomnio y nervios, falta de prevención y atención emocional, ruptura de esquema familiar y roles asignados..." (Zamudio, 2011), Así el panorama antes descrito refleja principalmente las necesidades que se tienen en el ámbito de salud mental tanto para las y los migrantes como para los familiares.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Hogares (1994) y la En-

cuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2001-2002), dan cuenta de cifras consistentes relacionadas con cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes en neuropsiquiatría: esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo. En Veracruz el panorama no es diferente y, de acuerdo a la distribución etárea, el volumen de intervenciones queda dentro del grupo representado por la población en edad productiva de 25 a 49 años (34.3 %) y entre 10 y 19 años (21 %).

Considerando el panorama epidemiológico de las enfermedades y su relación con la salud mental de los migrantes y/o familiares, es relevante esta línea de acción, dado que dichas enfermedades mentales se hacen latentes, sobre todo en áreas suburbanas de alta marginación, en contextos de vulnerabilidad, pobreza y exclusión social. Lo anterior, se agudiza cuando no se habla el mismo idioma, al darse un comportarse socialmente diferente a las normas locales, no encontrar el empleo soñado, no entender los hábitos de trabajo y de amistad, la nostalgia por su país natal y sin su red social.

Es por lo anterior, que está estrategia, asumida por Servicios de Salud de Veracruz, contempla servicios de atención de salud mental basados en el respeto a los derechos de las y los usuarios, de recibir atención integral psiquiátrica y psicológica oportuna, eficiente, con calidad y calidez. Para ello, se cuenta con la estructura del Programa de Salud Mental, con los Módulos de Salud Mental, Hospitales y UNE ME - CISAME en Veracruz (mapa 2).

Objetivo

Favorecer la atención psiquiátrica y psicológica en la población migrante y sus familias, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la salud mental, con énfasis en el derecho a la salud y a los nuevos enfoques familiares y sociales.

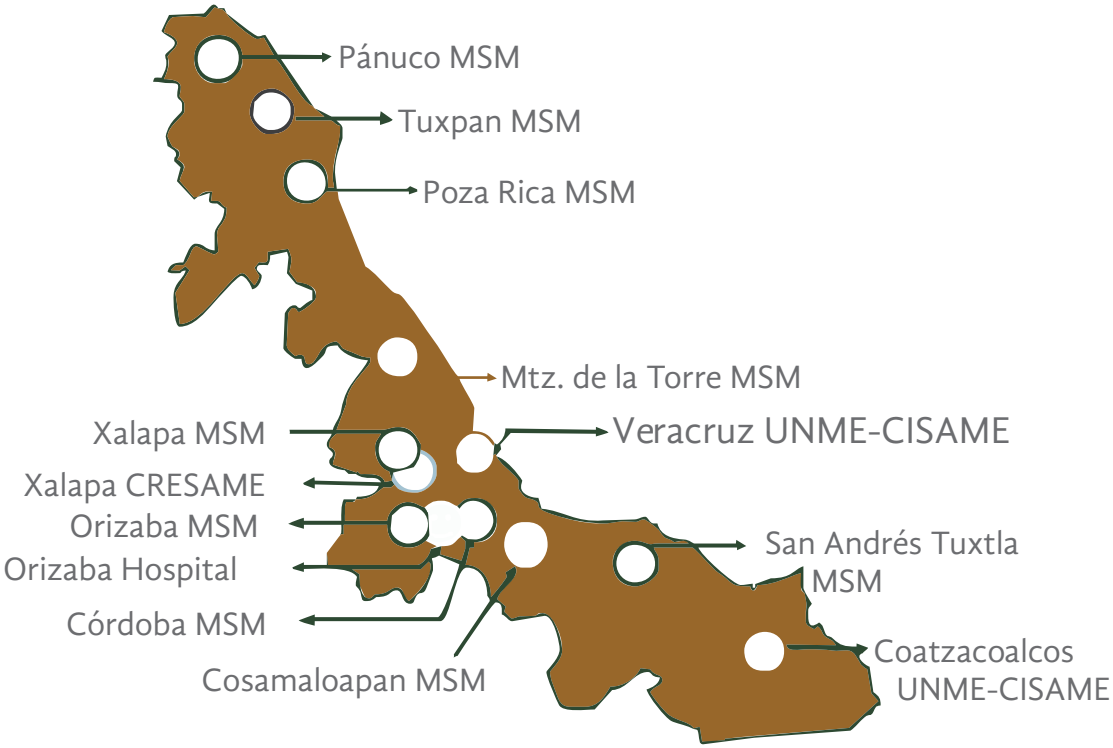
Acciones

1. Prevenir el desarrollo de la enfermedad mental mediante la atención oportuna y tratamiento adecuado, a fin de desestigmatizar al enfermo mental y para informar acerca de los síntomas de éstas.
2. Desarrollar un manejo adecuado de la referencia y contrarrefe-

rencia de los pacientes con trastornos mentales entre el primer nivel de atención y hospitales.

