

MIGRANTES

EN TRÁNSITO POR MÉXICO:

situación de salud, riesgos
y acceso a servicios de salud

René Leyva Flores
César Infante Xibillé
Frida Quintino Pérez
Editores



Instituto Nacional
de Salud Pública

MIGRANTES EN TRÁNSITO POR MÉXICO:

**situación de salud, riesgos
y acceso a servicios de salud**

René Leyva Flores
César Infante Xibillé
Frida Quintino Pérez
Editores



Instituto Nacional
de Salud Pública

**Migrantes en tránsito por México:
situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud**

Editores:

René Leyva Flores

César Infante Xibillé

Frida Quintino Pérez

Primera edición, mayo de 2016.

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

ISBN: 978-607-511-155-1

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

Contenido

Prólogo	11
Capítulo I	13
Introducción: la salud de los migrantes	13
Referencias	15
Capítulo II	16
Migración y salud en un marco de derechos humanos	16
Introducción	16
La migración y la movilidad poblacional internacional: dos polos de atracción	17
La migración y la movilidad poblacionales en entornos de vulnerabilidad y riesgo	17
Discusión: espacios de oportunidad para recomendaciones	19
Referencias	22
Capítulo III	23
Diseño general del proyecto de investigación para la acción	23
Red funcional sobre migración y salud	23
Componentes del proyecto: áreas de funcionalidad de la red	24
Componente I. Modelo de Atención Integral en Salud a Migrantes en SSR	24
Componente II. Armonización de la	33
cooperación técnica con participación	33
interinstitucional e interagencial	33
Proyecto Multicéntrico sobre Migración y Derechos Sexuales y Reproductivos	34
Componente III. Fortalecimiento de la capacidad técnica para actores locales	35
de salud, migración, derechos, humanos y atención humanitaria a migrantes	35
Componente IV. Sistema de información para el monitoreo y evaluación de	38
procesos y resultados del proyecto	38
Características demográficas de los usuarios de las casas del migrante, 2009-2015	39
Componente V. Difusión y publicación de la información	39
Conclusión	41
Referencias	41
Capítulo IV	43
Casa del Migrante en Tapachula, Chiapas: Albergue Belén	43
Contexto sociodemográfico	43
Contexto migratorio	45
Recursos públicos para la atención de la salud	47
La Casa del Migrante: Albergue Belén (CMAB)	48
Recursos para la atención humanitaria y de salud en la Casa del Migrante	48
Características sociodemográficas de los migrantes usuarios del albergue	50
Vinculación interinstitucional	51
Problemas de salud y acceso a servicios de salud	51
Salud sexual y reproductiva	51
Discusión y conclusiones	56
Referencias	57
Capítulo V	59
Casa del Migrante en Arriaga, Chiapas: La Casa del Migrante Hogar de la Misericordia (CMHM)	59
Contexto migratorio	60
Recursos públicos para la atención de la salud	62
La Casa del Migrante Hogar de la Misericordia (CMHM)	62

Infraestructura para la atención humanitaria	63
Características sociodemográficas de los migrantes usuarios del Albergue	64
Problemas de salud y acceso a servicios de salud	65
Salud sexual y reproductiva	66
Violencia contra migrantes en tránsito	68
Vinculación interinstitucional	69
Discusión y conclusiones	70
Referencias	71
Capítulo VI	72
Casa del Migrante en Ixtepec, Oaxaca: Albergue Hermanos en el Camino	72
Contexto migratorio	73
Recursos públicos para la atención de la salud	74
La Casa del Migrante: Albergue Hermanos en el Camino (AHC)	76
Recursos para la atención humanitaria y de salud en la Casa del Migrante	76
Vinculación interinstitucional	77
Características sociodemográficas de los migrantes usuarios del albergue	78
Problemas de salud y acceso a servicios de salud	78
Salud sexual y reproductiva	80
Violencia contra migrantes en tránsito	81
Discusión y conclusiones	83
Referencias	84
Capítulo VII	85
Casa del Migrante en San Luis Potosí, San Luis Potosí: Casa de la Caridad Hogar Migrante (CCHM)	85
Contexto sociodemográfico	85
Contexto migratorio	86
Recursos públicos para la atención de la salud	88
La Casa del Migrante: Casa de la Caridad Hogar Migrante (CCHM)	88
Recursos para la atención humanitaria y de salud en la Casa del Migrante	89
Características sociodemográficas de los migrantes usuarios del albergue	92
Problemas de salud y acceso a servicios de salud	92
Salud sexual y reproductiva	94
Violencia contra migrantes en tránsito	95
Discusión y conclusiones	97
Referencias	98
Capítulo VIII	99
Casa del Migrante en Saltillo, Coahuila: Casa Belén Posada Migrante (CBPM)	99
Contexto sociodemográfico	99
Contexto migratorio	100
Recursos públicos para la atención de la salud	102
La Casa del Migrante: Casa Belén Posada Migrante (CBPM)	103
Recursos para la atención humanitaria y de salud en la Casa del Migrante	103
La capacidad instalada para responder a necesidades de migrantes	104
Vinculación interinstitucional	105
Características sociodemográficas de los migrantes usuarios del albergue	106
Problemas de salud y acceso a servicios de salud	106
Salud sexual y reproductiva	110
Violencia contra migrantes en tránsito	110
Discusión y conclusiones	112
Referencias	113

Capítulo IX	115
Casa del Migrante en Tijuana, Baja California: Instituto Madre Asunta	115
Contexto migratorio	117
Recursos públicos para la atención de la salud	119
La Casa de la Mujer Migrante: Instituto Madre Asunta (IMA)	121
Recursos para la atención humanitaria y de salud en la Casa del Migrante	121
Vinculación interinstitucional	122
Características sociodemográficas de las migrantes usuarias del Albergue	123
Problemas de salud y acceso a servicios de salud	123
Salud sexual y reproductiva	124
Violencia contra migrantes en tránsito	125
La deportación de mujeres: un proceso de violencia	126
Discusión y conclusiones	128
Referencias	129
Conclusiones	131
Referencias	136
Anexo 1.	137
Publicaciones correspondientes al Componente V del	
Proyecto: Difusión y publicación de la información	137
Contenido	137
Artículos	137
Capítulos de libros	138
Libros editados	141
Otras publicaciones	142
Participación en foros, congresos, simposiums, nacionales e internacionales	142
Patente	148
Tesis dirigidas (maestría)	148
Tesis dirigidas (doctorado)	148
Glosario	149
Sobre los autores	151

Agradecimientos

Los editores y autores deseamos expresar nuestro más sincero reconocimiento a los directivos de las Casas de Migrantes: P. Flor María Rigoni del Albergue Belén (Tapachula, Chiapas); Carlos Bartolo Solís del Hogar de la Misericordia (Arriaga, Chiapas); P. Alejandro Solalinde Guerra del Albergue Hermanos en el Camino (Ixtepec, Oaxaca); P. Ruben Pérez Ortiz de la Casa de la Caridad Hogar Migrante (San Luis Potosí, San Luis Potosí); Alberto Xicoténcatl Carrasco de la Casa Belén Posada Migrante (Saltillo, Coahuila) y a la H. Adelia Contini del Instituto Madre Asunta (Tijuana, Baja California) por su compromiso social y su labor humanitaria en la promoción y defensa de los derechos humanos de los migrantes en tránsito por México.

Agradecemos al Dr. Mario Bronfman, Ana Luisa Liguori y a su equipo de colaboradores de la Fundación Ford para México y Centroamérica (Grant: 0140-0754), quienes impulsaron y apoyaron el desarrollo de este proyecto como parte de una historia de trabajo e investigación con migrantes y otros grupos vulnerables. Asimismo, deseamos expresar que este proyecto ha sido posible por la amplia colaboración de organizaciones de la sociedad civil, instituciones de gobierno, agencias de cooperación internacional e instituciones académicas, que contribuyeron en el desarrollo de cada uno de los componentes de este trabajo, con quienes desarrollamos una estrecha colaboración a favor de los migrantes:

Organizaciones de la sociedad civil

Salud Integral para la Mujer A.C. (Sipam)

Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C.

Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social A.C. (Incide Social)

Sin Fronteras I.A.P.

Formación y Capacitación A.C. (Foca)

Una Mano Amiga en la Lucha contra el Sida, A.C. (Uma, A.C.)

AIDS Healthcare Foundation

Instituciones de gobierno

Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (Censida-SSA)

Centro de Equidad de Género de la Secretaría de Salud (SSA)

Unidad de Política Migratoria de la Secretaría de Gobernación (Segob)

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt)

Instituciones de salud de los gobiernos de Chiapas, Oaxaca, San Luis Potosí, Coahuila y Baja California

Agencias de cooperación internacional

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

ONUMUJERES

Instituciones académicas

El Colegio de la Frontera Norte (Colef)

El Colegio de la Frontera Sur (Ecosur)

Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIE-UNAM)

El Colegio de México (Colmex)

Departamento de Derecho del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM)

Programa de Asuntos Migratorios de la Universidad Iberoamericana (IBERO)

Prólogo

La migración ha sido siempre uno de los componentes centrales de la dinámica demográfica, junto con la fecundidad y la mortalidad. Sin embargo, reducir su análisis al uso de las herramientas y las teorías poblacionales es, hoy en día, una mirada sumamente limitada. Ello se debe no sólo al aumento de los flujos, sino, fundamentalmente, a una modificación de sus características que la convierten en un problema sociopolítico y humano de primera magnitud. La exacerbación de la violencia en los lugares de origen, tránsito y destino de los migrantes no puede ser ignorada. En su búsqueda de mejores oportunidades de vida o, en muchos casos, simplemente con el afán de sobrevivir, transitan por territorios que les son hostiles y en circunstancias que incrementan su ya extrema vulnerabilidad.

Uno de los flujos que expresan en grado extremo esas condiciones es el de migrantes que transitan por México, provenientes mayoritariamente de Centroamérica y cuyo destino ansiado son los Estados Unidos de América. En su mayoría proceden de comunidades del mundo donde la violencia y la violación de los derechos humanos representan una vivencia cotidiana. Los migrantes ingresan y recorren un país –México– donde la violencia también ha devenido en un fenómeno habitual.

La situación jurídico-legal en la que se encuentran los migrantes los ubica como *irregulares* y constituye uno de los principales motivos que dan lugar a distintas formas de agresión hacia ellos. Cada día surgen nuevas barreras a su libre movilidad, pero al mismo tiempo se generan nuevas estrategias para superarlas; con ello se desarrollan capacidades no sólo de carácter individual, sino sociales y colectivas.

La respuesta de las organizaciones de la sociedad civil, en especial de aquellas basadas en la fe, se ha configurado como uno de los ejes para la promoción y defensa de los derechos humanos, entre ellos el de la salud. La búsqueda de soluciones ha llevado a la convergencia de iniciativas distintas.

En este contexto, desde finales de la década de los noventa, se ha generado un trabajo sostenido con la participación de organizaciones sociales, agencias de cooperación e instituciones académicas y de gobierno. La salud ha representado una parte esencial en la búsqueda de respeto de los derechos humanos de los migrantes. El Proyecto Multicéntrico sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, apoyado por la Fundación Ford durante el periodo 2009-2016, forma parte de la construcción de la respuesta en México y en Centroamérica.

Este libro resume historias de vivencias de migrantes en su paso por México y de personas involucradas en organizaciones que promueven el respeto y ejercicio de los derechos humanos. La colaboración constituye la palabra clave de este proyecto, pues ha ayudado a contender contra la adversidad, en una sociedad donde la confianza, la empatía y la solidaridad han sufrido un grave deterioro. En sus páginas, además de la evidencia generada con el rigor requerido, se propone una toma de posición que no sólo contribuya al avance del conocimiento que busca dar respuesta a las necesidades de los migrantes en tránsito, sino que alimente el diseño de políticas que pongan al individuo en su centro.

Mario Bronfman

Capítulo I

Introducción: la salud de los migrantes

René Leyva Flores, César Infante Xibillé, Frida Quintino Pérez



La migración internacional se ha abordado como un fenómeno social con efectos globales en salud (1). Esta noción predominante, sobre todo desde las nociones tradicionales de la salud internacional, salud interfronteriza, salud binacional y la epidemiología tradicional, considera a la migración como un fenómeno que puede favorecer la diseminación de infecciones a través de los migrantes como vectores, e incrementar riesgos en salud (2). Estas nociones consideran a los migrantes como una población de *riesgo* debido a que pueden ser porta-

dores de infecciones o enfermedades, además de otros atributos que pueden tener efectos sociales y de salud negativos para la población *local* (3). En razón de ello, se justifica el desarrollo e implementación de diferentes políticas de control poblacional que buscan la protección de la mayoría (los nacionales) contra los riesgos potenciales externos, que pueden transportar o representar los migrantes. El estigma y xenofobia pueden ser causa y efecto de estas interpretaciones que han permeado las actitudes y prácticas de amplios grupos sociales y

tomadores de decisiones, restringiendo el ejercicio de los derechos de los migrantes (4). Esta perspectiva ha contribuido a justificar la implementación de políticas restrictivas de movilidad poblacional, sobre todo internacional (5), cuyos efectos inmediatos en salud se relacionan con el incremento en la exposición a riesgos, mayor frecuencia de daños a la salud (6), así como con la reducción de la capacidad de respuesta individual y social para manejar estas consecuencias negativas (4).

La dinámica migratoria internacional y su relación con la salud se han estudiado desde la perspectiva de los países de destino, principalmente. La población incluida en estos análisis ha logrado transitar a través de fronteras en condiciones frecuentemente adversas, sobre todo aquellos que transitan de forma irregular (sin documentos migratorios). Los procesos relacionados con la salida y retorno a los países de origen, así como el tránsito, especialmente de migrantes irregulares, han tenido escasa atención.

Este trabajo es producto de una amplia colaboración entre organizaciones de la sociedad civil, casas de migrantes, agencias de cooperación internacional, instituciones gubernamentales de salud y académicas, durante el periodo de 2009 a 2016. La experiencia de trabajo se inició en 1999, en Tapachula, Chiapas, en la frontera México-Guatemala, y posteriormente, a través de diversas iniciativas de cooperación internacional, en los países de Centroamérica. A partir de ello, se logró documentar de forma sistemática, las condiciones en que ocurría el tránsito de migrantes y su relación con su situación de salud en México. Para ello, se contó con el apoyo de la Fundación Ford y otras agencias de cooperación internacional como UNFPA, Onusida, y nacionales como Censida, Conacyt para replicar esta experiencia en espacios estratégicos en la ruta de tránsito que va desde Tapachula, Chiapas, hasta Tijuana, Baja California.

Los actores clave que han dado sostenibilidad a las acciones de promoción y defen-

sa de los derechos humanos y de acceso a los servicios de salud corresponden a las casas del migrante, que a través de diferentes procedimientos han logrado probar y consolidar un modelo de atención a la salud para migrantes en tránsito.

Los cambios en las políticas públicas que contribuyen al reconocimiento a los derechos de los migrantes han sido una de las cuestiones clave en las que ha aportado este proyecto, junto con otras iniciativas de la sociedad civil y gubernamental.

En estas últimas, han participado individuos e instituciones, que más allá de la normatividad establecida, han propiciado y favorecido un diálogo permanente con otros actores gubernamentales involucrados en la respuesta a la migración. Uno de ellos corresponde al Censida que en 2007 emitió un memorándum en el que reconoce el derecho a la salud de migrantes irregulares en tránsito o residiendo en México, y que se tradujo en instrumentos operativos para brindar acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH/Sida. Esto ocurrió en una época en la que los costos de atención de tratamiento antirretroviral en México eran (y siguen siendo) significativamente altos, pero en la cual se presentaban importantes limitaciones para el acceso a tratamiento antirretroviral para la población mexicana afectada por la epidemia. No obstante estas limitaciones, los tomadores de decisiones nacionales operaron formas de política pública a favor de la equidad social. A nivel local, las instituciones gubernamentales de salud ubicadas en la frontera sur de México, también respondieron a las necesidades de salud de los migrantes, como parte del perfil de problemas de salud que enfrentan de forma cotidiana. Las casas del migrante abrieron sus puertas y los programas gubernamentales de VIH y SSR apoyaron el desarrollo técnico y aportaron insumos para la atención apropiada a los migrantes. De manera progresiva, se fue consolidando lo que denominamos un Modelo

de Atención Integral en Salud a Migrantes en las instalaciones de las casas del migrante, las cuales son percibidas por los migrantes como el espacio seguro y confiable al cual recurren en búsqueda de apoyo humanitario, como alimentación, hospedaje, vestido, calzado, servicios de higiene y de defensa de sus derechos.

El libro se encuentra estructurado en forma de estudios de caso representados por las casas del migrante. Su propósito es presentar las características sociodemográficas, riesgos a los que se exponen los migrantes, sus condiciones de salud y de acceso a los servicios a lo largo de la ruta de tránsito por México. El contexto social en las localidades en que se ubican las casas del migrante influye de manera determinante en su capacidad de respuesta a las diferentes necesidades, entre ellas las de salud de los migrantes. Además, se presenta un capítulo metodológico donde se sistematizan los procedimientos llevados a cabo para brindar a los migrantes información sobre salud y derechos, atención médica, sistematización de información sobre riesgos, derechos humanos y acceso a servicios de salud. Finalmente, se presentan conclusiones generales de la experiencia en salud de los migrantes.

Referencias

1. Bronfman M, Leyva R. Migración y sida en México. En: Córdoba J, editor. Veinticinco años del sida en México Logros, desaciertos y retos. México: Secretaría de Salud; 2008. p. 241-58.
2. Infante C, Aggleton P, Pridmore P. Forms and Determinants of Migration and HIV/AIDS-Related Stigma on the Mexican-Guatemalan Border. *Qualitative Health Research*. 2009;19(12):1656-68.
3. Leyva R, Quintino F, Infante C, Caballero M. Migración Internacional y VIH/sida en México. In: Leite P, Giorguli S, editors. El estado de la migración Las políticas públicas de la migración mexicana a Estados Unidos. México: CONAPO; 2009. p. 249-64.
4. Fairchild A, Tynan E. Policies of containment: Immigration in the era of AIDS. *American Journal of Public Health*. 1994;84:2011-22.
5. Mann J. Statement at an informal briefing AIDS. 42nd Session of the United Nations General Assembly; 20 de octubre de 1987; Nueva York 1987.
6. Bronfman M, Leyva R, Negroni M, Rueda-Neria C, Kageyama ML, Hernández-Rosete D. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2004.

Capítulo II

Migración y salud en un marco de derechos humanos*

Manuel Ángel Castillo



Introducción

Con el propósito de retomar las características históricas de las migraciones, se propone adoptar el concepto de *movilidad*, en tanto categoría más comprensiva de la dinámica de la población a lo largo de la historia. Al respecto hay que precisar las diferentes formas de movilidad que muestran las migraciones en el mundo contemporáneo con sus especificidades y

que, por lo tanto, no ocurren de igual manera en todos los tiempos y en todos los espacios. En ese sentido, se debe subrayar que, en la época reciente, hemos observado una dinámica intensa de movilidad de la población asociada sobre todo a fenómenos económicos, aunque no exclusivamente. Las migraciones contemporáneas han acompañado a los procesos de industrialización y de urbanización, pero sobre todo a los fenómenos que tienen que ver con

* Trabajo elaborado a partir de la ponencia inaugural del Foro Migración, Salud y Derechos Humanos, organizado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos y el Instituto Nacional de Salud Pública. México D.F. 29 de octubre del 2013

lo que reconocemos como parte de la llamada globalización económica, expresada en procesos de integración regional, formación de bloques de economías nacionales y, en ese contexto, la necesidad que tienen las sociedades de incrementar su productividad con el objeto de mantener altos niveles de competitividad en el plano internacional. Es en esa realidad en la que se inscribe una creciente demanda de fuerza de trabajo con ciertas características que le permitan, particularmente a los países desarrollados, mantener niveles de competencia en los mercados internacionales. Esto nos lleva a preguntar ¿cuál es el concepto de migración que generalmente flota en nuestra mente y qué tiene que ver con las ideas que circulan en diversos ambientes y medios sobre dichos procesos sociales?

La migración y la movilidad poblacional internacional: dos polos de atracción

Es necesario cuestionar la opinión generalizada que se atribuye al migrante, esa visión romántica o hasta incluso de inexplicable *capricho* de persistir en la migración, a pesar de las numerosas dificultades que entraña, tal vez porque atiende a la realización de un *sueño*. Si bien se ha dicho que el fenómeno migratorio es multifactorial, hay que enfatizar el hecho de que, en el contexto de la actual globalización económica y de los elementos que dan paso a los procesos de movilidad y migración, se reconocen al menos dos polos fundamentales que atienden a las necesidades de movilización de las personas. Por una parte, habría que destacar las crecientes demandas de fuerza de trabajo que los mercados laborales y las economías de los países desarrollados requieren cada vez más, sobre todo en condiciones ventajosas para ellos, que les permitan mantener altos niveles de productividad y especialmente de competencia en el plano internacional. El otro polo tiene que ver con las necesidades de las personas, que no se

desplazan por razones de aventura, sino que incluso lo hacen como recurso de sobrevivencia, porque los países, las regiones y las localidades de donde son originarios no les brindan los satisfactores y las oportunidades que requieren para su propio desarrollo.

De ahí que la migración no pueda ser vista como resultado de un capricho, ni como un hecho fortuito, ni como la realización de un sueño romántico, como frecuentemente se plantea y que por ello se ha contribuido, sobre todo en la difusión por los medios, a ideologizar el sentido y significado de las migraciones. Dichos procesos constituyen en realidad una forma de atender necesidades humanas no satisfechas, a las cuales los estados de los países de origen no dan respuestas adecuadas y oportunas cuando se requiere, sobre todo en el caso de situaciones apremiantes, como pueden ser los conflictos sociopolíticos o los desastres motivados por fenómenos naturales, de los cuales son víctimas diversos sectores de población, justamente porque no son objeto de atención y de prevención para que no sufran los peores efectos de tales calamidades, como lo hemos visto recientemente. Por ende, las migraciones constituyen una respuesta a esas necesidades de los dos polos citados: de las economías crecientemente globalizadas y de las personas con diversas carencias, principalmente de los países en desarrollo. En el mundo contemporáneo, las migraciones, como hoy las observamos, ocurren sobre todo en entornos de riesgo: en los lugares de origen, destino y tránsito, tanto para las personas que se dirigen desde sus sitios de origen a los de destino, como también para aquéllos que retornan de los destinos a los orígenes.

La migración y la movilidad poblacionales en entornos de vulnerabilidad y riesgo

En este mundo contemporáneo de intensa movilidad de personas y de bienes, en el que ocurren no sólo migraciones internacionales, sino

también desplazamientos en el interior de los países, con volúmenes muy superiores a los de las primeras, todo eso sucede –debe subrayarse– en ámbitos caracterizados por los altos riesgos que enfrentan sus protagonistas. En dichos entornos, una condición que particularmente incide en el nivel de riesgo de los migrantes es la situación de indocumentación de las personas que se desplazan y cruzan fronteras nacionales. Dicha condición responde justamente a los procesos de utilización ventajosa de su mano de obra por las economías desarrolladas; el hecho de que las personas lo hagan de manera indocumentada incrementa las ventajas para las sociedades receptoras, especialmente para sus empleadores, pero también incrementa los riesgos y favorece las situaciones de vulnerabilidad. Esa vulnerabilidad se construye a partir de situaciones que resultan, por ejemplo, de la xenofobia, la discriminación y el racismo –propias de algunos sectores de los países receptores o de tránsito–, a las cuales los migrantes se deben enfrentar en los distintos contextos en los que transcurren los procesos migratorios. Aún más, hay amenazas específicas, sobre todo para aquéllos que en los trayectos de desplazamiento tienen que superar barreras de al menos cuatro tipos:

- a) La geografía del tránsito. En sus trayectos, los migrantes están expuestos a experimentar situaciones de riesgo por la topografía del terreno, por la naturaleza de las situaciones climáticas, como las que implica atravesar un desierto o cruzar una montaña a bajas temperaturas, y por condiciones propias de la fauna y la flora de los espacios irregulares de desplazamiento, obligados por las circunstancias de las rutas finalmente utilizadas.
- b) Los medios de transporte. Un segundo contexto de riesgos es el que se relaciona con los medios de transporte, pues es obvio que cualquier persona que utiliza alguno de ellos

siempre está expuesta a ser objeto o víctima de un accidente de tránsito; no obstante, muchos migrantes se ven orillados a emplear medios riesgosos, especialmente los que lo hacen de manera indocumentada, incrementando la probabilidad de sufrir algún percance y de agravar sus efectos. El mejor ejemplo lo constituye el uso del tren por los migrantes centroamericanos en territorio mexicano para tratar de llegar a la frontera norte, pues se trata de un medio de transporte de carga, que no está diseñado y acondicionado para el transporte de personas.

- c) Agresiones de la delincuencia común y organizada. Un tercer factor, que es en realidad una amenaza cada vez mayor hacia la condición e integridad de los migrantes, se relaciona con las agresiones individuales que pueden proceder tanto de individuos de la delincuencia común, como a su vez de agresiones colectivas que provienen de la delincuencia organizada, y cuyos orígenes remiten a los altos índices de impunidad de sus responsables, con graves consecuencias en la salud individual y colectiva de las personas migrantes.
- d) Abusos de funcionarios públicos. El cuarto elemento de riesgo está constituido por los abusos de los funcionarios públicos, quienes arrogándose la ventaja que les concede su condición de autoridad, se aprovechan de los migrantes en muchos sentidos, desde las extorsiones hasta las agresiones, con graves consecuencias en la dignidad e integridad de las personas.

De ahí que una de las preocupaciones con respecto a la situación de esta población sea que las personas migrantes transitan y viven en condiciones de riesgo, sobre todo acrecentadas por el temor a la denuncia, ya que ésta implica volverse visibles ante las instituciones

y los agentes de autoridad. Lo anterior puede convertirse en un obstáculo para sus propósitos migratorios, pero también para recurrir y utilizar programas y servicios sociales a los cuales tienen derecho. Por esa razón, muchos migrantes no acuden a los servicios de salud, situación que se ha ejemplificado y documentado ampliamente en el caso de mexicanos indocumentados en Estados Unidos, quienes a pesar de que les son retenidas las cuotas de seguridad social por sus empleadores, deciden no utilizar los servicios, aun cuando se encuentran en condiciones apremiantes para atenderse.

En general, el temor se materializa en toda acción que promueva su visibilidad en esos entornos de riesgo. Finalmente, es importante subrayar que, en todo caso, el principio fundamental que debería motivar a pensar en la situación de los migrantes cuando se trata de la salud y de sus derechos humanos, es que, en última instancia, lo que se busca es el bienestar y la felicidad en condiciones dignas, propias de la condición humana.

Discusión: espacios de oportunidad para recomendaciones

La referencia a los derechos humanos tiene que ver con la naturaleza de la condición humana como sustento fundamental del marco de derechos básicos de las personas. Las personas migrantes –en particular– tienen derechos específicos, que son los que se han definido e institucionalizado como parte de las acciones de la comunidad internacional orientadas a la formulación y a la adopción de instrumentos de protección. Es el caso de las convenciones suscritas por los países en el marco del derecho internacional, que permiten a las sociedades exigir a los estados su responsabilidad en el cumplimiento de los compromisos adquiridos.

No se trata de un proceso fluido, pues si bien la suscripción de convenciones o convenios internacionales es una práctica que se

lleva a cabo con relativa frecuencia y facilidad, no ocurre lo mismo con su puesta en operación y conversión en instrumentos de derecho positivo. Un primer paso en esa dirección es la adecuación de los marcos jurídicos internos para institucionalizar los compromisos adquiridos por los estados. Pero allí no terminan los procesos, porque se deben complementar con la adopción de políticas claras y congruentes con dichos marcos, las cuales –a su vez– deben materializarse en prácticas institucionales coherentes con los principios adquiridos en los marcos legales. En ese sentido, cuando se trata de asegurar condiciones de vida y dignidad, el derecho a la salud debe ser destacado como uno de los elementos clave para el bienestar de las personas.

Justamente una condición de salud aceptable es un elemento básico para emprender travesías difíciles y superar todas las barreras que las personas migrantes enfrentan en los trayectos, así como todas las amenazas anteriormente descritas y cuyo acceso a servicios básicos en materia de salud forma parte de sus derechos fundamentales. De ahí que sea pertinente preguntarse ¿cuáles son los principales desafíos para garantizar la vigencia y protección de los derechos de las personas migrantes?

El primero es la confirmación del carácter vinculante que tienen las convenciones internacionales. En muchos contextos se ha observado que los estados o sus representantes han sido importantes promotores de la formulación y adopción de convenciones. Un ejemplo cercano de ello es el caso de México, cuyos representantes fueron activos promotores para la aprobación –en la Asamblea General de las Naciones Unidas– de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares en el año de 1990. No obstante, debe hacerse notar que ese papel de importante promotor del grupo de trabajo, que logró su aprobación en la Asamblea, contrasta con el hecho de que

transcurriera una década (1999) para que el Estado mexicano ratificara dicha Convención sin una explicación razonable del rezago. Le tomó nueve años enmendar la incongruencia entre ser activo promotor del instrumento, pero un lento contribuyente para el proceso de entrada en vigor, tanto en el ámbito internacional como en el interno, por medio de la ratificación formal de la Convención.

Por otra parte, tampoco parece existir una conciencia generalizada sobre la importancia de las convenciones internacionales que han sido reconocidas con carácter de ley y su debida incorporación en el marco jurídico interno. Aún más, llama la atención que, en algunos casos, en el momento de la ratificación de algunos instrumentos, se hayas incluido cláusulas de reserva porque supuestamente contradicen principios constitucionales, aunque afortunadamente en tiempos recientes se han empezado a superar tales limitaciones a través de la derogación de las mismas.

Un segundo elemento que parece importante destacar, es la necesidad de monitorear y evaluar la relación entre legislación, políticas, normatividad operativa, procedimientos de actuación y acciones institucionales. En este ámbito convendría recuperar el papel de los legisladores, cuyas funciones tendrían que extenderse más allá del campo de la aprobación de instrumentos jurídicos; deberían realizar acciones sistemáticas de monitoreo y evaluación del quehacer de las instituciones operativas, por medio de la utilización y seguimiento de mecanismos efectivos de rendición de cuentas, sobre todo de las instituciones del Ejecutivo, en cuyas funciones recaen responsabilidades en lo que respecta a la atención de los derechos de las personas migrantes.

En este punto conviene llamar la atención sobre la naturaleza de los procesos migratorios, hasta ahora esencialmente objeto de acciones de gestión y administración de flujos. Lo cierto es que se trata de procesos mucho

más complejos porque tienen que ver –en última instancia– con la naturaleza humana de los protagonistas de dichos procesos, es decir, sujetos poseedores de un amplio espectro de necesidades que no pueden disociarse de su condición de trabajadores. Son seres humanos que poseen dimensiones que los hacen objeto de atención de una gama de políticas públicas, no sólo en materia de seguridad como ya se ha cuestionado reiteradamente en diferentes foros, sino sobre todo de las políticas relacionadas con su bienestar y sus derechos fundamentales.

Por todo ello, habría que reiterar que los procesos migratorios son transversales en términos de la política pública y no tienen que ver estrictamente con un solo sector, una sola secretaría o una sola institución. Así, por ejemplo, el Instituto Nacional de Migración es el responsable de las funciones de control y verificación migratorias y nada más; el fenómeno migratorio no es un fenómeno de atención policiaca, tampoco es un tema de seguridad (ni de seguridad pública ni mucho menos de seguridad nacional); sin embargo, sus protagonistas poseen características y necesidades que tienen que ver con la educación, la salud, el trabajo, etcétera. Por eso, debe subrayarse que su característica de transversalidad respecto de las políticas públicas reitera su condición de objeto de atención de los diversos sectores de la administración pública, así como también de los tres poderes del Estado: el Ejecutivo tiene funciones muy claras y establecidas en ley; el Legislativo, además de legislar tiene funciones de rendición de cuentas que, para cumplirlas, debe hacer comparecer a los responsables de instituciones ejecutoras; y, el Judicial –sobre todo en materia de administración de justicia, especialmente en lo que atañe a las violaciones de derechos humanos– es la instancia en la que deben concluir los procesos con sanciones efectivas. De otra manera, como se ha observado históricamente, la ausencia de un sistema de justicia efectivo ha contribuido a situaciones recurrentes de impunidad, las cuales

invitan a la reincidencia y la comisión de mayores y cada vez más graves abusos sobre las personas migrantes.

Por otra parte, en la administración pública federal, no sólo en sentido transversal sino también en sentido vertical, se necesita una coordinación y coherencia en las acciones de los sectores del gobierno federal relacionados con el trato y atención a las personas migrantes. Pero también se requiere congruencia y coordinación efectivas en los distintos niveles de gobierno, sobre todo cuando se trata de articular las acciones del nivel federal con las de los niveles estatal y municipal, puesto que todos ellos deben cumplir responsabilidades específicas en temas relacionados con la dinámica migratoria.

Finalmente, un tercer elemento corresponde al papel de la sociedad civil organizada, que ha estado involucrada de manera cada vez más activa como observadora, como promotora y como coadyuvante efectiva para la protección y vigencia de los derechos de los migrantes. Particularmente en el caso de acciones en materia de salud, han dado muestras ejemplares, sobre todo en temas de acompañamiento, canalización, asesoría y protección de los derechos de las personas.

Para concluir, vale la pena tomar como referencia la vigencia de las recomendaciones que surgieron de una mesa redonda organizada en Europa por la Plataforma para la Cooperación Internacional sobre Migrantes Indocumentados en torno al tema migratorio (PICUM, 2013) mismas que son perfectamente aplicables no sólo por la temporalidad, sino también para el caso de nuestras regiones:

a. “El acceso a la sanidad debe ser reconocido como un derecho humano” y esto, como ya se subrayó, está garantizado tanto por la Declaración Universal de los Derechos Humanos como por la Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, el Pacto Interna-

cional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención de los Derechos del Niño. Los países receptores se abstienen de mencionar en este listado a la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, dado que ninguno de ellos la suscribe, pero debemos considerar que tanto el Estado mexicano como otros países latinoamericanos forman parte de ella y que, desde su entrada en vigor en 2003, están obligados a observar los compromisos adquiridos a través de este instrumento.

- b. Cobertura universal en salud. Asegurarle el acceso a la sanidad a toda la sociedad es un imperativo tanto de salud pública como económico. Efectivamente, hay una gran contradicción en el hecho de que los países receptores que promueven, atraen, fomentan y contratan fuerza de trabajo indocumentada, no se preocupan por la salud de dichas personas, de cuyas capacidades y energías se valen, probablemente basados en el hecho de que la oferta de mano de obra es tan grande que su pérdida es marginal y conduce a que prácticamente se les trate como factores de producción desechables.
- c. Marcos jurídico-legales. Los marcos legales han de ser inclusivos y coherentes y deben ser aplicados homogéneamente a nivel local y regional, en los distintos niveles de la administración; las normas deben ser congruentes en todo lo que se plantea sobre el tema en los distintos niveles de la administración pública.
- d. Acceso a salud independientemente de la condición migratoria. El acceso a la sanidad debe diferenciarse contundentemente de los controles de inmigración; no se puede condicionar el acceso a los servicios de salud a una situación migratoria, que es, en todo caso, una regulación de carácter administrativo.

- e. Acceso a información clara y confiable. “Todos los actores involucrados en la prestación de servicios de salud deben tener acceso a información clara y confiable sobre el derecho de las personas migrantes y regulares a la atención médica.” Se ha observado que mientras más distancia de los centros políticos, sociales y culturales existe, mayor es el desconocimiento sobre estos derechos y el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados en su conjunto. Por ello deben propiciar una difusión amplia del compromiso de prestar servicios oportunos y de calidad a todos aquéllos que los requieran.
- f. “El rol complementario de gobiernos locales y sociedad civil.” La complementariedad de las acciones de los gobiernos locales y regionales con las de las organizaciones de la sociedad civil no debe significar una pérdida o disminución de las obligaciones y competencias de las instituciones gubernamentales, en tanto responsables en última instancia de asegurar la atención de las necesidades de toda la población.
- g. No criminalizar la asistencia a migrantes. La asistencia a las personas migrantes y regulares no debe ser criminalizada por ningún motivo y “los Estados miembros deben eliminar cualquier tipo de sanción contra profesionales, actores de la sociedad civil, o cualquier persona que provea servicios de salud y/o asistencia sanitaria a personas migrantes irregulares.”

Referencias

PICUM. (2013). *Guaranteeing Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe: What Role Can Local and Regional Authorities Play? Report of Roundtable Discussion*. Bruselas, Bélgica.

Capítulo III

Diseño general del proyecto de investigación para la acción

René Leyva Flores, César Infante Xibillé, Frida Quintino Pérez, Cristian Torres Robles,
Mariajosé Gómez Zaldívar, René Santos Luna, Susana Román Pérez, Leonel González González



Este capítulo tiene el propósito de presentar el diseño general del proyecto, describir sus componentes y el desarrollo de los mismos. El proyecto se basa en la identificación de actores sociales, políticos y económicos relacionados con la respuesta a la dinámica migratoria en tránsito por México, lo cual se presenta como una red funcional. A partir de ello, se estructuran los componentes del proyecto que corresponden a diferentes áreas de interés o capacidades de la red de actores participantes, que busca responder a las necesidades de salud en un marco de promoción y respeto de los derechos humanos.

Red funcional sobre migración y salud

El desarrollo metodológico del proyecto se basa en la generación de información estratégica para la toma de decisiones en los ejes de salud y derechos humanos para dar respuesta a la migración en tránsito por México. Para ello, se parte de reconocer la presencia de actores sociales, políticos y económicos a nivel local, nacional y regional, cuya característica común es su alta movilidad en las posiciones que ocupan; esto es, ingresan y abandonan el escenario social o institucional en diferentes momentos y/o situaciones coyuntura-

les. Estos actores representan y expresan diferentes intereses y perspectivas relacionadas con el asunto migratorio. Para algunos puede significar un grave problema social y de seguridad que requiere ser atendido con estrictas medidas de control a la movilidad poblacional; para otros, los migrantes constituyen una fuerza de trabajo disponible y de bajo costo para sus procesos productivos o representan una población de consumidores económicamente activos para quienes se ofertan diferentes servicios, como hospedaje, transportación, alimentación, acceso a divisas, entre otros. Desde la perspectiva de la mayoría de organizaciones de la sociedad civil y de algunas instituciones gubernamentales de salud y de derechos humanos, la población migrante corresponde a un grupo en condiciones de vulnerabilidad social que requiere de medidas específicas para dar respuesta a sus necesidades sociales y de salud, y en este campo, especialmente la de atención médica, como parte de los derechos humanos.

Los antecedentes del proyecto iniciaron en 2001, en la frontera sur de México, buscando comprender la respuesta social y gubernamental a la movilidad y el VIH. Los actores relevantes fueron el Programa de Prevención y Control del VIH de la Jurisdicción Sanitaria VII-Tapachula, Chiapas y la organización de la sociedad civil “Una mano amiga en la lucha contra el sida”, que brinda apoyo jurídico y psicológico a personas con VIH. Este proceso se fue ampliando y, para 2004, se contaba con 11 instituciones gubernamentales incluidos los servicios de salud colaborando en la respuesta a la salud de los migrantes (1). Para 2009, la red local en Chiapas ya incluía numerosos actores. La funcionalidad de la red fue evaluada (2) y los resultados publicados. A partir de ello, con financiamiento de la Fundación Ford, fue posible su escalamiento con la participación de las Casas del Migrante en Tecún Umán, Guatemala; Arriaga, Chiapas; Ixtepec, Oaxaca; San Luis Potosí, SLP; Saltillo, Coahuila; Nuevo Laredo, Tamaulipas; y Tijuana, Baja California.

Para 2016, se ha identificado la participación de más de 130 actores nacionales e internacionales (figura 1).

La función de complementariedad de capacidades y recursos de los actores ha permitido armonizar diferentes intereses para responder a las necesidades cambiantes de los migrantes. La participación de los migrantes en la respuesta ha sido clave para la funcionalidad de la red, ya que actúan como vínculo y son el principal motor entre las instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil. La movilidad de la red está en función de la movilidad de los migrantes, y no a la inversa.

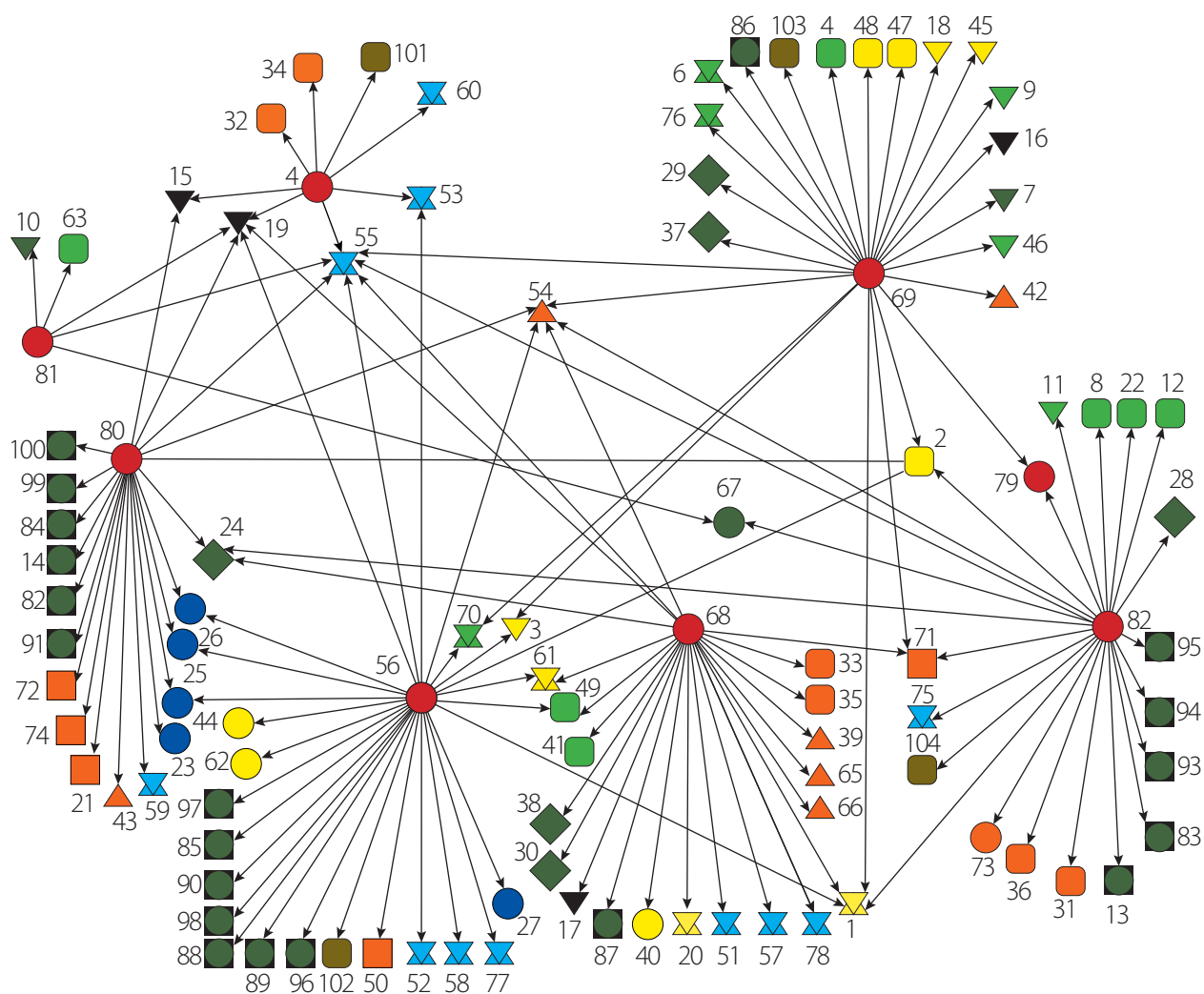
Componentes del proyecto: áreas de funcionalidad de la red

Los componentes del proyecto se fueron construyendo para responder a las necesidades de salud y derechos humanos de los migrantes, y en la actualidad se identifican cinco elementos de interés, que representan las áreas de funcionalidad de la red: 1) un modelo de atención en salud con especial interés en temas de SSR; 2) un área de armonización de la cooperación técnica con participación interinstitucional e interagencial; 3) un componente de fortalecimiento de la capacidad técnica para actores locales de salud, migración, derechos humanos y atención humanitaria a migrantes; 4) un sistema de información para el monitoreo y evaluación de procesos y resultados del proyecto; y 5) la difusión y publicación de resultados (figura 2).

Componente I. Modelo de Atención Integral en Salud a Migrantes en SSR

La provisión de servicios de salud focalizados en la prevención y atención de problemas y necesidades de SSR, como son la anticoncepción, embarazo, VIH/sida y violencia basada en género para migrantes en tránsito, constituye

Figura 1. Red social para migrantes en tránsito por México



Color	Tipo de institución
●	Gubernamental
●	Servicios de salud federal
●	Derechos humanos federal
●	Agencias internacionales
●	OSC
●	Instituciones de educación superior
●	Gobiernos extranjeros
●	Voluntarios
●	Instituciones religiosas
●	Casas migrantes

Forma	Actividad principal
	Migración
	Política interna
	Seguridad
	Salud
	Derechos humanos
	Desarrollo social
	Religión
	Educación

ID	Institución
1	AIDS Healthcare Foundation - AHF
2	Adveniat
3	Amnistía Internacional - AI
4	Arriaga CMHM: Casa del Migrante Hogar de la Misericordia
5	Asociación Nacional de Apoyo al Migrante AC
6	Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual - CAPASITS
7	Centro Diocesano para los Derechos Humanos Fray Juan de Larios
8	Centro de Apoyo al Trabajador Migrante (CATM)
9	Centro de Derechos Humanos para el Migrante AC
10	Centro de Derechos Humanos "Fray Matías de Córdoba"
11	Centro de Derechos humanos y Educación Cívica (CEDHE)
12	Coalición Pro Defensa del Migrante - CPDM
13	Colegio de la Frontera Norte
14	Colegio de la Frontera Sur
15	Comisión Estatal de los Derechos Humanos CEDH de Chiapas
16	Comisión Estatal de los Derechos Humanos CEDH de Coahuila
17	Comisión Estatal de los Derechos Humanos CEDH de San Luis Potosí
18	Comisión Interamericana de los Derechos Humanos CIDH
19	Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH
20	Comité Internacional de la Cruz Roja CICR
21	Consejo Nacional de Población - CONAPO
22	Consejo de Organismos Ciudadanos AC
23	Consulado de Ecuador
24	Consulado de El Salvador
25	Consulado de Guatemala
26	Consulado de Honduras

ID	Institución
27	Consultado de Nicaragua
28	CÁRITAS Baja California
29	CÁRITAS Coahuila
30	CÁRITAS San Luis Potosí
31	DIF Estatal de Baja California
32	DIF Estatal de Chiapas
33	DIF Estatal de SLP
34	DIF Municipal de Arriaga
35	DIF Municipal de SLP
36	DIF Municipal de Tijuana
37	Diócesis de Saltillo
38	Diócesis de San Luis Potosí
39	Ejército Nacional Mexicano
40	El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR
41	Enlaces de vida
42	Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia Contra las Mujeres y Trata de Personas - FEVIMTRA
43	Fiscalía Especializada en Delitos Cometidos en Contra de Inmigrantes - FEDCCI
44	Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA
45	Fondo para los Derechos Humanos Mundiales
46	Frontera con Justicia
47	Fundación Fondo Canadá
48	Fundación Ford
49	Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C. - MEXFAM
50	Gobierno del Estado de Oaxaca
51	Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto
52	Hospital General de Ciudad Ixtepec
53	IMSS-PROSPERA
54	INM/ Grupo Beta
55	Instituto Nacional de Salud Pública - INSP
56	Ixtepec AHC: Casa del Migrante Albergue Hermanos en el Camino

ID	Institución
57	Jurisdicción Sanitaria I San Luis Potosí
58	Jurisdicción Sanitaria II Juchitán
59	Jurisdicción Sanitaria VII Tapachula
60	Jurisdicción VIII Tonalá
61	Médicos Sin Fronteras - MSF
62	Organización Internacional para las Migraciones - OIM
63	Organización de Transportistas de Tecún Umán
64	Pastoral de la Movilidad Humana en México
65	Policía Federal
66	Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos - PROVICTIMA
67	Red de Casas del Migrante Scalabrini
68	SLP CCHM: Casa de la Caridad Hogar Migrante
69	Saltillo CBPM: Casa Belén Posada del Migrante
70	Salud Integral para la Mujer A. C. - Sipam
71	Secretaría de Desarrollo Social - SEDESOL
72	Secretaría de Gobernación - Segob
73	Secretaría de Relaciones Exteriores - S.R.E.
74	Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur
75	Servicios de Salud del Estado de Baja California
76	Servicios de Salud del Estado de Coahuila
77	Servicios de Salud del Estado de Oaxaca
78	Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí

ID	Institución
79	Sin Fronteras
80	Tapachula CMAB: Casa del Migrante Albergue Belén
81	Tecún Umán CMTU: Casa del Migrante de Tecún Umán
82	Tijuana CMT: Casa del Migrante de Tijuana-Centro Scalabrini
83	Universidad Autónoma de Baja California
84	Universidad Autónoma de Chiapas
85	Universidad Autónoma de Querétaro
86	Universidad Autónoma de Saltillo
87	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
88	Universidad Iberoamericana de León
89	Universidad Iberoamericana de Torreón
90	Universidad de Alemania 1
91	Universidad de Canadá 1 (Montreal)
92	Universidad de EU 1 (New York)
93	Universidad de EU 2 (San Diego)
94	Universidad de EU 3 (Los Ángeles)
95	Universidad de EU 4 (San Francisco)
96	Universidad de España 1 (Granada)
97	Universidad de España 2 (Madrid)
98	Universidad de España 3 (Barcelona)
99	Universidad de Londres 1 (Londón School)
100	Universidad privada de Medicina en Tapachula
101	Voluntarios locales de Arriaga
102	Voluntarios locales de Ixtepec
103	Voluntarios locales de Saltillo
104	Voluntarios locales de Tijuana

una de las respuestas a un problema de alta sensibilidad para los diferentes actores, incluidos los migrantes. Sin embargo, no corresponde a un asunto de oferta simple de servicios de salud, pero tampoco se trata de crear servicios de salud especializados en atención a migrantes. En el caso de los centros de salud gubernamentales, éstos brindan atención de manera regular, y en la frontera sur de México algunos de ellos fueron identificados como “Centros de Salud Amigos de la Comunidad y del Migrante”. Esto conllevó a un importante cambio de actitud de los profesionales de salud a favor de los migrantes, como parte de una política pública local impulsada por el proyecto. A pesar de ello, los migrantes no utilizan estos servicios, debido a que perciben que su atención médica puede conducirlos a su deportación. De acuerdo con resultados del proyecto, sólo el 1.8% del total de migrantes con problemas de salud utiliza estos servicios (3). En estas condiciones, se requiere contar con espacios que signifiquen condiciones de confianza y seguridad para los migrantes, y el único espacio donde se reúnen tales condiciones está representado por las casas del migrante. Ésta fue la razón principal que se tomó en cuenta para el desarrollo de un modelo de atención en salud que respondiera a las necesidades específicas de salud, respetando el marco de las diferencias en el acceso a la información, percepciones y creencias relacionadas con la utilización de los servicios de salud públicos, disponibles en México.