3. Promover acciones preventivas en escuelas, domicilio de los usuarios y lugares que proporcione la comunidad, basadas en actividades psicoeducativas.
4. Orientar al personal de los centros de salud para la identificación y referencia de los pacientes migrantes que presenten psicopatología a los Módulos de Salud Mental.
5. Detectar grupos de riesgo de familias de migrantes, bajo un enfoque comunitario y familiar, generando participación activa para el beneficio de la salud mental.
6. Realizar talleres de psicoeducación desde una perspectiva preventiva, para potenciar el aprendizaje colectivo en diversas esferas del desarrollo humano.

Mapa 2. Módulos M.S.M, UNEME- CISAME y H.S.M.



Fuente: Coordinación estatal de Salud Mental. 2013.

La ruta del tren | 9.5

De acuerdo con estimaciones del Instituto Nacional de Migración, en México anualmente ingresan alrededor de 140 mil migrantes en situación irregular, la mayoría proveniente de Centroamérica, con la finalidad de cruzar por territorio mexicano rumbo a los Estados Unidos, este trayecto es utilizado para evadir controles de seguridad, siendo el principal medio de transporte el tren. La mayor parte de los migrantes en situación irregular que ingresan por la frontera sur de México son de Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua en mayor medida del Triángulo Norte de Centroamérica (El Salvador, Honduras y Guatemala).

El medio de transporte utilizado por los migrantes es el tren de carga, llamado "La bestia", en el que viajan cada día de 200 a 300 migrantes en promedio. Se trata de migrantes pobres, jóvenes, mujeres, niños, así como un pequeño sector de migrantes experimentados que llegan a México con poco dinero y equipaje ligero y muchas veces sin haber utilizado las redes del tráfico, en espera de hacerlo, en última instancia en la frontera norte.

Según la información proporcionada por la CNDH en el Informe Especial sobre Secuestro de Migrantes en México (CNDH, 2011), los sitios de alto riesgo para los migrantes son: la región del Petén en Guatemala, Tenosique y sus aledaños en Tabasco, Coatzacoalcos y Medias Aguas, debido al enlace de las vías férreas hacia el centro y norte del país; Tierra Blanca, Orizaba y Acayucan para los que transitan en tren.

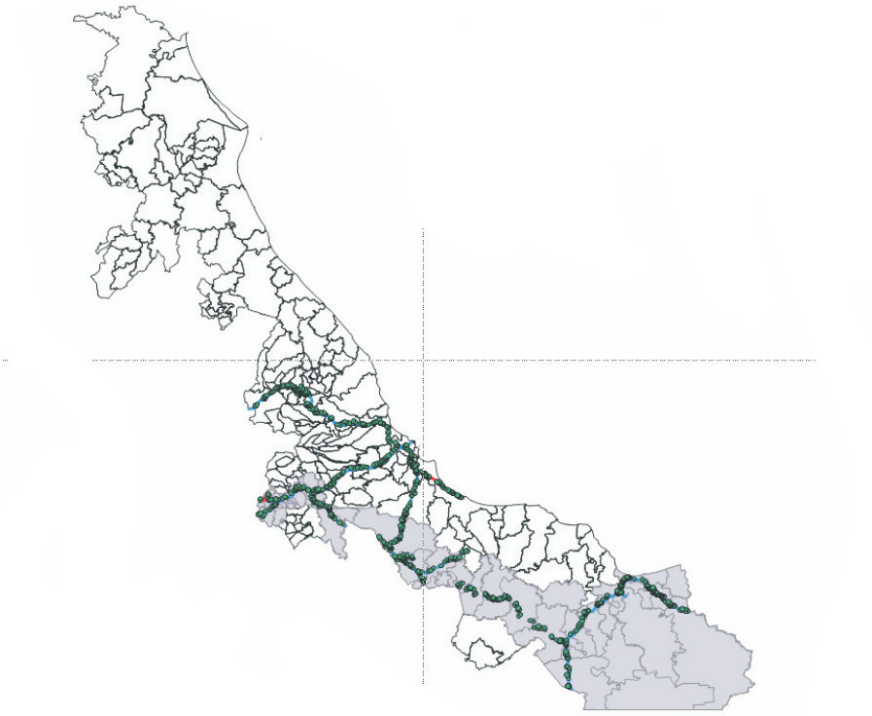
El paso por Veracruz es una de las principales rutas migratorias del país, pues al llegar a Coatzacoalcos, los migrantes se dirigen a Tierra Blanca, y después a Orizaba, en el centro de Veracruz (por Orizaba, Amatlán de los Reyes, Acayucan, Cosoleacaque, Coatzacoalcos y Las Choapas). Dada su ubicación geográfica, el estado es punto importante para llegar a la frontera norte. De hecho, Veracruz termina en un brazo de la ruta de la frontera sur de México con la frontera norte, conocido como "El Cuello Verde".