La definición del esquema organizativo del Modelo de Atención se basa en la respuesta a la demanda *natural* de servicios de salud realizada por la población a las distintas instituciones sociales y gubernamentales. También se tomó en consideración cierto nivel de especialización de las organizaciones sociales para atender los diferentes grupos móviles y migrantes.

Los servicios específicos relacionados con la atención de la SSR se estructuraron en tres áreas con un carácter transversal. La primera co-

rrespondió a la implementación de intervenciones dirigidas a la prevención y atención integral del VIH/SIDA y otras ITS; la segunda se centró en la promoción y acceso de métodos anticonceptivos, así como la atención del embarazo; y la tercera se dirigió hacia la prevención de riesgos derivados de la situación de violencia general y sexual, relacionada con las condiciones en que ocurre el proceso migratorio.

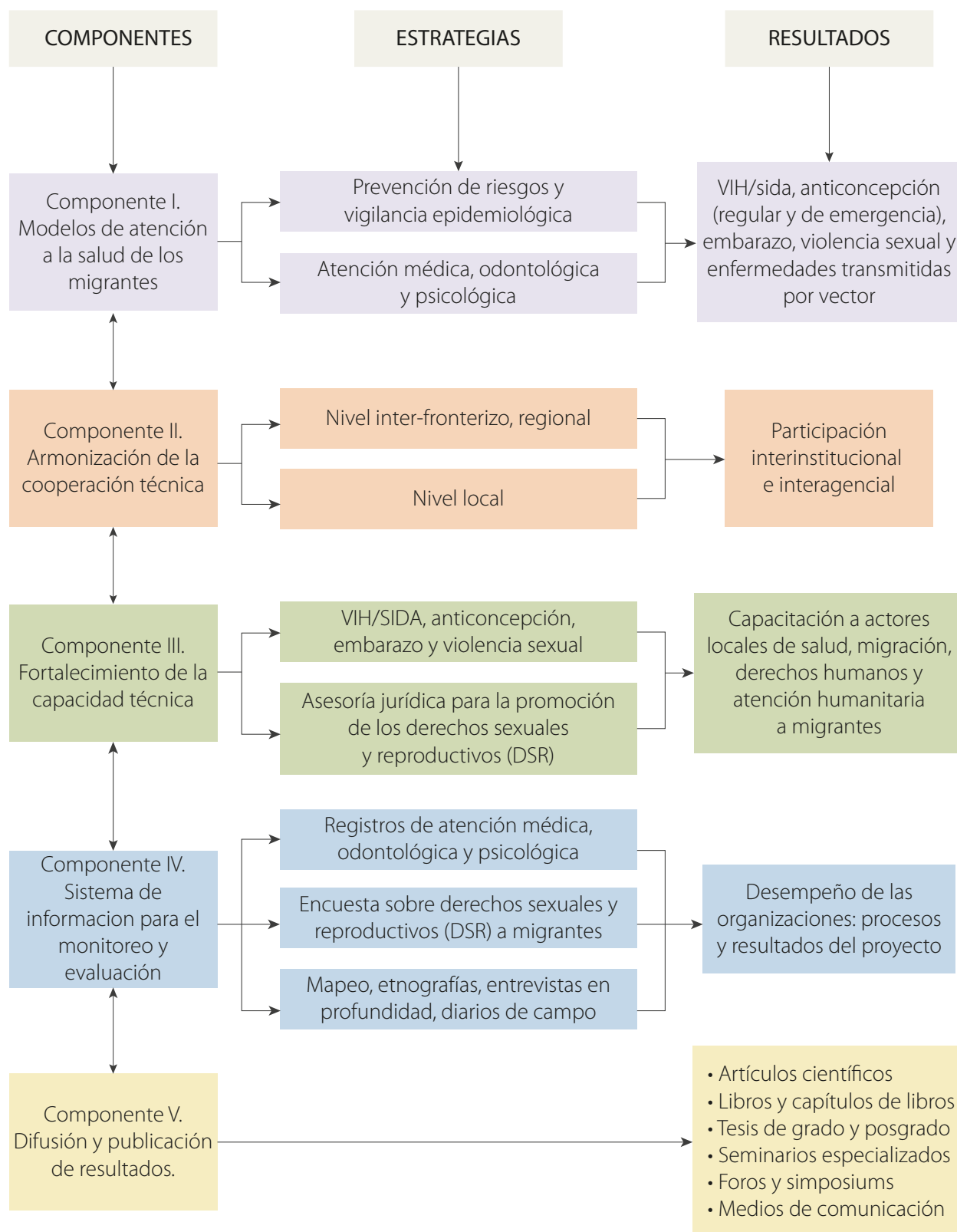
A continuación se describen los procedimientos empleados para el desarrollo de cada una de las áreas.

a) Prevención y atención de VIH/SIDA/ITS

Los servicios incluidos comprenden actividades que han probado ser efectivas para diseminar información cuyo propósito es sensibilizar a los migrantes sobre su comportamiento sexual y promover el uso del condón. Por otra parte, se llevaron a cabo actividades de consejería pre-post a la realización de pruebas de VIH y referencia médica, para aquellos casos que requirieran atención de mayor complejidad, o que el resultado de la prueba rápida de VIH fuera positivo.

La implementación de actividades de prevención del VIH/ITS se desarrolló de acuerdo al flujograma que se presenta en la figura 3. En un primer momento se invita a la población meta a participar en actividades grupales donde recibe e intercambia información (entre migrantes) sobre riesgos de transmisión y formas de prevención de VIH/ITS. Para ello, se emplean técnicas de interacción grupal (pláticas, talleres y actividades lúdicas) para analizar los alcances de la prevención de VIH/ITS a través del uso correcto y consistente del condón, durante el tránsito y de acuerdo a las condiciones del mismo. Se tratan los problemas de estigma y discriminación relacionados con el VIH; habilidades para negociar el condón en condiciones de relaciones sexuales ocasionales y frecuentemente en condiciones de desventaja; así como la importancia de conocer su situación serológica para la prevención de la transmisión

Figura 2. Componentes, estrategias y resultados del Proyecto



del VIH, a través de la realización de la prueba rápida de VIH. Además, se incluyeron otros temas que no se encuentran directamente vinculados al VIH, tales como: condiciones de vida cotidiana de las poblaciones migrantes en la frontera sur; normas, códigos, creencias, costumbres y prácticas culturales que pueden facilitar u obstaculizar la adopción de estrategias para prevenir las ITS/VIH; alternativas para mejorar la calidad de vida de las PVS; e información para acceder a redes sociales de promoción y defensa de los derechos humanos de las personas migrantes irregulares.

Al final de estas reuniones se ofrece realizar la prueba de VIH, de forma voluntaria y siguiendo la NOM-VIH (4). Aquellos migrantes que se realizan la prueba de VIH, se les ofrece atención de acuerdo a los resultados de las pruebas (reactivas y no reactivas), y que respondan a las necesidades específicas de su condición móvil o migrante. Todos los casos reactivos a la prueba del VIH, reciben atención de acuerdo con el protocolo implementado por los Programas de VIH/SIDA locales, donde se asegura el acceso a pruebas de laboratorio complementarias e inicio de TARV en los casos que lo requieran.

A todas las personas que se realizan la prueba de VIH se les solicita que brinden información socio-epidemiológica, la cual se genera en condiciones de respeto a la confidencialidad y privacidad, para posteriormente ser procesada como parte del sistema de información del Programa de VIH a nivel local, para apoyar la incorporación de los migrantes afectados por la epidemia al Programa de atención. El cuestionario aplicado ha presentado una serie de cambios en su contenido y se han estructurado secciones con mayor especificidad relacionadas con comportamiento sexual, estigma y discriminación, y violencia sexual, por tipo de población móvil o migrante.

La información se ha sistematizado en bases de datos sobre migración y VIH que ha servido de apoyo en la toma de decisiones de distintas instituciones gubernamentales y sociales, especialmente para el Censida, a nivel nacional.

El acceso a la información de las bases de datos se encuentra bajo resguardo de confidencialidad y privacidad por el investigador responsable en el INSP. Estas bases también han sido de utilidad para fines académicos y para formar recursos de nivel técnico-científico alto y medio que han contribuido a conformar una masa crítica sobre el tema de migración y salud.

Además, la participación de los migrantes en actividades grupales de sensibilización e información en distintos temas vinculados a la SSR y DSR se registra como parte del sistema de información del desempeño del Proyecto (Componente de monitoreo). Esta información permite establecer aspectos de interés para los migrantes, la información que disponen y aquella que les resulta novedosa.

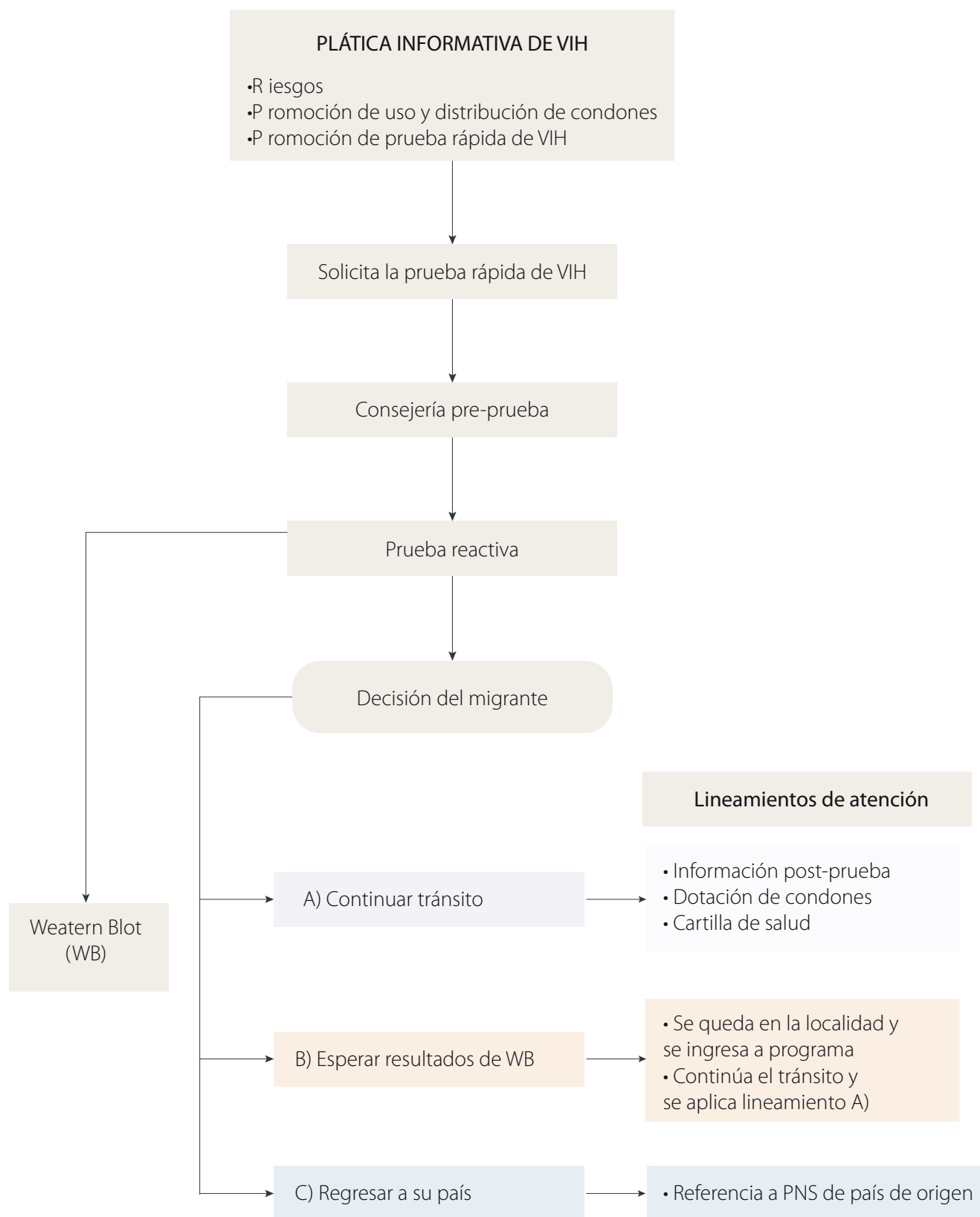
b) Anticoncepción y embarazo

Desde 2009, se incorporó al modelo el diagnóstico y atención de ME, así como la información y acceso a método de anticoncepción regular y de emergencia, ambas actividades responden a necesidades de atención urgente de las mujeres migrantes en tránsito.

En el marco de la red local sobre migración y SSR, la Coordinación de Atención a la Salud de la Mujer diseñó un programa de acción orientado a reducir la mortalidad materna en mujeres migrantes. Esta iniciativa tuvo su origen en estudios comunitarios realizados por las instituciones locales que buscaron documentar la situación de acceso a los servicios de salud, así como identificar muertes maternas de migrantes ocurridas en los últimos cinco años. Los datos que se obtuvieron permitieron identificar la situación de vulnerabilidad y riesgo en que se encontraban las ME migrantes cuyos resultados se presentan en el capítulo sobre servicios de salud.

A partir de ello, se desarrolló una campaña de sensibilización a los proveedores de servicios de salud para facilitar el acceso a la atención prenatal a todas las ME migrantes, en igualdad

Figura 3. VIH: Lineamientos para prevención y atención de migrantes



de condiciones que las mexicanas, así como iniciar un registro sistematizado de la atención brindada. Inicialmente, el proceso fue piloteado y probado en dos centros de salud para posteriormente ser escalado a todos los ubicados en la frontera sur y en las comunidades de tránsito de migrantes. De acuerdo con la información generada por el proyecto, 6.07% de las mujeres estaban embarazadas y 54.5% usaban anticonceptivos, al momento del tránsito por México.

c) Violencia sexual

La información para prevención y atención de riesgos relacionados con violencia sexual constituye una de las aportaciones más relevantes en el área de atención a la salud de los migrantes, dado el contexto social actual prevalente en México. Para ello, se puso en práctica un sistema de atención a la violencia sexual, diseñado y probado en la Clínica Especializada Condesa del Programa de VIH/sida de la Ciudad de México (5). El funcionamiento de este sistema se basa en la colaboración interinstitucional entre las áreas de justicia y las de salud, para contar con procedimientos de “respuesta rápida” (atención de urgencia) para las personas afectadas. La violación sexual desde la perspectiva poblacional corresponde a un delito que debe ser atendido en primera instancia por instituciones de justicia; posteriormente, se considera el manejo de sus consecuencias no deseadas en salud física y mental. Se estima que menos de 10 de cada 100 personas afectadas recurre a denunciar, ante instituciones de justicia (6) y de los que denuncia es muy baja la proporción que acude a los servicios de salud en búsqueda de atención médica, excepto en aquellos casos en los que se perciben lesiones visibles, que desde su perspectiva requieren de atención médica.

Las acciones de salud incluyen la atención clínica, la prevención de riesgos para la infección por el VIH/ITS y embarazo, así como el apoyo psicológico, y acompañamiento a instituciones

de justicia para la denuncia. De acuerdo con Ramos Alamillo (7), las estrategias de prevención en violencia sexual deben estar encaminadas a:

- Prevenir la infección por VIH. Es recomendable que las mujeres víctimas de violencia sexual inicien profilaxis antirretroviral antes de las 72 horas de ocurrido el evento de violencia sexual.
- Prevenir las ITS. La profilaxis para ITS se inicia antes de las 72 horas de ocurrido el evento.
- Prevenir el embarazo. Iniciar profilaxis con anticoncepción de emergencia como máximo hasta 120 horas después de ocurrido el evento si hubo penetración vía vaginal con eyaculación.
- Apoyo psicoterapéutico. A través de sesiones terapéuticas a cargo de psicólogos capacitados en el tema del Centro de Atención a Víctimas de Violencia Sexual de la PGJ.

Para sistematizar la información sobre atención de casos de violencia sexual se desarrolló un formato específico, respetando el derecho a la confidencialidad y anonimato, y cuidando la no re-victimización de la persona agredida.

Finalmente, los servicios de salud de las Casas del Migrante brindan, como cualquier centro de atención, consulta clínica a libre demanda. Para ello, cuentan con personal de salud, un stock de medicamentos que se abastece por donaciones orientadas en función del perfil de daños en salud. Los casos que requieren de atención hospitalaria son referidos a las instituciones de la SSA en los diferentes estados del país. Para el 2014, de acuerdo con la base de datos de egresos hospitalarios de la SSA, se registraron 1,798 egresos hospitalarios de personas provenientes de países latinoamericanos, de los cuales, el 79% de los eventos se concentra en cinco estados: Chiapas, Oaxaca, Tabasco, Veracruz y Zacatecas (8).

Desde diciembre de 2014, en México el derecho a la salud está reconocido tanto por la

Constitución como por la Ley General de Salud. Para el caso de los extranjeros, independientemente de su condición migratoria, existen instrumentos jurídicos que les garantizan recibir atención en este rubro. En su Artículo 8, la Ley General de Migración establece que los migrantes independientemente de su situación migratoria, tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida. Esta ley presentaba un carácter restrictivo a la atención médica urgente y no incluía nada respecto a los mecanismos operativos para financiar los gastos en que incurrían los migrantes al utilizar los servicios de salud. Sin embargo, en diciembre del 2014, el Gobierno de México autorizó la incorporación de los migrantes irregulares al Sistema de Protección Social en Salud -conocido como Seguro Popular- por un periodo de hasta 90 días: “los migrantes que ingresen al país, específicamente por los estados de Campeche, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco, lo hacen de manera irregular, por lo que (...) no están en condiciones de cumplir con los requisitos (documentos) que se solicitan para su incorporación al Seguro Popular de Salud (...). Los migrantes recibirán la Carta de Derechos y Obligaciones y la Póliza de Afiliación, precisándoles que durante su trayecto pueden tener acceso a los servicios de salud que pudieran llegar a requerir (12). Así, el Seguro Popular, que es un instrumento de financiamiento en materia de salud, les permite a los migrantes acceder a un paquete de servicios que cubre 266 acciones de atención preventiva y curativa. No obstante, se han detectado procesos diferenciados para la afiliación de los migrantes a este seguro o, en el peor de los casos, prácticas que los desconocen como acreedores a este servicio. En recientes visitas de campo a los estados de Oaxaca, Chiapas, San Luis Potosí, Coahuila y Baja California se ha documentado que no hay lineamientos establecidos para dicha afiliación. Aun en esas condiciones, es in-

negable que el Gobierno de México ha transitado a un esquema de protección social para los migrantes sin papeles, es necesario verificar que, en la práctica, el Seguro Popular funcione correctamente (3).

Componente II. Armonización de la cooperación técnica con participación interinstitucional e interagencial

Antecedentes

Desde finales de la década de los noventa, los gobiernos de Centroamérica y México iniciaron el desarrollo de una política de cooperación técnica sobre el tema de migración internacional y VIH/sida como un asunto de interés y prioridad para los países que conforman la región mesoamericana (9). En marzo de 1999, se convocó a una reunión regional, bajo la forma de “Seminario-taller de cooperación México-Centroamérica sobre prevención y control de ETS/VIH/sida”, la cual se realizó en la ciudad de Tapachula, Chiapas, con la participación de organizaciones sociales, gubernamentales, religiosas, académicas y de cooperación técnica presentes en los países de la región. En esta reunión se identificaron puntos de interés que llevaron a generar estrategias de colaboración entre países, en un plano regional. Se identificaron y reconocieron “los abusos y atropellos a los que se ven expuestos los migrantes por parte de funcionarios y delincuentes comunes” (9). También se reconoció a la migración como parte de una dinámica poblacional de mayor complejidad que afectaba a los países y que requería de formular, implementar y evaluar abordajes regionales, sin perder la especificidad por donde transitan, llegan o retornan los migrantes.

En ese marco, se acordó desarrollar el primer “Proyecto regional sobre migración y sida en Centroamérica, México y Estados Unidos”, como parte de los procesos de cooperación técnica entre México y Centroamérica”, con el

propósito de analizar los contextos socioeconómicos, culturales y políticos en los países de la región, para comprender la dinámica de movilidad poblacional y migratoria y su relación con el VIH/sida. A partir de la información generada, se diseñaron, implementaron y evaluaron estrategias adecuadas a cada uno de los contextos sociales, como puertos, fronteras, ciudades de destino para poblaciones móviles y migrantes (9).

La investigación se orientó a producir información estratégica para la formulación de políticas regionales de salud. La dinámica de interacción entre las instituciones participantes permitió desarrollar un modelo de cooperación técnica internacional que buscaba contribuir a la equidad en salud, a través de generar información de calidad para la toma de decisiones; facilitar la participación e interacción de las distintas organizaciones; transferir e intercambiar tecnología en el ámbito regional; contribuir a movilizar y gestionar recursos financieros para la salud; y que sus resultados contribuyeran al desarrollo de estrategias efectivas de prevención del VIH en los ámbitos regional y local.

A partir de entonces, diferentes organizaciones de cooperación técnica desarrollaron iniciativas y proyectos específicos sobre el tema de movilidad poblacional y VIH/sida. Entre ellos, se pueden mencionar el Proyecto para poblaciones móviles y sida, apoyado financieramente por la OPEP y coordinado técnicamente por el UNFPA; la IMPSIDA orientada a grupos móviles y trabajadores de maquila, coordinada por Onusida; y el Proyecto Regional de VIH, apoyado financieramente por el Banco Mundial y coordinado por SICA-SISCA; el proyecto Mesoamericano de atención integral al VIH en poblaciones móviles de Centroamérica 2005-2010, financiado por el Fondo Mundial para la Lucha contra el sida, la Malaria y la Tuberculosis, coordinado por el INSP, entre otros (figura 4).

Proyecto Multicéntrico sobre Migración y Derechos Sexuales y Reproductivos

Este proyecto, apoyado por la Fundación Ford, forma parte de los procesos iniciados a finales de los noventa y ha permitido consolidar la cooperación a nivel local, interfronterizo y regional con una amplia participación de agencias nacionales e internacionales de cooperación técnica en el tema de movilidad poblacional, migración y salud.

Un aspecto que es importante resaltar para el fortalecimiento y armonización de la cooperación, es un mecanismo de vinculación facilitado por la Fundación Ford para la colaboración con diferentes organizaciones de la sociedad civil que desde diferentes perspectivas abordaron el tema de migración. Esto permitió un escalamiento de iniciativas específicas que se vieron beneficiadas por la colaboración y experiencia de otras organizaciones. De esta manera el presente proyecto se vio ampliamente fortalecido al contar con la colaboración de organizaciones de la sociedad civil como Sipam, Sin Fronteras, Inedim, Balance, Incide Social, Foca, Inmumi. Por otra parte, también facilitó la vinculación con otras agencias de cooperación internacional como UNFPA, Onumujeres y OIM con quienes se establecieron diferentes procesos de colaboración para el desarrollo de estrategias a favor de los migrantes. Asimismo, el espacio generado por este proyecto hizo posible colaboraciones con otras agencias de cooperación como AHF, CICR, Médicos sin Fronteras, con las que durante el trabajo de campo se estructuró la respuesta en salud para migrantes en tránsito por México. Además, se estructuraron diferentes formas de colaboración con instituciones del gobierno de México, entre las que resalta la Unidad de Políticas Migrantes de la Secretaría de Gobernación; CNDH, Inami; Censida, Centro Nacional de Equidad de Género y

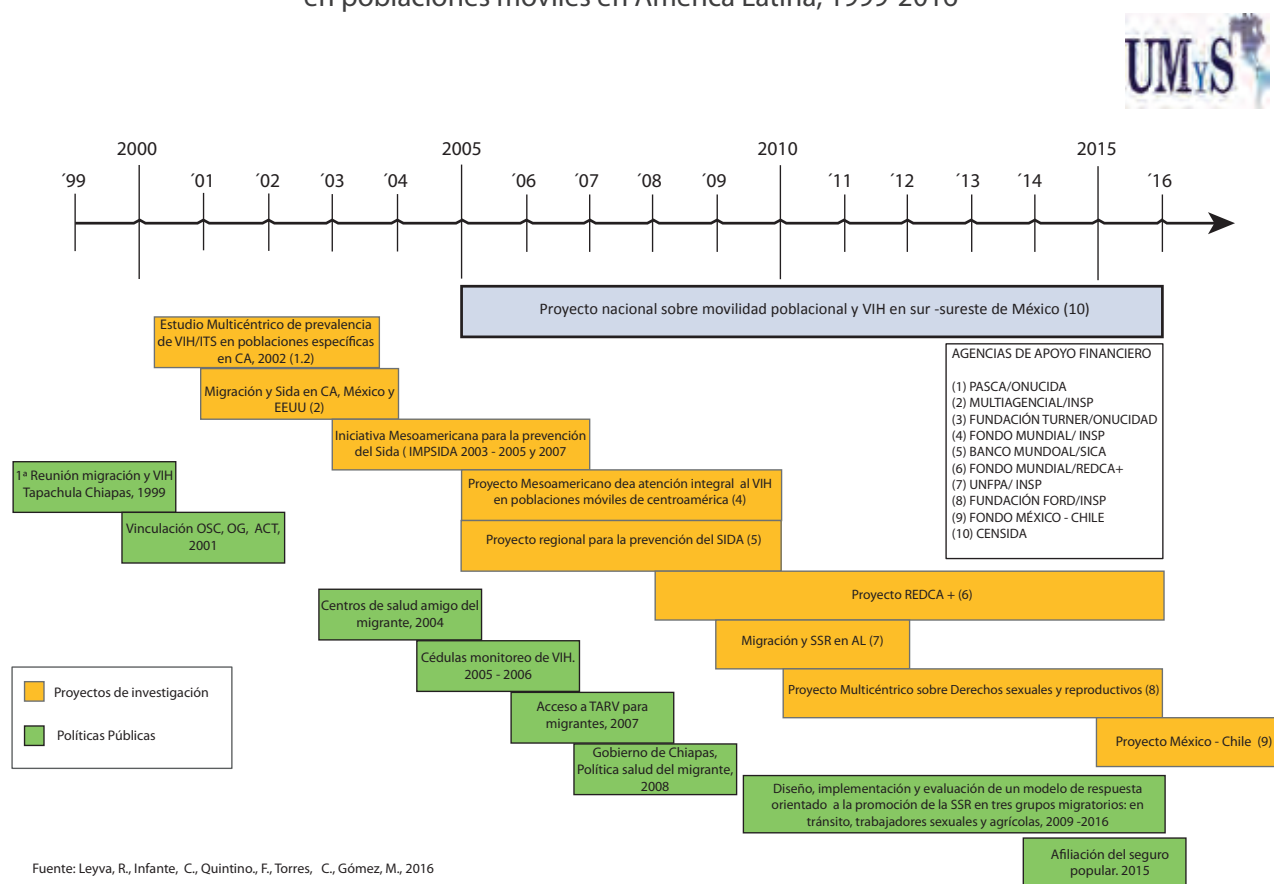
Salud Reproductiva de la SSA, y de los servicios de salud de los gobiernos de Chiapas, Oaxaca, Tabasco, principalmente.

La colaboración con instituciones académicas también ha sido un aspecto relevante especialmente con Colef, Ecosur, ITAM, Universidad Iberoamericana, Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM y Colmex.

Componente III. Fortalecimiento de la capacidad técnica para actores locales de salud, migración, derechos, humanos y atención humanitaria a migrantes

El tercer componente corresponde al fortalecimiento de la capacidad técnica de los profesionales de salud y las organizaciones locales para

Figura 4. Proyectos nacionales y regionales sobre prevención del VIH en poblaciones móviles en América Latina, 1999-2016



el abordaje del vínculo migración, salud, SSR y derechos humanos. Este componente se desarrolló a través de la implementación de estrategias de capacitación que buscaron contribuir al proceso de actualización de conocimientos y desarrollo de habilidades, con el propósito de modificar la actitud de los profesionales que brindan servicios de salud y SSR a las poblaciones migrantes y promover la implementación de mejores prácticas. En la búsqueda de estrategias de fortalecimiento local y capacitación de funcionarios, se revisaron diferentes experiencias basadas en cursos cortos (6 a 10 horas) altamente focalizados en áreas temáticas, con contenidos que sugieren ser *prácticos* en temas específicos del campo de salud sexual y reproductiva. Para ello, se consultaron experiencias que mostraron evidencia relacionada con los efectos, resultados o ventajas de tales cursos y su costo (10).

A partir de esta revisión, se identificaron numerosos materiales didácticos empleados para cursos cortos en el tema de SSR (SSA, 2001; FUNDAR, 2007; Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México, MSF). Asimismo, algunas agencias de cooperación han contribuido con materiales específicos de carácter informativo y formativo focalizados en el tema de SSR (UNFPA, IPAS, Onusida, USAID), entre otros. El resultado de la búsqueda bibliográfica es que tanto en México como en diferentes países de América

latina, se cuenta con información sobre numerosos eventos de “capacitación y sensibilización” que constituyen encuentros de 6 a 12 horas, donde de manera intensiva, se trata de abordar diferentes temas, sin que ninguno de ellos alcance la profundidad para analizar con rigurosidad los aspectos clave. En estas condiciones, estos cursos constituyen espacios de encuentro cuyo valor y sentido es establecer contacto cara-cara con otros colegas (frecuentemente pares técnicos) e intercambiar experiencias. Sin embargo, carecen de soporte institucional para transitar hacia iniciativas de colaboración o cooperación para el diseño e implementación de estrategias conjuntas con la participación y compromiso institucional, más que personal.

En este marco, también se probó una estrategia de formación de recursos humanos de nivel intermedio (diplomado), cuyo desarrollo permitiera de forma simultánea, contribuir a *sensibilizar* a tomadores de decisiones de diferentes instituciones y acompañar el diseño e implementación de estrategias a nivel de las instituciones de salud, de la sociedad civil y otras organizaciones presentes en la respuesta a los asuntos migratorios y de salud en los estados donde se desarrolla el Programa. Dicho diplomado se desarrolló con la cooperación del UNFPA-México, como parte de los mecanismos establecidos por el proyecto para la armonización de la cooperación técnica.

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

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

- Contar con un espacio de educación continua que permitiera actualizar conceptos, métodos y técnicas para el análisis de la situación, el diseño de programas y la evaluación de procesos y resultados.
- Fortalecer las capacidades científico-técnicas de funcionarios clave de las organizaciones de la sociedad civil, instituciones gubernamentales y agencias de cooperación para diseñar e implementar una respuesta integrada en salud, orientada a los migrantes en tránsito.
- Identificar su participación como parte de una red funcional de organizaciones de la sociedad civil, instituciones gubernamentales y agencias de cooperación que contribuyen a fortalecer la respuesta social en salud para migrantes, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva.

El reconocimiento académico del Diplomado sobre Migración, Salud y Derechos Humanos fue otorgado por el INSP a través de la Secretaría Académica y de la UMyS. Su duración fue de 160 horas, distribuidas en cuatro módulos temáticos (unidades didácticas), bajo el diseño e instrumentación pedagógica del Programa de Educación Continua del INSP que busca contribuir a la actualización de los profesionales de la salud, combinando el desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades que permiten lograr una mejor inserción y desempeño laboral de los participantes. Se desarrollaron módulos con participación presencial que permitió establecer dinámicas de generación e intercambio de conocimiento interpersonal y grupal y un módulo virtual focalizado en el manejo de herramientas técnicas para el procesamiento e interpretación de datos estadísticos.

Los módulos fueron diseñados con independencia, no secuenciales, pasando del análisis

de problemas hacia el diseño de respuestas, las cuales son sometidas a críticas metodológicas y revisiones empíricas de casos publicados. A continuación se presentan los diferentes módulos y la forma de implementación.

El trabajo modular permite formar especialistas con cierta profundidad temática, y en el área de migración y salud, focaliza su interés en el análisis de políticas públicas en México y otros países de América Latina, donde el tema de derechos humanos representa el área clave para comprender y responder de manera integrada, toda vez que la violación de los derechos humanos se expresa socialmente en fenómenos de estigma y discriminación; violencia, especialmente violencia sexual; y obstáculos jurídico-legales, entre otros para el ejercicio de sus derechos, el de salud, entre otros. Además, se consideró incluir el tema de manejo de información estadística, como un área relevante para interpretar la evidencia científica, como insumo para la planeación de las políticas públicas. Finalmente, se revisaron los elementos básicos de las políticas públicas sobre migración, salud y derechos humanos, y las herramientas técnicas para su análisis y evaluación como parte de estrategias operativas de planeación y programación local. La meta es que los participantes diseñen programas operativos como una forma de traducir y aplicar la política pública en diferentes contextos sociales, económicos, políticos y culturales que influyen en las condiciones de la vulnerabilidad social en salud de los grupos móviles y migrantes.

Este diplomado fue diseñado para profesionales de organizaciones de la sociedad civil instituciones de gobierno y agencias de cooperación interesados en contribuir a mejorar el bienestar social y propiciar así una mejor salud para todos.

La demanda de participantes provino mayoritariamente del sector salud. De un total de 31 participantes inscritos en el módulo I, 48.3% trabajaba en alguna institución de salud. Se logró que el 87% concluyera exitosamente su diplo-

mado, con una tasa de deserción del 12.9%, cuyo perfil corresponde a funcionarios gubernamentales con responsabilidades de jefatura de algún área administrativa o de coordinación de programas. En su mayoría, los egresados continúan en sus actividades en las instituciones de gobiernos y de la sociedad civil y han contribuido al desarrollo e implementación de las políticas públicas en el tema de migración y salud.

Componente IV. Sistema de información para el monitoreo y evaluación de procesos y resultados del proyecto

Los lineamientos generales que se aplican para el control de calidad de la información se presentan en el cuadro I. De esta forma se cuenta con información clave para la toma de decisiones oportuna pero también para rediseñar y planificar a mediano plazo el modelo de atención a la salud de migrantes, en un marco de sostenibilidad institucional.

Uno de los instrumentos que se ha desarrollado y probado su efectividad ha sido el Sistema de Monitoreo de Riesgos y de Acceso a Servicios de Salud. Este sistema fue desarrolla-

do a ensayo y error, con la intención de responder a necesidades específicas de información o para generar datos sobre determinados eventos o situaciones que afectan a los migrantes. Para ello, se generó un cuestionario modular que en diferentes periodos de tiempo podía incluir o dejar de registrar determinada información de manera manual para después ser digitada en formatos de captura e integrar base de datos. En la actualidad en sistema se ha desarrollado en un formato digital, en línea, con diferentes segmentos de autonomía para el almacenamiento, procesamiento y análisis de la información a nivel de las casas del migrante, o integrada en una sola base de datos general. La dirección que alberga la información es: <http://kaab.insp.mx/migrantes/>. Su acceso es restringido a usuarios autorizados por las casas del migrante y al investigador responsable del proyecto con el fin de preservar la seguridad y el manejo ético de la información.

El sistema cuenta con los siguientes módulos de información vigentes a 2016, los cuales corresponden a: registro sociodemográfico; movilidad y salud; atención médica; y pláticas informativas. A partir de este sistema de infor-

Cuadro I. Actividades y objetivos para el control de calidad de la información

Actividad	Objetivo
Capacitación de los participantes	Adopción y manejo de instrumentos de registro, como parte de sus instrumentos para el desarrollo de sus actividades de campo
Procesamiento de información	Contar con cortes mensuales para conocer el desempeño del proyecto (formatos por vía impresa y electrónica a la coordinación local y general)
Revisión de calidad de la información (<i>in situ</i> a nivel local y durante el procesamiento)	Contar con bases de datos cualitativas y cuantitativas <i>limpias</i> (la digitación de estuvo controlada con revisiones periódicas y aleatorias de las encuestas y otros instrumentos) procesamiento de la información
Monitoreo <i>in situ</i>	Verificar la implementación de las actividades siguiendo los lineamientos establecidos

mación se presenta a continuación las características sociodemográficas de los usuarios de las casas de migrantes.

Características demográficas de los usuarios de las casas del migrante, 2009-2015

En el periodo 2009-2015, las casas dieron atención a más de 40,000 usuarios, de éstos participaron de forma voluntaria y no aleatoria 17,389 migrantes, que brindaron información sobre su situación de salud, riesgos, derechos humanos y acceso a servicios de salud. La mayoría de los usuarios que participaron (82.7%) son hombres, y sólo 17.3%, mujeres. La edad promedio fue de 29.9. En cuanto al país de origen, la mayoría proviene de Honduras, El Salvador, Guatemala, y Nicaragua; la muestra de migrantes mexicanos correspondió al 14.4%. La mayoría de los migrantes encuestados tienen hijos; sin embargo, las mujeres reportaron con mayor frecuencia (80.3%) que los hombres (61%). La media del número de hijos fue de 2.4. La gran mayoría de los encuestados (93.6%) no cuentan con documentos migratorios, y el 40.8% ha llegado por lo menos alguna vez a Estados Unidos (cuadro II).

A partir de este sistema de información, se ha elaborado una amplia estrategia para la utilización de la información generada por distintos usuarios, lo cual constituye el V componente del proyecto.

Componente V. Difusión y publicación de la información

La mayor parte de proyectos presenta importantes restricciones para difundir y publicar sus resultados. Para este proyecto, ha sido muy importante, desde su inicio, contar con una estrategia que contribuya a la más amplia disseminación posible de la información generada y de las experiencias desarrolladas, en términos de sus alcances y limitaciones. Con éste fin, se organizó la UMyS (<http://umys.insp.mx/>), como

un área funcional del INSP. Sus integrantes forman parte de organizaciones de la sociedad civil, servicios gubernamentales, organizaciones académicas y agencias de cooperación técnica internacional interesados en el campo de la movilidad poblacional, migración y salud. El carácter funcional de la UMyS permite incorporar a las organizaciones participantes de acuerdo con la responsabilidad y tipo de participación en las diferentes iniciativas locales, nacionales o regionales. Una herramienta útil para la UMyS ha sido la creación de su página *Migración y Salud* en redes sociales (www.facebook.com/migracionysalud/), con la cual se ha creado un espacio para la difusión e intercambio de información de aspectos relevantes en relación con temas de movilidad poblacional y su impacto en salud y derechos humanos.

El INSP asume el rol de impulsor y coordinador de la UMyS, y ofrece su capacidad instalada para facilitar el desarrollo de las líneas estratégicas de investigación, formación de recursos humanos y asistencia técnica.

A partir de este espacio se ha facilitado la difusión de información científica generada por el proyecto, pero también por organizaciones de la sociedad civil, agencias de cooperación e instituciones de gobierno. Ha sido posible el contacto y comunicación con colegas interesados en los temas que contribuyen de manera directa a la implementación de estrategias orientadas a la promoción y respeto de los derechos humanos.

Las publicaciones producto de este proyecto (anexo 1) fueron evaluadas por pares académicos nacionales e internacionales, y se difundieron a través de revistas de prestigio y alto impacto en el ambiente académico. También se publicaron libros en un formato accesible de difusión de información para personas no especializadas en el tema. Asimismo, se han recibido invitaciones para participar en libros impresos y electrónicos que aseguran una amplia difusión de la información.

Como parte del componente de difusión de información para toma de decisiones, el proyecto ha contribuido en la organización de diferentes foros nacionales (11, 12); e internacionales para el análisis del tema con participación de organizaciones de derechos humanos y de la sociedad civil, y en otros espacios académicos (seminarios, congresos nacionales e internacionales), los cuales se pueden consultar en el anexo 1.

Para los propósitos de este libro se resaltan dos eventos que se consideran emblemáticos por el trabajo desarrollado en colaboración con otras organizaciones e instituciones: El Foro

Nacional sobre Migración, Salud y Derechos Humanos, que se llevó a cabo en la Ciudad de México, en octubre de 2013, con colaboración de la CNDH y la OIM. El foro tuvo el propósito de constituir un espacio de encuentro para el análisis de la situación de riesgos, salud y políticas públicas para responder a las necesidades de salud de los migrantes en un marco de respeto a los derechos humanos. Se contó con una amplia participación de tomadores de decisiones de políticas públicas nacionales sobre el tema migratorio y de salud. A partir de ello, se estableció una colaboración con la Unidad de Políticas Migratorias de la Segob, la Quin-

**Cuadro II. Características sociodemográficas y experiencia migratoria:
Usuarios de las Casas de Migrantes en México, 2009-2015**

	Total (n = 17,389)	Hombres (n = 14,378)	Mujeres (n = 3,011)	p*
Sexo	%, media (DE)	%, media (DE)	%, media (DE)	<0.05
Mujeres	17.3			
Hombres	82.7			
Edad (promedio)	29.9 (9.1)	29.5 (9.0)	31.6 (9.8)	
País de origen				
Nicaragua	3.8	4.3	1.7	
Honduras	43	45.9	29.6	
Guatemala	16.1	17.7	8.6	
El Salvador	20.8	22.3	13.5	
México	14.4	8.1	44.8	
Otro	1.8	1.8	1.6	
Tiene hijos				
Sí	64.7	61	80.3	
Número de hijos				
Media (DE)	2.4 (1.6)	2.3 (1.5)	2.8 (1.7)	
Experiencia migratoria				
Sin documentos migratorios	93.6	94.1	91	
Ha llegado alguna vez a Estados Unidos	40.8	41	40.1	*

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

ta Visitaduría de la CNDH, Censida, entre otras instituciones gubernamentales interesadas en brindar respuesta al tema de migración y salud.

Las principales conclusiones del foro orientaron los cambios que fueron concretados en la política de cobertura de los migrantes en tránsito al Seguro Popular (comunicación emitida por el Comisionado del Sistema de Protección Social en Salud, 28 de diciembre de 2014) principal instrumento nacional para el financiamiento de servicios de salud para población sin seguridad social, reconocimiento del gobierno de México. En seguimiento a ello, el proyecto en colaboración con Censida se ha analizado el proceso de implementación a nivel local en los principales estados de migrantes en tránsito por México (Chiapas, Oaxaca, Tabasco), durante 2015.

Otro espacio relevante ha sido el Simposium Internacional sobre Feminización de las Migraciones (13). Este espacio, organizado por organizaciones de la sociedad civil y académicas, ha tenido un desarrollo sostenido durante los últimos tres años, y se ha constituido en un referente del análisis de la situación que viven las mujeres migrantes en tránsito por México, pero también a nivel global. El último encuentro, en febrero de 2016, tuvo el objetivo de contribuir a la atención y análisis de la Agenda Mundial de Desarrollo 2030, "Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible". Entre los temas específicos que destacaron en el análisis y discusión fueron aspectos sustantivos relacionados con la implementación y evaluación de los alcances de la agenda. Los alcances del simposium sobre feminización contribuyeron a generar análisis específicos sobre los riesgos y la capacidad social de respuesta a las necesidades de salud de las mujeres migrantes en su tránsito por México, entre otras.

Las actividades de difusión se desarrollaron como parte de los procesos de implementación del proyecto, donde la participación de los diferentes actores involucrados constituye el eje para la representación de sus intereses, perspectivas

de sus acciones de manera individual y grupal, como parte de un conjunto de actores. Además, en todas las publicaciones se cuenta con la autoría o coautoría de los participantes directos en el diseño e implementación de las acciones en salud, con el propósito de formar un criterio relevante sobre el rol principal que asumen en los alcances de las iniciativas o proyectos.

Conclusión

El diseño e implementación del proyecto se puede considerar como causa y efecto de la representación de los intereses de los distintos actores participantes. Se puede proponer como un modelo de cooperación técnica que permite recuperar la capacidad y experiencia local para su replicación o escalamiento a nivel nacional y regional. La evidencia generada por el proyecto se expresa en las siguientes dimensiones: operativa, en respuesta a la atención directa de las necesidades de salud y derechos humanos de los migrantes; generación de conocimiento científico sobre el tema; formulación e implementación de políticas públicas sobre migración y salud. El conjunto de procedimientos e instrumentos que se desarrollaron y probaron, puede ser de utilidad para el desarrollo de nuevas iniciativas que contribuyan a fortalecer la capacidad de las organizaciones sociales y gubernamentales, y que estén orientadas a un esquema de reconocimiento de derechos y de equidad social.

Referencias

1. Leyva R, Caballero M, Guerrero C, Edelman D, Valín J. México – Ciudad Hidalgo, Chiapas. In: Leyva R, Caballero M, Bronfman M, editors. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/sida Experiencias en Centroamérica y México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2005. p. 189-206.
2. Leyva R, Quintino F. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2011. 51-68 p.