Así, los puntos de llegada de los migrantes centroamericanos se encuentran en 4 localidades:

1. Tramo Peñuela-Córdoba, a la orilla de las vías del tren.
2. Ixtaczoquitlan, en las congregaciones de este municipio que recorre el tren.
3. El Molino, cerca de una arrocera, en la Sur 11 y vías del tren, a las orillas de Orizaba.
4. La Modelo, en la colonia Modelo de Río Blanco, cerca de la Casa del Migrante.

Los migrantes toman el tren rumbo al D.F., para bajarse antes, en una población llamada Lechería, con el fin de evitar los retenes de la policía de migración y continuar el viaje en tren del D.F hacia el norte. Algunos otros lo hacen por autobús o por medio de la ayuda de los polleros.

Mapa 3. Municipios Identificados en la ruta del tren.



Fuente: COESPO, 2014

Cuadro 13. Centros de Salud Identificados en la ruta del tren.

Jurisdicción Sanitaria	Municipio	Número de localidades	Centros de Salud	Hospitales	Unidad Médica Rural
Córdoba	Amatlan de los Reyes	17	1	0	1
	Córdoba	6	4	1	5
	Coetzala	1	1	0	0
	Cuichapa	7	1	0	0
	Fortín	2	1	0	0
	Omealca	14	1	0	1
	Tezonapa	8	2	1	1
Orizaba	Alcultzingo	13	1	0	1
	Huiloapan de Cuauhtémoc	3	2	0	0
	Ixtaczoquitlán	15	1	0	1
	Maltrata	8	1	0	0
	Nogales	9	3	0	2
	Orizaba	1	3	1	2
Cosamaloapan	Chacaltianguis	6	2	0	0
	Isla	36	1	1	2
	Tierra Blanca	39	3	1	3
	Tres Valles	55	2	0	0
San Andrés	Chinameca	4	1	0	1
	Coatzacoalcos	15	10	1	9
	Cosoleacaque	30	6	1	1
	Ixhuatlán del Sureste	17	1	1	0
	Jaltipan	14	2	0	1
	Las Choapas	26	1	2	1
	Minititlán	1	4	1	2
	Moloacan	29	2	0	1
Zongolica	Soledad Atzompa	1	2	0	0
Acuyucan	Jesús Carranza	14	2	0	0
	José Azueta	11	0	0	1
	Juan Rodríguez Clara	10	1	0	1
	Oluta	6	1	1	0
	Sayula de Alemán	22	2	0	3
	Texistepec	5	3	0	0
Total	**34**	**485**	**72**	**13**	**42**

Fuente: COESPO, 2014

Ante la emergente situación de los migrantes centroamericanos por su paso en el estado, los Servicios de Salud en colaboración con el Consejo Estatal de Población de Veracruz, realizaron un mapeo para identificar las unidades de salud que se encuentran en el paso de la vía férrea (mapa 3). Dicha estrategia cobra especial relevancia en el marco de la política pública sobre migración, salud y derechos

humanos que el gobierno estatal ha pronunciado con respecto al derecho irrestricto de las personas a la movilidad humana.

Con ello, se abre el camino para visibilizar esta problemática y desarrollar las acciones pertinentes, focalizando los 34 municipios de la ruta en los cuales se encuentran 72 centros de salud y 13 hospitales competentes para ofrecer un trato ético a las y los migrantes, así como reforzar la vigilancia epidemiológica en este trayecto.

Objetivo

Brindar servicios de salud amigables para migrantes en los 34 municipios que forman parte de la ruta del tren, brindando trato digno, asistencia médica y acciones de salud pública, que contribuyan a la atención de calidad en el marco de los derechos humanos.