3. Leyva R, Infante C, Serván-Mori E, Quintino F, Silverman-Retana O. Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México. Guadalajara, México: CIESAS; 2015.
4. Norma Oficial Mexicana nom-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Consultado el 29 de julio de 2011 en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.html>, (2010).
5. Clínica La Condesa. Programa de atención a víctimas de violencia sexual. México: Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Consultado el 21 de marzo de 2016 en <http://www.condesadf.mx/victimas-de-la-violencia-sexual.htm>.
6. Saucedo I. De la amplitud discursiva a la concreción de las acciones: los aportes del feminismo a la conceptualización de la violencia. In: Urrutia E, editor. Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas. México, D.F.: El Colegio de México; 2002.
7. Ramos Alamillo U. Profilaxis para VIH, ITS y embarazo en mujeres víctimas de violencia sexual. Evidencia Médica e Investigación en Salud. 2014;7(4):157-61.
8. Leyva R, Infante C, Charvel S, Cobo F, Sánchez M, Gómez M, et al. Informe Técnico Final del Proyecto "Acceso de la población migrante a la atención integral del VIH, sida e ITS en los servicios de salud de los estados de Chiapas, Oaxaca y Tabasco" Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Unidad de Estudios sobre Migración y Salud, 2015.
9. Bronfman M, Leyva R, Negroni M, Rueda-Neria C, Kageyama ML, Hernández-Rosete D. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2004.
10. Harvard University. Program on the Health Rights of Women and Children FXB Center for Health and Human Rights. <http://fxb.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/06/Global-School-extended-listserv-blurb-2014-final.pdf>; 2014.
11. INSP. Foro: Migración y Salud: la agenda en investigación, formación de recursos y fortalecimiento institucional. Disponible en: <http://www.insp.mx/avisos/2631-foro-umys.html>.
12. INSP. Foro: Migración, Salud y Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.insp.mx/avisos/3008-foro-migracion.html>.
13. Sin Fronteras I.A.P. Simposio Internacional "Feminización de las Migraciones y Derechos Humanos". Disponible en: <http://sinfronteras.org.mx/index.php/es/sala-de-prensa/comunicados/592-simposio-internacional-feminizacion-de-las-migraciones-y-derechos-humanos>.

Casa del Migrante en Tapachula, Chiapas: Albergue Belén

Frida Quintino Pérez, René Leyva Flores



Contexto sociodemográfico

Chiapas es una de las cuatro entidades que integran la frontera sur de México. Limita al sureste con Guatemala conformando una zona fronteriza de 654 km y colinda al norte con Tabasco y al oeste con Veracruz y Oaxaca (1). Su superficie territorial está constituida en más de 50% por una región tropical húmeda; el resto se caracteriza por un clima cálido y templado con un rango de temperatura media anual entre 10 a 30 °C. La mayor parte de su superficie forestal se constituye principalmente por selvas, áreas perturbadas y bosques (1).

El estado de Chiapas tiene una población total de 4,796,580 de habitantes. Es reconocido por su amplia diversidad cultural, ya que ocupa el segundo lugar a nivel nacional con población hablante de una lengua indígena (27.2%). La entidad tiene una tasa de natalidad de 22.1 por arriba de la media nacional, mientras que la tasa de mortalidad es de 5.4.

La población cuenta con escasas oportunidades económicas y sociales, 74.7% vive en situación de pobreza y el 32.2% en pobreza extrema (cuadro I) (1). Además el estado cuenta con un alto grado de marginación que lo coloca en el segundo lugar a nivel nacional (2). Para

el año 2010, 17.9% de la población chiapaneca mayor de 15 años era analfabeta, 37% no terminó la primaria, 53.9% de las viviendas presentaban algún nivel de hacinamiento y el 69.8% de la población ocupada percibía un ingreso de dos salarios mínimos (2).

La pobreza y marginación caracterizan al estado de Chiapas, pero se observan desigualdades regionales. Históricamente, la región fronteriza de Soconusco ha ocupado un lugar prioritario en la entidad; abarca 4,605.4 km² (6.28% de la superficie estatal) y ha sido la región más dinámica en cuanto al crecimiento económico vinculado a la producción primaria, cuenta con una importante infraestructura carretera, concentra la mayor densidad de población de la frontera y constituye un punto geoestratégico entre México y Centroamérica (3).

En Soconusco se ubica Tapachula de Córdoba y Ordoñez, ciudad que por su ubicación fronteriza y por su actividad política y económica y por su dinámica demográfica es considerada como el centro de la región, así como la urbe de mayor importancia después de la capital estatal (4). Tapachula se encuentra a 400 km de Tuxtla Gutiérrez y limita al norte con el municipio de Motozintla, al este con Cacahoatán, Tuxtla Chico, Frontera Hidalgo y Suchiate. Al sur limita con el Océano Pacífico y al oeste con los municipios de Huehuetán, Tuzantán y Mazatán.

La ubicación geográfica y el modelo de desarrollo impulsado en Tapachula y otros municipios de Soconusco, lo sitúan como un territorio de tránsito y destino de diversas poblaciones móviles y migrantes, destacando la presencia de jornaleros agrícolas, trabajadoras domésti-

Cuadro I. Características sociodemográficas y económicas del estado de Chiapas

	Año	Estados Unidos Mexicanos N (%)	Chiapas N (%)
Población total	2010	112 336 538 (100)	4 796 580 (4.3)
Población indígena*	2010	6 695 228 (6.7)	1 141 499 (27.2)
Población alfabeta†	2010	72 425 081 (92.4)	2 525 413 (81.6)
Tasa bruta de natalidad por cada 1000 habitantes	2013	19.0	22.1
Tasa bruta de mortalidad por cada 1000 habitantes	2013	5.7	5.4
Pobreza‡	2012	53 349.9 (45.5)	3 782.3 (74.7)
Pobreza extrema*	2012	11 529 (9.8)	1 629.2 (32.2)
Población ocupada&	2013	49 549 331 (56.3)	1 917 236 (54.5)

* Población de 5 años y más que habla lengua indígena

† Población de 15 años y más según condición de alfabetismo

Miles de personas

& Población total de 14 y más años de edad

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2013. México: INEGI, c2013. 744 p. Consultado 2014 marzo 21. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/?e=00>

cas, trabajadoras sexuales, migrantes en tránsito y población local que reside o tiene vínculos familiares en ambos lados de la frontera (5).

Contexto migratorio

Para un mejor análisis del flujo migratorio, se ha dividido al estado de Chiapas en dos grandes regiones: la zona de las selvas y montañas, representado principalmente por Ciudad Cuauhtémoc y Carmen Xhan donde el cruce fronterizo es menor en comparación con la región fronteriza de Soconusco, donde hay mayor movimiento del cruce en ambas direcciones, principalmente por Ciudad Hidalgo y Talismán (5).

En Soconusco inicia la ruta migratoria costera, la cual constituye uno de los principales circuitos de movilidad por el que transitan migrantes que tienen la intención de llegar a los Estados Unidos. Dicha ruta abarca un recorrido de 409.7 km y sus principales puntos de paso son: Talismán y Tecún Umán en Guatemala hacia la costa chiapaneca; el siguiente punto es por Ciudad Hidalgo, Tapachula, Huixtla, Pijjia-pan, Tonalá y Arriaga (6).

Desde finales de los años 80, la transmisión centroamericana se reconoce como un fenómeno creciente y dinámico; sin embargo, la magnitud y las características de este flujo no se han cuantificado de manera precisa (7). De acuerdo con los datos disponibles generados

por el Instituto Nacional de Migración, en el año 2008 hubo una baja considerable en el número de eventos de aseguramiento y deportación en el estado de Chiapas (38,000) en comparación con el año anterior (54,000) y se mantuvo un promedio de deportaciones en los tres años siguientes hasta que se registró un incremento en el año 2012 con 39,000 aseguramientos. Según la misma fuente, en el 2014 se registró un incremento sustancial con 45,000 eventos de extranjeros que fueron deportados desde el estado de Chiapas (cuadro II) (8).

En 2014, las autoridades de Chiapas documentaron que 94% de las personas extranjeras que estuvieron alojadas en estaciones migratorias, eran originarias de Centroamérica (42.9% de Guatemala, 31.5% de Honduras, 18.7% de El Salvador y 0.9% de Nicaragua) (8). Sin embargo, en años recientes se ha registrado una diversificación en los lugares de procedencia, ya que el INM ha detectado migrantes de más de 85 nacionalidades.

Los migrantes indocumentados que ingresan por Chiapas, evitan el cruce por los nueve puntos de internación terrestre a territorio mexicano (9). Durante el trayecto de Tecún Umán, Guatemala, hasta la localidad de Arriaga, Chiapas, los migrantes se exponen a diferentes situaciones de riesgo para las cuales cuentan con escasa capacidad de respuesta (10). Para llegar a la ciudad de Arriaga, tienen

Cuadro II. Eventos de aseguramiento por la autoridad mexicana en el estado de Chiapas, 2007-2014

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

El número de eventos es representado en miles

* Respecto al total de aseguramientos en el país

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

[Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos]

que utilizar el transporte público en algunos tramos y transitar a pie en otros, evadiendo los retenes de revisión del INM, el ejército y la policía federal. Además, corren el riesgo de convertirse en víctimas de violencia de grupos criminales (10).

De acuerdo con el INEGI, los delitos más

comunes en el contexto de violencia en Tapachula son robo (45.9%), narcóticos (45.3%) y uso ilícito de armas (24.7%) (cuadro III) (11). Durante su tránsito, los migrantes están expuestos a esta violencia, aparte de enfrentar riesgos de violencia específicos como el tráfico de indocumentados (5.3%) (cuadro III).

Cuadro III. Contexto de violencia en el estado de Chiapas y municipio de Tapachula, 2011

%*	Chiapas %*	Tapachula
Delitos registrados en averiguaciones previas de investigación abiertas en el MP del fuero común por principales delitos	(N=23 109)	(N=2 955)
Delitos sexuales seleccionados	5.33	3.05
Homicidios	7.06	5.85
Lesiones	12.11	14.48
Robos	36.28	41.18
Otros delitos	39.23	35.43
Procesados registrados en los juzgados de primera instancia en materia penal del fuero común por principales delitos	(N= 3 614)	(N= 658)
Robo	34.7	45.9
Golpes y lesiones	11.4	11.7
Homicidio	5.8	5.2
Actos ilícitos con armas	5.5	8.2
Violación	5.6	3.3
Violencia familiar	4.6	2.4
Otros delitos	32.4	23.3
Procesados registrados en los juzgados de primera instancia en materia penal del fuero federal por principales delitos	(N= 748)	(N= 150)
Narcóticos	42.2	45.3
Actos ilícitos con armas	30.1	24.7
Tráfico de indocumentados	10.3	5.3
Organización delictiva	0.7	0.0
Otros delitos	16.7	24.7

* Porcentaje respecto a N

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Síntesis estadística municipal, Tapachula Chiapas, 2012. México: INEGI. Consultado el 14/Abril/2014. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/?e=00>

En el periodo 2008-2010, Chiapas presentó un notable incremento de robos, secuestros y muertes de migrantes (12). Los municipios de Tapachula, Palenque, Arriaga, Pijijiapan, Salto del Agua, Pichucalco, Juárez y Catazajá han sido señalados como los más peligrosos para los migrantes (12, 13).

De aquí para allá [Arriaga] está la Arrocería y ahí hay muchos asaltos, violan a las mujeres. Tenemos que ir rodeando para evitar los asaltantes. También están los choferes de las combis que nos ponen el dedo y abusan de uno o te entregan a migración.

(Migrante hondureño de 28 años de edad, víctima de robo).

En este contexto han emergido respuestas para la atención a la vulnerabilidad que enfrentan las personas migrantes en México. Las respuestas más representativas y sostenidas provienen tanto de las instituciones gubernamentales, como de organizaciones de la sociedad civil.

En los últimos años, destacan los esfuerzos por impulsar una política migratoria en materia de derechos humanos de los migrantes, incluido el derecho a la salud. En este sentido, en 2008 se instaura la FEDCCI que busca garantizar el acceso a migrantes a una procuración de justicia pronta y expedita. Dentro de este contexto, se crean además el albergue temporal para mujeres víctimas de maltrato y el centro de asistencia a niños, niñas y jóvenes migrantes en Tapachula. En materia educativa se crean 18 escuelas para atender a niños migrantes a nivel preescolar y primario. Asimismo, se realizan mesas interinstitucionales de atención a migrantes en los municipios y se lleva a cabo una capacitación de enlaces municipales de atención a migrantes. Esto impacta también a la estructura orgánica de la administración pública con lo cual se crea la Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional en 2011 (14).

Recursos públicos para la atención de la salud

En 2001, la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas a través de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, inició una serie de políticas y acciones orientadas a promover el derecho a la salud y facilitar el acceso a servicios para la población migrante. La JS VII organizó un departamento de atención a la salud migrante, encargado de planificar e integrar acciones de promoción de la salud y prevención específica de riesgos, especialmente relacionados con la salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención del VIH/ITS.

Estas actividades pioneras sirvieron de referencia para el desarrollo de un conjunto de procesos que buscaron dar respuesta a las necesidades de salud de los migrantes desde una perspectiva intersectorial. A partir de 2007, estas acciones se extendieron en todo el estado, como parte de las estrategias para disminuir la vulnerabilidad y daños a la salud de los diferentes grupos de población móvil sin que ello represente una carga excesiva en los servicios de salud ni un gasto extra en los recursos de salud existentes a nivel municipal (15).

De acuerdo con los datos de los servicios de salud de la JS VII, del total de consultas de primer nivel de atención brindadas en 2010, el 2.5% fue para migrantes residentes o en tránsito por la frontera (16). A nivel hospitalario, el Hospital General de Tapachula ha atendido a 25 migrantes al año por diversas patologías como son traumatismos craneales y medulares entre los más importantes (16). Asimismo, uno de los programas pioneros en atención a la salud de los migrantes en tránsito por México y residentes en la zona fronteriza, el programa de prevención y control de VIH de la JS VII, cuenta con registros de atención a la salud de esta población. En el marco de este programa, se registraron 196 detecciones de VIH, en el periodo 2011-2013 (15). El programa de VIH reco-

noció su acción preventiva y de salud hacia los migrantes como una forma de respuesta a los diversos riesgos relacionados al cruce fronterizo y el tránsito por la región (17, 18).

Otros programas de la JS VII que también han participado en el desarrollo de estrategias sobre migración y salud son: el Programa de salud de la mujer, el Programa de prevención de la violencia basada en género y el área de atención al migrante (15). Todas estas estrategias y líneas de acción se han definido de manera conjunta entre la JS VII, las organizaciones de la sociedad civil y otras instancias. Esto ha permitido facilitar el acceso a servicios de salud, atención de urgencias médicas y contar con un sistema de información en donde se registran las actividades dirigidas a extranjeros.

Por su parte, las organizaciones de la sociedad civil han desarrollado importantes iniciativas atendiendo diversas necesidades de la población migrante. Desde la iglesia católica, a través de las casas y albergues de migrantes se ha brindado asistencia humanitaria y de promoción y defensoría de los derechos humanos de los migrantes, incluyendo el derecho a la salud (15, 19).

Organizaciones de la sociedad civil de atención humanitaria y promoción de derechos, organizaciones empresariales locales y organizaciones gubernamentales relacionadas con la atención del tema migratorio fueron convocadas a participar en el desarrollo de una respuesta social a la compleja diversidad de situaciones que viven los migrantes en la frontera (15, 20).

La JS VII ha colaborado con el INSP en proyectos de investigación en temas de Sida y SSR. Las actividades se han focalizado en el desarrollo de sistemas de información sobre las condiciones y riesgos en salud, diagnósticos situacionales y la facilitación del acceso a servicios de SSR y VIH dirigidos principalmente a trabajadoras sexuales migrantes, migrantes en tránsito, así como a jornaleros agrícolas (15, 20, 21).

Algunas de las acciones llevadas a cabo han incluido la promoción del acceso a servi-

cios de salud para población migrante, oferta y aplicación de pruebas rápidas de VIH, entrega de condones y de la "Cartilla de Salud del Migrante"(15).

La Casa del Migrante: Albergue Belén (CMAB)

La Orden Scalabrini ha tenido presencia en México desde 1987 con las casas del migrante de Tijuana, Nuevo Laredo y Tapachula, además de otras en Tecún Umán y Ciudad de Guatemala, en Guatemala. Esta organización basada en la fe católica, fundó el 1 de enero de 1997 la CMAB en Tapachula, Chiapas generando una respuesta integral a la migración. La CMAB es dirigida por el Padre Flor María Rigoni, quien fundó la primera Casa del Migrante en Tijuana, y que fue reconocido en el año 2006 con el Premio Nacional de Derechos Humanos en México por su labor de asistencia humanitaria y defensoría de derechos de los migrantes en tránsito por México.

El propósito central de la CMAB es brindar atención humanitaria a migrantes en tránsito o solicitantes de asilo. La asistencia que brinda incluye alimentación, hospedaje, vestido, calzado, comunicación con familiares, además de acompañamiento en casos de violación de derechos humanos y apoyo espiritual. En sus inicios, la CMAB se localizaba dentro de la ciudad de Tapachula y su ubicación respondía a que los migrantes se internaban en la ciudad para pedir trabajo, dinero o comida. Sin embargo, la CMAB se reubicó a las afueras, cerca de la entrada a la ciudad hasta la actualidad.

Recursos para la atención humanitaria y de salud en la Casa del Migrante

La CMAB cuenta con la infraestructura necesaria para brindar atención en buenas condiciones y respetuosa a la dignidad de los migrantes. Existe un área de dormitorios para hombres con 55 camas, para mujeres con 20 camas y hasta para

diez familias. También cuenta con cocina, área de almacenamiento y conservación de alimentos, comedor que atiende hasta 80 personas diarias, baños para hombres y mujeres, área de lavandería, almacén de vestido y calzado, área de descanso con un patio central, capilla, consultorio para atención médica a libre demanda y de urgencia, y consultorio odontológico.

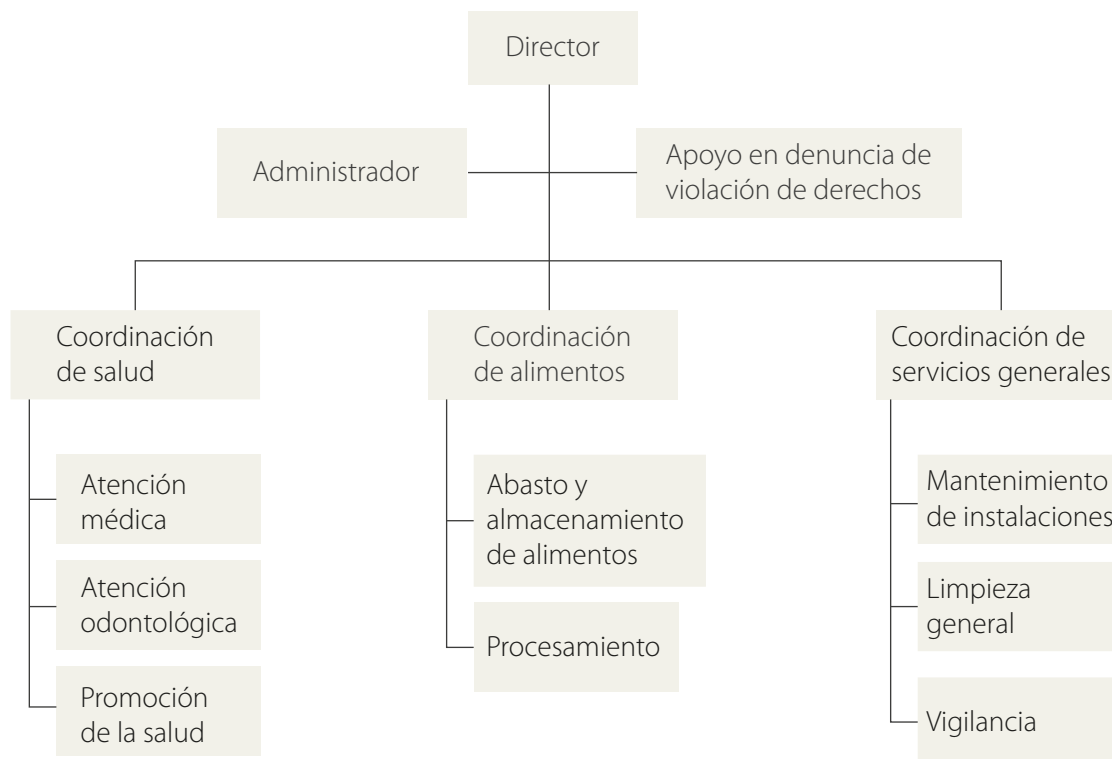
La manera en que se encuentra organizado el personal que labora de tiempo completo en la CMAB se presenta en la figura 1, en la que se puede identificar las áreas de dirección, salud, alimentación, administración y servicios generales, donde participan nueve personas.

Es importante reconocer que la funcionalidad de CMAB se preserva también gracias a una sólida red de voluntarios de la comunidad de Tapachula y de instituciones gubernamentales y de asistencia social tanto locales como internacionales. Los migrantes no participan en las actividades organizacionales de la CMAB y sólo se limitan a apoyar en la limpieza de sus

cuartos y de las áreas comunes o de descanso.

El área de administración recibe a los migrantes y les explica las reglas de funcionamiento y comportamiento social de respeto a la diversidad, integridad y derechos de las personas que conviven en este espacio. Dada la alta demanda, los servicios se ofrecen por periodos de tres noches por persona, con manejo de situaciones excepcionales que requieren de mayor apoyo. Al momento de su entrada a la CMAB, se les entrega un documento que los acredita como usuarios y pueden recibir atención médica y odontológica si así lo solicitan. Asimismo, reciben dos turnos de alimentos: uno por la mañana y otro a las seis de la tarde. Una vez que reciben este segundo alimento los migrantes que deseen pernoctar en la CMAB ya no pueden salir de las instalaciones por motivos de seguridad y para mantener el orden dentro de las instalaciones. A las siete de la noche los migrantes ingresan a sus cuartos para iniciar actividades a las seis de la mañana.

Figura 1. Organigrama de la Casa del Migrante Albergue Belén, Tapachula



Características sociodemográficas de los migrantes usuarios del albergue

Las principales características sociodemográficas de los migrantes usuarios de la CMAB se presentan a continuación. El 84.2% de los migrantes que fueron encuestados en el albergue eran hombres y 15.7% mujeres, con una media de edad de 30 años. Según su nacionalidad, se observa que la mayoría de los migrantes de ambos sexos, provienen de Honduras (41.3%), seguido de salvadoreños (28.9%) y guatemaltecos (21%). El 63.6% de los migrantes mencionaron tener hijos,

con un promedio de 2.3 hijos, lo cual podría indicar un alto número de familias desintegradas por el proceso migratorio (cuadro IV).

El 6.1% de los migrantes contaban con documentos migratorios en el momento de aplicar la encuesta y el 33% había llegado a su destino en alguna ocasión. El hecho de que más del 93.8% de los migrantes encuestados no cuenten con documentos para su tránsito migratorio los expone a situaciones de abusos por diversos agentes como autoridades, transportistas, personal uniformado, población local y delincuencia organizada durante su trayecto por México.

Cuadro IV. Características sociodemográficas y experiencia migratoria: usuarios de la CMAB, 2009-2015

	Todos (n = 3,939) %, media (DE)	Hombres (n = 3,320;84.3%)) %, media (DE)	Mujeres (n = 619;15.7%) %, media (DE)	P * <= 0.05
Sexo				
Mujeres	15.7			
Hombres	84.3			
Edad (promedio)	30.0 (9.3)	30.2 (9.4)	28.7 (8.7)	
País de origen				*
Panamá	0.05	0.06	0.0	
Nicaragua	5.7	6.1	3.5	
Honduras	41.3	39.4	51.3	
Guatemala	21.0	22.2	14.7	
El Salvador	28.9	29.5	25.3	
Otro	2.8	.5	5.0	
Tiene hijos				
Sí	63.6	60.3	79.7	*
Número de hijos				
Media (DE)	2.3 (1.5)	2.2 (1.4)	2.6 (1.7)	
Experiencia migratoria				
Cuenta con documentos migratorios	6.1	6.0	6.7	
Alguna vez ha llegado a Estados Unidos	33.0	36.6	13.5	*

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

Vinculación interinstitucional

La CMAB colabora en diferentes iniciativas con el INM, particularmente con el Grupo Beta, con la JS VII, la Secretaría de Gobernación, Conapo, la Pastoral de la Movilidad Humana en México, la CNDH, la CEDH, la FEDCCI, la Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y los representantes de los diferentes consulados de países centroamericanos que se localizan en la ciudad de Tapachula. Además, la CMAB tiene convenios de colaboración con diferentes universidades del país que envían a estudiantes a realizar estancias cortas relacionadas con el servicio social y voluntariado. Asimismo, la casa colabora con la Universidad de Chicago y con Adveniat, organización que brinda apoyo a las diferentes casas y albergues de migrantes en México.

Esta red es resultado de acciones conjuntas entre la sociedad civil, organizaciones gubernamentales y las agencias internacionales que financian los proyectos de investigación-acción focalizados en la CMAB. A su vez, la CMAB puede ser considerada un *nodo* de una red de protección integral al migrante, cuyos vínculos se extienden a otras instancias-nodo, como pueden ser otras casas, instituciones de salud y espacios de asistencia legal. La CMAB tiene una presencia local, estatal, regional e internacional, resultado en la integración de diferentes redes o vínculos institucionales que le otorgan presencia y legitiman su actividad frente a la sociedad.

Problemas de salud y acceso a servicios de salud

La CMAB ha fortalecido sus capacidades de atención médica. Entre 2009 y 2010 se brindaron 5,000 atenciones médicas y desde 2011 los migrantes pueden acudir a atención odontológica básica (21). El cuadro V muestra los problemas de salud y el acceso de los migrantes a los servicios de salud. El 46.2% de los migrantes usuarios de la CMAB reportó haber tenido algún

problema de salud durante las dos semanas previas, siendo las enfermedades respiratorias las más comunes tanto en hombres (21.9%) como en mujeres (20.6%). El 88.1% acudió a algún servicio de salud y el 99.1% de los que acudió fue atendido. Cabe resaltar que el 96% de los migrantes fueron atendidos por los servicios que proporciona la CMAB, mientras que los centros de salud fueron escasamente utilizados (0.9%).

En función de las capacidades y la infraestructura de la CMAB, es que se desarrollan una serie de estrategias y acciones en salud. Estas actividades constituyen lo que se ha denominado como el MAM (10) que incluye las siguientes estrategias y acciones básicas para la atención de problemas de SSR: i) prevención y promoción de la salud en temas de violencia basada en género; ii) atención del embarazo; iii) prevención de ITS y VIH; y IV) el desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica en SSR que se basa en la técnica de encuesta.

Las actividades de promoción de la SSR y de prevención del VIH se desarrollan a través de diferentes formas de intercambio de información para el cuidado del embarazo, prevención y atención de la violencia con especial énfasis en la violencia sexual, la promoción del uso adecuado del condón y de los derechos sexuales y reproductivos, y el diagnóstico oportuno de VIH mediante la oferta y aplicación de pruebas rápidas.

Salud sexual y reproductiva

La CMAB brinda atención e información básica a mujeres embarazadas a través de pláticas informativas sobre embarazos saludables, ofrece métodos de planificación familiar y preservativos a quienes lo soliciten. En caso de presentar embarazos de alto riesgo, las mujeres son referidas al Hospital General de Tapachula, donde se les brinda atención y seguimiento. Cuando las mujeres deciden continuar, se les dan recomendaciones para que puedan tomar una decisión sobre su embarazo durante el tránsito por México.

Las actividades de integración grupal, lúdicas y educativas sobre uso del condón, violencia basada en género y embarazo son realizadas en las instalaciones de la CMAB con información validada por los responsables de los programas de la JS VII de Tapachula. Asimismo, se ha colocado una serie de carteles informativos sobre los temas prioritarios para el MAM en espacios visibles como en el comedor, patio central y dormitorios.

El cuadro VI muestra las condiciones de SSR de los migrantes en tránsito. El 17.5% de los encuestados declararon haber tenido relaciones sexuales durante el viaje, y de éstos un 45.8% declara haber utilizado condón en su última relación sexual. Esto significa que de los migrantes que han tenido relaciones sexuales durante su tránsito por México, más del 50% tiene el riesgo de infección ITS o VIH por no uti-

Cuadro V. Problemas de salud y acceso a servicios de salud: usuarios de la CMBA, 2009-2015

	Todos (n = 3,939) %	Hombres (n=3,320;84.3%) %	Mujeres (n = 619;15.7%) %	p * < = 0.05
Problemas de salud, enfermedad o accidente más frecuentes en las últimas dos semanas [‡]	46.1	45.0	52.3	*
¿Qué tipo de problema(s) tuvo?				
Herida	3.0	3.4	1.5	
Accidente	2.0	2.3	0.6	*
Enfermedad respiratoria	21.7	21.9	20.6	
Enfermedad gastrointestinal	6.0	5.8	7.1	
Hongos en los pies	10.0	10.8	6.5	*
Deshidratación	4.8	5.6	0.9	*
Otro	41.3	38.7	53.1	*
Acceso a servicios de salud				
Acudió a algún servicio de salud para atenderse [‡]	88.1	88.2	87.9	
Lo atendieron [‡]	99.1	99.0	99.3	
¿A qué persona o institución acudió?				
Consultorio Casa del Migrante	95.9	95.5	97.9	
Farmacia	0.1	0.1	0.0	
Consultorio médico particular	0.3	0.3	0.4	
Centro de salud	0.9	1.1	0.4	
Sanatorio u hospital	1.4	1.5	0.7	
Curandero	0.1	0.1	0.0	
Otro [§]	0.5	0.5	0.4	
No responde	0.8	0.9	0.4	

‡ Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

§ Otro: Incluye farmacia y curandero.

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2013.

lizar condón durante su última relación sexual. El porcentaje de mujeres que usaron condón en su última relación sexual fue de 20.9%, un porcentaje mucho menor en comparación con los hombres (49.7%). Este dato ejemplifica los riesgos a los que se enfrentan hombres y mujeres. El uso menos frecuente de condón por parte de mujeres las coloca en mayor riesgo de infección por alguna ITS o VIH. Ante este escenario las acciones de promoción y repartición de con-

nes cobran una relevancia importante y una oportunidad para reforzar las acciones entre las mujeres. El 56.6% de las mujeres utilizan algún método anticonceptivo, en su mayoría pastillas anticonceptivas para prevenir embarazos en el tránsito por México (cuadro VI).

Además, se registró que el 79% de las mujeres migrantes encuestadas declaran haber estado embarazadas alguna vez, con un promedio de 2.8 embarazos. El 7.7% de ellas declararon estar em-

Cuadro VI. Salud sexual y reproductiva: usuarios de la CMAB, 2009-2015

	Todos (n = 3,939) %, media (DE)	Hombres (n = 3,320) %, media (DE)	Mujeres (n = 619) %, media (DE)	p * <= 0.05
Comportamiento sexual en este viaje				
Ha tenido relaciones sexuales	17.5	16.9	20.6	*
Ha tenido relaciones sexuales a cambio de comida, protección, dinero u otro bien	1.6	1.4	3.3	
¿Cuántas relaciones sexuales ha tenido?	2.3 (2.5)	2.5 (2.7)	1.6 (1.2)	
En su última relación sexual usó condón	45.8	49.7	20.9	*
Uso de métodos anticonceptivos				
Usa algún método anticonceptivo actualmente	56.6	---	56.6	
Embarazo				
Ha estado embarazada alguna vez [‡]	79.0	---	79.0	
En total ¿cuántos embarazos ha tenido?	---	---	2.8 (1.9)	
Embarazo actual y uso de servicios de salud				
Actualmente ¿está embarazada? [‡]	7.7	---	7.7	
¿Cuántos meses tiene de embarazo?	---	---	4.0 (1.9)	
¿Ha recibido atención para el cuidado del embarazo? [‡]	---	---	44.8	
Casa del Migrante			42.3	
Consultorio médico particular			19.2	
Centro de salud			15.3	
Otro			23.0	

[‡] Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2013.

barazadas al momento de la encuesta con un promedio de 4.0 meses de embarazo. De las mujeres embarazadas el 45% han recibido atención para el cuidado de su embarazo. La mitad de este porcentaje de mujeres recibió la atención a su embarazo en la CMAB, 19% en un consultorio particular y 15.4% en un centro de salud (cuadro VI).

Los esfuerzos por fortalecer las capacidades de la CMAB en el ámbito de atención de la SSR y promoción para la transmisión de VIH corresponden a una labor permanente. Asimismo, la aplicación de pruebas rápidas de VIH se realiza de manera individual, voluntaria y anónima, previa consejería, dentro del consultorio médico de la CMAB por parte del médico.

Algo que es de destacar es que nos ha orientado el doctor sobre las pláticas que nos han dado sobre el VIH/sida, cómo prevenirlo porque uno sabe que viene en el viaje. Nos han siempre orientado sobre la educación sexual y el uso del condón. Nos han dado condones. Hace aproximadamente dos días nos hicieron la prueba de VIH a todos. Afortunadamente salimos limpios y es algo que el albergue hace a todo aquel que quiera sabemos que la pruebas es muy cara y aquí la ofrecen gratuitamente.

(Migrante salvadoreño 27 años de edad)



Fotografía I. Toma de pruebas rápidas de VIH en la CMAB

Actualmente, existe un protocolo de atención a casos reactivos de VIH en migrantes que es implementado desde la CMAB en colaboración con el Programa de Prevención de ITS y VIH/sida de la JS VII de Tapachula. El protocolo define una serie de acciones a realizar en caso de que el migrante decida: a) permanecer en Tapachula para confirmar el resultado y de ser necesario tratamiento antirretroviral; b) continuar en el tránsito por México; y c) regresar a su país de origen. Además, se ha definido puntualmente la serie de trámites administrativos que deben realizar los migrantes para acceder al tratamiento antirretroviral.

Violencia contra migrantes en tránsito

El eje de menor puntaje fue el de derechos humanos (80%). Esto puede deberse a que la CMAB no cuenta con personal que imparta pláticas informativas derechos humanos. La CMAB tampoco cuenta con un seguimiento a los casos de violaciones a derechos humanos que se presentan entre los migrantes que atiende. Posiblemente, esta limitación se relaciona con las percepciones que tienen los migrantes atendidos respecto al tema, las cuales señalan la debilidad institucional del país por hacer valer el respeto de los derechos humanos de los migrantes.

En relación con las pláticas de derechos humanos no tanto [son útiles] porque te los hacen ver pero no te los valen. Porque que te platiquen a que te lo hagan valer es una cosa muy distinta. Nosotros tuvimos un secuestro y tuvimos malas experiencias con migración porque fuimos a denunciar el hecho y en ningún lado se nos puso atención por el simple hecho de ser gay y eso no debe tener nada que ver porque igual somos seres humanos que fuimos dañados, masacrados prácticamente.

(Migrante guatemalteco de 24 años de edad)

Esto ejemplifica la dificultad que se tiene para abordar el tema de los derechos humanos de los migrantes y cómo estas limitantes están vinculadas con las condiciones sociales que se viven en México, donde la violencia es una constante.

A pesar que la CMAB no registra, documenta o da seguimiento de forma exclusiva a los casos de violación de derechos humanos de migrantes, en 2010 acompañó a 180 migrantes en el proceso de hacer una denuncia a las oficinas de la CNDH o a la FEDCCI del estado de Chiapas. Además, una labor fundamental que se realiza es la difusión de información impresa colocada en sitios estratégicos del inmueble que especifica los derechos que tienen los migrantes en su tránsito por México, incluida la atención en salud. Asimismo, existe información sobre los riesgos en el territorio mexicano y recomendaciones sobre los traficantes de personas y fotografías de los principales tratantes de personas que se ubican en la zona.

En la CMAB se registran las agresiones que sufren los migrantes en su tránsito por México. El cuadro VII muestra algunos indicadores sobre violencia experimentada por los migrantes.

El 19.0% de los hombres y 14.7% de las mujeres declaran haber sufrido un acto violento o delictivo en su tránsito por México, siendo la amenaza con armas el más frecuente (55.1%) seguido por el robo (44.7%) y golpes (32.2%). Para el caso de violación sexual, se observa que las mujeres (18.7%) son víctimas en mayor proporción que los hombres (2.1%). Pese a los actos de violencia sufridos por los migrantes, el 87.2% de los hombres y 81.8% de las mujeres mencionó que planeaba continuar con su viaje (cuadro VII).

La atención inmediata en los casos de violencia sexual tiene como objetivo disminuir el riesgo de la transmisión del VIH y embarazos no deseados. Estos casos pueden ser identificados por el personal médico de la CMAB en el momento de la consulta. En la CMAB, bajo la supervisión de la JS VII, se ha estandarizado un

proceso de atención para víctimas de violencia sexual. Éste incluye la PPE que es de utilidad para la prevención del contagio de VIH y otras ITS si es administrada antes de 72 horas posteriores al evento de violencia sexual. Además se oferta la anticoncepción de emergencia para la prevención de embarazos resultados de la violación sexual, así como asistencia psicológica y legal. Sin embargo, en este tema en particular, persiste una serie de retos para la atención. La principal barrera la constituye la dificultad que supone para las y los migrantes denunciar ante las autoridades las agresiones que sufren, ya sea por desconocimiento, por temor a ser discriminados, o por vergüenza de ser exhibidos ante instancias como Ministerios Públicos y servicios de salud.

Si van a un centro de salud, los pueden denunciar [porque] están indocumentados, y los pueden deportar. Entonces, es otro obstáculo para que ellos vayan a recibir un servicio de salud.

(Funcionario de la JS VII)

Desde la perspectiva de las autoridades, persiste una visión que problematiza los episodios de violencia sexual como algo competente exclusivamente del ámbito legal y no de salud. Para dar respuesta a este reto se requiere



Fotografía II. Material impreso de difusión sobre riesgos en el tránsito

avanzar en el desarrollo de acuerdos formales de colaboración y fortalecimiento de las capacidades e infraestructura tanto de los servicios de salud como de las instancias de impartición de justicia. El objetivo es desarrollar protocolos de atención con estrategias que incorporen a Ministerios Públicos y servicios de salud para dar respuesta a la violencia sexual como una urgencia médica y legal.

Sería importante sensibilizarlos [a ministerios públicos] en temas enfocados a cuestión de salud, porque al ministerio lo único que le importa es el aspecto legal, pero no se preocupan en el aspecto de salud. [Sobre] todo en esto, la importancia del seguimiento de un embarazo no deseado, una ITS, un VIH; todo este manejo sindrómico de prevención.

(Funcionario de la JS VII)

Discusión y conclusiones

En este capítulo se ha descrito la operación, dinámica y funcionamiento de la CMAB en un contexto de vulnerabilidad social, económica y política, así como las características de los migrantes que ésta atiende, y las percepciones y motivaciones de los actores que cotidianamente hacen posible la presencia de la CMAB. Con base en esta descripción, se intenta enfatizar la relevancia que tiene el albergue en el contexto migratorio de la frontera sur y su impacto en la implementación del MAM para poblaciones móviles y migrantes por parte del INSP.

La implementación del MAM ha sido posible en gran medida gracias al trabajo conjunto realizado con diversas organizaciones de la sociedad civil, instancias gubernamentales y organismos internacionales. A lo largo del tiempo de operación de la CMAB, la importancia de estos actores en la procuración del bienestar social de los migrantes se ha manifestado en el

Cuadro VII. Violencia contra migrantes en tránsito: usuarios de la CMAB, 2009-2015

	Todos (n = 3,939) %	Hombres (n = 3,320) %	Mujeres (n = 619) %	p * < = 0.05
Violencia				
¿Ha sufrido algún evento violento en éste viaje?‡	18.3	19.0	14.7	
Tipo de violencia				
Secuestro	2.5	2.5	2.2	
Robo	44.7	44.7	45.1	
Humillación	29.7	27.5	45.1	*
Amenaza con arma	55.1	56.9	42.9	
Golpes	32.2	32.6	29.7	
Violación sexual	4.2	2.1	18.7	*
Después de haber sufrido un acto violento ¿continuará su viaje?‡	86.3	87.2	81.8	

‡ Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron “sí”.

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2013.

acceso a servicios de salud, ayuda humanitaria y respeto a derechos humanos.

De acuerdo con el Conapo, Chiapas representa un estado de origen, tránsito y destino de migrantes (5). En este contexto, la CMAB se ha constituido en el espacio de confluencia y coordinación de diversos actores con preocupaciones e intereses comunes. Además, la CMAB puede ser concebida como un espacio que no sólo alberga a población móvil y brinda ayuda humanitaria, sino que también acoge una red social compuesta por organizaciones procedentes de diversos sectores de la sociedad con habilidades, visiones y alcances diferentes. Estos actores han podido coordinarse en el desarrollo de acciones concretas dirigidas a los migrantes. Las acciones buscan la atención de salud, el acceso a prevención y atención de casos de VIH/sida y el fortalecimiento de las capacidades para la atención de problemas de SSR.

El fortalecimiento sincrónico de las acciones de la CMAB, posibilitado por la convergencia de los diversos actores involucrados en forma de red social, ha repercutido en la reducción de riesgos que se asocian a los procesos migratorios y que inciden en las poblaciones migrantes. Desde una perspectiva analítica, esto corresponde con la generación y acumulación de capital social disponible con la que dicha red cuenta para la atención integral de la migración y la salud (22). De este modo, la concurrencia de diversas acciones sociales provenientes del ámbito gubernamental, de la sociedad civil, de las poblaciones móviles, así como de los marcos legales e institucionales, emerge como una respuesta social para la reducción de la vulnerabilidad de los grupos móviles que transitan por el país.

Esta concertación de actores sociales puede influir de manera decisiva en la respuesta y servicios que cada una de las casas y albergues brinda a los migrantes. El caso de la CMAB puede ser considerado como el *nodo* de esta red de ayuda al migrante, más favorecido por su capital social acumulado. No obstante, se deben tomar

en cuenta aspectos claves como la procuración de respeto a los derechos humanos y el seguimiento a casos de violación de los mismos que requieren de una atención más enérgica, lo cual representa un espacio de oportunidad para la generación de nuevos vínculos dentro de la red que posibiliten el fortalecimiento en esta área.

En este sentido, destaca la privilegiada posición de la CMAB, expresada en su experiencia y capacidad de respuesta, que supone una oportunidad para la futura vinculación con otras casas de migrantes de modo que se potencie la respuesta integral brindada a las poblaciones móviles por parte de las redes sociales involucradas en estas acciones.

Referencias

1. INEGI. Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2013. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/?e=00>. 2013.
2. CONAPO. Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2010. Consultado en marzo de 2014 en http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/1_4.pdf. 2010.
3. Montoya G, Bello E, Parra M, Mariaca M. La Frontera Olvidada entre Chiapas y Quintana Roo. Pensamiento contemporáneo. Tuxtla Gutiérrez, México: El Colegio de la Frontera Sur; 2003.
4. INEGI. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 Chiapas. Consultado en 2014 en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/chis/07_principales_resultados_cp2010.pdf. 2010.
5. CONAPO. Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México. Consultado en febrero de 2014 en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/EMIF_SUR_2011/EMIF_SUR_2011.pdf. 2013.
6. Chávez AM, Landa A. Migrantes en su paso por México: nuevas problemáticas, rutas, estrategias y redes. Disponible en: <http://www.somede.org/xireunion/ponencias/Migracion%20internacional/147Pon%20Ana%20Ma%20Chavez-Antonio%20Landa.pdf>. 2011.
7. Castillo M-Á. México en la trayectoria migratoria de la población centroamericana. Disponible en: <http://www.kas.de/wf/doc/4246-1442-4-30.pdf>. In: Egenhoff T, editor. Lo formal y lo

- real de las migraciones. Guatemala: Revista Análisis Político; 2010. p. 7-26
8. Segob, INM, Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos. Consultado en 2014 en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos. 2014.
 9. Segob, INM. Delegación Federal en el Estado de Chiapas. Puntos de Internación. Consultado en 2014 en: http://www.inm.gob.mx/index.php?page/Contacto_Chiapas. 2013.
 10. Leyva R, Quintino F, Guerra G, Infante C, Cerón M, Domínguez J. México. Migración y vulnerabilidad social en grupos móviles y migrantes: Estrategias de atención en la frontera sur de México. In: Leyva R, Guerra G, editors. Fronteras y salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva. Cuernavaca, México: INSP; 2011. p. 143-64.
 11. INEGI. Síntesis estadística municipal, Tapachula Chiapas, 2012. Consultado el 14 de abril de 2014 en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/?e=00>. 2012.
 12. CNDH. Informe especial sobre secuestro de migrantes en México, 2011. Disponible en http://www.cndh.org.mx/Informes_Especiales. 2011.
 13. CNDH. Identifica CNDH zonas de riesgo para migrantes. Consultado en marzo de 2014 en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Comunicados/2011/COM_2011_092.pdf. 2011.
 14. Gobierno del Estado de Chiapas. Programa institucional de la Secretaría para el Desarrollo de la Frontera Sur y Enlace para la Cooperación Internacional, 2009 – 2012. Periódico Oficial No.354, de fecha 15 de febrero de 2012. Disponible en: http://www.haciendachiapas.gob.mx/planeacion/Informacion/Programacion_Sectorial/Programas_Institucionales/pdfs/S_De-sarrollo_Frontera_Sur.pdf.
 15. Leyva R, Quintino F. Marco conceptual y metodológico: diseño de un modelo integral para migración y salud sexual y reproductiva en zonas fronterizas. In: Leyva R, Quintino F, editors. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Cuernavaca, México: INSP; 2011. p. 53-68.
 16. Gobierno del Estado de Chiapas SdS. La respuesta fronteriza en salud. Presentación: Ubence Molina Cruz. Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, Chiapas.
 17. Bronfman M, Leyva R, Negroni M, Rueda-Neria C, Kageyama ML, Hernández-Rosete D. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2004.
 18. Quintino F. Vivir con VIH/SIDA en la frontera: experiencias del padecimiento en el contexto de la migración internacional México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2006.
 19. Leyva R, Quintino F. Diseño, implementación y evaluación de un sistema de atención integral de VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes en la frontera México-Guatemala. Informe Técnico Final. Cuernavaca, México: INSP; 2007.
 20. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. Cuernavaca, México: INSP; 2005.
 21. INSP. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México. Diagnóstico situacional, Ciudad Ixtepec, Oaxaca. Cuernavaca, México: INSP; 2010.
 22. Bebbington A, Perreault T. Social Capital, development, and access to resources in Highland Ecuador. *Economic Geography* 1999;75(4):395-418.

Capítulo V

Casa del Migrante en Arriaga, Chiapas: La Casa del Migrante Hogar de la Misericordia (CMHM)

René Leyva Flores, Frida Quintino Pérez



Contexto sociodemográfico

El municipio de Arriaga se localiza en la región Istmo-Costa del estado de Chiapas, en los límites de la Sierra Madre y de la Llanura Costera del Pacífico; colinda al norte con los municipios de Cintalapa y Jiquipilas, al este con los municipios de Villaflores y Tonalá, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con el estado de Oaxaca (1).

Arriaga cuenta con 285 localidades activas, de las que sobresale la cabecera municipal que concentra el 60% de la población. Como se describe en el cuadro I, el municipio cuenta con una

población de 40 042 habitantes (48.7% hombres y 51.2% mujeres), la cual representa el 0.8% de la población estatal. El 62.8% de sus habitantes tiene entre 15 y 64 años de edad (2). La mayor parte de su población se dedica principalmente al comercio y la oferta de servicios (53.1%), el 28% realiza actividades agropecuarias y el 17.4% trabaja en la industria de la transformación (3).

Para el año 2010, el municipio de Arriaga presentó un grado de marginación medio: 12.3% de la población mayor de 15 años era analfabeta, 32.4% no terminó la primaria, 44.3% de las viviendas presentaban algún nivel de hacinamien-

to y el 75.2% de la población ocupada percibía un ingreso de hasta dos salarios mínimos.

El municipio tiene una tasa de natalidad de 24.8 por arriba de la media estatal y nacional, mientras que la tasa de mortalidad es de 6.7 (4). Asimismo, 40% de la población no es derechohabiente a servicios de salud (cuadro I) (2). Respecto a la infraestructura en salud, el municipio cuenta con un total de once unidades médicas: 1 unidad de segundo nivel de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas; y 10 unidades de primer nivel de atención (7 de la SESA, 1 IMSS, 1 ISSSTE y 1 ISSSTECH) (5).

Arriaga cuenta con vías de comunicación importantes, entre las que destaca la autopista Arriaga-Tapachula y la súper carretera Arriaga-Tierra y Libertad que conecta con Cintalapa. También es el punto de inicio del recorrido en tren por el estado de Chiapas que tiene como destino inmediato Ixtepec, Oaxaca (5).

Contexto migratorio

Hasta el 2005, la vía del tren iniciaba en Tapachula, Chiapas; sin embargo, el paso del Huracán Stan modificó la ruta y actualmente ésta inicia en el municipio de Arriaga, lo cual ha modificado las formas y tiempos de desplazamiento de migrantes en la frontera sur.

El INM ha colocado en el trayecto Tapachula-Arriaga tres casetas migratorias en donde se revisa la documentación de quienes transitan por carretera a lo largo de 262 km. Estos puntos de revisión están localizados cerca de las principales comunidades de la región, Huixtla, Mapastepec, Pijijiapan y Tonalá. Los migrantes se trasladan desde Tapachula en transporte público y a pie para rodear las casetas migratorias y evitar ser asegurados por el INM. Para lograrlo, transitan por caminos que siguen la antigua vía del tren y una vez pasada la zona de la caseta se reincor-

Cuadro I. Características sociodemográficas del municipio de Arriaga, Chiapas

	Año	Chiapas N (%)	Arriaga N (%)
Población total	2010	4 796 580	40 042
Población indígena*	2010	1 141 499 (27.2)	245 (0.7)
Población en condición para leer y escribir†	2010	3 294 610 (80.5)	30 933 (86.9)
Promedio de hijos nacidos vivos‡	2010	2.5	2.6
Tasa bruta de natalidad por cada 1,000 habitantes	2011	35.0	24.8
Tasa bruta de mortalidad por cada 1,000 habitantes	2013	4.4	6.7
Población derechohabiente a servicios de salud	2010	2 723 529 (56.8)	24 550 (61.3)

† Población de 6 años y más según condición de alfabetismo

‡ Hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 y más años

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2013. México: INEGI, c2013. 744 p. Consultado el 21/Marzo/2014. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/?e=00>

poran a la carretera para nuevamente tomar un transporte público (5, 6). De estas comunidades, Tapachula, Pijijiapan y Arriaga son consideradas las más peligrosas para los migrantes (7).

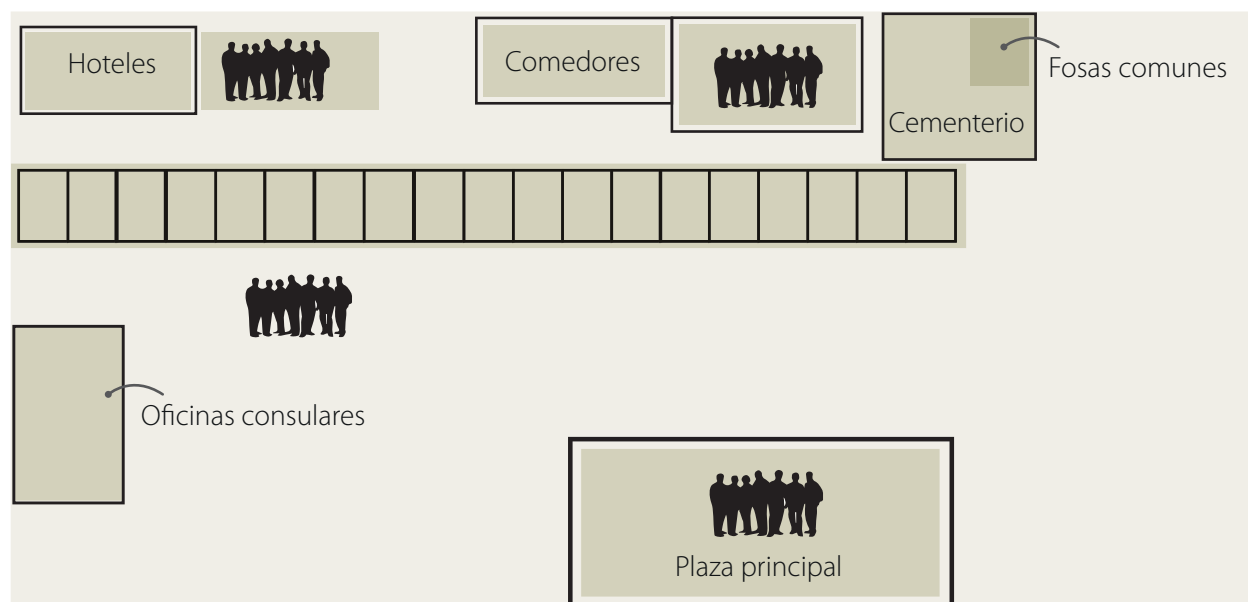
En estos lugares, los migrantes son presa fácil de los grupos delictivos quienes les roban, golpean y en muchas ocasiones ejercen violencia sexual. La zona más peligrosa es la “Arroce-ra” que se encuentra entre las comunidades de Huixtla y Pijijiapan donde han detenido a varios delincuentes locales y además se han encontrado cadáveres de migrantes (8). Debido a la gran cantidad de abusos contra migrantes, anteriormente el tren iba escoltado por el Grupo Beta del INM, cuya función principal es brindar atención humanitaria y apoyo en situaciones de riesgo a los migrantes en tránsito. Sin embargo, autoridades del INM prohibieron al Grupo Beta la escolta al tren y ahora es realizada por la policía estatal y ministerial hasta los límites con Oaxaca (8).

Al llegar a la cabecera de Arriaga, los migrantes se ubican en los alrededores de las vías

del tren (figura 1). En estos espacios se concentra una gran cantidad de personas en espera de la partida del tren, el cual no tiene un horario establecido. Los migrantes prefieren quedarse en lugares cercanos al tren, pues temen ser descubiertos por las autoridades a su llegada. Aquellos que tienen contacto con algún coyote se hospedan en hoteles ubicados al lado de las vías o descansan en los comedores ubicados en los alrededores. Estos comedores son sencillos y ofrecen comida y agua a precios bajos. Además, cuentan con colchonetas afuera del establecimiento en donde pueden descansar en espera de la salida del tren. Alrededor de las vías se observan principalmente a hombres y muy pocas mujeres.

Otro grupo importante de migrantes duerme en las plazas. En general, estos migrantes no han sido admitidos en la CMHM por diferentes circunstancias como estar en estado inconveniente, por ser agresivos, por ser migrantes que tienen larga estancia en Arriaga o por estar vinculados con el crimen organizado y los tratantes de personas.

Figura 1. Distribución de los establecimientos y migrantes en las vías del tren de Arriaga



Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2010. Diagnóstico situacional, Arriaga, Chiapas.

Las vías del tren están aproximadamente a siete cuadas de la Casa del Migrante Hogar de la Misericordia (CMHM), a unos quince minutos caminando. Lo anterior implica que algunos de los migrantes en tránsito prefieran pernoctar en la plaza o los lugares antes mencionados. Es importante señalar que la temperatura en esta zona es de las más calurosas del país y puede llegar a los 45 grados centígrados con un 80% de humedad, representando un riesgo ambiental para los migrantes que no encuentran refugio.

Recursos públicos para la atención de la salud

La Secretaría de Salud del Estado de Chiapas a través de la Jurisdicción Sanitaria VIII de Tonalá, es la responsable de coordinar la red de servicios de salud en el municipio de Arriaga, además cuenta con programas de Salud Reproductiva, VIH/sida y atención a la violencia. Para la JS VIII los migrantes son considerados grupo vulnerable y por lo tanto, susceptible de recibir atenciones en salud. Por ello, en la red de servicios de salud ubicados en Arriaga y Tonalá se brinda atención a todos los migrantes que lo soliciten, tengan o no documentos; y se registran estas atenciones como parte del sistema de información y vigilancia epidemiológica (9).

La JS VIII trabaja de manera coordinada con el Programa del IMSS-Prospera y con la Casa del

Migrante de Arriaga. Es relevante señalar que desde junio de 2013, el IMSS-Prospera inició la implementación del “Programa piloto de atención a migrantes en tránsito” en la Unidad Médica aledaña a la CMHM de Arriaga, acción que buscó contribuir a la promoción del derecho a la salud y la inclusión de los migrantes en las estrategias gubernamentales dirigidas a las poblaciones más vulnerables.

Inicialmente, la Unidad Médica aledaña a la casa de Arriaga fue acondicionada por la organización internacional Médicos Sin Fronteras. En junio de 2012, MSF inauguró esta unidad con la intención de brindar atención de primer nivel y promover la detección y prevención de daños a la salud en la población migrante usuaria de la casa. Posteriormente, por instrucción del Gobierno de México se transfirió la coordinación de la Unidad Médica al Programa IMSS-Prospera (antes IMSS-Oportunidades).

La unidad médica está conformada por un consultorio, farmacia, cubículo para observación y área administrativa. El personal de salud está integrado por dos equipos de salud (2 médicos y 2 enfermeras), la atención se brinda de 8:00 am a 16:00 pm de lunes a domingo y los medicamentos son suministrados por el cuadro básico considerado por el Prospera. En esta unidad se prioriza la prestación de servicios de atención primaria a la salud, incluyendo algunas actividades de promoción de la salud mediante la impartición de pláticas de diferentes temas y campañas de detección de enfermedades crónico-degenerativas y VIH.

La Casa del Migrante Hogar de la Misericordia (CMHM)

La CMHM abrió sus puertas el día 7 de octubre de 2004 con el propósito de brindar atención humanitaria, atención en salud e información para los migrantes respecto a los peligros del tránsito por México. Su propósito es disminuir la vulnerabilidad de los migrantes, sensibilizar a la sociedad



Fotografía I. Migrantes recibiendo agua de autoridades de El Salvador

en el tema migratorio y visibilizar las violaciones a los derechos humanos de esta población.

El presente organigrama es una reconstrucción que hacemos los autores de acuerdo con las diferentes actividades y responsabilidades que tienen quienes trabajan en la CMHM. Sin embargo, no hay una definición formal de los puestos ni actividades vinculadas al puesto dentro de la organización. La CMHM tiene importantes limitaciones en su organización y administración, y en este marco las acciones que se implementan están dirigidas a resolver la problemática del día a día, coartando la posibilidad para plantear programas de trabajo y establecer los costos de la atención humanitaria a migrantes.

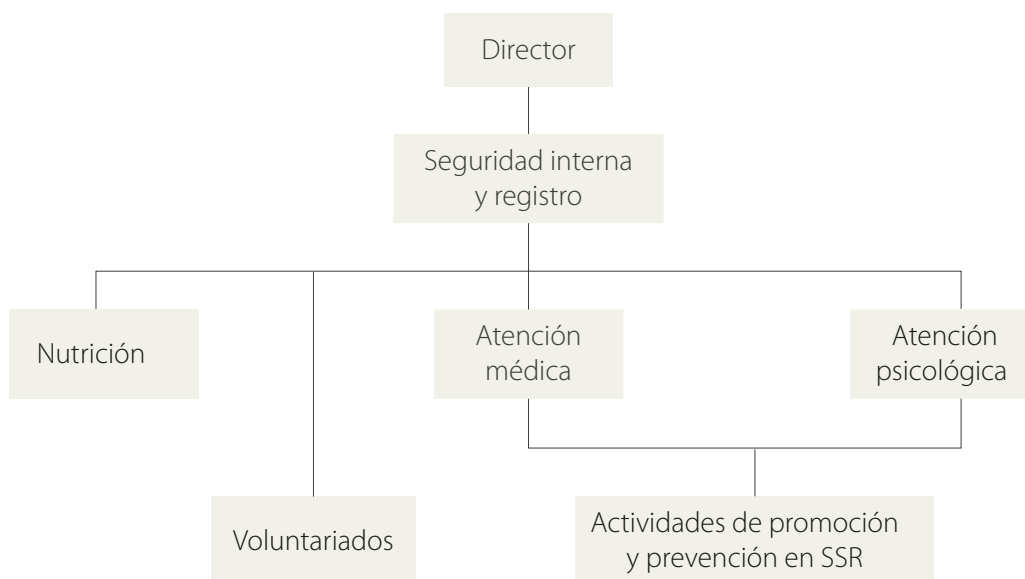
En la organización de la CMHM participa un equipo integrado por cinco personas que trabajan de tiempo completo. El director y un equipo de dos personas se encargan del registro de los migrantes, alimentación, limpieza, seguridad y vigilancia. También participa un administrador y un ayudante. En ocasiones se cuenta con un equipo de voluntarios que provienen de diferentes instituciones y que participan en la provisión de servicios, entre ellos, en la impartición de talleres y pláticas. Muchas de

las actividades diarias se realizan con el apoyo de los propios migrantes. Incluso, parte del personal de tiempo completo son migrantes que han decidido permanecer en Arriaga.

Infraestructura para la atención humanitaria

La CMHM tiene capacidad de atender a 200 hombres y 100 mujeres y suele albergar aproximadamente a 60 personas diariamente. Sin embargo, el número de migrantes varía de acuerdo a la salida del tren. Recientemente, la CMHM ha documentado cerca de mil migrantes que llegan a Arriaga para tomar el tren. La CMHM brinda asistencia humanitaria a migrantes, permitiéndoles la estancia hasta por tres días excepto en ocasiones especiales en las que se les da la oportunidad de permanecer más tiempo, por ejemplo, en casos de solicitud de visa humanitaria por haber sufrido mutilaciones o haber sido víctimas de secuestro o violencia sexual, o en caso de tener algún problema de salud que conlleve una convalecencia de más de tres días. En Arriaga fue posible documentar cualitativamente estos casos:

Figura 2. Organigrama de la CMHM



Le llamé al padre y le conté lo que había pasado, inmediatamente él hizo las gestiones y llegaron los miembros de la embajada [...] yo quería estar en Arriaga y llegó Cruz Roja Internacional [me dijeron] que no se podía comprometer y que me tenía que ir directo a Tapachula para mi rehabilitación, pero a ver si podían hacer una excepción para tratamiento psicológico, porque aquí yo me sentía bien y desde esa llamada que hice con el padre, a los dos días estaba acá.

(Migrante Salvadoreño que sufrió amputación de pierna al caer del tren)

En relación con la infraestructura disponible, la CMHM cuenta con un comedor hasta para 60 personas y existen espacios comunes tanto para hombres como para mujeres. Para los primeros, el punto de reunión es una palapa con colchonetas y televisión para su descanso. Las mujeres cuentan con una sala acondicionada con televisión.

Características sociodemográficas de los migrantes usuarios del Albergue

En el periodo 2010-2013, en la Casa de Arriaga se encuestó a un total de 2,574 personas migrantes,

Cuadro II. Características sociodemográficas y experiencia migratoria: usuarios de la CMHM, 2010-2013

	Todos (n = 2,574) %, media (DE)	Hombres (n = 2,312) %, media (DE)	Mujeres (n = 262) %, media (DE)	p * <= 0.05
Sexo				
Mujeres	10.2			
Hombres	89.8			
Edad (promedio)	29.6 (8.9)	29.7 (9.1)	29.6 (7.9)	
País de origen				*
Panamá	0.08	0.0	0.08	
Nicaragua	5.0	5.0	4.6	
Honduras	35.7	35.3	38.9	
Guatemala	23.2	23.9	16.8	
El Salvador	34.0	34.2	32.4	
Otro	2.1	1.6	6.5	
Tiene hijos				
Sí	63.7	61.5	82.8	*
Número de hijos				
Media (DE)	2.3 (1.5)	2.2 (1.5)	2.7 (1.4)	
Experiencia migratoria				
Cuenta con documentos migratorios	2.8	2.7	3.1	
Llegó a su destino	45.7	48.8	18.3	*

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2013.

de las cuales 2,313 fueron hombres (89.8%) y 262 mujeres (10.2%). Los migrantes encuestados en ese periodo presentaron una edad promedio de 29.6 años, sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (cuadro II). En su mayoría los y las migrantes usuarios de la casa son hondureños (36.1%), seguidos de salvadoreños (34%) y guatemaltecos (23.2%).

El 2.7% de los hombres y 3.1% de las mujeres contaban con documentos migratorios al momento de la encuesta. Asimismo, casi la mitad (48.8%) de los hombres encuestados ha logrado llegar a los Estados Unidos, y esta proporción es significativamente menor en el caso de las mujeres (18.3%).

Se observa una mayor proporción de mujeres con hijos (82.8%) en comparación con el 61.5% de los hombres. Además de otros factores, esto podría suponer que la maternidad es un factor asociado a la decisión de migrar, ya que las mujeres buscan mejorar las condiciones de vida de ellas y de sus hijos.

El hombre va con el afán de que “yo tengo que cumplir porque igual allá tengo algo, igual yo voy por un sueño” y la mujer no: “Allá tengo que hacer algo, porque ya dejé, por lo general dejé hijos o voy porque me tengo que reunir con algún familiar, con mi esposo.

(Psicólogo JSVIII/Casa del Migrante)

Problemas de salud y acceso a servicios de salud

El 18.8% del total de migrantes encuestados tuvieron algún problema de salud en las dos semanas previas a la encuesta, siendo las enfermedades respiratorias lo más común en hombres (45.1%) y mujeres (31%) (cuadro III). El 32.6% de los hombres y 45% de las mujeres han acudido a servicios de salud; y casi la totalidad de éstos reportan haber sido atendidos. En su

mayoría, los y las migrantes que buscaron atención médica fueron atendidos en la unidad médica del Programa IMSS-Prospera aledaña a la CMHM. En general, se registró una baja demanda de atención (3.8%) en los centro de salud de la JS VIII. Sin embargo, es relevante señalar que 11.5% de las mujeres y 6.3% de los hombres presentaron un problema de salud de mayor complejidad que requirió atención en una unidad hospitalaria de la JS VIII (cuadro III).

Los recursos para la atención de la salud de los migrantes que acuden a la Casa de Arriaga, provienen principalmente del IMSS-Prospera, de la JS VIII, de la OIM y donaciones de particulares. El personal de la JS VIII brinda el apoyo psicológico, promueve la vacunación, realiza algunas acciones sanitarias; y cuando se requiere de hospitalización redirigen al paciente al hospital de Arriaga sin costo alguno para los migrantes usuarios de la CMHM. El IMSS-Prospera cuenta con personal médico y de enfermería que brinda consulta general todos los días; el número de consultas puede llegar a 30, pero éstas varían de acuerdo a la llegada del tren. Las intervenciones en salud mental se hacen tres veces por semana y dependen de las actividades de diferentes organizaciones y personal voluntario. A pesar de contar con los servicios de atención primaria y de apoyo psicológico, se ha observado que la dinámica de alta movilidad, plantea importantes retos para dar seguimiento médico y continuidad a las terapias:

Tenemos el problema del espacio y del tiempo, porque pues bueno, ellos vienen de paso, su objetivo no es estar acá, es dirigirse a otras fronteras, entonces si el tren llegó ahorita y yo le estoy empezando a dar la consulta, se despide cariñosamente de mí y se retiran. Lo que realmente se le puede dar es intervención en crisis, se le da terapia breve de emergencia, consultorías.

(Psicólogo JSVIII/Casa del Migrante)

También se registran avances en lo que concierne a la prevención y atención del VIH. La JS VIII en colaboración con AHF han organizado actividades de capacitación en temas de oferta, consejería (pre y post) y aplicación gratuita de pruebas de VIH y en el manejo de mecanismos de referencia de los casos reactivos al Programa de VIH/SIDA jurisdiccional.

Salud sexual y reproductiva

El sistema de información que forma parte del MAM, ha permitido documentar aspectos de la SSR de migrantes usuarios de la Casa de Arriaga. Como se muestra en el cuadro IV, 11.7% de hombres y 20.2% de mujeres declararon haber tenido alguna relación sexual durante el tránsito. El nú-

Cuadro III. Problemas de salud y acceso a servicios de salud: Usuarios de la CMHM, 2010-2013

	Todos (n = 2,574) %	Hombres (n = 2,312) %	Mujeres (n = 262) %	p * < = 0.05
Problemas de salud, enfermedad o accidente más frecuentes en las últimas dos semanas †	18.8	18.4	22.1	*
¿Qué tipo de problema(s) tuvo?				
Herida	1.7	1.9	0.0	
Accidente	1.9	1.6	3.5	
Enfermedad respiratoria	43.4	45.1	31.0	*
Enfermedad gastrointestinal	7.4	6.3	15.5	*
Hongos en los pies	6.2	7.0	0.0	*
Deshidratación	2.3	2.6	0.0	
Otro	33.9	32.6	43.1	
Acceso a servicios de salud				
Acudió a algún servicio de salud para atenderse ~	38.2	37.3	44.8	
Lo atendieron‡	92.4	93.1	88.5	
¿A qué persona o institución acudió?				
Consultorio Casa del Migrante	80.0	80.5	76.9	
Consultorio médico particular	2.2	1.9	3.9	
Farmacia	1.6	1.9	0.0	
Centro de salud	3.8	3.8	3.9	
Sanatorio u hospital	7.0	6.3	11.5	
Otro§	3.8	4.4	0.0	
No responde	1.6	1.3	3.9	

† Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

§ Otro: Incluye farmacia y curandero.

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2013.

mero promedio de relaciones sexuales que han tenido es de 2.3 para hombres y 1.2 para mujeres. El 3% de los migrantes encuestados mencionaron haber tenido relaciones sexuales a cambio de comida, dinero o algún otro bien.

El porcentaje de hombres (36.2%) que declaró haber usado condón en su última relación es más del doble que la presentada en mujeres (15.2%). Los indicadores de SSR de los usuarios aluden a importantes necesidades de los migrantes en el rubro de la información y

promoción de uso de condón, las cuales se manifiestan en las diferencias por sexo de diversos aspectos, tales como el uso de anticonceptivos y de prácticas sexuales de riesgo.

El 55% de las mujeres mencionó usar algún método anticonceptivo en el momento de responder la encuesta. Asimismo, 79.8% de las mujeres encuestadas ha estado embarazada alguna vez; con un promedio de 2.9 embarazos. Al momento de contestar el cuestionario, el 7.2% mencionó estar embarazada con un

Cuadro IV. Salud sexual y reproductiva: usuarios de la CMHM, 2010-2013

	Todos (n = 2,574) %, media (DE)	Hombres (n = 2,312) %, media (DE)	Mujeres (n = 262) %, media (DE)	p * < = 0.05
Comportamiento sexual en este viaje				
Ha tenido relaciones sexuales	12.6	11.7	20.2	*
Ha tenido relaciones sexuales a cambio de comida, protección, dinero u otro bien	2.9	2.7	4.4	
¿Cuántas relaciones sexuales ha tenido?	2.2 (3.4)	2.3 (3.7)	1.2 (0.5)	
En su última relación sexual usó condón	34.0	36.2	15.2	*
Uso de métodos anticonceptivos				
Usa algún método anticonceptivo actualmente	---	---	55.1	
Embarazo				
Ha estado embarazada alguna vez [†]	---	---	79.8	
En total ¿Cuántos embarazos ha tenido?	---	---	2.9 (1.5)	
Embarazo actual y uso de servicios de salud				
Actualmente ¿está embarazada? [†]	---	---	7.2	
¿Cuántos meses tiene de embarazo?	---	---	2.8 (1.5)	
¿Ha recibido atención para el cuidado del embarazo? [†]	---	---	52.9	
Casa del Migrante			55.6	
Centro de Salud			22.2	
Otro			22.2	

[†] Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2013.

promedio de 2.8 meses de embarazo. Del total de mujeres embarazadas, el 52.9% ha recibido atención médica para el cuidado de su embarazo, 55.6% lo ha hecho en la Unidad Médica del IMSS-Prospera, 22.2% en el centro de salud de la JS VIII y el resto ha buscado otras opciones.

Violencia contra migrantes en tránsito

La atención para casos de violación a derechos humanos y violencia física y sexual es limitada. En el caso de violencia sexual, la vergüenza que sienten las víctimas es un factor que influye en que no se registren estos eventos. Además, los casos de robos, humillaciones, discriminación e incluso de violencia sexual, han sido interiorizados por los migrantes como parte de los riesgos que se enfrentan en el proceso de movilidad por México. Ajenos al control de los migrantes, se ven como el precio a pagar porque “el que no arriesga no gana”. Ellos expresan conocer los riesgos que implica el viaje y estar dispuestos a enfrentarlos por el deseo de mejorar sus condiciones de vida y en algunos casos, por considerar estos riesgos menores a los que se enfrenan en sus lugares de origen.

No lo han manifestado, o sea saben el riesgo, pero ellos se encomiendan a un ser superior y van para adelante.

(Psicólogo JSVIII/Casa del Migrante)



Fotografía II. Migrante cocinando en la CMHM

En Arriaga se han documentado casos de violencia sexual en hombres, mujeres y grupos sexuales minoritarios como travestis, transgénero y transexuales. En estas situaciones de alta vulnerabilidad, la persona migrante que logra hacer una denuncia puede obtener un documento migratorio de permanencia (FM2). Como se muestra en el siguiente testimonio, a partir de ese momento, el permanecer en México es considerado una buena opción:

Tengo aplicación de trabajo. Mi plan en sí es quedarme por lo menos un año más aquí, renovar mi documento y salir una vueltecita a Guatemala y regresar. Me dicen que el documento es temporal, depende de mi comportamiento y si es renovable y voy y me lo renuevan y me dan mi FM2.

(Hombre de 51 años, originario de El Salvador. Víctima de secuestro y violación sexual)

El cuadro V muestra algunos datos sobre los eventos violentos sufridos por migrantes en tránsito. Según el registro, el 16.4% de los y las migrantes ha sido víctima de algún evento violento durante el viaje. Entre los más frecuentes se mencionó víctima de robo con el 87.2% de casos, 54% han sido amenazados con armas y 15% fueron golpeados y lesionados.

Asimismo, los datos indican que el secuestro y la violencia sexual constituyen un grave problema que afecta con mayor intensidad a las mujeres migrantes. El 0.3% de los hombres reporta haber enfrentado violación sexual y 4% secuestro, mientras que estas proporciones ascienden a 6.7% y 13.3% en el caso de las mujeres. En ambas variables se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

A pesar de haber enfrentado las diversas manifestaciones de la violencia, 98% de los hombres y 92.3% de las mujeres mencionaron que continuarán con su viaje hacia el norte.

En este contexto se busca canalizar a las víctimas de violencia a la FEDCCI; sin embargo, se ha dificultado el seguimiento de casos, pues el municipio no cuenta con un módulo de derechos humanos (CNDH o CEDH) y las quejas sólo son recibidas hasta la ciudad de Tapachula. Este mecanismo de referencia impone importantes obstáculos para los migrantes, pues implica un retroceso en su tránsito.

Vinculación interinstitucional

La vinculación interinstitucional se expresa en la colaboración de la CMHM con diversas instituciones y organizaciones sociales, así como la cooperación con la CEDH y la CNDH. Particularmente, se identificaron los siguientes actores que realizan acciones coordinadas con el albergue: el Ayuntamiento de Arriaga, la Policía Fronteriza, el Grupo Beta, la SPDFSYPECI, la CEDH y la CNDH, los consulados de Guatemala y El Salvador, el DIF, la Secretaría de Salud-Jurisdicción Sanitaria VIII y el IMSS-Prospera.

Como se ha señalado la JS VIII y el IMSS-Prospera son las instituciones que están directamente involucradas en la provisión de servicios de prevención y atención en salud de las personas migrantes en tránsito. Ambas instituciones trabajan de manera coordinada con la Casa del Migrante de Arriaga. Sin embargo, dicha coordinación no se traduce necesariamente en una atención integral en salud para los migrantes.

Si bien existen recursos humanos e infraestructura básica para la atención en salud, aún no se ha diseñado un programa de prevención y promoción de la salud para atender las necesidades específicas de la población de migrantes en tránsito. De igual manera, se evidenció escases de insumos básicos para la atención en salud. La falta de equipo y recursos en salud en la CMHM de Arriaga, evidencia la necesidad de trabajar en el fortalecimiento de la respuesta social sobre migración y salud.

No obstante, en este capítulo se ha señalado que uno de los alcances de la CMHM se expresa en la provisión de servicios de atención

Cuadro V. Violencia contra migrantes en tránsito: usuarios de CMHM, 2010-2013

	Todos (n = 2,574) %	Hombres (n = 2,312) %	Mujeres (n = 262) %	p * < = 0.05
Violencia				
¿Ha sufrido algún evento violento en éste viaje?†	16.4	16.3	17.2	
¿Qué tipo de evento violento sufrió?				
Humillación	9.7	9.6	11.1	
Secuestro	5.0	4.0	13.3	*
Amenaza con arma	53.9	55.1	44.4	
Robo	87.2	87.2	86.7	
Golpes	15.0	14.9	15.6	
Violación sexual	1.0	0.3	6.7	*
Después de haber sufrido un acto violento ¿continuará su viaje?†	97.4	98.0	92.3	

~ Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2013.

primaria a la salud y de atención psicológica, así como la implementación de talleres y pláticas preventivas que son llevadas a cabo por personal de la JS VIII, DIF y voluntarios. Sin embargo, las actividades de promoción y prevención de riesgos dependen de lo que las instituciones y voluntarios puedan realizar de acuerdo a sus conocimientos e intereses.

También se evidenció la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción y defensa de los derechos humanos. Aún son escasas las estrategias para la difusión de información y persisten dificultades para realizar trabajo coordinado con la CEDH y la CNDH. En suma, la CMHM requiere mejorar los rubros de salud y derechos humanos.

Discusión y conclusiones

La CMHM de Arriaga se encuentra ubicada en un punto estratégico de la ruta migratoria determinada por la red ferroviaria. En la última década, la CMHM ha realizado esfuerzos relevantes para brindar atención de necesidades apremiantes de las personas migrantes. Las iniciativas impulsadas desde la CMHM, la implementación del MAM impulsado por el INSP y el trabajo coordinado con los servicios públicos de salud han contribuido a fortalecer la capacidad de respuesta para abordar el vínculo migración y salud.

Sin embargo, la CMHM aún presenta limitaciones estructurales y organizativas, lo cual repercute en el alcance de la respuesta dirigida a brindar una atención integral a la salud del migrante, y también restringe el alcance de las intervenciones en materia de acompañamiento en casos de violaciones a derechos humanos y delitos. De manera particular, estas limitaciones también afectan la aplicabilidad y monitoreo del MAM diseñado por el INSP; a pesar de ello, se han registrado avances en la imple-

mentación del sistema de información sobre migración y salud, así como en la provisión de servicios focalizados en áreas prioritarias de la SSR como es la atención de casos de violencia sexual y la implementación de estrategias de prevención y diagnóstico de casos de VIH.

Otra fortaleza se expresa en la articulación de la red local. En este sentido, la CMHM ha logrado mantener y establecer vínculos que sientan las bases para articular una red funcional que tiene entre sus prioridades la prevención de riesgos y la atención de necesidades en salud de migrantes en tránsito. Sin embargo, como se ha evidenciado en este trabajo, la red aún está en proceso de fortalecimiento. Por ello, se considera relevante la sostenibilidad de las estrategias desarrolladas al interior de la CMHM, así como el fortalecimiento de los mecanismos de colaboración interinstitucional para facilitar el acceso a servicios de salud en la población migrante. En este marco de colaboración resulta prioritaria la sostenibilidad y mejoramiento de las intervenciones desarrolladas por la JS VIII, así como el fortalecimiento de los servicios que se prestan en la Unidad Médica del IMSS-Prospera.

Además se considera indispensable el fortalecimiento de la red a fin de que cuente con capacidad de respuesta ante posibles cambios. De acuerdo con el director de la CMHM, antes de que el tramo ferroviario de Tapachula a Arriaga se averiara, los migrantes mutilados por accidentes en el tren se concentraban en Arriaga. Ahora, los accidentados están siendo dirigidos a la siguiente parada en el tránsito, Ciudad Ixtepec. Esta situación preocupa, pues ante la eventual rehabilitación de las vías, es posible que la problemática se concentre nuevamente en el área. Este tipo de contingencias plantean una alerta tanto para la CMHM, los servicios públicos de salud, como para los diferentes actores involucrados en la respuesta al vínculo migración, salud y derechos humanos.

Referencias

1. INEGI. Arriaga, Chiapas. Cuaderno estadístico municipal, 2003. Consultado en mayo de 2014 en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/default.aspx?c=265&s=inegi&upc=702825054021&pf=Prod&ef=&f=2&cl=0&tg=8&pg=0>. México 2003.
2. INEGI. Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2013. Consultado el 21 de mayo en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2013/AEGPEF_2013.pdf. México 2013.
3. INEGI. Síntesis estadística municipal. Arriaga, Chiapas, 2012. Consultado el 7 de mayo de 2014 en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/?e=00>. México 2012.
4. CONAPO. Índice de marginación por y municipio, 2010. Consultado en marzo de 2016 en: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio. México 2011.
5. Ayuntamiento Municipal Constitucional de Arriaga. Plan de Desarrollo Municipal 2011-2012. Consultado en septiembre de 2014 en: http://www.haciendachiapas.gob.mx/planeacion/planes_desarrollo_muni.asp. Chiapas, México 2011.
6. CNDH. Informe especial sobre los casos de secuestro en contra de migrantes. Consultado en junio de 2014 en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7932.pdf?view=1>. México 2009.
7. CNDH. Identifica CNDH zonas de riesgo para migrantes. Consultado en junio de 2011 en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Comunicados/2011/COM_2011_092.pdf. México; 2011.
8. Rivas-Castillo J. ¿Víctimas nada más?: Migrantes centroamericanos en el Soconusco, Chiapas. Nueva Antropología. 2011;24:9-38
9. Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2010. Diagnóstico situacional, Arriaga, Chiapas. Cuernavaca, México: INSP; 2010.

Casa del Migrante en Ixtepec, Oaxaca: Albergue Hermanos en el Camino

Cristian Torres Robles, César Infante Xibillé



Contexto sociodemográfico

El estado de Oaxaca se ubica al sureste de México. Colinda con los estados de Guerrero al oeste, Puebla y Veracruz al norte y Chiapas al este, y con el Océano Pacífico al sur, donde ostenta una costa de casi 600 km de largo. Es el quinto estado más grande del país, ocupando 4.8% de la superficie total del territorio nacional. En 2010 vivían en Oaxaca 3.8 millones de personas;

34.2% de ellos son indígenas, siendo ésta una de las proporciones más altas del país. El 16.2% de la población total del estado es analfabeta, el 55.5% es población ocupada y más de la mitad de sus habitantes (66.8%) vive en situación de pobreza. La tasa bruta de natalidad es de las más altas del país (20.6), mayor incluso que la media a nivel nacional. Por otra parte, la tasa bruta de mortalidad es de 7.1 (cuadro I) (1).

Cuadro I. Características sociodemográficas y económicas del estado de Oaxaca

	Año	Estados Unidos Mexicanos N (%)	Oaxaca N (%)
Población total	2010	112 336 538	3 801 962 (3.4)
Población indígena*	2010	6 695 228 (6.7)	1 165 186 (34.2)
Población analfabeta†	2010	5 393 655 (7.8)	421 810 (16.2)
Tasa bruta de natalidad por cada 1,000 habitantes	2014	18.9	20.6
Tasa bruta de mortalidad por cada 1,000 habitantes	2014	5.7	7.1
Pobreza‡	2014	53 349.9 (45.5)	2 662.7 (66.8)
Pobreza extrema‡	2014	11 529.0 (9.8)	1 130.2 (28.3)
Población ocupada#	2015	49 549 331 (56.3)	1 579 240 (55.5)

* Población de 5 años y más que habla lengua indígena

† Población de 15 años y más según condición de analfabetismo

‡ Miles de personas

Población total de 14 y más años de edad

& Millones de pesos a precios corrientes per cápita

Fuente: INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico de Oaxaca 2015. México: INEGI, c2015.

Las condiciones sociales de Oaxaca se ven reflejadas en su bajo IDH (0.681) (2); además tiene un grado de marginación muy alto, que lo coloca en el segundo lugar a nivel nacional (3).

Ciudad Ixtepec se encuentra en la región del Istmo de Tehuantepec en Oaxaca. Colinda al norte con el Barrio de la Soledad, al sur con San Pedro Comitancillo y Asunción Ixtaltepec, al oeste con Santo Domingo Chihuitán y al este con Asunción Ixtaltepec. El municipio alberga a una población de 26,450 habitantes, de los cuales 47.9% son hombres y 52.1% son mujeres (4). Su economía es altamente terciarizada; 63.4% de su población está ocupada en los sectores de servicio y comercio. Únicamente el 5.7% se ocupa en el sector primario donde la actividad agropecuaria es principalmente de autoconsumo y se realiza por los pobladores locales (4). Estos datos expresan la precaria realidad social a la que se enfrentan los pobladores cotidianamente; vi-

viendo en condiciones de marginalidad, pobreza y con escasas oportunidades de educación y trabajo. En este contexto, la desventaja de los migrantes en tránsito es aún mayor, pues sumado a las condiciones del contexto se encuentran con el abuso y la explotación laboral, aunada a la constante persecución por parte de las policías municipales, agentes de migración y la violencia de la que suelen ser víctimas (5).

Contexto migratorio

Si bien Oaxaca es una entidad federativa de reciente incorporación a la dinámica de migración internacional, es un estado con alta intensidad migratoria hacia los EUA (6), y una moderada participación en los eventos de aseguramientos y devoluciones de migrantes extranjeros, aportando 5.9% de los mismos en el periodo 2007-2015 (cuadro II).

Dado que los migrantes indocumentados utilizan el tren de carga como principal medio de transporte, para internarse en México con destino a los EUA, es frecuente que tengan que transitar por Ciudad Ixtepec, la cual funciona como la puerta de entrada a Oaxaca, y representa el punto de convergencia de los flujos migratorios procedentes de Centroamérica, en donde muchos de ellos llegan en tren desde Chiapas, tras un recorrido que dura 13 horas en promedio.

Ciudad Ixtepec se comunica por carretera con la ciudad de Juchitán, ésta vía entronca con la carretera panamericana y la transístmica, a 310 kilómetros de la Ciudad de Oaxaca (8); a pesar de esto, el medio de transporte más utilizado por los migrantes en tránsito sigue siendo el tren. Dicho trayecto implica riesgos entre los que destacan: asaltos, secuestros, lesiones, fracturas, amputaciones, afectaciones por el tránsito a la intemperie (frio, lluvias, cambios de temperatura, entre otros), e incluso la muerte. A esta problemática se le suma la percepción negativa que existe hacia los migrantes por parte de las autoridades municipales de Ciudad Ixtepec, al ser considerados como un problema para el entorno del municipio.

El Gobierno Estatal, el Gobierno Municipal y el Síndico Municipal, han expresado que los migrantes no debían de estar aquí, porque son delincuentes. Tanto en la gestión anterior como en esta, los dos han sido iguales.

(Coordinador AHC)

El testimonio anterior expresa la carencia de una política migratoria que responda a las necesidades de los migrantes en tránsito por esta ciudad. Ante ello, las organizaciones de la sociedad civil se han constituido en el recurso de respuesta más relevante al asunto migratorio; motivo por el cual frecuente son objeto de hostilidad y asedio por las autoridades.

Recursos públicos para la atención de la salud

A nivel estatal, Oaxaca tiene un total de 1,573 unidades médicas y 6,810 profesionistas médicos; cada unidad médica tiene un promedio de 4.3 médicos, brindando así 1,548 consultas por médico y 6,705 consultas por unidad médica al año (1). El municipio de Ixtepec cuenta con 6 unidades médicas y un total de 73 médicos, lo que corresponde a 0.7 médicos por 1000 habitantes; los cuales se encuentran muy concentrados en algunas unidades médicas (12.1), en comparación al nivel estatal (cuadro III) (1).

El municipio de Ixtepec recibe los servicios de salud que son coordinados por la JS II, con sede en la ciudad de Juchitán de Zaragoza; cuenta con un centro de salud y un hospital, responsabilidad de los Servicios de Salud de Oaxaca. Además, existe una Unidad Médica Familiar del ISSSTE, una Unidad Médica Familiar del IMSS, un centro de salud atendido por el ayuntamiento, cuatro sanatorios particulares y tres laboratorios de análisis clínicos.

La atención a los migrantes en tránsito no está asignada a los programas de la JS II, aun cuando son considerados como parte de los grupos vulnerables, a quienes brindan atención. Los servicios locales de salud se enfrentan casi de manera permanente a una situación de crisis, expresada en la escasez de insumos y de infraestructura para la atención en salud. En este contexto que se presta la atención tanto a población local como a migrantes en tránsito.

De acuerdo a testimonios de los proveedores de servicios de salud del centro de salud en Ciudad Ixtepec, la atención a migrantes se brinda de forma gratuita y de acuerdo a la disponibilidad de insumos, se les entrega o no el medicamento. Esto ocasiona situaciones de conflicto con los responsables del Albergue de migrantes, quienes buscan dar respuesta a la escasez, sobre todo a nivel hospitalario:

El problema es que en hospital general, el hospital civil, hay poco personal, a veces faltan implementos, alguna medicina. Pero también hay una falta de información sobre legislación nueva [migración], sobre derechos humanos.

(Coordinador AHC)

Siempre, ha habido casos en que no hay, por ejemplo, suero o cosas así, este, para que se les pongan y tenemos que ir a comprarlo nosotros, entonces vamos y lo compramos con nuestro propio dinero, lo compramos porque no, no hay.

(Coordinador AHC)

También hay experiencias de una mala atención a migrantes, como lo demuestra el siguiente testimonio.

Me di cuenta que estaba en Oaxaca. Allí recibí una mala práctica médica, en el hospital de Juchitán. Me atendieron, me quitaron mi ropa, me limpiaron, me sacaron placas, esperando a entrar al quirófano. Ese día martes no pude entrar. Me ignoraron en una camilla. Me enviaron a Arriaga y de ahí a Tapachula, Chiapas en donde me han brindado la atención completamente de la fractura de mi brazo derecho.

(Migrante hondureño lesionado en el tren hacia Ixtepec)

Cuadro II. Eventos de extranjeros devueltos por la autoridad migratoria mexicana en el estado de Oaxaca, 2007-2015

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nacional N	113,206	87,386	64,447	65,802	61,202	79,643	80,902	107,814	155,418
Oaxaca N	5,012	6,028	2,699	4,666	4,632	4,535	6,264	6,818	6,656
%*	4.4	6.8	4.1	7.0	7.5	5.6	7.7	6.3	4.2

* Respecto al total de aseguramientos en el país

Fuente: (7) Segob. Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos. Extranjeros alojados y devueltos. Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos

Cuadro III. Recursos de salud en el municipio de Ixtepec, Oaxaca, 2011

	Oaxaca N (%)	Ixtepec N (%)
Total del personal médico por institución*	6,810 (100)	73 (1.0)
Total de unidades médicas por institución*	1,573	6 (0.3)
Promedio de médicos por unidad médica	4.3	12.1
Consultas por médico	1,548	1 394
Consultas por unidad médica	6,705	16 967
Consultas externas otorgadas por las instituciones públicas a/	10,548,450	101,807 (0.9)

* IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena o Semar, IMSS-Oportunidades, SSA, otras (privado y social). Porcentaje respecto a los recursos a nivel estatal.

Fuente: INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico de Oaxaca 2015. México: INEGI, c2015.

La Casa del Migrante: Albergue Hermanos en el Camino (AHC)

La Diócesis de Tehuantepec y la Comisión de Pastoral de la Movilidad Humana Expresión Migrantes del Episcopado Mexicano, decidieron construir el Albergue Hermanos en el Camino en la Ciudad Ixtepec, buscando generar capacidades para atender las necesidades más básicas de los migrantes en tránsito.

Las metas que se plantea el AHC son brindar seguridad y tranquilidad dentro de un ambiente de respeto, lograr el abastecimiento de alimentos de manera higiénica, suficiente y saludable, y proporcionar ropa y calzado a quien lo solicite; brindar atención médica, emocional y espiritual, así como establecer una comunicación efectiva de los migrantes en tránsito con sus familiares en su país de origen como con los que estén en EUA.

El Albergue inició con actividades directas del Sacerdote Alejandro Solalinde, coordinador del AHC, quien proporciona alimentos a los migrantes que se encontraban en las vías del tren. Posteriormente se involucró en la defensa y orientación de los migrantes que transitan por México desde Tapachula, Tuxtla Chico, Ciudad Hidalgo, Metapa de Domínguez y Mapastepec hasta Oaxaca, y de allí a Veracruz. Finalmente,



Fotografía I. Migrantes y voluntariado en la cocina del Albergue Hermanos en el Camino, 2010

con el apoyo de mujeres de la comunidad, obtuvieron un terreno ubicado a unos metros de las vías del tren; a diez minutos del lugar en donde el tren descarga, para construir el Albergue, que comenzó a funcionar el 26 de febrero 2007.

Recursos para la atención humanitaria y de salud en la Casa del Migrante

La consolidación del AHC, con un espacio físico adecuado para la atención de migrantes en tránsito ha requerido un proceso gradual. En sus comienzos, el perímetro del terreno no contaba con una malla que lo delimitara, por lo que el control interno de los migrantes resultaba difícil. Según testimonios de migrantes, esta falta de control ocasionó situaciones de riesgo para la seguridad tanto del personal como de los propios migrantes, al suscitarse eventos violentos con personas relacionadas con el crimen organizado y con otros migrantes a los que se les había invitado a salir del albergue por su mal comportamiento. Actualmente se cuenta con una valla perimetral e iluminación.

Del mismo modo, algunos problemas de construcción de los dormitorios para migrantes y para personal, cocina, baños, regaderas se han ido abordando gradualmente, como parte de un proceso de vinculación del AHC con diversas organizaciones humanitarias. Sin embargo, persisten retos importantes que ver con el manejo y preparación de alimentos, agua potable, manejo de aguas residuales, dormitorios, entre otros.

Se identificó un organigrama funcional que define las actividades y responsabilidades del personal que trabaja de forma permanente, temporal o como voluntarios; sin embargo, este organigrama no es explícito y requiere de fortalecimiento organizacional que le permita anticipar las necesidades y establecer protocolos de respuesta ante las situaciones del día a día o de emergencia.

El personal del AHC está integrado por el Padre Solalinde como director y responsable, un coordinador, un secretario, dos auxiliares de

servicios, una abogada y dos cocineras, apoyados por un voluntariado fluctuante, sobre el cual hay poco control para establecer el número y tipo de voluntario requerido (figura 1).

El AHC ha logrado avanzar en la resolución de los problemas relacionados con la salud de los migrantes a través de desarrollar diversas formas de colaboración con las instituciones a nivel local. Ejemplos importantes de colaboración fue la participación de MSF, que apoyó con el equipamiento de dos consultorios para atención médica y psicológica de primer nivel; la OIM que ha donado literas para los dormitorios que recientemente se han concluido con el apoyo de la Adveniant. Además han recibido donativos del Vaticano y la Universidad de Notre Dame para acondicionar el dormitorio de mujeres y los baños.

El número de migrantes que acuden al AHC en busca de apoyo humanitario fluctúa entre 150 y 200 personas, dependiendo de la llegada y salida del tren, que pasa cada dos o tres días. Esta cantidad, según el Padre Solalinde, representa una tercera parte de los migrantes que transitan por Ixtepec.

Vinculación interinstitucional

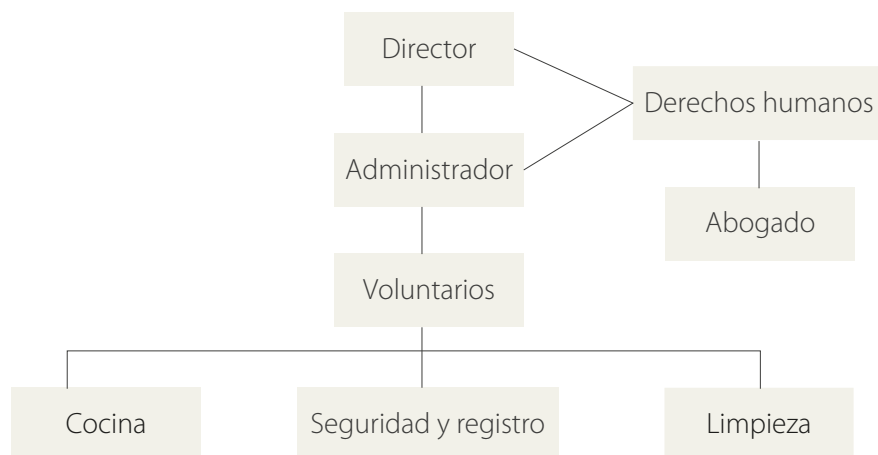
Ciudad Ixtepec, se ha constituido en un contexto de alta prevalencia de diferentes formas de violencia contra los migrantes. Lo anterior ha

impulsado al AHC y a su director a posicionarse como uno de los activistas sociales de mayor presencia por su defensa de los derechos de los migrantes. Sin embargo, esta visibilidad no se ha visto reflejada en una disminución de las amenazas de las que son sujetos el personal del AHC y las agresiones que sufren los migrantes.