Acciones

1. Desarrollar competencias en el personal de salud del primer y segundo nivel de atención, sobre el marco jurídico migratorio, salud, género e interculturalidad.
2. Generar acuerdos de colaboración con los consulados, para lograr una mejor coordinación en la atención de las y los migrantes.
3. Reforzar la gestión con las diferentes áreas de salud, a fin de contar con medicamentos y servicios suficientes en los centros de salud para los migrantes de tránsito.
4. Informar en los centros de salud y escuelas sobre las acciones integrales de atención para mejorar la salud de migrantes con énfasis en el autocuidado y la prevención de daños, género y resiliencia.
5. Reducir el riesgo de infección por VIH-SIDA e Infecciones Transmisión Sexual (ITS), en migrantes, por medio de la detección con pruebas rápidas y promoción del uso del condón.
6. Disminuir el riesgo de enfermedades transmitidas por vector, como paludismo, dengue, chagas en la población migrante que atraviesa el estado de Veracruz -viajando en el ferrocarril- por medio de vigilancia epidemiológica constante y fumigación, que evite brotes.
7. Activar brigadas de atención médica y de prevención y promoción de la salud en las estaciones migratorias del estado, en coordinación con dependencias que vinculan programas de acuerdo a grupos de edad, como el trabajo de infancia en dichos centros.

10 Consideraciones finales

Las funciones de promoción de la salud en Servicios de Salud de Veracruz, se cumplen a través del Programa de Vete Sano, Regresa Sano, que está planteado con base al enfoque de determinantes de salud. En este sentido, debe estar articulado con mecanismos de acción intersectorial conjunta entre comunidad, academia, sector salud y otras instituciones de tal manera que permitan concebir planes integrales, utilizando estrategias definidas para lograr el bienestar de la población.

De ahí que resulte crucial, por parte de los Servicios de Salud de Veracruz tener por objetivo:

> [...] contribuir a la protección de la salud del migrante y su familia, con participación coordinada intrainstitucional e intersectorial; impulsando acciones de promoción de la salud y prevención, en su lugar de origen, traslado y destino; para lograr que esta población sea resiliente y capaz de manejar los determinantes de su salud y de mejorar sus entornos [...] (Secretaría de Salud, 2008).

En consecuencia, el Programa Vete Sano, Regresa Sano, dadas las condiciones de vulnerabilidad y la situación migratoria de la población a la que está dirigido, considera la participación de todos los actores y sectores sociales, tanto en el ámbito nacional, estatal, local, así como internacional. En virtud de que la migración

en la entidad es un fenómeno permanente, se considera de suma importancia que el sector salud defina acuerdos de colaboración que contribuyan a mejorar y preservar las condiciones de salud de migrantes y sus familias.

Es así que los Servicios de Salud de Veracruz plantean este modelo integral de acción, basado en el desarrollo de estrategias con participación de los diferentes programas de salud; a fin de que los migrantes y sus familias tengan información accesible sobre los riesgos, motivándolos a cambios personales y de comportamientos sustentados en habilidades adquiridas; propiciando que haya cambios en el ambiente social que genere influencias favorables del entorno con miras a generar efectos resilientes en dicha población, así como atención médica en centros de salud y hospitales, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos y de género.

11 Bibliografía

ACHIOTEGUI, J. (2002) *Trastornos afectivos en los inmigrantes: la influencia de los factores culturales, Suplemento temas candentes.* Barcelona, Jano.

ARAGONES, A., (2012) *Migración Internacional: algunos desafíos.* México D.F., Universidad Autónoma de México.

BLANCO, C. (2000). *Las migraciones contemporáneas*. Alianza Editorial, Madrid.

CAMPOS, G., (2009). *Educación y Salud en los migrantes México-Estados Unidos,* México, D.F: Ed. Porrúa.

CANABAL, B., (2008). *Hacia todos los lugares. Migración jornalera indígena de la Montaña de Guerrero.* México D.F., Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

HERRERA, C.R. (2006). *La perspectiva teórica en el estudio de las migraciones.* México, Siglo XXI Eds.

MUMMERT, G., (1988), *Población y trabajo en contextos regionales. Michoacán,* México, El Colegio de Michoacán.

ROMO, Harriet, Carlos A. Garrido y Olivia López (2012) *A bilateral perspective on Mexico-U.S. migration,* México, UTSA-UV.