En mayo del 2011, se realizó un encuentro de actores clave en salud en las instalaciones del Hospital General de Ciudad Ixtepec. A la reunión asistió personal de MSF así como representantes del AHC, los servicios de salud de Oaxaca, el regidor de salud del municipio, personal del centro de salud urbano, el médico municipal, el presidente municipal de Ixtepec, Grupo Beta del INM, JS II, la CEDH, Hospital General de Ixtepec y del INSP. En esta reunión se presentó la iniciativa de MSF para brindar atención médica y psicológica a los migrantes que reciben atención humanitaria en el AHC. Igualmente, el equipo del INSP presentó los resultados preliminares del análisis de las encuestas recolectadas durante 2010 en el Albergue.

Esta reunión permitió iniciar un diálogo entre los diferentes actores sociales con la intención de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud para migrantes en tránsito. A partir de esto, se firmó un acuerdo de colaboración entre MSF, el Gobierno de Oaxaca y el AHC. La estrategia que planteaba MSF era aprovechar

Figura 1. Organigrama del Albergue Hermanos en el Camino



al máximo los recursos existentes, sin creación de estructuras en paralelo, y que las autoridades sanitarias asumieran la responsabilidad de brindar atención a los migrantes. Además, se contemplaba la creación de dos consultorios para brindar atención médica de primer nivel y actividades preventivas dentro del Albergue. Se buscaba que en el mediano y largo plazo la responsabilidad de la prestación de estos servicios y la atención a migrantes recayera en la estructura de los servicios de salud del estado de Oaxaca directamente.

Estos objetivos se han logrado en el mediano plazo y actualmente el IMSS-Oportunidades es el responsable de brindar la atención en salud a los migrantes que se albergan en el AHC. Asimismo, se ha logrado establecer formas efectivas de colaboración para la atención de la violencia sexual y VIH en migrantes en tránsito con la participación de organizaciones de la sociedad civil. Finalmente, se han establecido formas de colaboración para reforzar el sistema de referencias y traslados existente, sobre todo en la atención a víctimas de accidentes y agresiones en el tramo del tren.

Características sociodemográficas de los migrantes usuarios del albergue

Durante el periodo de implementación del proyecto (2009-2015) fueron entrevistados 1,851 migrantes usuarios del Albergue, de manera no aleatoria. De ellos, 92.1% correspondieron a hombres y 7.8% a mujeres cuya edad promedio es de 28 años, sin diferencias por sexo. La mayoría de ellos provienen de Honduras, El Salvador y Guatemala. Más de la mitad (62%) mencionó tener hijos, sin embargo, son las mujeres las que reportan tener hijos con mayor frecuencia que los hombres; el número promedio es de 2.1 hijos. Destaca el hecho de que 88.9% transita sin documentos migratorios y qué es mayor el porcentaje de hombres (38.3%) que ha llegado alguna vez a EUA, que el de mujeres (21.9%).

Problemas de salud y acceso a servicios de salud

Las acciones en atención a la salud de migrantes se han incrementado por el trabajo en conjunto de los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca y la JS II con diferentes instituciones, agencias internacionales de cooperación y organizaciones de la sociedad civil entre las que destacan Grupo BETA del INM, UNFPA, OIM, MSF, AHF, MEXFAM, Sipam, entre otras. Esta situación refleja el apoyo por parte de las diferentes instancias de gobierno en los niveles municipal y estatal, y según testimonios del coordinador del albergue, se han transformado los procesos de colaboración y atención a migrantes.

En los temas de salud reproductiva y VIH destaca la importante movilización de autoridades de nivel nacional, estatal y municipal en colaboración con organizaciones de la sociedad civil, como Sipam, Mexfam, para analizar e implementar el protocolo nacional, como se encuentra claramente especificado en la NOM prevención y atención de la violencia sexual. Esto ha permitido establecer mecanismos de monitoreo ciudadano, que no son responsabilidad exclusiva del albergue, sino que se cuenta con el soporte de otras organizaciones.

Para la atención de problemas que requieren atención hospitalaria, se ha establecido una vía de comunicación, entre el Hospital de Ixtepec y la Casa del Migrante. El límite en la funcionalidad de esta comunicación se encuentra establecido por la condición de precariedad en las que funcionan los servicios públicos de salud. En forma de ejemplo, se describe el caso de un migrante que sufrió una fractura de tobillo derecho al caer del tren. La atención médica que recibió se limitó a la aplicación de un yeso y la entrega de muletas cuando, por las características de su lesión, requería de corrección quirúrgica y posterior rehabilitación. En esas condiciones de atención el migrante continuó

con su tránsito por México y cuatro meses más tarde se encontraba en la Casa del Migrante de Saltillo, a la espera de la intervención quirúrgica correctiva que necesitaba.

Respecto a su perfil de salud, de acuerdo con el sistema de información del proyecto 23.8% de los migrantes entrevistados reportaron algún problema de salud o accidente en las dos semanas previas a la encuesta. Cabe resaltar que las mujeres reportaron (43.8%) mayor frecuencia de problemas que los hom-

bres. Los problemas más frecuentes en ambos sexos fueron las enfermedades respiratorias, gastrointestinales y hongos en los pies; 55.3% reportó haber tenido otro problema de salud (cuadro V).

59.1% de los migrantes buscó atención en algún servicio de salud; prácticamente todos fueron atendidos. De éstos, 79.6% recibieron atención en la Casa del Migrante, en el centro de salud 5.7%, consultorio médico particular 4.2% y farmacia 3.4%.

Cuadro IV. Características sociodemográficas y experiencia migratoria: usuarios del Albergue Hermanos en el Camino. Ixtepec, Oaxaca, 2009-2015

	Total (n = 1,851) %, media (DE)	Hombres (n = 1,705) %, media (DE)	Mujeres (n= 146) %, media (DE)	p * < = 0.05
Sexo				
Mujeres	7.89			
Hombres	92.11			
Edad (promedio)	28.1 (7.9)	27.9 (7.8)	30.2 (8.9)	
País de origen				
Nicaragua	4.75	5.04	1.37	
Honduras	39.22	38.53	47.26	
Guatemala	22.64	23.70	10.27	
El Salvador	31.06	31.20	29.45	
México	0.70	0.35	4.79	
Otro	1.62	1.17	6.85	
Tiene hijos				
Sí	62.07	60.65	78.77	*
Número de hijos				
Media (DE)	2.1 (1.3)	2.0 (1.3)	2.5 (1.4)	
Experiencia migratoria				
Sin documentos migratorios	88.98	89.79	79.45	*
Ha llegado alguna vez a Estados Unidos	37.06	38.36	21.92	*

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

Salud sexual y reproductiva

11.9% del total de los migrantes tuvieron relaciones sexuales en su viaje; las mujeres reportaron (29.4%) mayor frecuencia que los hombres (10.5%), ambos en un promedio de 2.6 relaciones sexuales.

En primer lugar no se ha dado la oportunidad [de tener relaciones sexuales] y tam-

bién es un riesgo ¿no? Podría ser sexo con alguien que uno no conoce y es peligroso.

(Migrante Hondureño)

De las mujeres que tuvieron relaciones sexuales, 2.3% de las mujeres reportaron haber tenido sexo a cambio de algún bien, protección o servicio. Una alta proporción del total de los migrantes utilizó condón en su última relación se-

**Cuadro V. Problemas de salud y acceso a servicios de salud:
Usuarios del Albergue Hermanos en el Camino. Ixtepec, Oaxaca, 2009-2015**

	Todos (n= 1,851) %	Hombres (n= 1,705) %	Mujeres (n= 146) %	p *≤ 0.05
Problemas de salud, enfermedad o accidente más frecuentes en las últimas dos semanas [‡]	23.82	22.11	43.84	*
¿Qué tipo de problema(s) tuvo?				
Herida	4.31	4.24	4.69	
Accidente	2.27	2.65	0.00	
Enfermedad respiratoria	22.45	22.81	20.31	
Enfermedad gastrointestinal	12.70	13.00	10.94	
Hongos en los pies	8.39	9.02	4.69	
Deshidratación	5.44	5.84	3.13	
Otro	55.33	54.38	60.94	
Acceso a servicios de salud				
¿Acudió a algún servicio de salud para atenderse? [‡]	59.18	58.36	64.06	
¿Lo atendieron? [‡]	99.62	99.55	100.00	
¿Dónde lo atendieron?				
Casa del Migrante	79.69	84.55	53.66	
Consultorio médico particular	4.21	4.09	4.88	
Farmacia	3.45	2.73	7.32	
Centro de Salud	5.75	2.27	24.39	
Sanatorio u hospital	2.30	2.27	2.44	
Otro	4.60	4.09	7.32	

[‡] Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

xual (79.7%); sin embargo, fue más frecuente en hombres (84.6%) que en mujeres (31.9%). 44.9% de las mujeres mencionaron estar utilizando algún método anticonceptivo al momento de la encuesta.

De las mujeres encuestadas, 67.8% ha estado embarazada alguna vez, con un promedio de 3.1 embarazos; 7% de las mujeres reportaron estar embarazadas al momento de la entrevista con un promedio 5.5 meses de gestación. Del

total de mujeres embarazadas, 75% han recibido atención médica, en su mayoría en el centro de salud.

Violencia contra migrantes en tránsito

Un rasgo característico del Albergue es su preocupación por la defensoría de los derechos humanos del migrante. El apoyo brindado en esta materia se da en forma de asistencia para las

Cuadro VI. Condiciones de salud sexual y reproductiva: usuarios Albergue Hermanos en el Camino. Ixtepec, Oaxaca, 2009-2015

	Todos (n= 1,851) %, media (DE)	Hombres (n= 1,705) %, media (DE)	Mujeres (n= 146) %, media (DE)	p * <= 0.05
Comportamiento sexual en este viaje				
Ha tenido relaciones sexuales	11.9	10.5	29.4	*
Sexo transaccional [‡]	0.7	0.6	2.3	
¿Cuántas relaciones sexuales ha tenido?	2.6 (3.1)	2.7 (3.2)	2.4 (2.5)	
Usó condón en su última relación sexual	79.7	84.6	31.9	*
Métodos anticonceptivos				
Actualmente usa anticonceptivo	44.9	---	44.9	
Embarazo				
Ha estado embarazada alguna vez [§]	67.8	---	67.8	
¿Cuántos embarazos ha tenido?	---	---	3.1 (1.6)	
Actualmente ¿está embarazada? [§]	7.0	---	7.0	
¿Cuántos meses tiene de embarazo?	---	---	5.5 (2.1)	
¿Ha recibido atención para el cuidado del embarazo? [§]	---	---	75.0	
Consultorio médico particular			16.6	
Centro de Salud			50.0	
Sanatorio u hospital			33.3	

[‡] Ha tenido relaciones sexuales a cambio de comida, protección, dinero u otro bien.

[§] Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

denuncias de violaciones y asesoría legal, ante situaciones de abusos por parte de autoridades involucrados y delinquentes relacionados con asaltos y secuestros a migrantes.

¿Y cómo fue la denuncia? ¿A quién acudieron? ¿Cómo fue todo ese proceso?

Con los de derechos humanos al siguiente día en la noche vinieron [...] estábamos todos en un grupo ahí estaba el Padre. Él estaba ahí, no nos dejaba solos dijo que a través de esta denuncia nos darían la FM3.

(Migrante Salvadoreña)

Cabe señalar que el albergue cuenta con un registro de los migrantes que incluye datos sobre problemas durante su tránsito por México, y constituyen una fuente de información

clave que permite documentar situaciones de violación grave de los derechos humanos.

El albergue se ha caracterizado por el ímpetu y compromiso de su director y su personal, quienes son activos promotores de la defensa de los derechos humanos de los migrantes. De acuerdo con los datos generados por el sistema de información del proyecto la situación de violencia que viven los usuarios del albergue es la siguiente:

36.9% de los encuestados sufrieron algún tipo de violencia; sin embargo, la violencia en esta región afecta de forma diferencial por género, la mitad de las mujeres (51.3%) reportaron haber sufrido algún acto violento en comparación con los hombres (35.7%). Las agresiones más comunes son el robo de pertenencias, amenazas con armas, las humillaciones públicas y los golpes y lesiones. Del total, 3.8% declaró haber sido secuestrado; respecto a la violencia sexual, los hombres

Cuadro VII. Violencia contra migrantes en tránsito: usuarios del Albergue Hermanos en el Camino. Ixtepec, Oaxaca, 2009-2015

	Todos (n= 1,851) %	Hombres (n= 1,705) %	Mujeres (n= 146) %	p * < = 0.05
Violencia				
¿Ha sufrido algún tipo de violencia en este viaje?*	36.95	35.72	51.37	*
Tipo de violencia				
Secuestro	3.80	3.61	5.33	
Robo	93.42	93.92	89.33	
Humillación	51.17	50.25	58.67	
Amenaza con arma	78.36	79.15	72.00	
Golpes	18.86	19.21	16.00	
Violación sexual	1.32	0.33	9.33	*
Después de haber sufrido un acto violento: continuará su viaje ~	93.67	94.18	89.39	

* Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

reportaron menor frecuencia (0.3%) que las mujeres (9.3%), las mujeres tienen una probabilidad nueve veces mayor de sufrir violencia sexual respecto a los hombres (cuadro VII).

Al igual que en los casos de defensoría de derechos humanos, el albergue cuenta con mecanismos de denuncia de episodios de violencia en contra de los migrantes basados en acción directa a instancias responsables como son ministerios públicos y comisiones de derechos humanos.

Bueno, aquí lo primero que hace si lo asaltaron, la persona, va a poner la denuncia en el ministerio público para que pueda obtener sus papeles. Él [el coordinador] aquí da el apoyo por parte de la casa.

(Migrante Hondureño)

Ante los eventos de violencia sexual, la casa cuenta con lineamientos que incorpora a diferentes programas gubernamentales de salud y sociedad civil, siguiendo la aplicación de la Norma Oficial México para la prevención y atención de la violencia sexual; para ello, se cuenta con una red de servicios de salud (centros de salud y hospitales) ubicados en la ruta migratoria de tránsito por el estado de Oaxaca.

Discusión y conclusiones

Ixtepec, Oaxaca se ha constituido en el lugar clave en el tránsito de la frontera sur de México, por su ubicación (a más de 1,000 km de la frontera sur de México), que representa una primera fase del tránsito en un contexto social de violencia. A partir de la creación del Albergue Hermanos en el Camino, y del liderazgo que ha logrado alcanzar debido a sus actividades de promoción y defensa de los derechos humanos de los migrantes, la situación de grave adversidad social que vivían los migrantes en esta comunidad ha cambiado sustantiva-

mente. El Albergue constituye el espacio de representación social de los intereses de los migrantes en tránsito.

Dado el perfil de violencia en la región, con cierta focalización en migrantes, las actividades de defensa han sido las más visibles de interés para la sociedad; no obstante, el Albergue de manera progresiva ha ido ampliando su red de colaboración y cooperación institucional soporte de su funcionalidad. Los temas de violencia y sus efectos en salud, tanto para su prevención como para la atención de sus consecuencias, representan uno de los ejes clave de la organización de los servicios del albergue. Al respecto, ha sido uno de los pocos lugares en que se ha logrado un análisis y respuesta conjunta de las instituciones de nivel nacional, estatal y municipal para contar con un esquema de respuesta rápida a las necesidades de salud en general, con especial foco de atención en la violencia sexual contra las mujeres.

El albergue ha logrado contar con el apoyo de organizaciones líderes en el ámbito de la salud pública internacional (MSF, AHF, UNFPA) y nacionales como el IMSS-Oportunidades y SSA, a nivel jurisdiccional, estatal y nacional. Además debido a la experiencia ganada en la defensoría de derechos humanos, la CNDH y su representación estatal han acompañado las gestiones de defensa de derechos iniciadas por los directivos del albergue.

Dada la complejidad y la diversidad de los asuntos a los que da respuesta el albergue, en el corto plazo será necesario visitar su organización funcional con el fin de establecer mecanismos operativos que le den mayor funcionalidad al albergue como espacio de atención humanitaria, y hacia el exterior con el fin de dinamizar la amplia red social de apoyo construida desde el ambiente local con presencia internacional para la defensoría de los derechos humanos de los migrantes en tránsito, no sólo por Ixtepec, Oaxaca, sino por México.

Referencias

1. INEGI. Anuario estadístico y geográfico de Oaxaca 2015. México: INEGI; 2015.
2. PNUD. Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas, México 2015: Avance continuo, diferencias persistentes. México: PNUD; 2015.
3. CONAPO. Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2010. Consultado en marzo de 2016 en http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Marginacion2010.
4. INEGI. Síntesis estadística municipal, Ciudad Ixtepec, Oaxaca, 2013. Consultado en marzo de 2016 en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825077174> 2013.
5. INSP. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México. Diagnóstico situacional, Ciudad Ixtepec, Oaxaca. Cuernavaca, México: INSP; 2010.
6. CONAPO. Índice de intensidad migratoria, 2010. Consultado en septiembre de 2014 en http://www.conapo.gob.mx/swb/CONAPO/Indices_de_intensidad_migratoria_Mexico-Estados_Unidos_2010 2010.
7. Segob. Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos. Extranjeros alojados y devueltos. Disponible en http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos2016.
8. García-Medina C. Crecimiento urbano de Ciudad Ixtepec, Oaxaca, México. Estudios Históricos. Consultado el 5 de septiembre de 2014 en <http://www.estudioshistoricos.org/edicion10/eh1002.pdf> 2013.

Casa del Migrante en San Luis Potosí, San Luis Potosí: Casa de la Caridad Hogar Migrante (CCHM)

César Infante Xibillé, Cristian Torres Robles



Contexto sociodemográfico

El estado de San Luis Potosí se localiza en el centro-norte del territorio nacional. Colinda con los estados de Zacatecas, Nuevo León y Tamaulipas al norte, al este con Veracruz de Ignacio de la Llave, al sur con Hidalgo, Querétaro y Guanajuato, y al oeste con Zacatecas. De acuerdo con el INEGI en el Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa (2015), cuyos datos corresponden a 2010, el estado de SLP tenía 2.5

millones de habitantes; el 7.9% era población analfabeta; 10.3% de la población hablaba alguna lengua indígena entre las que destacaban el Náhuatl (55.4%) y el Huasteco (38.5%). Para el 2014, poco menos de la mitad de la población (49.1%) vivía en situación de pobreza, con una tasa bruta de natalidad de 19.4, de mortalidad 6.3, y la tasa de fecundidad fue de 2.4, ambas ocupando el séptimo lugar a nivel nacional. En 2015, el estado de SLP reportó que el 55.1% de la población económicamente activa era ocu-

pada (1). Finalmente, en 2010, el estado de SLP ocupó el lugar 23 con un IDH de 0.7144 (2) y el séptimo lugar en marginación con un alto grado a nivel nacional (3).

Por otra parte, el municipio de SLP es la capital del estado y se localiza en la zona centro del estado. De acuerdo con el INEGI, la superficie total del municipio es de 1,443.14 km² y representa el 2.38% del estado. La población total del municipio en 2010 era de 772,604 habitantes de los cuales, 48.1% eran hombres y 51.8%, mujeres (1).

Contexto migratorio

Las vías de comunicación sitúan a SLP en una posición clave para las migraciones nacionales e internacionales. Las carreteras federales que confluyen han ubicado al estado de SLP como uno de los más importantes ejes carreteros en el país. Al norte sus carreteras comunican con Saltillo y Monterrey, al este con Rioverde, Ciu-

dad Valles y Tampico, al sur con Querétaro y la Ciudad de México, y al oeste con Guadalajara y al noroeste con Zacatecas. Estas rutas carreteras pueden significar una opción viable para los migrantes que buscan llegar a ciudades fronterizas con EUA.

Los eventos de aseguramiento de migrantes internacionales en SLP disminuyeron del 2007 al 2010, para después incrementar en 2011 y mantener una tendencia a la alza en números totales hasta el 2015. Sin embargo el incremento en el número de aseguramientos totales no representa un incremento con respecto al porcentaje a nivel nacional (cuadro II) (4).

En 2014, a nivel estatal se registró una tasa de prevalencia delictiva de 25,873 por cada cien mil habitantes y 459,094 personas víctimas de algún delito (5). Tan sólo en 2011, se registraron 37,308 delitos en averiguaciones previas en el Ministerio Público de las cuales, 41.9% correspondían a robo, 15.7% lesiones, 2.3% homici-

Cuadro I. Características sociodemográficas y económicas del estado de San Luis Potosí

	Año	Estados Unidos Mexicanos N (%)	San Luis Potosí N (%)
Población total	2010	112 336 538	2 585 518 (2.3)
Población indígena*	2010	6 695 228 (6.7)	251 158 (10.3)
Población analfabeta†	2010	5 393 655 (7.8)	140 467 (7.9)
Tasa bruta de natalidad por cada 1000 habitantes	2014	18.9	19.4
Tasa bruta de mortalidad por cada 1000 habitantes	2014	5.7	6.3
Pobreza‡	2014	53 349.9 (45.5)	1 338.1 (49.1)
Pobreza extrema§	2014	11 529.0 (9.8)	258.4 (9.5)
Población ocupada#	2015	49 545 156 (55.7)	1 092 049 (55.1)

* Población de 3 años y más que habla lengua indígena

† Población de 15 años y más según condición de analfabetismo

§ Miles de personas

Población total de 14 y más años de edad

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2015. México: INEGI, c2015.

dios y 2.2% delitos sexuales. En el municipio de SLP se registraron 17,432 delitos, lo que representó el 53.6% del total registrado en todo el estado, colocando al municipio como uno de los más peligrosos a nivel estatal. El 50.9% de los delitos fueron por robo, 15.1% por lesiones, 2.6% por homicidios y 1.6%, delitos sexuales (6).

La colonia Las Terceras y la delegación municipal de Bocas en SLP, son dos de los 71 municipios señalados por el Informe Especial de Secuestro a Migrantes de la CNDH como de alto riesgo para el tránsito de migrantes (7). En estos municipios se han identificado casos de robo, secuestro, violencia física y sexual, y asesinatos a migrantes (8). Los municipios de alto riesgo en SLP mencionados por la CNDH tienen una estrecha relación con el trayecto que sigue el tren, y corresponden a puntos estratégicos en donde se distribuyen las rutas hacia estados y ciudades fronterizas como Mexicali, Baja California y Nuevo Laredo.

Como otros migrantes, los que llegan hasta SLP, algunos de ellos viajan en condiciones de alto riesgo sobre los vagones del tren. El cansancio del viaje pueden resultar en una caída del tren con graves consecuencias en su salud que pueden ir desde heridas graves, la pérdida de algún miembro del cuerpo o incluso la muerte.

Íbamos subidos en el tren [...] Llevábamos viajando dos horas y algo. Como que

en las vías pusieron unas piedras, o se derrumbó el cerro y pegaron en el tren, y eso fue lo que descarriló el tren. Varios amigos y mi hermano, quedaron debajo de las vías.

(Migrante hondureño, 20 años; accidentado en el tren SLP-Salttillo)

En la actualidad, las terminales del tren SLP-Salttillo se encuentran custodiadas por empresas de seguridad privada que impiden la llegada o salida del tren con migrantes a bordo. Esto obliga a los migrantes a subir y bajar del tren, 15 km antes de su llegada y 15 km después de su salida, lo cual representa un alto riesgo de caer al intentar abordar el tren debido a su velocidad con que se desplaza.

En esta casa del migrante se han tenido que atender hasta 1,300 migrantes en un solo día, ya que en la terminal de Apizaco ya no se les permite subirse al tren debido a que se privatizó y ahora hay vigilancia y la estación está cerrada. Por esta razón aumentan los riesgos para el migrante porque debe subirse al tren en movimiento y es una maniobra de alto riesgo.

(Coordinadora de programas de CCHM)

Cuadro II. Eventos de extranjeros devueltos por la autoridad migratoria mexicana en el estado de San Luis Potosí, 2007-2015

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nacional N	113,206	87,386	64,447	65,802	61,202	79,643	80,902	107,814	155,418
San Luis Potosí N	3,111	2,240	1,247	1,068	2,360	2,485	1,955	2,487	5,059
%*	2.7	2.6	1.9	1.6	3.8	3.1	2.4	2.3	3.2

* Respecto al total de aseguramientos en el país

Fuente: Segob. Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos. Extranjeros alojados y devueltos. [Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos]

Recursos públicos para la atención de la salud

En el estado de SLP, existen un total de 679 unidades médicas y 4,551 médicos. Por lo tanto, cada unidad médica cuenta en promedio con 6.7 médicos. El estado brinda 1,763 consultas por médico y 11,818 consultas por unidad médica en promedio al año (1).

SLP es de los municipios con mejor infraestructura y recursos en salud. Cuenta con 49 unidades médicas y un total de 2,235 médicos. Por unidad médica tiene un número de médicos mayor que la media a nivel estatal, brindando así 1,293 consultas por médico y 58,983 consultas por unidad médica en promedio al año (cuadro III) (1).

Previo a la reforma migratoria de México en 2010, eran escasas las políticas públicas que buscaban facilitar el acceso a servicios de salud de los migrantes. En SLP, la CCHM es la institución que brinda atención humanitaria y apoyo a migrantes en tránsito por México, ha reportado los obstáculos que enfrentan los migrantes para acceder a la atención médica.

“Los muchachos que llegaban al Hospital Central, eran reportados a migración, por eso no iban al hospital. Con la Ley de migración cambió eso, ahora nos los reportan a nosotros, el personal de la casa le da seguimiento a las personas migrantes que están en el hospital y cuando los dan de alta se vienen para acá. Siempre hay problemas con las trabajadoras sociales, ellas tienen el protocolo de cobrar si se les atiende... el hospital desconoce qué hacer cuando es una persona inmigrante.”

(Coordinadora de programas de la CCHM)

La Casa del Migrante: Casa de la Caridad Hogar Migrante (CCHM)

La ruta migratoria a través del estado de SLP transcurre por una zona semidesértica, por ello es casi obligatoria la parada en su capital antes de entrar a la región fronteriza, donde se ubica la casa. Ésta forma parte de los ejes de trabajo del Centro de Estudios de Promoción Social Caritas, AA y su existencia se remonta al año de

Cuadro III. Recursos de salud en el municipio de San Luis Potosí, 2014

	Estado de SLP N (%)	Municipio de SLP N (%)
Total del personal médico por institución*	4 551 (100)	2 235 (49.1)
Total de unidades médicas por institución*	679	49 (7.2)
Promedio de médicos por unidad médica	6.8	45.6
Consultas por médico	1 689	1 132
Consultas por unidad médica	11,577	58,299
Consultas externas otorgadas por las instituciones públicas*	8 024 562	2 890 210 (36)

* IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena o Semar, IMSS-Oportunidades, SSA, otras (privado y social). Porcentaje respecto a los recursos a nivel estatal.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico de San Luis Potosí 2015. [Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825076207>].

1984, cuando inició como un albergue de la Pastoral Social para familiares de pacientes hospitalizados; sin embargo, de manera progresiva fue ampliando sus servicios a los migrantes.

Los directivos y **staf** de la CCHM enfrentaron el rechazo de la población local, por lo que sufrieron de múltiples actos de violencia en contra del personal, e incluso fue clausurado el salón parroquial de una iglesia ubicada en una de las principales avenidas de SLP en donde venían trabajando por seis años. El cierre de este espacio fue porque las autoridades gubernamentales lo consideraron como un espacio insalubre.

En 1993, se inauguró una casa de atención a migrantes nacionales y extranjeros, en respuesta a la creciente presencia de migrantes en la ciudad de SLP; la Dirección de Cáritas, la Arquidiócesis de SLP e instituciones del gobierno federal, estatal y municipal iniciaron un diálogo para establecer los procesos de mejoría de la infraestructura y para atención a los migrantes. Como resultado de este diálogo, el municipio donó un inmueble cercano a las vías del tren México-Laredo para que ahí se estableciera la CCHM, y abre sus puertas en sus nuevas instalaciones el 1º de noviembre de 2011. Formalmente, fue inaugurada el 12 de noviembre de 2012. La CCHM pertenece a la Iglesia católica, es auspiciada por la Fundación Cáritas y brinda apoyo humanitario integral a los migrantes en tránsito. Su visión es lograr que el albergue sea un espacio que apoye a los migrantes centroamericanos con alimentación, hospedaje, atención en salud y protección a sus derechos humanos para disminuir su vulnerabilidad y sensibilizar a la sociedad potosina acerca de las personas migrantes.

Recursos para la atención humanitaria y de salud en la Casa del Migrante

La CCHM cuenta con un área de recepción y bienvenida que registra de manera obligatoria a los migrantes que desean ingresar. Éste es el primer contacto del migrante con la casa y

también el primer y más importante filtro de seguridad. Tiene una sala para dar la bienvenida a los migrantes, leer el reglamento e informar sobre las actividades que se realizan al interior. El registro incluye fotografía y una revisión física y de sus pertenencias para evitar que ingresen con drogas o armas, o cualquier otro objeto que pueda significar un riesgo para ellos y los demás usuarios. Asimismo, el formato de registro de usuarios les permite identificar a repetidores, ya que solo se permite dos reingresos, y en el segundo sólo se les permite pasar solo una noche.

El registro fotográfico lo comparten con la Red y Pastoral de Movilidad Humana y ha sido utilizado para identificar *polleros*, migrantes vinculados con el crimen organizado y para identificar cuerpos de migrantes en casos que lo requieran las autoridades o familiares.

Tras el registro, los migrantes pasan con la trabajadora social quien trata de identificar necesidades jurídicas, sociales y de derechos humanos, y su posterior canalización a las áreas o instituciones correspondientes.

Para brindar la atención humanitaria, la CCMH tiene una cocina tipo industrial que permite servir tres comidas al día. El DIF estatal es el proveedor más importante de alimentos para la casa, aporta hasta 300 despensas al



Fotografía I. Migrantes en el patio de la CCHM

mes. Otro tanto se consigue de la Red Somos Potosinos del banco de alimentos, y en menor escala alimentos donados por población local. Al día se prepara comida para un promedio de 200 personas. El comedor tiene capacidad para 250 personas y el espacio también es utilizado como salón de usos múltiples para impartir diversas pláticas y talleres.

El dormitorio para hombres cuenta con 200 camas y existen 80 para el de mujeres. Cada dormitorio tiene baños y regaderas propios. Los menores de edad comparten el espacio de pernocta con las mujeres y existe un dormitorio familiar destinado a mujeres embarazadas y mujeres con niños recién nacidos.

La CCHM cuenta con servicio telefónico y de internet que, junto con una pequeña tienda de abarrotes, representan una fuente de ingreso para gastos corrientes de la casa. El área común que se encuentra en la parte posterior la conforman el patio, lavandería y lavado de pies para hombres, las bancas y una cancha deportiva.

La CCHM cuenta con un consultorio médico y una sala de recuperación. El consultorio médico tiene los insumos para brindar atención médica básica, que brinda el personal de salud en servicio social, de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 14:00 horas.

Los insumos y medicamentos provienen en su mayoría de donaciones de la población local y la Cruz Roja. La sala de recuperación esta contigua al consultorio médico y tiene capacidad para tres pacientes. Aunque tienen el equipo para servicio dental, no cuentan con personal ni recursos económicos para comprar los insumos que se requieren.

También cuenta con otra habitación para brindar atención psicológica. Sin embargo, no hay un psicólogo disponible todos los días en la CCHM, debido a las amenazas que sufrieron por brindar atención a migrantes que habían sido secuestrados por delincuentes. A partir de entonces, acude un psicólogo particular como

voluntario y un grupo de psicólogos de la jurisdicción sanitaria los días miércoles para dar pláticas sobre machismo y cómo manejar el “delirio de persecución” que los migrantes presentan durante su tránsito por México.

Como medida de protección de las instalaciones de la casa, la Pastoral de la Movilidad Humana instaló un circuito cerrado de 54 cámaras de seguridad que funcionan las 24 horas. Lo mismo hizo en la calle, donde se encuentra un módulo de vigilancia con presencia policial permanente, que realiza rondines por la colonia. Esto ha contribuido a mejorar la seguridad de la zona y con ello la aceptación y percepción de la CCHM por parte de la comunidad.

En la CCHM utilizan el área de segundo piso del edificio para llevar a cabo reuniones de trabajo y como oficina para el personal que supervisa la casa, mientras que en planta baja se encuentra el consultorio para atención psicológica, la biblioteca que también se ocupa para brindar asesoría jurídica y la oficina de trabajo social y documentación. Una oficina más, fue adaptada como área de juegos y entretenimiento para los niños migrantes que llegan solos o acompañados.

La estructura orgánica de la CCHM está integrada por un equipo de 11 personas de planta (figura 1). El equipo desarrolla las siguientes actividades: administración, recepción y registro, preparación de alimentos, vigilancia, atención médica y limpieza. Además, la CCHM cuenta con personal voluntario, el cual labora por temporadas y cuyo número varía; estos corresponden a personas de la comunidad y estudiantes de universidades que realizan su servicio social. Para los voluntarios se cuenta con área de dormitorios privados.

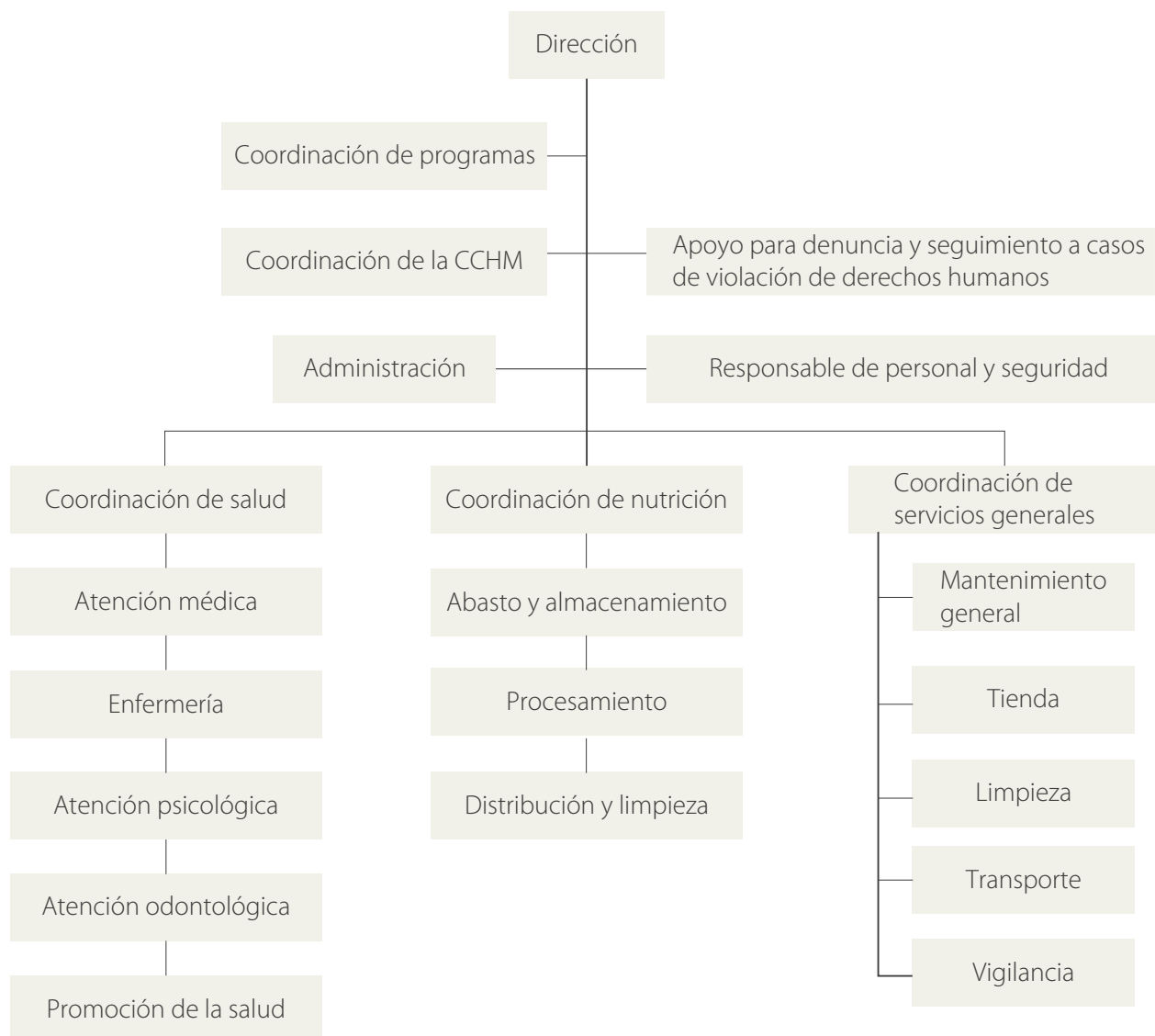
Debido a los problemas de seguridad y amenazas frecuentes sobre anteriores directores de la casa, se tomó la decisión de que la dirección estuviera a cargo del director de Cáritas A.C., que a su vez asume responsabilidades de la vinculación y coordinación interinstitucional.

Vinculación interinstitucional

La CCHM pertenece a la Red y Pastoral de Movilidad Humana que es una red perteneciente a la iglesia católica que brinda atención a migrantes, refugiados y víctimas de trata. La pastoral está formada por las Conferencias Episcopales de países de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe con la finalidad de acompañar de manera integral a los migrantes y su familia en los distintos procesos de la migración (9). Ade-

más, la CCHM está vinculada tanto a autoridades gubernamentales como no gubernamentales locales, estatales y federales; tales como SSA, Sedesol, CNDH, CEDH, Policía Federal, INM, Ejército, DIF estatal y municipal y la iglesia potosina. Esta vinculación permite a la casa tener mayor presencia y representación en las distintas organizaciones gubernamentales para la referencia de migrantes para atención especializada, como es el caso de atención a la salud.

Figura 1. Organigrama de la CCHM



Asimismo, la CCHM cuenta con convenios con organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas para dar pláticas en promoción de la salud. Otra institución que apoya en el tema de atención a la salud (sobre todo de urgencia) de los migrantes es la Cruz Roja de SLP, que además aporta insumos, recursos humanos y materiales para el stock de la casa. Otra fortaleza en sus redes corresponde al vínculo con la Fundación Cáritas, SLP. A través de ésta logran expandir la red social a nivel nacional e internacional encontrando un eco más amplio para la atención a migrantes.

Características sociodemográficas de los migrantes usuarios del albergue

La CCHM está abierta los 365 días del año, las 24 horas. Atiende un promedio de entre 1,000 a 1,200 personas, mensualmente, en su mayoría centroamericanas en situación migratoria irregular, y en menor medida se reciben deportados mexicanos y personas en situación de calle. Durante la implementación del proyecto (2009-2015), se encuestaron de manera no aleatoria a 2,463. De los migrantes entrevistados 2,118 fueron varones y 345 mujeres. El promedio de edad fue de 28 años, concentrándose la mayor proporción en los grupos etarios de 15 a 40 años, es decir, la mayoría de los migrantes se encontraba en edades productivas.

La mayoría de los migrantes usuarios de la casa proceden de Honduras, El Salvador y Guatemala. El 95.6% de los migrantes encuestados refirieron no contar con documentos migratorios. Respecto a su experiencia migratoria, los hombres han llegado con mayor frecuencia (42.4%) que las mujeres (14.7%) a los EUA (cuadro IV).

Problemas de salud y acceso a servicios de salud

En el consultorio médico se brindan un promedio de 25 consultas diarias a migrantes, aunque

se ha llegado a registrar hasta 80 consultas por día. La casa cuenta con apoyo de los servicios locales y jurisdiccionales de salud para la atención de migrantes enfermos, que requieran atención de mayor complejidad. Asimismo, ha establecido convenios con universidades privadas para que egresados de psicología y odontología realicen su servicio social. La Cruz Roja de SLP apoya en las actividades de promoción de la salud una vez al mes, y desarrollan un taller de primeros auxilios y sexualidad.

El personal de salud de la casa ha identificado que los migrantes que transitan por México, son personas sanas. Son escasos los migrantes con problemas crónico-degenerativos no transmisibles y transmisibles. De acuerdo con los datos del proyecto, el 48.3% de los migrantes reportaron haber tenido algún problema de salud. Los principales problemas de salud reportados son los relacionados con enfermedades de vías respiratorias (59.6%), gastrointestinales (11.6%), heridas (11.5%) y hongos en los pies (8.82%). En las mujeres se reportó mayor número de casos de enfermedades gastrointestinales (16%) en comparación con los hombres (10.9%). En relación con los accidentes, las mujeres reportaron mayor número en comparación con los hombres.

Respecto a los migrantes con algún problema de salud en las dos semanas previas a la encuesta, el 68.1% acudió a algún tipo de servicio de salud. De estos, prácticamente todos recibieron atención; en su mayoría en la CCHM (88.8%); en los servicios públicos como el centro de salud se atendió sólo el 2.2%; y en un sanatorio/hospital el 1.9% (cuadro V).

En el hospital Central de SLP fue posible documentar la atención médica de urgencia que se brindó a dos migrantes que habían sufrido múltiples lesiones por el descarrilamiento del tren. La coordinación entre la CCHM y el Hospital fue efectiva y permitió la atención oportuna, libre de discriminación, abusos y/o amenazas de deportación. La atención fue sin

costo alguno; sin embargo, los migrantes no recibieron afiliación al Seguro Popular. El personal de la CCHM también reconoce que aún hay dificultades para lograr que cualquier hospital o centro de salud pública del estado, atienda a los migrantes cuando los problemas de salud requieren mayor complejidad de atención.

Este hospital está abierto para todo tipo de pacientes. Sabemos que ellos (los migrantes) vienen muy desprotegidos, con

muy bajos recursos. Nuestra ayuda en la cuestión de salud, es fundamental para ellos. Nosotros no tenemos discriminación, no vemos su credo; su nacionalidad, solamente vemos su padecimiento, su enfermedad o lo que ellos traigan y con eso nosotros los tratamos de aliviar.

Director General del Hospital Central "Ignacio Morones Prieto", SLP

Cuadro IV. Características sociodemográficas y experiencia migratoria: usuarios de la CCHM en San Luis Potosí, 2009-2015

	Total (n = 2,463) %, media (DE)	Hombres (n = 2,118; 85.9%) %, media (DE)	Mujeres (n= 345; 14.0%) %, media (DE)	p * <= 0.05
Sexo				
Mujeres	14.01			
Hombres	85.99			
Edad (promedio)	28.8 (8.3)	29.1 (8.5)	27.5 (7.2)	
País de origen				
Nicaragua	3.6	3.7	2.9	
Honduras	63.2	63.1	63.4	
Guatemala	12.1	12.1	11.8	
El Salvador	15.6	15.7	15.0	
México	3.8	3.4	5.8	
Otro	1.6	1.7	0.8	
Tiene hijos				
Sí	65.4	64.1	73.6	*
Número de hijos				
Media (DE)	2.4 (1.5)	2.4 (1.6)	2.2 (1.2)	
Experiencia migratoria				
Sin documentos migratorios	95.6	95.4	96.8	
Ha llegado alguna vez a Estados Unidos	38.5	42.4	14.7	*

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

Salud sexual y reproductiva

En la CCHM se imparten pláticas informativas en los temas de SSR, prevención de ITS, VIH/ SIDA, promoción del uso adecuado del condón, anticoncepción, violencia física y violencia sexual. En un inicio, estas pláticas se brindaban de manera grupal con el apoyo de personal ca-

pacitado de la MEXFAM. Sin embargo cuando incrementaron los índices de violencia e inseguridad en el estado, el personal de MEXFAM dejó de acudir a la CCHM. Actualmente, una organización civil llamada “Enlaces de Vida” apoya con esta actividad dando pláticas los sábados. El promedio de migrantes que asiste a las pláticas es de 90 personas.

Cuadro V. Problemas de salud y acceso a servicios de salud: usuarios de la CCHM en San Luis Potosí, 2009-2015

	Todos (n= 2,463) %	Hombres (n= 2,118) %	Mujeres (n= 345) %	p * <= 0.05
Problemas de salud, enfermedad o accidente más frecuentes en las últimas dos semanas [†]	48.4	48.6	47.0	
¿Qué tipo de problema(s) tuvo?				
Herida	11.6	11.8	10.5	
Accidente	5.7	5.2	9.3	*
Enfermedad respiratoria	59.6	60.2	56.2	
Enfermedad gastrointestinal	11.7	11.0	16.1	
Hongos en los pies	8.8	9.2	6.2	
Deshidratación	4.8	4.7	5.6	
Otro	7.9	7.6	9.9	
Acceso a servicios de salud				
¿Acudió a algún servicio de salud para atenderse? [†]	68.1	67.4	72.8	
¿Lo atendieron? [†]	98.4	98.4	98.3	
¿Dónde lo atendieron?				
Casa del Migrante	88.8	88.7	89.0	
Consultorio médico particular	2.3	2.5	1.7	
Farmacia	3.7	3.5	5.1	
Centro de salud	2.2	2.5	0.9	
Sanatorio u hospital	1.9	1.6	3.4	
Curandero, hierbero	0.1	0.1	0.00	
Otro	0.9	1.0	0.00	
No responde	0.1	0.1	0.00	

[†] Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron “sí”.

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

Además, se ofertan condones y la aplicación de pruebas rápidas de VIH para su diagnóstico oportuno. Este es un aspecto importante a resaltar ya que la detección oportuna del VIH, no se realizaba en la CCHM previo a la implementación del proyecto (8). Ello ha permitido un mayor acercamiento con los servicios de salud relacionados con el tema, como el CAPASITS. Sin embargo, aún no existen convenios de colaboración o protocolos formales para la atención y seguimiento a casos reactivos entre la CCHM y los servicios de salud. Los casos reactivos que así lo deseen se les refieren a los servicios de salud locales para una prueba confirmatoria y posteriormente para iniciar tratamiento.

El abordaje de la SSR y prevención de VIH/SIDA es pertinente dado el contexto al que se enfrentan los migrantes durante el tránsito, principalmente las mujeres, en quienes puede ser frecuente la exposición a violencia sexual en sus diferentes formas.

En estas condiciones, 16.2% de los migrantes reportó haber tenido relaciones sexuales durante el viaje. Las mujeres reportaron con mayor frecuencia haber tenido relaciones sexuales durante el viaje (22.8%) que los hombres; así como haberlo hecho por obtener un bien o beneficio material (2.8%). Por el contrario, los hombres reportaron mayor frecuencia de re-

laciones sexuales con condón (30.6%), que las mujeres (13.8%) (cuadro VI).

Respecto al uso de anticonceptivos, 72.8% de las mujeres refiere estar utilizando algún método anticonceptivo. Por otra parte, el 58.6% de las mujeres encuestadas refieren haber tenido al menos dos embarazos en su vida y 4.5% estaba embarazada al momento de la encuesta, con un promedio de cinco meses de embarazo. De las mujeres que mencionaron estar embarazadas, el 50% recibió atención en la CCHM y el 33.3% en el centro de salud.

Violencia contra migrantes en tránsito

Al ingreso del migrante a la CCHM, además de registrar sus datos sociodemográficos, también se indaga sobre eventos de violencia, robo, abusos, discriminación y violación a derechos humanos en el tránsito. En caso de haber sufrido alguno de estos eventos, se realiza una entrevista privada con el migrante. Sin embargo, los migrantes no siempre se sienten con la confianza para exponer su caso. Es durante la consulta médica o atención psicológica que algunos de ellos sienten confianza suficiente para hacerlo. Por esta razón, el personal de la CCHM recibe actualización constante con apoyo de la CNDH y ACNUR, con el fin de promover la defensa de derechos y el proceso de acompañamiento a víctimas. Además, cada semana, personal de la Quinta Visitaduría de la CEDH, brinda pláticas a los migrantes para que conozcan mejor sus derechos durante el tránsito así como las distintas instancias a las que pueden acudir para reportar en caso de sufrir alguna violación a sus derechos humanos, y dar seguimiento al mismo. Asimismo, la Procuraduría Social de México, Proactiva, da seguimiento a los casos y si es necesario traslada al migrante a un lugar más seguro. El seguimiento y acompañamiento de los casos los realiza la CNDH o a la CEDH; la casa brinda el tiempo necesario de alojamiento hasta la resolución del caso.



Fotografía II. Actividades en el interior de la CCHM

Lamentablemente tanto para las personas víctimas del delito como para personas con VIH la casa del migrante deja de ser el lugar indicado o seguro para ellos... No se tienen mecanismos o herramientas para identificar algún tipo de violencia que sufrió algún migrante. Los migrantes se han acercado después del registro ya que se le ha preguntado si sufrió algún evento violento. En otro momento es que ya después de que pasan las 24 horas empezamos a checar la situación de cada persona y nos

empiezan a platicar lo que les ha pasado y te das cuenta que ya ha sido víctima de algún delito pero que no te lo dicen porque piensan que ya es parte del viaje.

(Coordinador de la CCHM, SLP)

La recolección de información a través de las encuestas realizadas, han permitido un diagnóstico exhaustivo del estado de salud, violencia, violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Lo que ha generado

Cuadro VI. Salud sexual y reproductiva: usuarios de la CCHM en San Luis Potosí, 2009-2015

	Todos (n= 2,463) %, media (DE)	Hombres (n=2,118) %, media (DE)	Mujeres (n=345) %, media (DE)	p * < = 0.05
Comportamiento sexual en este viaje				
Ha tenido relaciones sexuales	16.2	15.2	22.8	*
Sexo transaccional [‡]	1.4	1.2	2.9	
¿Cuántas relaciones sexuales ha tenido?	2.4 (2.9)	2.4 (3.1)	2.2 (1.3)	
Usó condón en su última relación sexual	28.5	30.6	13.8	*
Métodos anticonceptivos				
Actualmente usa anticonceptivo	72.8	---	72.8	
Embarazo				
Ha estado embarazada alguna vez [§]	58.6	---	58.6	
¿Cuántos embarazos ha tenido?	---	---	2.3 (1.2)	
Actualmente ¿está embarazada? [§]	4.5	---	4.5	
¿Cuántos meses tiene de embarazo?	---	---	5.3 (1.5)	
¿Ha recibido atención para el cuidado del embarazo? [§]	---	---	33.3	
Casa del Migrante			50.0	
Centro de Salud			33.3	
Otro			16.7	
No responde			---	

[‡] Ha tenido relaciones sexuales a cambio de comida, protección, dinero u otro bien.

[§] Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

en algunas casas establecer sus propias líneas de acción. En el cuadro VII se pueden observar algunas de las principales situaciones de violencia a las que refieren haberse enfrentado los migrantes encuestados en la CCHM.

El 38.5% de los hombres y el 30.4% de las mujeres refieren haber sufrido algún evento de violencia. Tanto para hombres como para mujeres, el evento violento más común es el robo de dinero, ropa o alguna otra pertenencia (80.4% en el caso de los hombres y 71.4% en mujeres). Sin embargo, hay una distribución diferencia de la violencia según sexo: los hombres son más frecuentemente amenazados o agredidos con arma o golpeado durante el viaje. En cambio, las mujeres reportan sufrir más violencia psicológica como son humillaciones (32.4%), secuestro (11.4%) y violencia sexual (9.5%) que los hombres (cuadro VII).

Es importante señalar que un migrante pudo haber indicado que sufrió más de un evento violento. Por lo que el mismo migrante

que fue secuestrado, pudo haber sido amenazado con un arma y haber sido golpeado por los delincuentes.

Si bien existe una normatividad en que incluye la participación de los servicios de salud locales, el Ministerio Público (disponible un módulo en el Hospital Central el Hospital del Niño y Hospital de la Mujer), este procedimiento aún no se ha hecho extensivo a los migrantes.

Discusión y conclusiones

SLP representa un punto clave en el tránsito de migrantes por México dada su ubicación geográfica, que lo coloca en la antesala a la frontera norte. Cuenta con un importante soporte institucional y social para responder a las diferentes necesidades de los migrantes. La casa del migrante ha logrado desarrollar una amplia red de soporte que le permite cierta estabilidad en su funcionamiento, a pesar de las amenazas y otros problemas relacionados con el contexto de violencia.

Cuadro VII. Violencia contra migrantes en tránsito: usuarios de la CCHM en San Luis Potosí, 2009-2015

	Todos (n= 2,463) %	Hombres (n=2,118) %	Mujeres (n=345) %	p * < = 0.05
Violencia				
¿Ha sufrido algún tipo de violencia en este viaje?†	37.4	38.5	30.4	*
Tipo de violencia				
Secuestro	9.4	9.1	11.4	
Robo	79.4	80.4	71.4	
Humillación	30.2	29.9	32.4	*
Amenaza con arma	44.9	46.9	29.5	*
Golpes	21.5	23.1	9.5	*
Violación sexual	2.1	1.1	9.5	*
Después de haber sufrido un acto violento: continuará su viaje†	88.6	88.9	86.7	

† Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

La importante vinculación entre la CCHM y Cáritas AC como parte de la Red de la Pastoral Movilidad Humana con instituciones gubernamentales como Sedesol, SSA, organizaciones de la sociedad civil como la AHF, e instituciones académicas (Facultad de Medicina de la Universidad de San Luis Potosí), entre otras, le permite desarrollar respuestas a la compleja dinámica de movilidad poblacional. De este modo, la CCHM no representa un espacio aislado de apoyo de humanitario sino que se conforma como nodo dentro de una red social, clave para el apoyo integral a los derechos humanos, salud y salud sexual y reproductiva de los migrantes. Es importante señalar que esto no sucede en todos los estados y ciudades en donde se ha establecido una casa o albergue de migrantes, por lo cual la experiencia desarrollada la coloca como un modelo que puede tener alta capacidad de replicación en contextos sociales como los de SLP.

Los migrantes en tránsito que han logrado llegar a SLP se ubican, prácticamente a la mitad de la ruta para llegar a los Estados Unidos. El desgaste físico y emocional se muestra en la alta prevalencia de problemas de salud en las últimas dos semanas (48.3%), relacionados con las condiciones del viaje; destacan los accidentes y enfermedades respiratoria y gastrointestinales.

La respuesta rápida establecida por la casa a las necesidades de salud de los migrantes, representa un procedimiento integrado a un sistema de cooperación y colaboración interinstitucional, no exentos de presiones. La evidencia generada sobre la atención a personas con VIH, embarazadas, accidentados o violentados orienta hacia prácticas de atención en salud como parte de la promoción de los derechos humanos de las personas. Este procedimiento aplicado para una población con alta vulnerabilidad social, como los migrantes, se puede considerar de alta efectividad para la contar con

respuestas interinstitucionales que promuevan y defiendan los derechos de las personas, independientemente de nacionalidad, esto incluye a amplios grupos de población mexicana, cuya diferencia principal con los migrantes parece ser su situación migratoria.

Referencias

1. INEGI. Anuario estadístico y geográfico de San Luis Potosí 2015. México: INEGI; 2015.
2. PNUD. El Índice de Desarrollo Humano en México: cambios metodológicos e información para las entidades federativas. Consultado en febrero de 2014 en http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Boletin_IDH.pdf2012.
3. CONAPO. Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2010. Consultado en marzo de 2014 en http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/1_4.pdf.2010.
4. Segob. Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos. Extranjeros alojados y devueltos. Consultado en marzo de 2016 en http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos2016.
5. INEGI. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2015. Disponible en http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=24#divgrafica_0030001000002015.
6. INEGI. Síntesis estadística municipal San Luis Potosí, San Luis Potosí, 20122012.
7. CNDH. Informe especial sobre secuestro de migrantes en México, 2011. Disponible en http://www.cndh.org.mx/Informes_Especiales. 2011.
8. Leyva R, Quintino F, Guerra G, Infante C, Cerón M, Domínguez J. México. Migración y vulnerabilidad social en grupos móviles y migrantes: Estrategias de atención en la frontera sur de México. In: Leyva R, Guerra G, editors. Fronteras y salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva. Cuernavaca, México: INSP; 2011. p. 143-64.
9. Pastoral de la Movilidad Humana. Consultado el 4 de abril de 2012 en <http://www.movilidadhumana.org/quienessomos.htm> 2012.

Casa del Migrante en Saltillo, Coahuila: Casa Belén Posada Migrante (CBPM)

César Infante Xibillé, René Leyva Flores



Contexto sociodemográfico

El estado de Coahuila se ubica en la parte central del norte del país. Colinda al norte con los EUA, al este con Nuevo León, al sur con Zacatecas, al suroeste con Durango y al oeste con Chihuahua. Es el tercer estado más grande a nivel nacional ocupando el 7.7% de la superficie total del territorio nacional (1). Según el censo de 2010, Coahuila tiene una población total de 2.7 millones de habitantes y una densidad poblacional de 17 hab/

km², la cual resulta baja respecto a la media nacional de 57 hab/km² (1). El municipio de Saltillo concentra el mayor porcentaje de población del estado con el 26.4% (1).

Coahuila tiene una tasa de natalidad bruta (18.3 por 1000 habitantes), por debajo de la tasa nacional. Las personas de 15 años y más en condición de analfabetismo representan 2.6%; respecto a la población económicamente activa, 57.5% se registra como ocupada. 30.2% de la población total se encuentra en condición

de pobreza. La población indígena representa 0.2% de la población total del estado (cuadro I). En 2012, el estado de Coahuila ocupaba el quinto lugar a nivel nacional con un IDH de 0.768 (2) por debajo de Nuevo León, Sonora y Baja California Sur, con un grado de marginación bajo, vigésimo noveno lugar respecto a los estados del país (3).

Contexto migratorio

Saltillo constituye un punto de entronque del sistema ferroviario nacional. La vías del tren concesionadas a la compañía Kansas City Southern de México (4), forman parte de la ruta que recorre de Saltillo-Monterrey, Nuevo León y llega a la frontera por Nuevo Laredo, ésta corresponde a una de las rutas más utilizadas por los migrantes en tránsito por México a EUA. También pueden transbordar hacia otras ciudades fronteri-

zas como Ciudad Juárez, Chihuahua, Mexicali y Tijuana en Baja California (1).

Coahuila es uno de los estados con mayor desarrollo industrial y crecimiento económico que se concentra en las ciudades de Saltillo, Ramos Arizpe, Ciudad Acuña y Piedras Negras donde se encuentran grupos industriales de amplia presencia nacional y es referente internacional en el sector automotriz (1).

Sin embargo, estas ciudades, a excepción de Ciudad Acuña, son identificadas por la CNDH como zonas de alto riesgo para los migrantes, ya que se registra una elevada frecuencia de delitos, violación de derechos humanos y violencia por parte de autoridades, población local y crimen organizado (5).

En 2011, en el estado de Coahuila se registraron 39,701 delitos con averiguaciones previas en el Ministerio Público; de éstas, las más frecuentes correspondían 53.5% al delito de

Cuadro I. Características sociodemográficas y económicas del estado de Coahuila

	Año	Estados Unidos Mexicanos N (%)	Coahuila N (%)
Población total	2010	112 336 538	2 748 391 (2.4)
Población indígena*	2010	6 695 228 (6.7)	6 105 (0.2)
Población analfabeta†	2010	5 393 655 (7.8)	50 229 (2.6)
Tasa bruta de natalidad por cada 1,000 habitantes	2015	18.9	18.3
Tasa bruta de mortalidad por cada 1,000 habitantes	2015	5.7	5.3
Pobreza‡	2014	53 349.9 (45.5)	885.7 (30.2)
Pobreza extrema§	2014	11 529.0 (9.8)	109.7 (3.7)
Población ocupada#	2015	49 545 156 (55.7)	1 229 197 (57.5)

* Población de 5 años y más que habla lengua indígena

† Población de 15 años y más según condición de analfabetismo

§ Miles de personas

Población total de 15 y más años de edad

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico de Coahuila de Zaragoza 2015. México: INEGI, c2015.

robo, 14.4% a lesiones, 2.4% a homicidios y 1.5% a delitos sexuales. En el municipio de Saltillo en el mismo año de un total de registros de 9,500 delitos, el 53.3% fue por robo, el 18.2% por lesiones, el 1.5% por homicidios y el 1.6% por delitos sexuales (cuadro II).

Saltillo representa un punto de “no retorno” para el migrante, dada su proximidad con la frontera de EUA. La cercanía con su objetivo y la inseguridad en la región noreste de México hace que los migrantes extranjeros se esfuer-

cen por permanecer ocultos a fin de evitar ser asegurados por los agentes migratorios o ser víctimas de secuestro. Los datos sobre el número de eventos de aseguramiento o eventos de extranjeros alojados en estaciones migratorias que reporta el INM para el periodo 2007-2015, se presentan en el cuadro III, donde se muestra una tendencia estable respecto a la proporción de eventos registrados a nivel nacional.

Asimismo, se puede observar que el tránsito de migrantes extranjeros por Coahuila es

Cuadro II. Contexto de violencia en el estado de Coahuila y municipio de Saltillo, 2011

Delitos registrados en averiguaciones previas de investigación abiertas en el MP del fuero común por principales delitos	Coahuila % * (N=39 701)	Saltillo (N= 9 500)
Delitos sexuales seleccionados	1.5	1.6
Homicidios	2.4	1.5
Lesiones	14.4	18.2
Robos	53.5	53.5
Otros delitos	28.2	25.3
Procesados registrados en los juzgados de primera instancia en materia penal del fuero común por principales delitos	(N= 1 714)	(N= 387)
Robo	57.3	66.4
Golpes y lesiones	19.0	11.9
Homicidio	4.3	5.4
Actos ilícitos con armas	0.0	0.0
Violación	1.8	1.6
Violencia familiar	2.9	0.0
Otros delitos	14.8	14.7
Procesados registrados en los juzgados de primera instancia en materia penal del fuero federal por principales delitos	(N= 770)	(N= 166)
Narcóticos	50.5	54.2
Actos ilícitos con armas	23.2	34.9
Tráfico de indocumentados	0.3	0.0
Organización delictiva	1.2	1.2
Otros delitos	24.8	9.6

* Porcentaje respecto a N

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Síntesis estadística municipal, Coahuila Saltillo, 2012. México: INEGI. Consultado el 14/Abril/2014. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/?e=00>

moderada en comparación a otras entidades del país (6). No obstante, el flujo de migrantes, principalmente centroamericanos es continuo, aunque se desconoce el número (7); sin embargo, la Casa del Migrante de Saltillo registró la atención a más de 40,000 migrantes extranjeros (en su mayoría centroamericanos), durante el periodo 2002 a 2010 (8).

Recursos públicos para la atención de la salud

En Coahuila, existen 445 unidades médicas y un total de 5,834 médicos. Cada unidad médi-

ca cuenta con un promedio de 13.1 médicos. Con estos recursos en salud, el estado brinda un promedio de 1,610 consultas por médico y 21,113 consultas por unidad médica al año. El municipio de Saltillo cuenta con 56 unidades médicas y un total de 1,300 médicos; esto corresponde a 23.2 médicos por unidad, mayor a la media estatal (16.8) (cuadro IV).

A nivel estatal, se ha observado la implementación de tres programas de salud orientados a brindar atención a migrantes. El primero es el VSRS que se lleva a cabo en seis de ocho jurisdicciones a través de acciones aisladas. Existe también el "Programa de Salud del Migran-

Cuadro III. Eventos de extranjeros devueltos por la autoridad migratoria mexicana en el estado de Coahuila, 2007-2015

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nacional N	113,206	87,386	64,447	65,802	61,202	79,643	80,902	107,814	155,418
Coahuila N	2,201	1,114	759	810	685	1,095	844	1,211	2,304
%*	1.9	1.2	1.1	1.2	1.1	1.3	1.0	1.1	1.4

* Respecto al total de aseguramientos en el país

Fuente: Segob. Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos. Extranjeros alojados y devueltos. [Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos]

Cuadro IV. Recursos de salud en el municipio de Saltillo, 2012

	Coahuila N (%)	Saltillo N (%)
Total del personal médico por institución*	5 834 (100)	1 300 (22.2)
Total de unidades médicas por institución*	445	56 (12.5)
Promedio de médicos por unidad médica	13.1	23.2
Consultas por médico	1 610.5	1 701.1
Consultas por unidad médica	21 113.9	39 490.5
Consultas externas otorgadas por las instituciones públicas*	9 395 670	2 211 470 (23.5)

* IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena o Semar, IMSS-Oportunidades, SSA, otras (privado y social). Porcentaje respecto a los recursos a nivel estatal.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Síntesis estadística municipal, Coahuila, Saltillo, 2013. México: INEGI. (9)

te” que atiende a trabajadores temporales y se encuentra activo en la jurisdicción de Torreón, Coahuila. Finalmente, las “Semanas Binacionales de Salud”, desarrolladas por la Comisión de Salud Fronteriza México en las jurisdicciones fronterizas de Piedras Negras y Ciudad Acuña. Sin embargo, en general estos programas y acciones en salud se focalizan en población migrante mexicana, ya sea en tránsito o retorno. Los migrantes de otros países se encuentran escasamente representados.

En Saltillo, se han identificado siete centros de salud urbanos, cuatro hospitales, un CAPASITS, un centro especializado en atención de la violencia contra la mujer y la unidad administrativa de la JS VIII de Saltillo que brindan atención a migrantes; en general sus actividades responden a la demanda de atención generada directamente por los migrantes o a través de la casa. Estas unidades no cuentan con registros sobre el número y tipo de problemas de salud atendidos a los migrantes.

La Casa del Migrante: Casa Belén Posada Migrante (CBPM)

La CBPM fue instalada en Saltillo, debido a que la ruta del ferrocarril que se dirige hacia Nuevo Laredo, circunscribe su zona urbana, y como consecuencia un número importante de migrantes en tránsito que utiliza el tren como medio de transporte, hace escala en esta ciudad. La historia del origen de la CBPM inicia en el año 2000, con un grupo de ciudadanos, liderados por una mujer conocida como doña Esther, que empezó a ofrecer alimentos y atención médica básica a los migrantes en tránsito. Un par de años después, el 25 de mayo de 2002, dos migrantes centroamericanos fueron asesinados y un tercero fue lesionado, aunque sobrevivió (10).

Ante este hecho, dos mujeres religiosas, Guadalupe Lule Pérez y Martha Delia Molina, que formaban parte de las misioneras Catequistas de los Pobres, con el apoyo de un abogado, reali-

zaron el acompañamiento legal al sobreviviente y presentaron la denuncia correspondiente. A la par, se venían haciendo las gestiones para que la CBPM, fuera inaugurada el 15 de diciembre del mismo año (11), con apoyo del sacerdote Pedro Pantoja. Esto se logró con apoyo de la Diócesis de Saltillo que donó un espacio que funcionaba como centro de desarrollo comunitario, propiedad de Cáritas de Saltillo, A.C. para instalar la CBPM, ubicada el sureste de la ciudad de Saltillo, a solo unas cuadas de distancia de las vías del ferrocarril. Después de la creación de la CBPM se constituyeron dos asociaciones sociales: Frontera con Justicia A.C., representación legal de la CBPM, y Humanidad sin Fronteras A.C., que se encarga de la defensa y promoción de los Derechos Humanos de los migrantes. Esta forma de organización, siguió la experiencia exitosa de otras casas de migrantes ubicadas en norte de México, que diferencian el apoyo humanitario de la defensa de los derechos; sin embargo, a partir del 2010, se fusionan en una sola organización: Frontera con Justicia A.C. que integra las funciones anteriormente mencionadas.

Recursos para la atención humanitaria y de salud en la Casa del Migrante

La CBPM cuenta con personal que trabaja de forma permanente y que tiene al menos un titular por cada área y un grupo de voluntarios. El personal permanente está conformado por un director encargado de aspectos administrativos, seguridad y de dar seguimiento a las actividades tanto de la CBPM, como de las asociaciones civiles vinculadas a ésta. Existe un asesor general y ocho personas que trabajan de tiempo completo en las áreas de: atención humanitaria, acompañamiento y salud mental, gestión migratoria, documentación, articulación, vinculación e incidencia, área jurídica, capacitación y formación. Esta forma de organizarse les permite mantener un enfoque integral, vinculando los diferentes servicios que ofrece la CBPM (figura 1).

El grupo de voluntarios garantiza el funcionamiento cotidiano de la CBPM como son el registro, preparación de alimentos, ropería, atención médica y acompañamiento. Este grupo incluye a voluntariados en diferentes áreas: psicólogos, médicos, psiquiatras, enfermeras, estudiantes, cocineras, migrantes de larga estancia y miembros del voluntariado jesuita, que permanecen brindando sus servicios entre seis meses a un año. El número de voluntarios varía, desde cinco hasta 70 en un mismo periodo.

El área de atención humanitaria de la CBPM, coordina las actividades relacionadas con la recepción, hospedaje, alimentación, servicios médicos, entre otros, las 24 horas del día. Ha definido un periodo de estancia de cinco días, pero se permite mayor tiempo si es requerido por los migrantes, de forma que les permita, tiempo para organizar y planear su viaje. To-

dos los migrantes que ingresan a la CBPM son entrevistados por el área de salud mental, que funciona como el primer filtro para explorar las necesidades de los migrantes. Según el resultado de la entrevista, el migrante es canalizado al área correspondiente. A mujeres y niños sin excepción se les aplica la entrevista que en estos casos se enfoca en detectar, si han sido víctimas de violencia sexual, o si viajan bajo amenaza por parte de coyotes o el crimen organizado; también se identifican problemas de salud mental que requieren de atención urgente, entre otros, los cuales son atendidos en el área de Gestión y Documentación.

El área de salud mental da seguimiento a todos los casos; sin embargo, pesar de documentar los casos, no se sistematiza la información y cuando es requerida debe recolectarse en cada área.

Figura 1. Organigrama de la CBPM



La capacidad instalada para responder a necesidades de migrantes

Respecto a sus instalaciones, la CBPM cuenta con una caseta de vigilancia a un costado de la puerta de entrada, un espacio con una estancia, oficina, dispensario y bodega al cual llaman Casa Blanca que se utiliza para dar la inducción, bienvenida a los migrantes y explicar las reglas de comportamiento que deben de tener al interior.

Las oficinas administrativas, cocina, comedor y salón de usos múltiples, se encuentran en una sola construcción, con sus respectivas divisiones. El dormitorio de hombres se encuentra separado de las mujeres y niños. Cuenta con 60 camas y 60 colchonetas para brindar servicio a una población aproximada de 120 a 150 migrantes, diariamente. El baño y regaderas para hombres se encuentran fuera del dormitorio. Los niños migrantes menores de edad que viajan con la madre duermen en el dormitorio de mujeres, lo mismo aplica para casos de TTT. La habitación para mujeres cuenta con 15 camas, baño independiente y está resguardado para que no acce-

dan hombres. Tiene también un cuarto exclusivo para lavandería, un área para cinco casetas telefónicas y el área común y de recreación conformada por el patio central, jardín, mesas y bancas de concreto y un área techada que se utiliza para dar pláticas y talleres al aire libre.

El consultorio médico fue organizado en una parte de Casa Blanca; actualmente se cuenta con un espacio privado y exclusivo para la atención médica. Cuenta con equipo y *stock* de medicamentos que corresponden al cuadro básico para atender a los problemas más frecuentes de salud. Los servicios de atención a los problemas de salud son otorgados por técnicos capacitados y de forma periódica acuden médicos de la Facultad de Medicina de Saltillo. La entrega de medicamentos se registra en una bitácora que en su mayor parte se obtiene de donaciones de la población local y algunas ferias que se organizan con este objetivo.

La CBPM ofrece mucho más que comida, techo y protección contra secuestros, también se vive y convive bajo un riguroso reglamento, cuyo cumplimiento es interpretado y valorado por los migrantes, como un acto de respeto colectivo. El resultado es un espacio de transformación que fomenta la conciencia política de los migrantes. En este “experimento de un modelo alternativo de sociedad”, como lo llama Pedro Pantoja: “El objetivo es que pasemos de la victimización a un grado nuevo de subjetividad social de manera que, si llegaron como víctimas, salgan como actores, como protagonistas” (12).



Fotografía II. Casa del migrante en Saltillo

Durante sus casi 15 años de funcionamiento, la CBPM ha consolidado un modelo de asistencia integral focalizado en la defensa de los derechos humanos y la dignidad de las personas. Para lograr tal objetivo, se trabaja sobre la detección de necesidades, aplicando un conjunto de procedimientos desde el ingreso y estancia de los migrantes en la CBPM.

A la CBPM llegan entre 10 y 40 migrantes por día, dependiendo la época del año. En 2013, se brindaron 33,567 servicios de atención humanitaria (alojamiento, alimento, atención en salud, psicológica, y de protección de los derechos humanos). El total de migrantes beneficiados fue de 5,926 personas, de las cuales 90.6% eran de Honduras, 7.2% Guatemala, 1.8% de El Salvador y 0.4% de Nicaragua (13). En su mayoría corresponden a hombres (93.7%), 3.2% mujeres y 3.1% menores de 18 años. Desde la perspectiva de la CBPM, a partir de 2014 se percibe un incremento en el número de mujeres embarazadas, mujeres con niños, niños migrantes viajando solos y familias completas transitando por México (13).

Vinculación interinstitucional

Para su sostenimiento, la CBPM cuenta con el apoyo de distintas instancias como la Diócesis de Saltillo, la Fundación Adveniat, Cáritas de Francia, Amnistía Internacional, el Fondo Global para Derechos Humanos, diversos programas de coinversión social del Gobierno Federal, así como con las contribuciones de particulares tanto en especie como monetarias. También, se cuenta con la asistencia de profesionales voluntarios en ciencias sociales, psicología, instructor de inglés y médicos. De igual manera, se recibe asesoría por parte del personal del “Centro de Atención a los Derechos Humanos Fray Juan de Larios” y de Sin Fronteras, en diversos temas en el trabajo con la población migrante. Además, se tiene un convenio firmado con la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de

Coahuila, ya que cuentan con un centro de atención integral, un área de atención específica para mujeres embarazadas y por medio del convenio reciben a las mujeres migrantes embarazadas que son canalizadas desde la CBPM. Para el caso de migrantes que sufrieron de algún abuso sexual, se canalizan al CAPASITS ahí es donde les brindan medicamentos anticonceptivos. En la FEVIMTRA, se llevan a cabo acciones de protección a migrantes contra el crimen organizado. La fundación Fondo Canadá, ha apoyado con recursos económicos para que la CBPM desarrolle una campaña por medio de spots y carteles impresos para promocionar los derechos humanos para migrantes. También se cuenta con el apoyo de médicos privados que apoyan con la atención médica a bajo costo y en muchas ocasiones de manera gratuita.

El modelo de atención implementado por la CBPM que atiende las diferentes vertientes del fenómeno migratorio, la larga experiencia brindando asistencia y el reconocimiento por la defensa de los derechos humanos de los migrantes legitiman a la CBPM como una organización reconocida en temas de migración, validando su integración a múltiples redes de apoyo nacionales e internacionales como: la Red de Derechos Humanos del Migrante, Colectivo Plan Nacional de Desarrollo-Migración, Red TDT, Observatorio contra la Trata, Red Verdad y Justicia, Foro Migraciones, Iniciativa Frontera Norte, Mecanismo de acompañamiento para leyes, y Grupo de Política Migratoria. Asimismo, cuenta con el apoyo de otras instituciones, organizaciones y personas particulares. Entre éstas destacan: el Centro de Derechos Humanos para el Migrante AC, la Red de Casas del Migrante del Norte, la Asociación Nacional de Apoyo al Migrante AC, la Fundación Ford, la Orden Jesuita, grupos parroquiales, familias voluntarias, Instituto Vivir, Instituto Cumbres, CAPASITS Saltillo, CESAME Coahuila, INM, la Facultad de Medicina de Saltillo, y la Oficina de Derechos Humanos de Coahuila.

Características sociodemográficas de los migrantes usuarios del albergue

Durante la implementación del proyecto Multicéntrico, 2009 y 2015, se entrevistaron, de manera no aleatoria a 2,323 migrantes sobre temas de salud. Del total de migrantes entrevistados, 94% fueron varones y 5.9% mujeres, lo que conserva la representación proporcional por sexo, considerando el total de usuarios de la casa. El promedio de edad fue de 28 años, sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

La mayoría de los entrevistados fueron migrantes provenientes de Honduras (66.3%), Guatemala (13.5%) y El Salvador (11.8%). Al respecto, llama la atención la baja proporción de migrantes mexicanos usuarios de la casa (1.7%).

La frecuencia de mujeres con hijos (74.8%) fue significativamente mayor que los hombres (57.7%). Sobre su experiencia migratoria, la mayoría no contaba con documentos migratorios; 46.3% de los hombres habían logrado llegar a los EUA, mientras que solo dos de cada diez mujeres (23.7%) lo habían logrado antes.

Problemas de salud y acceso a servicios de salud

Del total de migrantes entrevistados en el periodo, 41% mencionó haber tenido algún problema de salud, enfermedad o accidente en las dos semanas previas a la encuesta, sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Los problemas de salud más frecuentes fueron: enfermedades respiratorias (55.5%), enfermedades gastrointestinales (11%) y hongos en los pies (8.2%). Según el tipo de problema, se observó una mayor frecuencia de problemas de salud enfermedades gastrointestinales (19.6%) en mujeres.

La búsqueda diferenciada de atención médica fue diferente entre hombres y mujeres, siendo más frecuente que las mujeres mi-

grantes busquen atención médica (69.6%); sin embargo, tanto en hombres como mujeres, la mayoría la atención se brindó en el consultorio de la CBPM (85.1%), y prácticamente todos recibieron la atención solicitada (91.8%)

Al respecto, un migrante entrevistado en la CBPM y quien fuera secuestrado, golpeado y amenazado por agentes judiciales de Nuevo Laredo, brindó su testimonio sobre la atención recibida en la casa:

Nos venimos caminando de Monterrey hasta Soledad y agarramos el tren... ahí lo agarré y me dormí un rato, y ya cuando vi estaba aquí en Saltillo... y pues... empezamos a preguntar ¿dónde hay una casa del migrante? y un señor nos dio aventón para la casa del migrante y me trajo para acá... ¡Hombre! No más llegué y de volada la señora ¿Qué le pasó mijo? le contamos la historia y nos metieron ahí a la Casa Blan-

Cuadro V. Características sociodemográficas y experiencia migratoria: usuarios de la Casa del Migrante de Saltillo, 2009-2015

	Total (n = 2,323) %, media (DE)	Hombres (n = 2,184) %, media (DE)	Mujeres (n= 139) %, media (DE)	p * < = 0.05
Sexo				
Mujeres	5.98			
Hombres	94.02			
Edad (promedio)	28.2 (8.5)	28.2 (8.5)	28.7 (8.0)	
País de origen				
Nicaragua	2.41	2.47	1.44	
Honduras	66.34	66.85	58.27	
Guatemala	13.55	20.14	13.95	
El Salvador	11.88	11.95	10.79	
México	1.72	1.37	7.19	
Otro	3.7	3.8	2.16	
Tiene hijos				
Sí	58.80	57.78	74.82	*
Número de hijos				
Media (DE)	2.3 (1.7)	2.3 (1.7)	2.6 (1.7)	
Experiencia migratoria				
Sin documentos migratorios	89.07	88.92	91.37	
Ha llegado alguna vez a Estados Unidos	44.98	46.34	23.74	*

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

ca y me pusieron collarín, me atendieron, unas inyecciones pero me curé. Me dieron unas pastillotas para el dolor y pomada.

(Hombre migrante, secuestrado en Nuevo Laredo, atendido en Saltillo)

El acompañamiento del área de salud mental, busca fortalecer los recursos personales del migrante con el objetivo de incrementar su capacidad para reaccionar y recuperarse de las adversidades presentes en el tránsito hacia EUA. Al respecto, se presenta el testimonio de un migrante de 41 años de edad, originario de

Cuadro VI. Problemas de salud y acceso a servicios de salud: usuarios de la Casa del Migrante de Saltillo, 2009-2015

	Todos (n= 2,323) %	Hombres (n= 2,184) %	Mujeres (n= 139) %	p * < = 0.05
Problemas de salud, enfermedad o accidente más frecuentes en las últimas dos semanas [‡]	41.02	41.07	40.29	
¿Qué tipo de problema(s) tuvo?				
Herida	6.30	6.35	5.36	
Accidente	7.97	7.92	8.93	
Enfermedad respiratoria	55.51	56.08	46.43	
Enfermedad gastrointestinal	11.02	10.48	19.64	*
Hongos en los pies	8.29	8.70	1.79	
Deshidratación	6.19	6.47	1.79	
Otro	21.20	20.62	30.36	
Acceso a servicios de salud				
¿Acudió a algún servicio de salud para atenderse? [‡]	52.99	51.95	69.64	*
¿Lo atendieron? [‡]	91.88	91.42	97.44	
¿Dónde lo atendieron?				
Casa del Migrante	85.15	86.05	74.36	
Consultorio médico particular	2.77	2.36	7.69	
Farmacia	2.38	2.36	2.56	
Centro de salud	2.38	1.93	7.69	
Sanatorio u hospital	2.57	2.58	2.56	
Curandero, hierbero	0.59	0.64	0.00	
Otro	4.16	4.08	5.13	

[‡] Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

Guatemala, deportado y quien buscaba reencontrarse con su hijo en los EUA. El migrante fue víctima de robo, en el tren durante su trayecto de Arriaga, Chiapas e Ixtepec, Oaxaca. Los agresores los arrojaron del tren y sufrió fractura de un tobillo. Fue atendido por los servicios de salud en Ixtepec, (con yeso en la pierna derecha y muletas), y posteriormente fue atendido en la Casa del Migrante de Ixtepec, donde fue entrevistado por el equipo de investigadores del INSP con el fin conocer el proceso de atención

que recibió. Cuatro meses después, los investigadores se encontraron con el migrante aún enyesado y con muletas en la Casa del Migrante de Saltillo. Su vivencia es la siguiente:

Ahora con el problema de la fractura ¿qué vas hacer?

Yo creo que me voy a esperar aquí [en Saltillo] esa era la intención, de llegar a Saltillo, Coahuila. Hace seis años yo pasé y me

Cuadro VII. Condiciones de salud sexual y reproductiva en usuarios de la Casa del Migrante de Saltillo, 2009-2015

	Todos (n= 2,323) %, media (DE)	Hombres (n=2,184) %, media (DE)	Mujeres (n= 139) %, media (DE)	P * < = 0.05
Comportamiento sexual en este viaje				
Ha tenido relaciones sexuales	17.67	16.94	28.91	*
Sexo transaccional [‡]	3.95	4.08	1.89	
¿Cuántas relaciones sexuales ha tenido?	3.6 (5.4)	3.7 (5.2)	3.3 (6.9)	
Usó condón en su última relación sexual	42.10	42.72	32.47	
Métodos anticonceptivos				
Actualmente usa anticonceptivo	62.60	---	62.60	
Embarazo				
Ha estado embarazada alguna vez [§]	53.24	---	53.24	
¿Cuántos embarazos ha tenido?	---	---	3.3 (2.1)	
Actualmente ¿está embarazada? [§]	10.81	---	10.81	
¿Cuántos meses tiene de embarazo?	---	---	3.7 (1.5)	
¿Ha recibido atención para el cuidado del embarazo? [§]	---	---	75.00	
Casa del Migrante			16.67	
Centro de Salud			33.33	
Otro			33.33	
No responde			16.67	

[‡] Ha tenido relaciones sexuales a cambio de comida, protección, dinero u otro bien.

[§] Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

di cuenta que aquí ayudaban a mutilados y todo eso y de hecho no me equivoqué. Estoy recibiendo la ayuda no como pensaba, sino ¡más de lo que pensé! Estoy visitando doctores por medio del padre [Pantoja] y me van a operar y el padre me dice que me quiere ver salir caminando sin muletas y que nos vamos a echar un partido de futbol, yo le voy al América y él le va a las Chivas.

La capacidad para el manejo de la adversidad que representa un tránsito de cuatro meses, muestra la importancia de la perspectiva de futuro y de la necesidad de contar con personal capacitado para brindar el complejo soporte requerido por los migrantes.

Salud sexual y reproductiva

La CBPM ha incorporado las estrategias básicas que se plantearon con el proyecto. Estas incluyen: impartición de pláticas y actividades grupales de prevención y promoción de la salud, riesgos y daños a la salud; promoción y aplicación de pruebas rápidas de VIH; información sobre violencia sexual, en migrantes usuarios de la casa, y atención médica y psicológica. Estas actividades las realizan con el apoyo de la Facultad de Medicina de Saltillo. Los migrantes que se realizan la prueba rápida de VIH y presentan resultados reactivos son referidos al CAPASITS de Saltillo, donde se complementa el diagnóstico y se incorpora al programa de VIH, para brindar el tratamiento y dar seguimiento. Las pruebas rápidas de VIH fueron aportadas por AHF, quienes capacitaron al personal técnico de la CBPM para manejar la oferta, consejería y aplicación de pruebas rápidas. Sin embargo, a pesar del importante avance en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, aún no se logra la sistematización en las acciones con el fin de contar con información sobre la cobertura u otros indicadores relacionados con el acceso a estos servicios.

Respecto a las características del comportamiento sexual de los migrantes, de acuerdo con los datos del proyecto 17.6% indicaron haber tenido relaciones durante el viaje. De acuerdo al sexo, se observó una mayor proporción en las mujeres (28.9%) que los hombres (16.9%). El 4% de los hombres que habían tenidos relaciones sexuales durante el viaje, lo habían hecho a cambio de algún bien (comida, protección, dinero), mientras que el (1.8%) de mujeres reportaron esta situación. El promedio del número de relaciones sexuales fue de 3.7 para los hombres y 3.3 para las mujeres. Sobre el reporte de uso de condón, se observó que los hombres (42.7%) hacen mayor uso del condón en comparación con las mujeres (32.4%).

El 62.6% de las mujeres mencionaron hacer uso de algún método anticonceptivo; poco más de la mitad (53.2%) había estado embarazada alguna vez, con un promedio de 3.3 embarazos.

10.8% de las migrantes estaba embarazada al momento de la encuesta, reportando un promedio de 3.7 meses de embarazo. El 75% de las mujeres embarazadas reportó haber recibido atención para el cuidado del embarazo, 33.3% en un centro de salud, 16.6% en la casa del migrante y 33.3% en otro lugar.

Violencia contra migrantes en tránsito

La CBPM además de brindar atención humanitaria, ha realizado una importante labor en evidenciar los eventos sobre violación de derechos humanos, violencia, delitos, robos y secuestros que sufren los migrantes centroamericanos. En su cuarto informe sobre la situación de los derechos humanos de los migrantes en tránsito por México señalan que Coahuila es el séptimo estado en donde más se violentan los derechos de los migrantes centroamericanos en tránsito (14). El documento precisa que las agresiones van desde abusos psicológicos, físicos y sexuales, hasta extorsiones económicas, perpetradas en su mayoría por autoridades migratorias y po-

liciacas. El diagnóstico concluye que a pesar de los constantes señalamientos a las autoridades, las violaciones a los derechos de los migrantes se presentan cada vez más y con mayor gravedad.

Al respecto, se presenta el testimonio de un migrante que fue secuestrado en Nuevo Laredo por agentes judiciales autodenominados “zetones”. Si bien esta situación no ocurrió en Saltillo, Coahuila, fue reportada durante su ingreso a la CBPM al personal que lo recibió:

Y dijo el sicario “tráete a este” y me subieron al de los judiciales [al vehículo] Pero ya me iban dando codazos y yo ni sabía por qué “Pérate, ¿por qué me golpeas?” “¡Cállese, usted no tiene derecho a hablar!” y me dice “¿Tienes familia aquí?” y pues le dije que no y me empezaron a preguntar “¿No sabes quiénes somos nosotros?” “Sí, yo sé que son judiciales” y dijo “No, nosotros somos zetones” “No, pues ahí dice policía judicial” de acá de Tamaulipas y dijo “pues como quiera somos zetones. Eres centroamericano ¿verdad?” “Sí” y me dijo “¿Sabías que los centroamericanos son contras aquí porque vienen trabajando con El Chapo?” y ¡Pun! Con la cacheta de la pistola me pega.

(Migrante hondureño secuestrado)

De acuerdo con el personal de la CBPM, se aplican dos procedimientos para identificar casos de violación de derechos humanos y los delitos que se comenten en contra de los migrantes. La primera es mediante las pláticas grupales de derechos humanos que se dan todos los días, al final de cada plática se invita a los migrantes a acercarse de manera más personal para aclarar sus dudas, hacer comentarios o realizar alguna denuncia. La segunda es al momento del registro en Casa Blanca, el migrante de forma espontánea hace explícito haber sufrido algún tipo de violencia y otro cuando el entrevistador identi-

fica un comportamiento o actitud que indique un foco de alarma. En ambos casos se canaliza al área de Salud Mental, si es necesario se practica la contención en crisis, y posteriormente el migrante es entrevistado para documentar el caso en el área de gestión y se canaliza al área de atención humanitaria para revisión médica.

Una vez documentado el caso, la atención en derechos humanos se da en el área jurídica de la CBPM, con el fin de iniciar la denuncia en caso de que el migrante así lo quiera. El módulo de derechos humanos es una de las fortalezas de la CBPM, centra su labor en el registro de violaciones de derechos humanos de los migrantes y delitos cometidos en su contra. Se brindan asesorías legales y se lleva el litigio estratégico, y realiza el seguimiento en la audiencia temática de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Se busca lograr la vinculación con redes nacionales e internacionales que apoyan la defensoría de derechos humanos de los migrantes, a fin de propiciar la formulación de leyes que garanticen el respeto y cumplimiento de los mismos.

La CBPM documentó 113 casos de violación de derechos humanos contra los migrantes (extorsiones, cobros de cuota, secuestros, y robos) ocurridos entre julio y diciembre del año 2015. 47% de los migrantes denunció como agresor a la Policía Federal, 16% a Los Zetas y el 8% a la Mara Salvatrucha (15).

Dentro de las acciones específicas para atender los casos de violencia cometidos contra los migrantes usuarios de la CBPM, particularmente de violencia sexual, se puso en marcha un sistema de registro sobre esta problemática. El cuadro VIII, muestra los datos reportados sobre violencia, obtenidos durante la implementación del proyecto, 38.1% de los encuestados dijo haber vivido algún suceso violento, sin diferencia según sexo. Los tipos de violencia más comunes son: robo de dinero o de pertenencias personales (67.5%), amenazas con algún tipo de arma (46.3%), psicológico debido a crí-

ticas y humillaciones en público o en privado (32.8%), lesiones provocadas por violencia física (24.1%) y secuestro (18.8%).

Sin embargo, fue diferencial la distribución de algunos eventos de violencia según sexo. 47.3% de los varones sufrió amenazas con arma mientras que las mujeres en un 30.1%, otra diferencia significativa fue que el 15% de las mujeres que reportó violencia sexual y sólo el 2.2% de los hombres sufrió este evento.

De manera general, podemos concluir, que tanto hombres como mujeres están expuestos en similares proporciones a sufrir robos de dinero y pertenencias personales, humillaciones en público o en privado y a sufrir lesiones causadas por golpes. Los hombres son más propensos a sufrir actos de violencia relacionados con amenazas y secuestros que las mujeres. Finalmente, las mujeres son más vulnerables a sufrir actos de violencia sexual que los varones. A los migrantes se les preguntó si continuarían su viaje hacia

EUA, a pesar de haber sufrido distintos actos de violencia y el 71.8% de los hombres y el 80% de las mujeres respondieron que sí continuarían.

Discusión y conclusiones

El contexto social que prevalece en Coahuila presenta escenarios de alta vulnerabilidad para los migrantes dada la creciente inseguridad y violencia que se vive en el estado y la propia ciudad de Saltillo. Asimismo, la cercanía de Saltillo a la ciudad fronteriza de Nuevo Laredo y su condición como punto de entronque y distribución del sistema ferroviario, propicia dinámicas migratorias complejas. Al encontrar dificultades para realizar el cruce en de la frontera, los migrantes deciden regresar a Saltillo para reorganizar su tránsito probando diferentes rutas, dada la proximidad de la frontera. La CBPM funciona como amortiguador ante los obstáculos y adversidades que tienen que afrontar los

**Cuadro VIII. Violencia contra migrantes en tránsito:
Usuarios de la CBPM en Saltillo, Coahuila, 2009-2015**

	Todos (n= 2,323) %	Hombres (n=2,184) %	Mujeres (n= 139) %	p * <= 0.05
Violencia				
¿Ha sufrido algún tipo de violencia en este viaje?†	38.18	38.19	38.13	
Tipo de violencia				
Secuestro	18.83	19.06	15.09	
Robo	67.53	67.87	62.26	
Humillación	32.81	32.49	37.74	
Amenaza con arma	46.34	47.36	30.19	*
Golpes	24.13	23.62	32.08	
Violación sexual	3.04	2.28	15.09	*
Después de haber sufrido un acto violento: continuará su viaje†	72.33	71.85	80.00	

† Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

migrantes. Estas condiciones explican la gran vocación y focalización de la CBPM hacia la detección y atención de problemas relacionados con la violación de los derechos humanos. En este sentido, la CBPM ha buscado establecer una amplia red de soporte nacional e internacional que le permita realizar complejos procesos de acompañamiento jurídico-legal a nivel local, nacional e internacional. Esto ha sido posible siguiendo un modelo de litigio estratégico, dando seguimiento a la resolución jurídica de las denuncias y en publicar informes anuales sobre la situación de los derechos humanos de los migrantes en tránsito. Asimismo, es importante destacar la acción de la CBPM en materia de gestión migratoria para la negociación de visas humanitarias o de trabajo y solicitudes de refugio, según la situación particular de cada migrante.

La salud de los migrantes se ha incluido como parte esencial de la respuesta a la atención de los problemas relacionados con la violación de los derechos humanos, delitos de gravedad como violación sexual y secuestro tiene importantes efectos en la salud física y mental de los migrantes. Para ello se requiere de aplicar protocolos disponibles por personal capacitado para la atención apropiada de estas situaciones. Al respecto, se sugiere fortalecer la colaboración con los servicios de salud gubernamentales facilitar la atención de los migrantes, sobre todo a nivel hospitalario.

Se considera necesario que las instituciones de salud establezcan diálogos formales orientados al desarrollo e implementación de estrategias efectivas de atención en las condiciones de movilidad y adversidad que viven los migrantes en tránsito. Ante la perspectiva de proximidad de la frontera, los migrantes difícilmente tomarán la decisión de retornar a su país de origen; por el contrario, posiblemente presenten actitudes de menor aversión a la exposición a riesgos con el fin de alcanzar su meta.

Referencias

1. INEGI. Anuario estadístico y geográfico de Coahuila de Zaragoza 2015. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825077105>. 2015.
2. PNUD. El Índice de Desarrollo Humano en México: cambios metodológicos e información para las entidades federativas. Consultado en febrero de 2014 en http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Boletin_IDH.pdf 2012.
3. CONAPO. Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2010. Consultado en marzo de 2014 en http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/1_4.pdf 2010.
4. Capasso-Gamboa AG. Situación actual del ferrocarril en México. Consultado en julio de 2014 en <http://www.remeri.org.mx/portal/REMERI.jsp?id=oai:ciria.udlap.mx:u-dl-a/tesis/4011023844881>. México: UDLA; 2007.
5. CNDH. Informe especial sobre secuestro de migrantes en México, 2011. Disponible en http://www.cndh.org.mx/Informes_Especiales. 2011.
6. Segob. Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos. Extranjeros alojados y devueltos. Consultado en marzo de 2016 en http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos2016.
7. Segob, CONAPO, INM, Unidad de Política Migratoria-Centro de Estudios Migratorios, Secretaría de Relaciones Exteriores, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, et al. Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México, 2011. Serie anualizada 2004 a 2011. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1771/1/images/EMIF_NORTE_2011.pdf. 2013.
8. Belén Posada del Migrante, Humanidad sin Fronteras A.C., Frontera con Justicia A.C. Sexto informe. Sobre la situación de los derechos humanos de las personas migrantes en tránsito por México. Saltillo Coahuila, Junio 2010. 2010:1-64.
9. INEGI. Síntesis estadística municipal, Coahuila, Saltillo, 2013. 2013.
10. De la Fuente D. Entrevista al Padre Pedro Pantoja Arreola. En los caminos de Pedro. Consultado el 24 de febrero de 2012 en <http://cocipe-coahuila.blogspot.com/2011/08/entrevista-al-padre-pedro-pantoja.html>. Consejo Ciudadano Permanente-Coahuila 2011.