Artículos consultados

ALEGRÍA, T. (1990). "Ciudad y Transmigración en la Frontera de México con Estados Unidos" *Norte*, Vol.2, No. 4

CABASA, L., Hansen, M. C., Palinkas, L., & Ell, K. (2008). "Azúcar y nervios. Explanatory models and treatment experiences of Hispanics with diabetes and depression". *Social Science & Medicine, U.S.*

CANABAL, B., (2008). Panorama de la migración interna en la zona metropolitana de la Ciudad de México. *En Revista Psicológica Científica.com* Vol 16. Consultado el 31 de abril del 2014, Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/migracion-interna-mexico-salud-mental/

GONZÁLEZ, S. (2003) "Migración paterna ¿cambio de roles en la familia?, Estudios sobre familias, Vol. 2, DIF-Jalisco. Disponible en: http://sistemadif.jalisco.gob.mx/apps/ceninf/centro_de_informacion/FAMILIA/igracion_paterna_cambio_de_roles_en_la_familia_SONSOLES_BALTAZAR GONZALEZ_DIF_JALISCO.pdf

KEARNEY,M. y Becerra B. (2002). "Migration and Identities A Class Approach. Latin American Perspectivas", *Issue*.138, Vol. 31 No. 5

MONTES DE OCA, Zavala, Verónica; Margarita Díaz; Mirna Hebrero, "Migración, salud y masculinidad. Don Leovigildo y su familia: tres generaciones entrelazadas por la salud y migración en Guanajuato. Estudio de caso". *Revista del Centro de Investigación Universidad La Salle*, vol. 10, núm. 38, julio-diciembre, México D.F., Universidad La Salle, 2012.

REYES Tépach, M. (2012) *El flujo migratorio internacional de México hacia Estados Unidos de Norte América y la captación de las remesas familiares en nuestro país 2007-2012*, México, D.F., Cámara de Diputados LXI Legislatura, Dirección General de Servicios de Documentación y Análisis. Disponible en: http: //www.diputados.gob.

mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-16-12.pdf, consultado en Enero de 2014.
ROZO, J. (2008) Efectos del duelo migratorio y variables socioculturales en la salud de los inmigrantes. Revista electrónica Psicología Científica. Recuperado el 14 de Enero del 2009.

Documentos consultados

COESPO *Indicadores sobre migración a Estados Unidos, Índice y Grado de Intensidad Migratoria por municipio 200, 2010 Y 2011.*
Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Consultado el 3 de abril de 2014. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCannexessp.pdf

Reglamento de la Ley de Migración (2014), consultado el 3 de abril del 2014.Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LMigra.pdf

Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018).Gobierno de la República.

Plan Veracruzano de Desarrollo (2011-2016).Gobierno del Estado de Veracruz

Programa Sectorial de Salud (2013-2018) Gobierno del Estado de Veracruz.

Instituto para las Mujeres en la Migración A.C.(2012) *Seminario Migracion, Refugio y Derechos Humanos, Mujeres en los flujos migratorios* , 19 y 20 de septiembre en Cacahoatan, Chiapas. Consultado en enero 2014, Disponible en: Disponible:http://www.cdhfraymatias.org/sites/default/files/04_mujeres_en_los_flujos_migratorios.pdf

Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal. Consultado el 2 de abril de 2014. Disponible en http://www.aldf.gob.mx/archivo-e800ffd58570472c879df856002040c5.pdf

Ley General de Salud (actualizada en 2007). Gobierno de la República.

Ley sobre refugiados y protección complementaria. Consultado el 2 de abril del 2014, disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LRPC.pdf

LÓPEZ Castro, G. (2006). El síndrome de Penélope. Depresión y ansiedad en mujeres en una región de alta migración a Estados Unidos. Conferencia en el 2º Seminario de Migración Internacional: Efectos de la globalización y las políticas migratorias. UAEM, Toluca, 15 a 17 de noviembre.

ZAMUDIO, P. (2013) Programa Integral de política pública con perspectiva de género para las mujeres en la migración (PIGE MM) diagnóstico y propuesta. Presentación en reunión de trabajo. Instituto Veracruzano de la Mujer-CIESAS Golfo; Xalapa, Ver.

Referencias electrónicas

Maria José Garcia Oramas, Susana Ruiz Pimentel y Sara Ruiz Vallejo, « *Las que se quedan:* Género, Migración y Control Social », *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM* [En línea], 21 | 2011, Publicado el 08 junio 2011, consultado el 3 de abril de 2014. URL : http://alhim.revues.org/3803