11. Olson G. Belén, posada del migrante, un respiro entre su desolación. Consultado el 24 de febrero de 2012 en http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=negro-nota&seccion=especial-nacional-migrantes&cat=175&id_notas=780834. Excelsior Especiales. 2011 6 de noviembre de 2011.
12. Ruiz Parra E. Amar a Dios en tierra de Zetas. Consultado el 29 de julio de 2014 en <http://www.elbarrioantiguo.com/amar-a-dios-en-tierra-de-zetas/>. El Barrio Antiguo 2013.
13. Frontera con Justicia A.C. Sistema de registro de migrantes 2013. Saltillo, México 2013.
14. Belén Posada del Migrante, Humanidad sin Fronteras A.C., Frontera con Justicia A.C. Sobrevivientes de la violencia de estado. Cuarto informe sobre la situación de los derechos humanos de los migrantes en tránsito por México. Saltillo, México 2008.
15. Casa Belén Posada Migrante (CBPM). Sistema de registro de migrantes. 2015.

Casa del Migrante en Tijuana, Baja California: Instituto Madre Asunta

René Leyva Flores, Frida Quintino Pérez, Mariajosé Gómez Zaldívar



Contexto sociodemográfico

El estado de Baja California se ubica en el extremo noroeste de México. Colinda al norte con Estados Unidos y Sonora, al este con el Golfo de California, al sur con Baja California Sur y el Océano Pacífico, y al oeste con el Océano Pacífico. El territorio del estado se constituye por dos regiones naturales, templado (20.4%) y árido

(79.6%). La mayor parte del ecosistema se conforma por vegetación de zonas áridas y clima seco (1). La región fronteriza se constituye principalmente por desiertos, cordilleras, barrancos y el río Colorado, además de la fauna de la región, conformada principalmente por coyotes, tarántulas, víboras y alacranes, que puede considerarse como un hábitat de riesgo para los migrantes que cruzan por esta zona (2).

La temperatura media anual oscila entre 6 y 24 °C, aunque en invierno pueden llegar a registrarse temperaturas por debajo de los 0 °C. Durante el verano llega a exceder los 40 °C. En este tipo de ecosistemas, se presenta un número considerable de incendios forestales a lo largo del año. El año en el que hubo mayor afectación fue en 2012, en el cual se registraron 230 incendios que afectaron más de 27 mil hectáreas (3).

Baja California Norte es un estado habitado por una población heterogénea, compuesta en su mayoría por migrantes que han llegado procedentes de todo el país. La variedad étnica y su consecuente diversidad cultural, son los sellos distintivos de esta línea fronteriza donde se encuentran las dos ciudades más grandes de la entidad, Tijuana y Mexicali. Según el Censo de Población y Vivienda 2010, Baja California tenía una población de tres millones de perso-

nas, de las cuales, sólo 41 mil son hablantes de una lengua indígena (4). Las principales actividades económicas se concentran en el sector terciario. Sin embargo, la industria maquiladora extranjera ha jugado un papel importante en el desarrollo económico municipal y estatal (4). El 58.4% de la población de 14 años en adelante tiene alguna ocupación laboral mientras que el 28.6% está en situación de pobreza y 3.1% en pobreza extrema (4) (cuadro I).

El desarrollo económico generado en la entidad, se encuentra relacionado con la industria maquiladora, con un PIB en 2012 de \$88,097 millones de pesos (1).

El municipio de Tijuana se encuentra en el estado de Baja California al noroeste del país. Colinda al norte con el condado de San Diego, Estados Unidos, al sur con los municipios de Playas de Rosarito y Ensenada, al este con Tecate, y al

Cuadro I. Características sociodemográficas y económicas del estado de Baja California

	Año	Estados Unidos Mexicanos N (%)	Baja California N (%)
Población total	2010	112 336 538	3 155 070 (2.8)
Población indígena*	2010	6 695 228 (6.7)	41 005 (1.4)
Población analfabeta†	2010	5 393 655 (7.8)	56 978 (2.5)
Tasa bruta de natalidad por cada 1,000 habitantes	2014	18.9	17.0
Tasa bruta de mortalidad por cada 1,000 habitantes	2014	5.7	5.2
Pobreza‡	2014	53 349.9 (45.5)	984.9 (28.6)
Pobreza extrema‡	2014	11 529.0 (9.8)	105.5 (3.1)
Población ocupada &	2015	49 545 156 (55.7)	1 484 468 (57.7)

* Población de 5 años y más que habla lengua indígena

† Población de 15 años y más según condición de analfabetismo

‡ Miles de personas

& Población total de 14 y más años de edad

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2014. México: INEGI, c2014.

oeste con el Océano Pacífico (4). Tanto el municipio de Tijuana como el estado de Baja California, tienen un IDH muy alto, por encima del promedio nacional, lo cual coloca al estado en el cuarto lugar frente a las demás entidades (5, 6) y en el penúltimo lugar en grado de marginación (7).

El municipio de Tijuana registró un total de 1,559,683 habitantes en 2010 (4), sin considerar la población flotante que incluye a los migrantes (8). A pesar de ser una región árida y poco propicia para su poblamiento, esta cifra coloca a Tijuana en el tercer lugar nacional de los municipios con mayor concentración poblacional después de Iztapalapa en el Distrito Federal y Ecatepec en el Estado de México y por encima de ciudades como Puebla y Guadalajara (6). La alta tasa de crecimiento poblacional se explica principalmente por la gran cantidad de población flotante y migrante que tiene como destino llegar a los Estados Unidos. De éstos, un gran número no logra llegar a su destino por diversas razones, por lo que se mantienen en la ciudad esperando recibir o ahorrar dinero para poder continuar su viaje. Otros deciden quedarse y residir en esta ciudad, vinculándose laboralmente al sector servicios. Sin embargo, a pesar de que en su conjunto el estado de Baja California Norte representa un estado con muy bajo nivel de marginación social, el municipio de Tijuana representa uno de los espacios de mayor concentración de población en alta marginalidad (9).



Fotografía I. Muro fronterizo entre Tijuana y Estados Unidos

En cuanto a vías de comunicación, Tijuana cuenta con una amplia red de carreteras que la comunican con otros municipios. La principal vía terrestre es la carretera que inicia en Tijuana y recorre la costa del Pacífico. También cuenta con el Aeropuerto Internacional Abelardo L. Rodríguez y una central de autobuses (10). La red ferroviaria existente une al municipio de Tijuana con el de Tecate a través de 70 km de vías férreas, las cuales son para uso exclusivo de transporte de carga (11). Una compañía controla la red ferroviaria que llega a otras ciudades fronterizas como Nogales, Piedras Negras y Ciudad Juárez, y hace conexión con redes ferroviarias norteamericanas (12).

Contexto migratorio

Históricamente, las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez constituyeron los principales puntos de cruce hacia Estados Unidos. Desde finales del siglo XIX, los trabajadores agrícolas mexicanos pasaban por Tijuana para la recolección de frutas y verduras en California (13). A Tijuana llegaron mexicanos en busca de trabajo, atraídos por el auge de la industria maquiladora impulsada por el Programa de Industrialización Fronteriza establecido en 1965, y posteriormente, por el TLCAN en 1994 (13).

Los cambios en la política estadounidense de custodia fronteriza a partir de la década de los noventa, contribuyeron a una nueva reconfiguración geográfica de la migración indocumentada (2). La Operación Bloqueo (Hold the Line), primera estrategia de control y vigilancia fronteriza, se puso en marcha en las ciudades de El Paso y Ciudad Juárez en 1993. Al año siguiente, inició la Operación Guardián (Gatekeeper) en la frontera San Diego-Tijuana. En 1995, la Operación Salvaguarda (Safeguard) en la frontera Arizona-Nogales. En 1997, la Operación Río Grande inició al sureste de Texas y en 2004 la Iniciativa de Control Fronterizo de Arizona (Arizona Border Control Initiative) en Yuma y Tucson. En todos los casos, las acciones consistieron en instalar más agentes

fronterizos y diversos dispositivos de seguridad (13). En 2008 se reforzó la seguridad en la frontera San Diego-Tijuana con la aplicación de medios de tecnología de alta complejidad y la ampliación y construcción de un doble muro a lo largo de 1,200 kilómetros fronterizos (2).

En consecuencia, los flujos migratorios indocumentados han sido desplazados hacia la región desértica del estado de Sonora como Altar, Nogales, Agua Prieta, El Sásabe, Sonoyta, Sáric y Naco. Las circunstancias ambientales de estas zonas colocan a los migrantes en mayor riesgo de sufrir daños severos en salud e incluso la muerte (13). Al respecto, datos sobre las muertes de migrantes en la frontera, muestran que hasta 1997, se registraban 100 o menos muertes al año; sin embargo, la situación cambió a partir de 1998, cuando fallecieron 329 migrantes, 499 en el año 2000, y desde 2001, se ha mantenido anualmente en alrededor de 400 muertes por año (13).

La transformación de los lugares de cruce relacionada con el endurecimiento de las políticas de vigilancia fronteriza de Estados Unidos, han hecho que Tijuana progresivamente se convierta en una ciudad de contención de migrantes en tránsito y deportados de los Estados Unidos. En Baja California existen cuatro garitas de deportación: San Ysidro, Tijuana que es la más transitada, Otay, Tecate y Puerta Méxi-

co (2). De acuerdo con datos de la Encuesta de la Frontera Norte de México, en 2011, la mayoría de los migrantes hacia Estados Unidos (42%) se desplazaban por la región de Baja California. De éstos, cuatro de cada diez eran devueltos (41%) (13). En los últimos años (2012-2014), los migrantes que tuvieron como destino los Estados Unidos, prefirieron desplazarse por la región centro de la frontera, la cual comprende los municipios de Ciudad Juárez, Chihuahua; Agua Prieta, Sonora; Cananea, Sonora; Nogales, Sonora; y Altar, Sonora (14).

Por otro lado, en cuanto a eventos de extranjeros devueltos por autoridades migratorias en Baja California, se observa que a partir del 2012, se registra un aumento de las devoluciones de extranjeros por las autoridades migratorias a nivel nacional y estatal (15) (cuadro II).

La afluencia constante del flujo de personas en la frontera norte, ha convertido a la región en un nicho de atracción para el crimen organizado y delincuentes que aprovechan la condición de vulnerabilidad de los migrantes. En 2012, en el municipio de Tijuana se registraron el 62.7% del total de los casos de tráfico de indocumentados en Baja California, el 58.2% de los homicidios y el 52.2% de las violaciones sexuales (cuadro III) (16), lo cual configura un contexto hostil y peligroso para los migrantes.

Cuadro II. Eventos de extranjeros devueltos por la autoridad migratoria mexicana en el estado de Baja California, 2007-2015

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nacional N	113,206	87,386	64,447	65,802	61,202	79,643	80,902	107,814	155,418
Baja California N	621	537	481	497	497	692	626	869	2,079
% °	0.5	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8	0.7	0.8	1.3

° Respecto al total de aseguramientos en el país

Fuente: Segob. Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos. Extranjeros alojados y devueltos. [Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos]

Recursos públicos para la atención de la salud

Para otorgar atención médica a la población en Tijuana, la SSA cuenta con 61 unidades médicas y 545 médicos que atienden cerca del 34% de la población (16). El 66% restante es atendido por el IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y el sector privado, el cual está conformado por 26 unidades médicas (16).

Referente al ámbito de seguridad de los migrantes, en 1990 se crea en el estado de Baja California, un programa piloto, que más tarde integraría el Grupo Beta Tijuana, con el objeti-

vo de combatir la delincuencia y los crímenes cometidos en contra de los migrantes en su tránsito por territorio mexicano (9). Este programa operaba atendiendo a migrantes en la garita de deportación, donde se les facilita la comunicación con sus familiares, alimentos, y transporte a centros de atención médica o albergues (9). En Tijuana, se crea desde 1998, el Subcomité Municipal de Atención al Migrante como parte de la respuesta gubernamental para atender las necesidades de la población migrante. Este subcomité es una iniciativa del INM municipal, cuyo objetivo es promover la comunicación entre el gobierno y la socie-

Cuadro III. Incidencia delictiva en el estado de Baja California Norte y el municipio de Tijuana, 2012

	Baja California	Tijuana	
Procesados registrados en los juzgados de primera instancia en materia penal del fuero común por principales delitos	(N= 8,624; 100%)	(N= 4,422; 51.2%)	% *
Robo	2,809	1,454	51.8
Golpes y lesiones	734	321	43.7
Homicidio	189	110	58.2
Actos ilícitos con armas	1,214	838	69.0
Violación sexual	136	71	52.2
Violencia familiar	70	42	60.0
Otros delitos	2,721	1,282	47.1
Procesados registrados en los juzgados de primera instancia en materia penal del fuero federal por principales delitos	(N= 6,355)	(N= 3,501)	% *
Narcóticos	4,919	2,605	53.0
Actos ilícitos con armas	925	587	63.5
Tráfico de indocumentados	59	37	62.7
Organización delictiva	5	4	80.0
Otros delitos	447	268	60.0

* Porcentaje respecto a N

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Síntesis estadística municipal, Tijuana, Baja California, 2013. México: INEGI. Consultado el 29/Febrero/2016. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825004355>

dad civil. En éste participan personal del DIF del municipio de Tijuana, miembros del Grupo Beta, el subdirector de los servicios médicos estatales, los encargados de las Oficinas de Representación Estatal del Migrante en los Estados de Michoacán y Zacatecas, el representante del consulado de Guatemala, jueces municipales, directivos de estancias municipales para infractores, y representantes de organizaciones de la sociedad civil (2, 9).

A través del INM, se han puesto en marcha algunos programas para atender las necesidades de salud en los migrantes mexicanos. En Tijuana, se implementa el programa Vete Sano Regresa Sano, creado desde 2001 con el objetivo de brindar mayor y mejor atención en salud a la población migrante. Sin embargo, la organización internacional Médicos del Mundo, señaló la falta de eficiencia en su implementación en las ciudades de Tijuana y Mexicali debido a la escasez de recursos y servicios de salud para asegurar su funcionamiento y difusión. Asimismo, la organización asegura que el programa no es conocido por los migrantes y pocos saben de su existencia (17).

En diciembre de 2007, por instrucciones del Ejecutivo Federal, da inicio en Tijuana, Baja California el programa Repatriación Humana en México, con la finalidad de procurar que las repatriaciones o deportaciones de mexicanos por las autoridades estadounidenses se realicen de forma segura, ordenada, digna y humana. Este programa se integra por nueve módulos de repatriación en la Frontera Norte: Tijuana, Mexicali, Nogales, Ciudad Juárez, Ojinaga, Ciudad Acuña, Piedras Negras, y opera en fase piloto en Nuevo Laredo y Matamoros. En el caso de Tijuana, en promedio se brinda atención a 400 migrantes mexicanos que son deportados diariamente a Tijuana (9), a los que se les distribuye alimentos, ofrece telefonía gratuita, canaliza a servicios de salud o albergues y proporciona pasaje de transporte a sus lugares de origen.

En relación con estos programas y acciones, es necesario indicar que, a pesar de que existe un importante flujo transmigratorio de centroamericanos, la mayoría están dirigidas a migrantes mexicanos (13).

Respecto a la participación de las organizaciones de la sociedad civil en la respuesta a las necesidades de los migrantes, se observa una importante presencia y actividad de éstas, entre las que se puede destacar: la Coalición Pro Defensa del Migrante (CPDM), Casa del Migrante de Tijuana - Centro Scalabrini (CMT), Comisión Nacional de Oficinas Estatales de Atención al Migrante (Conofam) y el Casa de la Mujer Migrante Instituto Madre Asunta (IMA).

La CPDM está integrada por seis organizaciones civiles y atiende un promedio de 3,500 migrantes deportados por mes, ofreciéndoles comida, asesoría jurídica, facilitación de llamadas telefónicas y transporte a las casas de atención al migrante (18).

La Conofam es una asociación civil cuyo objetivo es coordinar y gestionar los esfuerzos estatales para el establecimiento de políticas públicas de atención al migrante. Asimismo, promueve la creación de programas estatales de desarrollo económico donde participen los migrantes y realiza diversas acciones para apoyarlos a ellos y a sus familias (19).

La CMT es una institución católica que abrió sus puertas el 4 de abril de 1987 gracias al esfuerzo de las Hermanas Misioneras de San Carlos Borromeo Scalabrinianas, particularmente de su fundadora la Madre Gemma Lisot. La CMT tiene una capacidad para albergar a 180 migrantes varones, sus servicios son gratuitos y se mantiene gracias a los donativos de particulares, familias, organizaciones de la sociedad civil y al trabajo voluntario. También contribuye al funcionamiento del programa de Voluntariado Scalabriniano, el cual envía personas a ofrecer un año de servicio después de haber completado su formación como misioneros (20).

El IMA ofrece los servicios de alimentación, alojamiento, baño con agua caliente, vestimenta, calzado, servicios médicos básicos, bolsa de trabajo, y pláticas sobre derechos humanos, autoestima y educación sexual. Además, el IMA cuenta con orientación espiritual, psicológica y legal. Desde su apertura ha albergado a más de 190,000 migrantes de más de 50 nacionalidades diferentes, del éste total de los cuales, 75% han sido migrantes deportados de Estados Unidos. En 2009, atendió a un total de 11,524 migrantes (21). Para la implementación del proyecto, se decidió trabajar con el IMA, el cual atiende sólo a mujeres y niños migrantes, con el propósito de dar visibilidad a las necesidades de este subgrupo de migrantes con condiciones de vulnerabilidad específicas.

La Casa de la Mujer Migrante: Instituto Madre Asunta (IMA)

En los años 80, el apoyo para los migrantes en la ciudad de Tijuana era escaso. En esos años, la mayoría de los migrantes se encontraban en las calles, dormían en las banquetas, en las plazas y en El Bordo, un espacio al que acceden los deportados que han excedido el tiempo de permanencia en los albergues o que no tuvieron la posibilidad de acceder a ellos. Este espacio se ubica al bordo del canal del Río Tijuana, mismo que comprende dos kilómetros desde la valla fronteriza hacia el este de la ciudad (22). Frente a ese fenómeno, el obispo de la ciudad de Tijuana invitó a la congregación Scalabriniana, y tras un estudio de campo, reportaron la urgente necesidad de crear un espacio en la ciudad para brindar la atención humanitaria a los migrantes. A la cabeza de las congregaciones Scalabrini, el padre Flor María Rigioni y la hermana Gemma Lisot iniciaron con el proyecto para brindar atención a migrantes, hombres, mujeres y niños. Sin embargo, con el paso del tiempo, la hermana Gemma inició gestiones ante su congregación para un nuevo proyecto de casa de migrantes exclusiva para mujeres y niños.

La hermana argumenta que la infraestructura de la casa era un riesgo para los niños, y que las mujeres, al ser minoría, eran más vulnerables ante el gran número de hombres.

La comunidad Scalabrini con sede en Chicago apoyó con la compra de un terreno a escasos metros de la casa de migrantes para hombres. Posteriormente, la Hermana Gemma creó un patronato con el apoyo de organizaciones como Adveniat, Cáritas y la Sedesol para la gestión de los recursos, con los que se edificaría la casa. Así, el IMA fue inaugurado en abril de 1994, con una moderna y confortable infraestructura. El IMA ofrece hospedaje temporal, alimentación, vestimenta, asistencia legal, atención médica y psicológica, bolsa de trabajo, facilitación de transporte para retornar al lugar del origen, y orientación sobre los riesgos del cruce y documentos temporales de identificación.

Recursos para la atención humanitaria y de salud en la Casa del Migrante

El IMA cuenta con tres dormitorios comunes, 12 regaderas, 12 sanitarios, y un dormitorio para voluntarios, visitas y las religiosas. Existe un área para recepción de migrantes, otra de cómputo con acceso a internet, oficinas del área de trabajo social y dirección. En el segundo piso se encuentra el área de consulta médica, la oficina de asesoría legal, una sala de usos múltiples en donde se dan conferencias y talleres sobre derechos humanos, salud sexual y reproductiva, y un cuarto de ropería y capilla. Se dispone de un área de enfermería en donde los médicos voluntarios pueden dar consulta y cuentan con los insumos necesarios para las revisiones médicas. En este espacio, se encuentra también un dispensario con medicamentos surtidos por los médicos voluntarios, la SSA y organizaciones sociales.

El comedor cuenta con tres grandes mesas y alacena, mientras que la cocina cuenta con enseres de tipo cocina industrial. Se preparan

tres comidas diarias para las mujeres y niños alojados, y para los migrantes que viven en las calles a quienes se distribuye los alimentos en el exterior del Instituto. Para la preparación de los alimentos, se cuenta con el apoyo de una cocinera y de las propias migrantes.

El IMA también cuenta con un pequeño patio lateral, área de lavado y tendido, casilleros para el resguardo de las pertenencias personales de las migrantes, estancia con televisión, área de recreación, y cochera para un vehículo. Las características del inmueble y el trato entre el personal y las mujeres migrantes alojadas generan un espacio de contención que permite la permanencia de las migrantes por largos periodos de tiempo.

El IMA tiene capacidad para albergar a 45 mujeres diariamente y recibe aproximadamente a 130 por mes. Las migrantes pueden permanecer hasta por 15 días, aunque este periodo es variable dependiendo de la situación particular de cada mujer. Anualmente se atienden entre 1,000 a 1,200 mujeres migrantes.

El IMA se financia a través de donaciones y recursos provenientes de proyectos financiados por diversas instancias como la Sedesol; cuenta con personal permanente, voluntario, de servicio social, de representación legal y otros

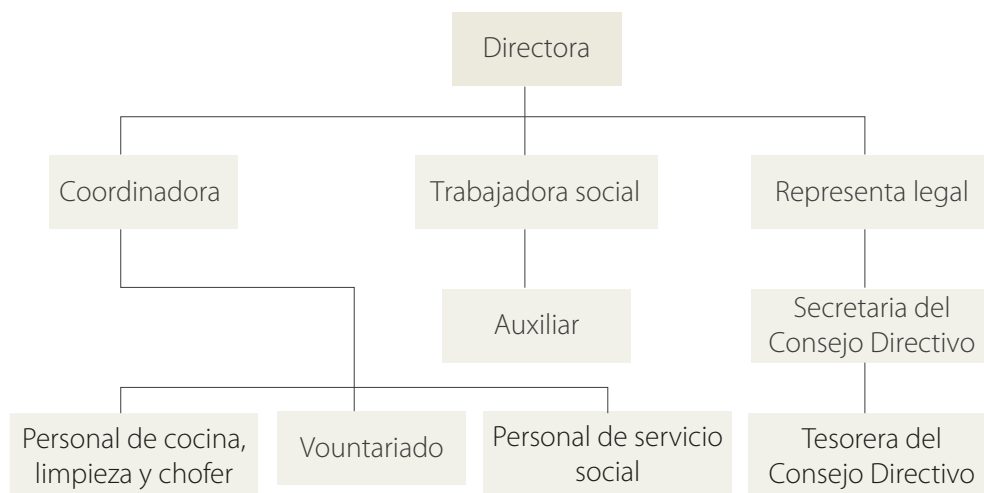
trámites jurídicos. En la figura 1, se muestra el organigrama del IMA.

Vinculación interinstitucional

Como se mencionó anteriormente, el IMA forma parte de la CPDM, institución que apoya su actuar, principalmente en materia de derechos humanos, a nivel local, estatal y binacional entre México y Estados Unidos. El IMA es una de las organizaciones más activas en el seno de la Coalición, y es parte de la Red de Albergues de la Pastoral de la Movilidad Humana. Por otra parte, el IMA trabaja con instituciones gubernamentales del sector salud, INM, Sedesol, DIF y SRE.

Asimismo, el IMA ha desarrollado una amplia red de apoyo con organizaciones de la sociedad civil y consulados en Estados Unidos y la región fronteriza. Este trabajo abarca temas administrativos, de intercambio de información, de cabildeo, y participación en seminarios. Además, una amplia red de entidades religiosas en Estados Unidos apoya de manera permanente al IMA. De mismo modo, mantiene convenios con la SSA y con instituciones académicas, como el Colef y la Universidad Autónoma de Baja California, que envía pasantes de psicología para impartir pláticas sobre temas de salud mental.

Figura 1. Organigrama del Instituto Madre Asunta, Casa de la Mujer Migrante. Tijuana, Baja California



Características sociodemográficas de las migrantes usuarias del Albergue

Durante el periodo de implementación del proyecto, se encuestó de forma no aleatoria a 1,363 mujeres. El promedio de edad fue de 34.9 años; 91.7% fueron mexicanas; 6.6% procedían de algún país centroamericano. 82.8% reportó tener hijos, con un promedio de tres hijos. El 87.9% no contaba con documentos migratorios y 67.5% de las mujeres habían logrado llegar a Estados Unidos, anteriormente (cuadro IV).

Cuadro IV. Características sociodemográficas y experiencia migratoria: usuarias del IMA, Tijuana, Baja California, 2009-2015

	Mujeres migrantes (n= 1,363) %, media (DE)
Edad (promedio)	34.9 (10.3)
País de origen	
Nicaragua	0.07
Honduras	2.8
Guatemala	1.7
El Salvador	2
México	91.7
Otro	1.5
Tiene hijos	
Sí	82.8
Número de hijos: media (DE)	3 (1.8)
Experiencia migratoria	
Sin documentos migratorios	87.9
Ha llegado alguna vez a Estados Unidos	67.5

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

Problemas de salud y acceso a servicios de salud

La atención médica que ofrece el IMA es provista por tres médicos voluntarios y por médicos de la SSA que acuden los miércoles de cada semana y brindan información preventiva sobre salud sexual y reproductiva, además de atención clínica. Uno de los médicos voluntarios tiene su consultorio a tres cuerdas de la institución, y las migrantes pueden acudir con una hoja de referencia del IMA. Sin embargo, la atención de la salud mental representa una de las necesidades que no han logrado atender de manera efectiva:

“La salud mental no está siendo atendida, no hay un hospital psiquiátrico al que podamos llamar para solicitar apoyo. Creo que hace falta este espacio público por medio de la Secretaría de Salud. Muchas migrantes salen en **shock** y si no superan ese **shock**, caen en crisis y algunos después están vagando como enfermos mentales”.

(Coordinadora del IMA)

Los problemas de salud reportados con mayor frecuencia por las migrantes, se presentan en el cuadro V. 21.1% de las migrantes manifestaron haber padecido alguna enfermedad o accidente en las dos semanas previas a la aplicación de la encuesta. Las enfermedades más frecuentes fueron las respiratorias (26.3%), gastrointestinales (6.6%), accidentes (5.5%) y heridas (3.8%); sin embargo, este perfil presenta variaciones importantes, y más de la mitad refirieron haber tenido otros problemas de salud (53.1%). El 66% acudió a algún servicio de salud para atenderse y el 97.3% de los casos fueron atendidos. Los lugares en donde recibieron la atención médica fueron el IMA (31.4%), sanatorio u hospital (10.9%), centro de salud local (8.9%) y médico particular (8.3%).

Llama la atención la diversidad de lugares donde las migrantes recibieron atención, a pesar de que el IMA cuenta con una oferta ampliamente accesible para las usuarias.

Salud sexual y reproductiva

A partir de 2010, se imparten pláticas sobre temas de SSR, se distribuyen condones, y ofertan y realizan pruebas rápidas de detección de VIH. Estas actividades son realizadas por personal del IMA y los médicos.

En el cuadro VI, se presentan algunas características de salud sexual y reproductiva, y comportamiento sexual de las mujeres usuarias del IMA.

6.3% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales durante el viaje, 2.8 veces en promedio; de éstas, 22.1% usaron condón en su última relación sexual. El 5.8% mencionó haber tenido relaciones sexuales a cambio de algún bien como dinero, protección o comida.

El 49.3% estaba usando algún método anticonceptivo; la mayoría ha estado embarazada

Cuadro V. Problemas de salud y acceso a servicios de salud: usuarias del IMA en Tijuana, Baja California, 2009-2015

	Mujeres (n= 1,363) %
Problemas de salud, enfermedad o accidente más frecuentes en las últimas dos semanas*	21.13
¿Qué tipo de problema(s) tuvo?	
Herida	3.82
Accidente	5.56
Enfermedad respiratoria	26.39
Enfermedad gastrointestinal	6.6
Hongos en los pies	0.35
Deshidratación	2.43
Otro	53.13
Acceso a servicios de salud	
¿Acudió a algún servicio de salud para atenderse?*	66.32
¿Lo atendieron?*	97.38
¿Dónde lo atendieron?	
Casa del Migrante	31.41
Consultorio médico particular	8.38
Farmacia	4.19
Centro de salud	8.9
Sanatorio u hospital	10.99
Curandero, hierbero	0.52

* Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

alguna vez (82.9%), con 3.5 embarazos en promedio; 5% estaba embarazada al momento de la encuesta, con un promedio de 4.1 meses de gestación. De éstas, 51.4% mencionó haber recibido atención para el cuidado del embarazo, 37% en un centro de salud, 8.5% en IMA y 8.5% en un consultorio médico particular; 34.2% fueron atendidas en otro servicio de salud. Nuevamente, se observa una baja utilización de los servicios de salud disponibles en el IMA, en este caso para mujeres embarazadas.

Violencia contra migrantes en tránsito

Del total de mujeres entrevistadas, 21.3% mencionó haber sufrido algún acto violento durante el último viaje (actual). Los tipos de violencia más frecuentes correspondieron a humillaciones, robo de dinero u otros objetos personales, amenaza con arma y violencia física, y secuestro (cuadro VII). Sobre los secuestros, una mujer expuso sus vivencias de uno de estos eventos:

Cuadro VI. Comportamiento sexual, salud sexual y reproductiva de mujeres usuarias del IMA, Tijuana, Baja California, 2009-2015

	Mujeres (n= 1,363) %, media (DE)
Comportamiento sexual en este viaje	
Ha tenido relaciones sexuales	6.29
Sexo transaccional*	5.86
¿Cuántas relaciones sexuales ha tenido?	2.8 (6.5)
Usó condón en su última relación sexual	22.1
Métodos anticonceptivos	
Actualmente usa anticonceptivo	49.34
Embarazo	
Ha estado embarazada alguna vez [†]	82.98
¿Cuántos embarazos ha tenido?	3.5 (2.2)
Actualmente ¿está embarazada? [†]	5.03
¿Cuántos meses tiene de embarazo?	4.1 (1.9)
¿Ha recibido atención para el cuidado del embarazo? [†]	51.47
Casa del Migrante	8.57
Consultorio médico particular	8.57
Centro de Salud	37.14
Sanatorio u hospital	5.71
Otro	34.29
No responde	5.71

* Ha tenido relaciones sexuales a cambio de comida, protección, dinero u otro bien.

[†] Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

Nos secuestraron por Valle Redondo, por Tecate, ahí es un lugar donde los polleros te llevan a secuestrar, te amarran. A mis compañeros los torturaron, los golpeaban y a cada rato les ponían la pistola para hablar por teléfono a sus familias para que dieran dinero, algunos hasta cinco mil dólares y los golpeaban con palos y sólo en la noche nos dejaron dormir en el frío, sin comer nada.

(Mujer migrante deportada, originaria de Puebla, México).

15.5% de las mujeres reportaron haber sido víctimas de violación sexual, en este último viaje. Éste representa uno de los asuntos más delicados y sensibles que requieren de una atención de urgencia; sin embargo, la mayoría de las mujeres violentadas no denuncia ni reporta este tipo de problemas, y en consecuencia son limitadas las intervenciones que se realizan para la prevención de las consecuencias en salud y para la defensoría de sus derechos.

A pesar de que la mayoría de las mujeres han sido deportadas, una vez en Tijuana, el 64.8% tiene la intención de intentar cruzar nuevamente la frontera y continuar su viaje.

La deportación de mujeres: un proceso de violencia

En los últimos años se ha incrementado el número de mexicanos deportados de Estados Unidos. En este proceso, las migrantes reportan haber sido maltratadas por los agentes de migración estadounidenses. Algunas de ellas sufrieron separación familiar, y buscan solicitar legalmente la repatriación de los hijos que se quedaron en Estado Unidos.

Yo tenía 11 años viviendo en Estados Unidos. Veníamos caminando por la calle y se pegó la migra detrás de nosotros

nada más porque éramos migrantes ilegales. Nos trató de lo peor [el agente de migración], como perros. El migra me tiró al piso y me lastimó mis rodillas, me esposaron. Tengo cinco hijos y más de un año que no los veo. Mi plan es pelearlos aquí y de hecho vengo a hablar con la trabajadora para que me ayude a traer a mis hijos. Son mis hijos, no son de ellos y los voy a pelear todo el tiempo.

(Mujer migrante deportada, originaria de Chiapas, México)

eYo tenía diez años viviendo en Estados Unidos. Íbamos caminando por la playa y nos agarró un agente de migración y nos trató muy mal. Trataron de ahogarnos con la calefacción; junto a mí iba una señora que tenía asma y se estaba ahogando pero no nos ayudaban, se burlaban. Ahorita ya tengo diez intentos y no puedo cruzar. Me quiero regresar a mi tierra, pero mis tres hijos están del otro lado y estoy viendo la posibilidad de que me los traigan. Hablé con el consulado mexicano o el americano, pero me dijeron: 'ellos están mejor acá y tú quédate allá'. Entonces, quiero que me traigan a mis hijos para irme a mi tierra y ya no regresar..."

(Mujer migrante deportada, originaria de Puebla, México)

Asimismo, como consecuencia de la separación de familias, una mujer comentó que dichas políticas de expulsión están "sembrando odio" en los niños, provocando consecuencias en su salud y salud mental:

Una vez le dije a un migra que se atuvieran a las consecuencias porque están separando familias, están sembrando odio en los corazoncitos de los niños, o sea, los

manchan psicológicamente. Me quitaron lo que más quiero...

(Mujer migrante deportada, originaria de Chiapas, México)

Las acciones que el IMA ha llevado a cabo en cuanto al tema de derechos humanos, son diversas y de importante impacto social. La responsable de trabajo social comenta que notaron que el asistencialismo no era suficiente para garantizar el bienestar de las mujeres migrantes debido a los contextos de alta vulnerabilidad a los que están expuestas durante su viaje a Estados Unidos. Es por ello, que iniciaron la conformación de la CPDM para denunciar, pú-

blicamente y ante las autoridades, las diversas violaciones que sufre esta población en su tránsito por México, particularmente por las ciudades de Tijuana y Mexicali.

La CPDM se creó en 1996, y está integrada por el IMA, Casa Scalabrini para migrantes varones, YMCA para menores migrantes, Albergue Juvenil, Centro de Derechos Cívicos y Centro de Apoyo al Trabajador Migrante. Su objetivo es dar mayor visibilidad e impacto a las acciones para el beneficio de los migrantes. La Coalición mantiene una vinculación estrecha con otras instituciones de las que recibe diversos apoyos. Entre ellas se encuentran la Universidad Autónoma de Baja California, la SSA, el INSP, el Colef, el Consejo de Organismos Ciudadanos AC, Pastoral de Movilidad Humana, Sin Fronteras-IAP, y diversas instituciones de apoyo a personas con algún tipo de adicción, víctimas de violencia o madres solteras.

Entre las principales acciones de la CPDM están: la instalación de un módulo permanente de atención a migrantes deportados en la Garita de San Ysidro; investigaciones en colaboración con instituciones académicas; documentación de los casos de violación a los derechos humanos de los migrantes; manifestaciones públicas para visibilizar las problemáticas que sufren los migrantes; y denuncias jurídicas ante consulados, patrulla fronteriza, policías municipales, oficinas de migración de Estados Unidos y de México (23).

Por otra parte, el IMA cuenta con un abogado encargado de la defensoría de los derechos humanos de las migrantes. Entre sus actividades se encuentran documentar y dar seguimiento a los casos de separación familiar, realizar los trámites para traer a México a los hijos de las migrantes, solicitar la documentación de identidad de las migrantes (cuando les es retenida o destruida por autoridades migratorias), atender los casos de abuso laboral, y los casos de procesos indebidos de deportación.

Cuadro VII. Violencia contra mujeres migrantes usuarias del IMA. Tijuana, Baja California, 2009-2015

	Mujeres (n= 1,363) %
Violencia	
¿Ha sufrido algún tipo de violencia en este viaje?*	21.3
Tipo de violencia	
Secuestro	13.8
Robo	39.3
Humillación	63.8
Amenaza con arma	26.6
Golpes	25.2
Violación sexual	15.5
Después de haber sufrido un acto violento: continuará su viaje*	64.8

* Incluye todas las respuestas a las que los encuestados respondieron "sí".

Fuente: Leyva R, Infante C. Proyecto Multicéntrico: Migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México, 2009-2015.

Discusión y conclusiones

Como ciudad fronteriza y punto tradicional de cruce, Tijuana presenta características muy específicas que la diferencian de otras ciudades de tránsito. El endurecimiento de las políticas migratorias estadounidenses y el reforzamiento de la seguridad fronteriza han provocado un desplazamiento de las rutas tradicionales de cruce hacia territorios inhóspitos, así como que Tijuana y Mexicali se hayan convertido en los principales centros de contención de mexicanos deportados y en tránsito hacia Estados Unidos.

En su mayoría, las mujeres mexicanas que llegan a Tijuana, han logrado cruzar la frontera de Estados Unidos. Debido a que cuentan con una importante experiencia migratoria y de deportación, se esperaría que presentaran y reportaran con mayor frecuencia una diversidad de problemas vividos en su tránsito por México, en la frontera, durante su cruce, y en Estados Unidos. Sin embargo, no es así; la frecuencia reportada de problemas vividos relacionados con el proceso migratorio se puede considerar que es relativamente baja. Esta situación, puede deberse a la falta de sensibilidad de los instrumentos y a las condiciones en que se aplica el cuestionario, pero también a la naturalización de las situaciones de violencia, como parte del proceso migratorio. Al respecto, se requiere desplegar nuevas estrategias que permitan establecer la magnitud y complejidad de problemas sociales y de salud que experimentan las mujeres como parte de su proceso migratorio. Inicialmente, el IMA identificó esto como un “conjunto de problemas psicológicos y de salud mental”; sin embargo, éstas pueden ser las consecuencias o resultados de la exposición a situaciones de riesgo, las cuales se encuentran, todavía, escasamente identificadas.

Tijuana concentra una numerosa y diversa representación de instituciones gubernamentales y sociales que buscan dar respuesta al tema migratorio. En este complejo grupo institucional participa el IMA, quien ha focalizado su

iniciativa a la protección de los derechos de las mujeres migrantes, además de brindar asistencia humanitaria y de salud.

Esto implica generar y contar con capacidad para dar respuesta a una multiplicidad de asunto de diverso tipo: bienestar familiar, patrimonial, psicosocial, y físico de las migrantes. Algunos ejemplos relevantes están representados por la atención a problemas de separación forzada de familias y el despojo obligado de bienes muebles e inmuebles; violencia que sufren las migrantes cuando son detenidas por agentes de migración estadounidenses o cuando son secuestradas, torturadas y extorsionadas por delincuentes en su intento por cruzar la frontera.

La gestión que el IMA lleva a cabo, no corresponde a la acción de una institución asilada, sino como parte de una Coalición de organizaciones (CPDM) que le permite escalar su capacidad de respuesta y representación de intereses de las mujeres migrantes ante instituciones locales, estatales, nacionales y binacionales. Será de alto interés generar evidencia sobre los resultados de las intervenciones de la Coalición, como parte de un modelo de respuesta intersectorial a las diversas necesidades que viven las mujeres migrantes en la frontera México-Estados Unidos.

Respecto a los temas relacionados con la atención de los problemas de salud, de acuerdo con los datos del proyecto, se observó una baja utilización de la capacidad instalada en salud con que cuenta el IMA. Sólo una tercera parte de las usuarias con algún problema de salud reportó haber sido atendida en el IMA. Por el contrario, las mujeres migrantes buscan su atención en diferentes lugares. Al respecto, es necesario considerar la importancia de socializar entre las usuarias, la disponibilidad de atención médica así como los recursos institucionales que puede movilizar el IMA ante necesidades de atención de mayor complejidad.

Por otra parte, a pesar de la difusión de la afiliación al Seguro Popular por migrantes, éste representa un tema que no emerge como par-

te de la protección financiera para la atención de la salud. Se requiere dimensionar y difundir de manera focalizada, en las instituciones de atención social a los migrantes, la posibilidad de ser afiliados a este programa, y las ventajas que conlleva para los migrantes.

Las mujeres migrantes representan el grupo de mayor vulnerabilidad dentro de un grupo vulnerable, los migrantes. Esto, en función de su condición de género y su minoría (17.3%) entre los usuarios que utilizan los servicios de las casas del migrante a lo largo de la ruta migratoria. A pesar de ello y con excepción del IMA, no se han identificado instituciones especializadas o con experiencia en brindar apoyo a mujeres en tránsito por México, ni acciones focalizadas en la atención de sus necesidades.

Referencias

1. INEGI. Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2014. 2014.
2. Pérez-García N. Cruces en la frontera: migración indocumentada y muertes en la frontera México-Estados Unidos. In: Gutiérrez-Contreras JC, editor. *Memorias del Seminario Internacional "Los Derechos Humanos de los Migrantes, México 2005"*. México: Secretaría de Relaciones Exteriores / Programa de Cooperación sobre Derechos Humanos México-Comisión Europea; 2005.
3. INEGI. Perspectiva estadística: Baja California, diciembre 2013. 2013.
4. INEGI. Anuario estadístico y geográfico de Baja California 2015. 2015.
5. PNUD. El Índice de Desarrollo Humano en México: cambios metodológicos e información para las entidades federativas. Consultado en febrero de 2014 en http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Boletin_IDH.pdf 2012.
6. PNUD. El Índice de Desarrollo Humano en México: nueva metodología. Consultado en febrero de 2016 en <http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/PublicacionesReduccionPobreza/InformesDesarrolloHumano/UNDP-MX-PovRed-IDHmunicipalMexico-032014.pdf> 2014.
7. CONAPO. Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2010. Consultado en marzo de 2014 en http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/1_4.pdf 2010.
8. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario básico. Consultado en febrero de 2016 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/doc/cpv2010_cuest_basico_d.pdf 2010.
9. Herrera-Bautista MC. Factores condicionantes del acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito: El caso de Tijuana Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede México; 2010.
10. BajaCalifornia.gob.mx. Infraestructura social y de comunicaciones. Consultado en febrero de 2016 en http://www.baja-california.gob.mx/portal/nuestro_estado/municipios/tijuana/comunicacion.jsp. 2011.
11. INEGI. Mapa digital de México (versión 6.0). Consultado en febrero de 2016 en <http://gaia.inegi.org.mx/mdm6/>. 2013.
12. Capasso-Gamboa AG. Situación actual del ferrocarril en México. Consultado en julio de 2014 en <http://www.remeri.org.mx/portal/REMERI.jsp?id=oai:ciria.udlap.mx:u-dl-a/tesis/4011023844881>. México: UDLA; 2007.
13. Segob, CONAPO, INM, Unidad de Política Migratoria-Centro de Estudios Migratorios, Secretaría de Relaciones Exteriores, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, et al. Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México, 2011. Serie anualizada 2004 a 2011. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1771/1/images/EMIF_NORTE_2011.pdf 2013.
14. El Colegio de la Frontera Norte. Encuestas sobre Migración en las Fronteras Norte y Sur de México. Tabulados EMIF Norte. Migrantes procedentes del sur. Disponible en <http://www.colef.mx/emif/tabuladosnte.php> 2016.
15. Segob. Unidad de Política Migratoria. Boletines estadísticos. Extranjeros alojados y devueltos. Consultado en marzo de 2016 en http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos2016.
16. INEGI. Síntesis estadística municipal, Tijuana, Baja California, 2013. Consultado el 29 de febrero de 2016 en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825004355> 2013.
17. Médicos del Mundo. Frontera de México con Estados-Unidos. Ciudades de Tijuana y Mexicali: Encuesta sobre la situación de salud de los migrantes y su acceso a la salud. Encuesta 2006-2007. 2007.
18. coalipro.org.mx. Coalición Pro Defensa del Migrante A.C. México. Consultado el 29 de febrero de 2016 en <http://www.coalipro.org.mx/programas.html> 2016.
19. Comisión Nacional de Oficinas Estatales de Atención al Migran-

- te. Estatutos de la Coordinación Nacional de Oficinas Estatales de Atención al Migrante. Consultado el 29 de febrero de 2016 en <http://www.conofamac.org.mx/inicio/>. México: CONOFAM.
20. migrante.com.mx. Casa del Migrante en Tijuana. México: Red Casas del Migrante Scalabrini. Consultado el 25 de febrero de 2011 en <http://www.migrante.com.mx/tijuana.html>. 2011.
21. Andrade Romo ZdC. Respuesta social a necesidades de salud de mujeres migrantes en Tijuana: INSP; 2013.
22. Velasco L, Albicker S. Estimación y caracterización de la población residente en "El Bordo" del canal del Río Tijuana. Reporte ejecutivo de resultados de investigación. Consultado el 26 de marzo de 2016 en <http://www.colef.mx/wp-content/uploads/2013/10/Reporte-ejecutivo-El-Bordo-FINAL.pdf>. Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte, 2013.
23. Programadefensaincideniabinacional.wordpress.com. Iniciativa Frontera Norte de México. El tema Twenty Eleven. Blog de Word Press. Consultado el 1 de marzo de 2016 en <http://programadefensaincideniabinacional.wordpress.com>.

Conclusiones

René Leyva Flores, César Infante Xibillé, Frida Quintino Pérez,
Cristian Torres Robles, Mariajosé Gómez Zaldívar

Los migrantes son un grupo especialmente vulnerable y de difícil acceso a los diferentes servicios sociales, incluidos los de salud. En su estudio ha prevalecido una perspectiva epidemiológica tradicional, que coloca a los migrantes como un riesgo para las comunidades de origen, tránsito y destino. Desde este posicionamiento, los migrantes emergen como potenciales vectores de la diseminación de enfermedades infecciosas a nivel global (1) y sobre-utilizadores de recursos institucionales de salud, educación, y apoyos sociales disponibles para grupos en condiciones de desventaja social (2, 3). Estas perspectivas han permitido que se fortalezcan actitudes de discriminación y rechazo que se incorporan a las prácticas institucionales y legitiman las políticas migratorias restrictivas (4).

En el caso de la migración proveniente de los países centroamericanos y de México hacia los EUA, esta perspectiva también se encuentra presente, con especial énfasis en el país de destino. El tema de seguridad nacional emerge como una preocupación que polariza la opinión pública respecto a las medidas de política que debieran implementar los gobiernos.

En contraparte, se plantea que la libertad de tránsito, la promoción y defensa de los derechos humanos están por encima de los intereses relacionados con el control de la movilidad poblacional, por lo que deben ser garantizados por la sociedad y los gobiernos (5). De acuerdo con la CIDH, “el aumento de la vigilancia de las fronteras, la securitización y la externalización del control de fronteras, en conjunto con menos canales migratorios abiertos irregulares,

obliga a los migrantes a buscar rutas más peligrosas y a depender de traficantes de migrantes o que se conviertan en víctimas de tratantes de personas” (6).

A pesar de las condiciones de alta vulnerabilidad social en que se encuentran los migrantes, son escasas las políticas locales, regionales y nacionales que buscan dar respuesta de forma integrada. En el caso de salud, se aborda de forma reactiva, brindando atención a la enfermedad, de manera aislada, y no como un derecho en sí mismo de los migrantes.

En este marco, el trabajo desarrollado por el proyecto representa una de las escasas experiencias que buscan integrar el tema de salud como parte de los derechos de los migrantes, especialmente de aquellos que se encuentran en condición de tránsito irregular. Desde la perspectiva de este proyecto, los migrantes son sujetos de derecho, que forman parte de una población heterogénea social, cultural y demográficamente. Su condición de salud se comprende dentro del contexto migratorio, incluyendo tanto las condiciones de vida en su país de origen, como las características del proceso de tránsito y de inserción social en los países de destino.

Los riesgos en salud relacionados con las condiciones geográficas y climáticas en que los migrantes transitan por México; el contexto de violencia estructural que se conforma en el tránsito; el escaso acceso a bienes básicos, alimentos y otros servicios incluidos los de atención en salud conforman un escenario que opera en contra de los derechos humanos de los migrantes y se estructuran barreras sociales,

económicas y políticas que impiden el ejercicio real de los derechos de los diferentes grupos de poblaciones móviles.

En este sentido, el proyecto reconoce que el acceso a los servicios de salud que podría modificar ciertas condiciones de riesgo y sus consecuencias en salud, también se encuentra limitado por estos factores contextuales. De forma que, se buscó incidir sobre los factores que regulan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud, desarrollando procedimientos para fortalecer la capacidad de respuesta social y gubernamental para la atención de las necesidades de salud de los migrantes.

De acuerdo a la evidencia generada por el proyecto, la red de actores sociales, políticos y económicos a nivel local, nacional y regional (instituciones gubernamentales, agencias de cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas) permitió articular diferentes intereses y perspectivas para dar respuesta a las necesidades que se generan de la relación entre la migración y la salud.

La red de actores del proyecto contribuyó a generar evidencia sobre diferentes mitos estigmatizantes relacionadas con la migración. La primera evidencia es que los migrantes corresponden a una población sana; segunda, no sobreutilizan los servicios de salud públicos; y tercer lugar no constituye un grupo de riesgo social generador o causante de la violencia que prevalece en comunidades de tránsito de migrantes en México. Con base en esta evidencia, la colaboración de expertos en diferentes disciplinas facilitó la aplicación de distintos métodos para la comprensión de la complejidad del fenómeno migratorio y su expresión en salud. También contribuyó a redefinir estrategias como parte de un proceso de ajuste permanente del proyecto a las necesidades de los migrantes. No obstante, este no fue un proceso simple, requirió de diálogo entre los participantes de la red, y hacia fuera de la red, a través de la difusión de información generada por el mismo proyecto en los medios

y eventos científicos y de comunicación masiva. En estas condiciones, la información generada contó con respaldo de las organizaciones de la sociedad civil y de las instituciones gubernamentales, de manera que se facilitó su aplicación como insumo para la formación de políticas.

De esta forma fue posible estructurar una respuesta adaptada a los diferentes niveles de complejidad de la demanda social y de salud de los migrantes. Ejemplo de ello son los diferentes esquemas de prevención y atención de VIH, violencia sexual, embarazo, anticoncepción, accidentes y traumatismos, entre otros problemas que conforman el perfil de salud-enfermedad de los migrantes. En la mayor parte de los casos, la revisión y ajuste operativo de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) fue el elemento clave que contribuyó a vincular las acciones de salud realizadas por las organizaciones sociales con las de las instituciones públicas de salud. Esto permitió establecer relaciones formales e informales para facilitar la referencia y contrareferencia de los casos que requirieron atención de mayor complejidad. En todo momento, prevaleció que la atención del perfil de salud de los migrantes representaba una expresión de ejercicio del derecho a la salud.

La duración del proyecto, considerado de mediano plazo, permitió fortalecer las capacidades institucionales en el tema de salud y migración. Sin embargo, el tiempo de contacto directo con los migrantes en tránsito es breve; en promedio, su estancia en las CAM no es mayor a 72 horas, y las acciones directas en salud no rebasaron los 30 minutos. En estas condiciones, no se espera modificar la percepción ni la opinión de los migrantes sobre las condiciones de acceso a los servicios gubernamentales de salud, sino brindar información relacionada con el ejercicio de derechos y el manejo de riesgos, sobre todo de aquellos que podrían poner en peligro la vida de los migrantes.

Durante el periodo de implementación del proyecto, no se observó un incremento en la

utilización de los servicios públicos de salud por los migrantes, pero sí una concentración de la atención de los problemas de salud en los servicios de salud de las casas de migrantes, donde se atendió a ocho de cada diez migrantes con algún problema de salud.

Para el 2104, la información sobre egresos hospitalarios comenzó a registrar la nacionalidad de personas extranjeras atendidas en los hospitales de México. En el análisis realizado de la base de datos de egresos hospitalarios se observa que casi el 80% de los egresos de personas de algún país de América Latina fue atendido en hospitales públicos de Chiapas, Tabasco, Oaxaca y Zacatecas. Esta situación podría explicarse como parte del mayor número de migrantes en estos estados del país, algunos de ellos residentes fronterizos en los estados del sur de México, y también por la exposición a riesgos cuyas consecuencias son de mayor gravedad para los migrantes.

De acuerdo con los datos expuestos en los capítulos relacionados con las casas de migrantes se observa que su capacidad de respuesta en salud es heterogénea. En algunas de ellas existe mayor capacidad instalada, recursos materiales y en recursos humanos especializados para brindar atención médica, odontológica y psicológica. Estas diferencias obedecen a los propios intereses de sus directivos, a la disponibilidad de recursos humanos e insumos para atención en salud y a la experiencia desarrollada en la atención a los daños en salud de migrantes. En la mayoría de las casas el personal médico, psicológico y odontológico es parte del equipo de voluntarios, y en general sus actividades se orientan a brindar respuesta a la demanda, frecuentemente con la participación de técnicos o personal capacitado para el manejo urgente de algunos daños a la salud. En el mismo sentido se encuentra la disponibilidad de medicamentos y otros insumos necesarios para dar respuesta adecuada a las necesidades de salud. Ante ello, la principal forma identificada

para abastecerse de estos insumos es a través de donaciones que realiza la población local u otras instituciones públicas y privadas presentes en las comunidades. En este aspecto es importante resaltar el apoyo que reciben las casas de AHF (pruebas rápidas de VIH) y de la Cruz Roja Internacional (prótesis, material de osteosíntesis y otros insumos) para los hospitales donde atienden problemas de mayor complejidad (traumatismos y lesiones).

El proyecto no buscó sustituir la respuesta institucional en salud sino desarrollar los espacios de comunicación con organizaciones de la sociedad civil para dar respuesta adecuada a las necesidades de salud detectadas y atendidas, en su mayoría, en las casas de migrantes. Entre estos los espacios locales impulsados por el proyecto se pueden mencionar la definición de los centros de salud como “amigos del migrante”, la Cartilla de Salud del Migrante, las redes locales para la atención y prevención de la violencia sexual, y especialmente la acreditación de las casas como espacios saludables, entre otros. También se encuentran otros mecanismos de colaboración binacional, especialmente entre los servicios locales de salud de Chiapas con los de los países de Centroamérica, para referir a migrantes con VIH que decidieron retornar a su país de origen; o de aquellos que sufrieron de lesiones traumáticas por accidentes y violencias, cuya atención requiere de seguimiento y apoyo social, que frecuentemente no era posible brindarlo de forma adecuada en México. Estos procesos requirieron de la participación de instituciones de derechos humanos, asistencia social y de las representaciones consulares de los países centroamericanos en México, lo cual representa un proceso complejo y no siempre se lograron las mejores condiciones de colaboración interinstitucional en beneficio del migrante.

En las instituciones públicas de salud se identificaron diferentes factores y de distinto nivel que obstaculizan la atención rápida de los migrantes. A nivel hospitalario, la falta de dispo-

nibilidad de insumos y recursos médicos y la saturación de las salas de urgencia, representan el principal factor de retraso en la atención. Otros aspectos se encuentran relacionados con el nivel de acercamiento y comunicación entre organizaciones de la sociedad civil y los funcionarios de las instituciones de salud y otras organizaciones de gobierno, para atender la referencia de casos que por su complejidad y urgencia requieran atención oportuna. La elevada rotación de tomadores de decisiones a nivel local dificulta establecer procesos sistematizados para la referencia y seguimiento de casos, como parte integral de los protocolos de atención. No obstante, en estas condiciones del contexto existen importantes diferencias para la resolución de las necesidades de salud de los migrantes, relacionada con la trayectoria y reconocimiento social y político de las casas como promotoras y defensoras de los derechos de los migrantes. De esta manera, se cuenta con la experiencia de casas con una alta capacidad para representar los intereses de los migrantes y gestionar de forma efectiva el acceso a los servicios de salud, mientras que otras tienen importantes limitaciones para dar respuesta.

Desde diciembre del 2014, con la apertura del Seguro Popular para afiliar a migrantes se han presentado significativas variaciones, a nivel local, en la implementación de este programa de protección financiera (7). El principal elemento que explica estas variaciones en los procesos de afiliación es el tiempo de cobertura del seguro limitada a tres meses, sin posibilidad de re-afiliación, y la interpretación respecto a la presentación de documentos de identidad en migrantes indocumentados. De acuerdo con instituciones de protección de los derechos humanos, no hay razón alguna para este trato diferencial a los migrantes, lo cual podría iniciar un proceso judicial por violación a los derechos establecidos constitucionalmente.

Los procesos analizados anteriormente se encuentran documentados, como parte de las actividades del componente de generación de

información estratégica, que permitió contar información oportuna para su análisis y utilización. Para el desarrollo de este componente, se diseñaron y ajustaron diferentes cuestionarios, guías de entrevistas, mapeo de actores, etnografías, entre otros que permitieron recolectar la información para su posterior sistematización. De esta forma, se cuenta con información sistematizada en bases de datos cualitativas y cuantitativas. En relación con la base de datos cuantitativa, es importante mencionar que desde 2015, en las casas que participan en el Proyecto se encuentra instalado un sistema de información en línea (web). Un sistema de información en línea. Desde nuestra perspectiva, este sistema de información resulta un modelo eficiente para recolectar datos de forma rápida sobre diferentes eventos o situaciones cambiantes que viven los migrantes en su tránsito por México. No obstante, requiere ser evaluada como un instrumento de utilidad para las casas y su sostenibilidad en el tiempo.

La cantidad y diversidad de información sistematizada representa uno de los valores más importantes de la contribución del proyecto para entender la situación de salud de los migrantes en tránsito y estructurar su respuesta, basada en evidencia.

El uso de la información generada por el Proyecto, ha sido diverso. Uno de ellos, fue su aplicación en el diseño de programas de actualización y capacitación de los proveedores de los servicios en las instituciones de salud; pero también para la formación de recursos humanos a nivel de postgrado (diplomado, maestría y doctorado). Este último representa un plus que en principio no estaba considerado como parte de las estrategias a desarrollar; sin embargo contribuyó de manera significativa al reconocimiento del proyecto por instituciones académicas nacionales e internacionales con quienes se ha establecido mecanismos de colaboración para el fortalecer de la oferta académica, vinculada a las necesidades de los grupos en condición de alta vulnerabilidad social. Se han creado

redes académicas en el tema y en la actualidad, alguna de estas instituciones ofertan el tema de migración y salud, como parte de sus programas de postgrado. Este grupo de expertos en el tema han contribuido de manera significativa al diseño, implementación o evaluación de diferentes proyectos en el campo de migración y salud en México y Centroamérica, algunos de los cuales han sido citados en los capítulos iniciales.

En el espacio académico, la diseminación de la información científica se ha constituido en un elemento clave de prestigio académico; sin embargo, este proyecto se logró considerar como una estrategia de investigación para la acción. En este caso la investigación tiene la misión de generar información que busque la comprensión del problema y además oriente vías para su abordaje y posible respuesta o solución. De esta manera, las publicaciones, presentaciones en congresos, simposium, foros y otros espacios de análisis nacionales e internacionales, tuvieron el propósito de presentar y analizar aspectos relevantes sobre la frecuencia, distribución, magnitud, costos sociales y económicos de diferentes problemas que conforman el perfil de salud y necesidades sociales y de esta manera contribuir al desarrollo de acciones para reducir la vulnerabilidad social y en salud de los migrantes en tránsito por México.

La migración en tránsito por México continúa y se enfrena a nuevos retos que frecuentemente son de mayor complejidad y adversidad y surgen nuevos cuestionamientos como el conocer: ¿cuál es el enfoque que deberían tomar en cuenta los nuevos proyectos o iniciativas relacionadas con la salud de los migrantes?

Sin duda, el tema de los derechos humanos representa el eje para articular una propuesta orientada a generar posibles respuestas al tema de migración y salud. El enfoque regional del fenómeno migratorio, considerando la participación de los diferentes actores en los países de origen, tránsito y destino, y atendiendo los diferentes momentos del proceso migratorio,

podría abrir nuevos espacios para la exigibilidad del derecho a la salud. De esta forma, consideramos que la justiciabilidad del derecho a la salud para migrantes, podría hacer real la declaración de los migrantes como sujetos portadores de derechos, independientemente del país donde se encuentren. Otros elementos seguramente tendrán que ver con la emergencia de nuevos problemas de salud o situaciones de riesgo en que los migrantes se ven inmersos. Esto requerirá de desarrollar nuevos proyectos para su análisis que necesitan ser vinculados a los procesos de política pública que en la actualidad se encuentran en marcha en México.

El Proyecto Multicéntrico sobre Migración y Derechos Sexuales y Reproductivos basó su desarrollo en una amplia experiencia de investigación y acción social y política en México y Centroamérica, liderada por actores de la sociedad civil, agencias de cooperación, instituciones de gobierno y académicos desde finales de la década de los noventa. En este sentido es importante reconocer que los avances en el conocimiento y el desarrollo de políticas públicas a favor de los migrantes ha sido posible por el trabajo previo, así como por el compromiso de los distintos actores participantes. La posibilidad de generar conocimiento nuevo se basa en el re-conocimiento del saber previo, el cual da sustento a los aportes teóricos y metodológicos para el abordaje de problemas que históricamente van cambiando (8), entre ellos, el de migración y salud.

En este sentido, consideramos que el desarrollo del Proyecto se inscribe como parte de un proceso de discontinuidad y continuidad en la generación de conocimiento, que ha tratado de seguir la tradición académica relacionada con el reconocimiento del saber que nos precede. Sobre esto, Robert K Merton analiza una frase que en su momento fue atribuida a Newton: Si puedo ver más lejos es porque estoy a hombros de gigante (9), con la cual deseamos reconocer los distintos saberes expresados y desarrollados en este proyecto.

Referencias

1. Fairchild A, Tynan E. Policies of containment: Immigration in the era of AIDS. *American Journal of Public Health*. 1994;84:2011-22.
2. Kullgren JT. Restrictions on Undocumented Immigrants' Access to Health Services: The Public Health Implications of Welfare Reform. *American Journal of Public Health*. 2003;93(10):1630-3.
3. Ku L, Matani S. Left Out: Immigrants' Access To Health Care And Insurance. *Health Affairs*. 2001;20(1):247-56.
4. Nandi A, Galea S, Lopez G, Nandi V, Strongarone S, Ompad DC. Access to and Use of Health Services Among Undocumented Mexican Immigrants in a US Urban Area. *American Journal of Public Health*. 2008;98(11):2011-20.
5. ONU. Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares. Consultado en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>. 1990.
6. CIDH. Canales de migración abiertos, seguros y regulares son cruciales para detener violaciones de derechos humanos de los migrantes. Consultado en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2014/155.asp>. 2014.
7. Leyva R, Infante C, Charvel S, Cobo F, Sánchez M, Gómez M, et al. Informe Técnico Final del Proyecto "Acceso de la población migrante a la atención integral del VIH, sida e ITS en los servicios de salud de los estados de Chiapas, Oaxaca y Tabasco" Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Unidad de Estudios sobre Migración y Salud, 2015.
8. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2004.
9. Merton RK. On the shoulders of giants: The post-Italianate edition: University of Chicago Press; 1965.

Anexo 1.

Publicaciones correspondientes al Componente V del Proyecto: Difusión y publicación de la información

Contenido

- Artículos
- Capítulos de libros
- Libros editados
- Notas de periódico
- Otras publicaciones
- Participación en foros, congresos, simposiums, nacionales e internacionales
- Patente
- Tesis dirigidas (maestría)
- Tesis dirigidas (doctorado)

Artículos

1. Bronfman, M., Leyva, R. Migración y SIDA: los contextos de riesgo. Higiene. Revista de Salud Pública. Mayo-agosto. Vol. III, No. 2, 2001: 30-32. (Grupo 1)
2. Leyva, R. La violación de los derechos humanos, factor de diseminación de la pandemia. NotieSe (Salud, Sexualidad y Sida), 8 de octubre del 2001.
3. Dreser, A., Caballero, M., Leyva, R., Bronfman, M. La vulnerabilidad ante el VIH/SIDA de las Trabajadoras Sexuales migrantes en Centroamérica y México. Research for Sex Work 5. June 2002.
4. Cuadra Hernández, S.M., Leyva Flores, R., Hernández Rosete, D., Bronfman, M. Los derechos humanos en las normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica. 1993-2000. Salud Púb Méx, Vol. 44(6), 2002. (Grupo 3)
5. Bronfman, M., Leyva, R., Negroni, M. HIV Prevention among truck drivers on Mexico's Southern Border. Culture, Health and Sexuality. 2002;(4), No.: 475-488. (Grupo 3)
6. Bronfman, M., Leyva, R., et. al. Mobile Populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: Research for Action. AIDS: 2002, 16(Suppl 3): S42-S49. (Grupo 5)
7. Bronfman, M., Negroni, M., Leyva, R., Dreser, A., Caballero, M. Mobile populations in Central America and Vulnerability to HIV – Focus on women. A&M News. No. 4, October 2002.
8. Bronfman, M., Leyva, R., et al. Migración, género y SIDA: Contextos de vulnerabilidad. Género y Salud en Cifras. Vol. 1, No. 3, Septiembre-Diciembre 2003. Pp. 8-12. Grupo 1
9. Cuadra, S.M., Leyva, R., Hernández, D., Bronfman, M. The regulation of STI/HIV/AIDS control among sex workers in two cities along the southern border of Mexico. Research for Sex Work 6. December 2003.
10. Magis, C., Gayet, C., Negroni, M., Leyva, R., et al. "Migration and AIDS in Mexico: An Overview Based on Recent Evidence". JAIDS, Volume 37, Supplement 4, s215-s226. November 1, 2004. (Grupo 4)
11. Infante, C., Leyva, R., Caballero, M., Guerrero, C., Cuadra, S.M., Bronfman, M. VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos. Migración y Desarrollo 2004: 45-53. (Grupo 1)
12. Leyva, R., Caballero, M., Dreser, A., Guerrero, M., Bronfman, M. Respuesta social a la migración y SIDA en ciudades gemelas de la frontera México-Guatemala. Migración y Desarrollo 2004; 55-59. (Grupo 1)
13. Caballero, M., Leyva, R., et. al. Mujeres migrantes en México y Centroamérica y Vulnerabilidad al VIH/SIDA. Revista La Mujer en Oaxaca, Año 6, Número 16, cuatrimestre mayo – agosto 2006.
14. Caballero, M., Leyva, R., Dreser, A., Bronfman, M. Mujeres Migrantes en México y Centroamérica y Vulnerabilidad al VIH/SIDA. Oaxaca. Población Siglo XXI, Año 6, Número 16 Mayo-Agosto, 2006.
15. Caballero, M., Leyva, R., Migración, género y VIH/SIDA en Centroamérica y México. Revista Hypatia. Enero – Marzo 2008, No. 25, año 7.
16. Caballero, M., Leyva, R., et. al. Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. Salud Pública de México. Vol. 50. No. 3, Mayo-Junio, 2008. Págs. 241-250. (Grupo 3)
17. Infante C, Aggleton, P, and Pridmore P. (2009). "Forms and Determinants of Migration and HIV/AIDS-Related Stigma on the Mexican-Guatemalan Border. Qualitative, Health Research, 19(12):1656-68
18. López Torres, Zulima; Ochoa Marín, Sandra Catalina; Alcaraz López, Gloria; Leyva Flores, René; Ruiz Rodríguez, Myriam. Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia. Revista de Investigación y Educación en Enfermería, Universidad de Antioquía, Vol. 28, No. 1, Marzo 2010. Págs. 11 – 22. ISSN 0120-5307. (Grupo 1)
19. Sánchez-Domínguez, Mario Salvador; Leyva-Flores, René; Caballero García, Marta; Infante-Xibille, César. Disposición a usar condón en localidades con alta movilidad poblacional de México y Centroamérica. Revista Migración y Desarrollo, Vol. VII, Núm. 15, 2010. Pág. 155-178. ISSN 1870 7599. México. (Grupo 1)

20. Leyva-Flores, R., Quintino Pérez, F., Gutiérrez-Martínez, A., Badillo-Perry, S., y Aguirre-Crespo, A. Condiciones de vulnerabilidad y alternativas de prevención a la transmisión del VIH/SIDA: hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH) y mujeres en trabajo sexual (TS) en Cancún y Chetumal, Quintana Roo, México. *Revista Innovación para la vinculación FOMIX-Quintana Roo*. Año 1, número 1, octubre 2010. (Grupo 1)
21. Chong Villarreal, Francisco; Fernández Casanueva, Carmen; Huicochea Gómez, Laura; Álvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen; Leyva Flores, René. Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/sida Hospital General de Huixtla, Chiapas. En la *Revista Estudios Fronterizos*, nueva época, vol. 13, núm. 25, enero-junio de 2012. ISSN: 0187-6961. (Grupo II).
22. Leyva-Flores, René; Quintino-Pérez, Frida; Figueroa-Lara, Alejandro; Cuadra, Magali; Smith, Dee; García, Carmen. Acceso a servicios de prevención de ITS y VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica. *Revista de Salud Pública de México*. Vol. 55, suplemento 1 de 2013. Pág. 31-38. ISSN: 0036-3634. (Grupo 3)
23. Frías, Sonia M; Leyva-Flores, René; Castellón, Kathia; Duarte, Beatriz; Valin, Juana Elvira; Vázquez, Luis Alonso. Prevención de ITS/VIH en jóvenes de comunidades fronterizas de Centroamérica. *Revista de Salud Pública de México*. Vol. 55, suplemento 1 de 2013. Pág. 39-46. ISSN: 0036-3634. (Grupo 3)
24. Leyva, René; Castillo, José Gabriel; Infante, César; Quintino Frida. Presentación. *Movilidad poblacional y VIH: una experiencia de cooperación regional en Centroamérica y México*. *Revista de Salud Pública de México*. Vol. 55, suplemento 1 de 2013. Pág. 4-6. ISSN: 0036-3634. (Grupo 3)
25. Serván-Mori, Edson; Leyva-Flores, René; Heredia-Pi, Ileana; García-Cerde, Rodrigo. Infecciones de transmisión sexual. Perfil de atención en zonas fronterizas de Centroamérica (2007-2010). *Revista de Salud Pública de México*. Vol. 55, suplemento 1 de 2013. Pág. 47-57. ISSN: 0036-3634. (Grupo 3)
26. Infante C, Silván R, Caballero M, Campero L. (2013). Sexualidad del Migrante: percepciones y capacidad para el ejercicio de los derechos sexuales de los migrantes en tránsito a los Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 55 (sup 1): S58-S64
27. Servan-Mori, E., Leyva-Flores, R., Xibille, C.I., Torres-Pereda, P., & García-Cerde, R. (2014). Migrants suffering violence while in transit through Mexico: factors associated with the decision to continue or turn back. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 53-59. (publicado en línea). ISSN: 1557-1912. (Grupo 3).
28. Leyva, René; Castillo, José Gabriel; Serván-Mori, Edson; Gontes Ballesteros, María Luisa; Molina, Juan Francisco. La Cooperación Financiera Internacional para la Lucha Contra el SIDA en América Latina y el Caribe. *Revista: Cad. Saude Pública*, Río de Janeiro, (39)7:1571-1576, Jul, 2014. Grupo 2.
29. Leyva-Flores, R., Aracena-Genao, B., & Serván-Mori, E. (2014). Movilidad poblacional y VIH/sida en Centroamérica y México. *Rev. panam. salud pública*, 36(3), 143-149. (Grupo 2)
30. Leyva-Flores, René; Infante, César; Servan-Mori, Edson; Quintino-Pérez, Frida; Silverman-Retana, Omar. (2015). HIV Prevalence Among Central American Migrants in Transit Through Mexico to the USA, 2009-2013. *J Immigrant Minority Health*. DOI 10.1007/s10903-015-0268-z.
31. Leyva Flores, René; Infante, César; Serván-Mori, Edson; Quintino, Frida; and Silverman-Retana, Omar (2015) "Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México", CANAMID Policy Brief Series, PB05, CIESAS: Guadalajara, México. Disponible en: www.canamid.org
32. Guadalupe Temores-Alcántara, César Infante, Marta Caballero, Fátima Flores-Palacios, Nadia Santillanes-Allande. (2015). Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública de México*; 57 (3): 227 – 233.

Capítulos de libros

1. Leyva-F, R., Bronfman, M. Migration and AIDS in Mexico and Central America: Legislation and Vulnerability of Mobile Populations. En: *Social Science Rights, Politics Commitment and Action*. XIII International AIDS Conference. Durban, South Africa, 9-14 July 2000. pp: 57-61. Monduzzi Editore. ISBN 88-323-0710-3.
2. Bronfman, M., Leyva F., R. Truck-Drivers at the Mexico-Guatemala Border: STDS/HIV/AIDS and the Use of the Condom. En: *Social Science Rights, Politics Commitment and Action*. XIII International AIDS Conference. Durban, South Africa, 9-14 July 2000. pp: 319-324. Monduzzi Editore. ISBN 88-323-0710-3.
3. Castro, R., Leyva, R. México. HIV and AIDS. Global View. Karen McElrath, Editor. Greenwood Press. Westport, Connecticut, 2002: 137-149. ISBN 0-313-31403-9.
4. Leyva F., R., Caballero, M., Dreser, A., Negroni, M., Bronfman, M. A social Response Model to Migration and AIDS in Twin Cities in the México-Guatemala Border. En: *Advocacy and Policy*. XIV International AIDS Conference. Barcelona, España, 7-12 Julio 2002. págs. 223-228. Monduzzi Editore. ISBN 88-323-2709-0.
5. Cuadra, S.M., Leyva, R., Hernández-Rosete, D., Bronfman, M. The regulation of STI/HIV/AIDS Control among sex workers in two cities along the southern border of México. En: *Advocacy and Policy*. XIV International AIDS Conference. Barcelona, España, 7-12 Julio 2002. págs. 163-168. Monduzzi Editore. ISBN 88-323-2709-0.

6. Dreser, A., Caballero, M., Leyva, R., Kageyama, M.L., Bronfman, M. Mobility, sex work and HIV/AIDS: The vulnerability of Mobile Sex Workers in Central America and México. En: *Social Sciences*. XIV International AIDS Conference. Barcelona, España, 7-12 Julio 2002. págs. 247-251. Monduzzi Editore. ISBN 88-323-2709-0.
7. Bronfman, M., Leyva, R., Negroni, M. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America, México and the United States. En: *Advocacy and Policy*. XIV International AIDS Conference. Barcelona, España, 7-12 Julio 2002. págs. 129-133. Monduzzi Editore. ISBN 88-323-2709-0.
8. Hernández-Rosete, D., Cuadra, M., Leyva, R., Bronfman, M. AIDS and HIV infection in the social imagination: A case of vulnerability study in Chetumal. En: *Advocacy and Policy*. XIV International AIDS Conference. Barcelona, España, 7-12 Julio 2002. págs. 135-139. Monduzzi Editore. ISBN 88-323-2709-0.
9. Caballero, M., Dreser, A., Leyva, R., Rueda, C., Bronfman, M. Migration, gender and HIV/AIDS in Central America an México. En: *Social Sciences*. XIV International AIDS Conference. Barcelona, España, 7-12 Julio 2002. págs. 263-267. Monduzzi Editore. ISBN 88-323-2709-0.
10. Bronfman, M., Leyva, R., Negroni, M. Traileros en la frontera de México y Guatemala. En: *Experiencias Innovadoras en Salud Reproductiva. La complementación de las Ciencias Médicas y Sociales*. Mónica Gogna, Silvina Ramos. Mayo del 2002. págs. 75-82. 2002. ISBN 959-9572-21-7.
11. Bronfman, M., Leyva, R., Negroni, M., Herrera, C. El SIDA en las fronteras. En: *El SIDA en México. Veinte años de la epidemia*. Donato Alarcón Segovia, Samuel Ponce de León Rosales. El Colegio Nacional. 2003. Págs. 169-201. ISBN. 970-640-234-9.
12. Leyva, R., Caballero, M., Dreser, A., Cuadra, S.M., et. al. Tecún Umán-Guatemala. En: *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Mario Bronfman, René Leyva, Mirka Negroni, Editores. INSP. 2004. Págs. 175-211. ISBN. 968-6502-785.
13. Villa, B., Tapia, J.A., Caballero, M., Dreser, A., Cuadra, S.M., González, T., Leyva, R., et. al. México. Ciudad Hidalgo, Chiapas. En: *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Mario Bronfman, René Leyva, Mirka Negroni, Editores. INSP. 2004. Págs. 275-302. ISBN. 968-6502-785.
14. Hernández-Rosete, D., Cuadra, S.M., Dreser, A., Caballero, M., Leyva, R., Bronfman, M. México. Chetumal. En: *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Mario Bronfman, René Leyva, Mirka Negroni, Editores. INSP. 2004. Págs. 250-274. ISBN. 968-6502-785.
15. Bronfman, M., Leyva, R., Negroni, M., Rueda, C.M., Kageyama, M.L., Hernández, D. Antecedentes. En: *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Mario Bronfman, René Leyva, Mirka Negroni, Editores. INSP. 2004. Págs. 13-34. ISBN. 968-6502-785.
16. Bronfman, M., Leyva, R., Negroni, M., Caballero, M., Tapia, J.A. Conclusiones. En: *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Mario Bronfman, René Leyva, Mirka Negroni, Editores. INSP. 2004. Págs. 371-381. ISBN. 968-6502-785.
17. Caballero, M., Leyva, R., Ochoa, S.C., Guerrero, C., Valín, J., Infante, C. Guatemala - Tecún Umán En: *Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/sida. Experiencias en Centroamérica y México*. Editores René Leyva, Marta Caballero, Mario Bronfman. INSP, 2005. Págs. 119-135. ISBN 968-6502-97-1.
18. Cuadra SM, Leyva R, Caballero M, Guerrero C, Badillo S, Careaga L. México – Chetumal, Quintana Roo. En: *Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/sida. Experiencias en Centroamérica y México*. Editores René Leyva, Marta Caballero, Mario Bronfman. INSP, 2005. Págs. 155-177. ISBN 968-6502-97-1.
19. Leyva R, Caballero M, Guerrero C, Edelman D, Valín J. México – Ciudad Hidalgo, Chiapas. *Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/sida. Experiencias en Centroamérica y México*. Editores René Leyva, Marta Caballero, Mario Bronfman. INSP, 2005. Págs. 189-206. ISBN 968-6502-97-1.
20. Leyva R, Caballero M, Zarco A, Negroni M. Introducción. *Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/sida. Experiencias en Centroamérica y México*. Editores René Leyva, Marta Caballero, Mario Bronfman. INSP, 2005. Págs. 189-206. ISBN 968-6502-97-1.
21. Leyva R, Caballero M, Infante C, Bronfman M. Conclusiones. *Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/sida. Experiencias en Centroamérica y México*. Editores René Leyva, Marta Caballero, Mario Bronfman. INSP, 2005. Págs. 189-206. ISBN 968-6502-97-1.
22. Leyva R, Caballero M, Infante C, Bronfman M. VIH/SIDA y movilidad poblacional en México y Centroamérica: respuestas regionales en contextos de vulnerabilidad social. En: *SIDA: Aspectos de Salud Pública*. Pág. 117-125. ISBN: 970-721-340-X, 2006.
23. Caballero, Marta; Leyva, René; Bronfman, Mario. *Mujer, migración y violencia en la frontera sur de México. Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género*. Pág: 100-106. ISBN: 978-968-9286-02-8. 2007.
24. Caballero, Marta; Ochoa, Sandra Catalina; Leyva, René; et. al. *Las que se quedan: percepción de riesgo para ITS/VIH/Sida en mujeres compañeras de migrantes. Compilación. Una mirada de*

- género en la investigación en salud pública en México. Secretaría de Salud. Pág.: 139-146. ISBN: 979-970-721-458-3. / 2007.
25. Bronfman, Mario; Leyva, René. Migración y SIDA en México. En 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Editores José Ángel Córdova Villalobos, Samuel Ponce de León Rosales, José Luis Valdespino. Págs. 241-258. ISBN 978-607-7530-01-5. SSA/INSP, 2008.
26. Leyva, René; Caballero, Marta. Presentación. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 11-12. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
27. Leyva, René; Caballero, Marta. Introducción. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 13-17. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
28. Leyva, René; Caballero, Marta. Contextos de vulnerabilidad: migración e ITS y VIH/SIDA. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 19-26. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
29. Leyva, René; Caballero, Marta; Guerrero, Claudia. Metodología. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 27-31. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
30. Guerrero, Claudia; Leyva, René; Zarco, Ángel; Flores, Janette. Contexto social de las comunidades. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 33-44. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
31. Zarco, Ángel; Guerrero, Claudia; Leyva, René; Flores, Janette. Migrantes: estrategias familiares y cambios comunitarios ante la migración. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 45-54. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
32. Caballero, Marta; Ochoa Marín, Sandra Catalina; Leyva, René. Consecuencias de la migración en mujeres compañeras de migrantes. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 55-70. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
33. Ochoa Marín, Sandra Catalina; Leyva, René. Percepción del riesgo y formas de respuesta ante ITS y VIH. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 71-79. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
34. Quintino, Frida; Leyva, René. Servicios de salud: prevención y atención de las ITS y el VIH/SIDA. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 81-90. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
35. Leyva, René; Quintino, Frida; Caballero, Marta. Búsqueda y acceso a servicios de salud. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 91-99. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
36. Leyva, René; Caballero, Marta. Conclusiones. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Págs: 101-107. ISBN: 978-607-7530-54-I. Mayo 2009.
37. Leyva, René; Quintino, Frida; Caballero, Marta; Infante, César. Migración internacional y VIH/SIDA en México, en: Las políticas públicas ante los retos de la migración mexicana a Estados Unidos. Págs. 249-263. ISBN: 970-628-950-X. Diciembre 2009. CONAPO.
38. Leyva, René; Caballero, Marta; Infante, César; Bronfman, Mario. VIH/SIDA y movilidad poblacional en México y Centroamérica: respuestas regionales en contextos de vulnerabilidad social. En: VIH/SIDA y Salud Pública. Manual para personal de Salud. Págs. 231-238. ISBN: 970-721-340-X. Diciembre 2009. SSA/CENSIDA/INSP.
39. Leyva Flores, René; Caballero, Marta; Ochoa M, Sandra Catalina; Bronfman, Mario. VIH/SIDA y grupos móviles en México y Centroamérica: Estrategias regionales para la reducción de la vulnerabilidad. En: Nuevas tendencias y nuevos desafíos de la migración internacional. Págs: 277-295. ISBN: 978-607-462-085-6.. Colegio de México. 2009.
40. Caballero, Marta; Leyva, René. Los que se van y las que se quedan: sexualidad y vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en la migración. En: La Equidad de género en los derechos sociales. Págs: 177-197. ISBN FONTAMARA 978-607-7921-58-5, ISBN UAEM: 978 607 7771 36 4. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. 2010.
41. Leyva Flores, René; Quintino, Frida; Luis, Mora. Introducción. En: Fronteras y salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva. Editores: René Leyva Flores y Germán Guerra y Guerra. Pág. 25-34. ISBN: 978-607-511-010-3. INSP 2011.
42. Leyva Flores, René; Quintino, Frida; Guerra, Germán; Infante, César; Cerón Díaz, Mónica; Domínguez, Javier. Migración y vulnerabilidad social en grupos móviles y migrantes: Estrategias de atención en la frontera sur de México. En: Fronteras y

- salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva. Editores: René Leyva Flores y Germán Guerra y Guerra. Pág. 143-164. ISBN: 978-607-511-010-3. INSP, 2011.
43. Leyva Flores, René; Guerra, Germán. Conclusiones y perspectivas. En: Fronteras y salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva. Editores: René Leyva Flores y Germán Guerra y Guerra. Pág. 187-195. ISBN: 978-607-511-010-3. INSP, 2011.
44. Leyva, René; Quintino, Frida. Introducción. La salud sexual y reproductiva en grupos móviles y migrantes. En: Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Editores: René Leyva y Frida Quintino. Pág. 23-36. ISBN: 978-607-511-016-5. INSP, 2011.
45. Quintino, Frida; Leyva, René; Cerón, Mónica; Guzmán, Elvia. El contexto: salud y migración en la frontera México-Guatemala. En: Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Editores: René Leyva y Frida Quintino. Pág. 37-49. ISBN: 978-607-511-016-5. INSP, 2011.
46. Leyva, René; Quintino, Frida. Marco conceptual y metodológico: diseño de un modelo integral para migración y salud sexual y reproductiva en zonas fronterizas. En: Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Editores: René Leyva y Frida Quintino. Pág. 51-68. ISBN: 978-607-511-016-5. INSP, 2011.
47. Quintino, Frida; Leyva, René; Cerón, Mónica; Espinoza, Gerardo; Gómez, Nelly; Mateos, Catalina; Sánchez, Guadalupe. Servicios de salud: prevención y atención de necesidades de salud sexual y reproductiva en población migrante. En: Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Editores: René Leyva y Frida Quintino. Pág. 69-84. ISBN: 978-607-511-016-5. INSP, 2011.
48. Infante, César; Rigoni, Flor María; Velázquez, Jorge; Ramos, Ubaldo; Leyva, René. Migrantes en tránsito por México: la casa del migrante en Tapachula, Chiapas. En: Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Editores: René Leyva y Frida Quintino. Editores: René Leyva y Frida Quintino. Pág. 85-105. ISBN: 978-607-511-016-5. INSP, 2011.
49. Quintino, Frida; Leyva, René; Chong, Francisco; López, Rosember; Gómez, Nelly; Alcalá, Paola. Trabajadoras sexuales en la frontera México-Guatemala: vulnerabilidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. En: Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Editores: René Leyva y Frida Quintino. Pág. 107-126. ISBN: 978-607-511-016-5. INSP, 2011.
50. Yáñez, Rosa María; Infante, César; López, Rosember; Gómez, Nelly; Leyva, René; Quintino, Frida. La reforma del reglamento municipal de sanidad en la frontera sur: trabajo sexual y exigibilidad del derecho a la salud y la no discriminación. En: Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Editores: René Leyva y Frida Quintino. Pág. 127-142. ISBN: 978-607-511-016-5. INSP, 2011.
51. Leyva Flores, René; Quintino, Frida. Discusión y conclusiones. En: Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Editores: René Leyva y Frida Quintino. Pág. 161-172. ISBN: 978-607-511-016-5. INSP, 2011.
52. Caballero, Marta; Ochoa María, Sandra Catalina; Leyva Flores, René. Mujeres compañeras de migrantes: imagen y comportamiento social. En: Otra mirada. Editor: Carmelo Pinto Baro. Págs. 153-168. ISBN: 978-84-937552-3-2, Barcelona, España, 2011.
53. Leyva Flores, René; Quintino, Frida; Infante, César. Migración y Sida en México y Centroamérica: vulnerabilidad social y salud. Migración Internacional Algunos desafíos. Coordinadora Ana María Aragonés. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Económicas. ISBN: 978-607-02-3422-4. Año 2012.

Libros editados

1. Bronfman, Mario; Leyva, René; Negroni, Mirka. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Editores. INSP. 2004. ISBN. 968-6502-785. Tiraje 1000 ejemplares. Págs. 381.
2. Leyva, René; Caballero, Marta; Bronfman, Mario. Respuesta Social ante la Movilidad Poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2005. ISBN: 968-6502-97-1. Tiraje 1000 ejemplares. Págs. 252.
3. Leyva, René; Caballero, Marta. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Instituto Nacional de Salud Pública. 2009. ISBN: 978-607-7530-54-1. Tiraje 500 ejemplares. Págs. 150.
4. Leyva, René; Guerra, Germán. Fronteras y salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva. Instituto Nacional de Salud Pública, 2011. ISBN: 978-607-511-010-3. Tiraje 1000 ejemplares. Págs 195.
5. Leyva, René; Quintino Pérez, Frida. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2011. ISBN: 978-607-511-016-5. Tiraje 1000 ejemplares. Págs. 174.
6. Leyva, René; Quintino Pérez, Frida. Diagnóstico de salud sexual y reproductiva en trabajadores(as) agrícolas migrantes en fincas de la región fronteriza del Soconusco. Instituto Nacional de Salud Pública, 2011. ISBN: 978-607-511-018-9. Versión electrónica. Págs. 57.

Otras publicaciones

1. Leyva, René. MEXICO, Instituto Nacional de Salud Pública. La iniciativa mesoamericana para la prevención del VIH/SIDA (IMPSIDA). Sistematización de la experiencia regional. PNUD/IMPSIDA/ONUSIDA. 2008.
2. Leyva Flores, René; Infante, César y Quintino, Frida. Mi salud en el país de otro. Bloggente Saludable. Guest blogger, diciembre 2013.
3. Leyva Flores, René. México, un país de paso. Periódico Médico Nacional, noviembre 2013.

Participación en foros, congresos, simposiums, nacionales e internacionales

1. Bronfman M, Leyva R. *Migración y SIDA en México y Centroamérica*, 1999. Seminario-Taller de Cooperación Técnica México-Centroamérica sobre prevención y control de ETS/VIH/SIDA con especial atención en poblaciones móviles. Tapachula, Chiapas. 24-26 mayo 1999.
2. Leyva R, Bronfman M. *Vulnerabilidad y riesgo ante el VIH/SIDA en poblaciones móviles. Un modelo de análisis*. Congreso Centroamericano de ETS/VIH/SIDA. San Pedro Sula, Honduras. Noviembre 1999.
3. Leyva R, *Migración y SIDA en México y Centroamérica: Legislación y vulnerabilidad de poblaciones móviles a las ETS/VIH/SIDA*, VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Balance y perspectivas de la Demografía Nacional ante el nuevo milenio. Sede: El Colegio de México, del 31 de julio al 4 de agosto de 2000.
4. Leyva R, *Los Derechos Humanos en las leyes de VIH/SIDA en México y Centroamérica*, VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Balance y perspectivas de la Demografía Nacional ante el nuevo milenio. Sede: El Colegio de México, del 31 de julio al 4 de agosto de 2000.
5. Leyva R, Bronfman M. *Migración y Sida en la frontera norte y sur de México*. Ciclo de Conferencias sobre Economía y Población en el Umbral del Siglo XXI. CONAPO. Agosto 25, 2000. México, D.F.
6. Leyva R, Bronfman M. *Influencia de las poblaciones móviles en la transmisión del VIH en la región*. I Congreso Nacional Multidisciplinario VIH/SIDA. San Salvador, El Salvador. Septiembre 2000.
7. Leyva R, Bronfman M. *Migración y SIDA en México y Centroamérica: Legislación y vulnerabilidad de poblaciones móviles a las ETS/VIH/SIDA*. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. ANAIS Volume II. Fórum 2000. Pág. 918. Brasília 2000.
8. Bronfman M, Leyva R. *Trailereros en la frontera México-Guatemala. Impacto de una intervención informativa sobre ETS/VIH/SIDA y promoción del uso del condón*. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. ANAIS Volume II. Fórum 2000. Pág. 908. Brasília 2000.
9. Leyva R. Participación en la Reunión Técnica del grupo de trabajo sobre Migración, con relación a las actividades relacionadas con el proyecto "Situación y perspectivas de nuestra región fronteriza". Promovida por el Instituto Matías Romero y la Embajada de México en Guatemala. Realizada en Tapachula, Chiapas, los días 24 y 25 de noviembre del 2000.
10. Leyva R, Bronfman M, Negroni M. *Migración y SIDA en México y Centroamérica*. IX Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. 5-7 de Marzo, 2001.
11. Leyva R. *Migración y SIDA en México*. Foro Regional de Consulta "Equidad y Salud". Programa Nacional de Salud 2001-2006. Tlaxcala, Tlaxcala, 22 de marzo, 2001.
12. Leyva R. "Simposio SIDA Hoy 2001". México, D.F. 9 de Octubre 2001.
13. Leyva R. Un modelo de respuesta social al VIH/SIDA en la región inter-fronteriza México-Guatemala. Conferencista en el II Congreso Centroamericano de ITS/VIH/SIDA. Guatemala, 17 de noviembre de 2001.
14. Leyva R. Ponente en el Primer Ciclo de Videoconferencias con el tema: "Migración y SIDA". Programa de Educación a Distancia. Instituto Nacional de Salud Pública. Mayo 30, 2002. Cuernavaca, Mor.
15. Leyva R. Ponente en el "Taller de Elaboración de Propuestas de estrategias de prevención en el marco de la II Fase del Proyecto *Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos*". Tapachula, Chiapas. 01 de Junio de 2002.
16. Leyva R. *Migración y Sida en México*. Ponente en el *1er. Simposium Estatal de VIH/SIDA*. Auditorio de la Unidad Biomédica de la UAEM. Junio 14, 2002. Cuernavaca, Morelos.
17. Leyva R., González T, Caballero M, Dreser A, Bronfman M. *A social Response Model to Migration and AIDS in Twin Cities in the México-Guatemala Border*. Libro de Abstract, Vol. II, WePeG6970. XIV International AIDS Conference. Barcelona, España, 7-12 Julio 2002.
18. González T, Leyva R., Negroni M, Kageyama ML, Bronfman M. *The role of Non-Governmental Organizations in the prevention and control of HIV/AIDS among mobile populations from Mexico and Central America*. Libro de Abstract, Vol. II, WePeG6971. XIV International AIDS Conference. Barcelona, España, 7-12 Julio 2002.

19. Caballero M, Dreser A, Leyva R, Rueda C, Bronfman M. Migration, gender and HIV/AIDS in Central America and Mexico. Libro de Abstract, Vol. II, ThPeE7784. XIV International AIDS Conference. Barcelona, España, 7-12 Julio 2002.
20. Bronfman M, Leyva R, M Negroni. Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos. Ponente en la Mesa 3 Migración Interna e Internacional. Encuentro sobre la población en el Sureste de México. Organizado por El Colegio de la Frontera Sur y la Sociedad Mexicana de Demografía. Tapachula, Chiapas, 15 y 16 de agosto de 2002.
21. Leyva R, Caballero M, Dreser A, Negroni M, Bronfman M. Un modelo de respuesta social a la migración y SIDA en ciudades gemelas de la frontera México-Guatemala. Ponente en la Mesa 3 Migración Interna e Internacional. Encuentro sobre la población en el Sureste de México. Organizado por El Colegio de la Frontera Sur y la Sociedad Mexicana de Demografía. Tapachula, Chiapas, 15 y 16 de agosto de 2002.
22. Leyva R. Ponente con el tema "Rechazo a personas que viven con VIH/SIDA en México" en el Coloquio 2002 celebrado en el Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes" de la Asociación para Evitar la Ceguera en México, organizado por la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, S.A., Miembro de la International Society of Behavioral Medicine, los días 29 y 30 noviembre de 2002, México, D.F.
23. Leyva R. Ponente con el tema "Un modelo de respuesta social a la migración y SIDA en la frontera México-Guatemala" en el 8º Congreso Nacional sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, los días 4, 5 y 6 de Diciembre del 2002 en Veracruz, Ver.
24. Infante C, Leyva R, et. al. "El estudio del rechazo a las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en la frontera sur México a través de factores socioeconómicos y culturales". Congreso Guadalajara 2003. 9 Internacional 1 Iberoamericano. Investigación Cualitativa en Salud. Febrero 26, 2003.
25. Caballero M, Leyva R, et. al. "Un acercamiento cualitativo para el estudio de la migración, las mujeres y el VIH/SIDA en Centroamérica y México". Congreso Guadalajara 2003. 9 Internacional 1 Iberoamericano. Investigación Cualitativa en Salud. Febrero 26, 2003.
26. Infante C, Leyva R, et. al. "Factores asociados al rechazo de las personas viviendo con VIH en la frontera". X Congreso de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, del 5 al 7 de marzo, 2003.
27. Caballero M, Leyva R, et. al. "Migración, mujer y VIH/SIDA en Centroamérica y México". X Congreso de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, del 5 al 7 de marzo, 2003.
28. Negroni M, Bronfman M, Leyva R, Vargas G. "Proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Mesoamérica". II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe. Conocimiento, experiencia y alianza: Estrategia para el futuro". La Habana, Cuba, del 7 al 12 de abril, 2003.
29. Leyva R. "Respuesta Social a la Migración y SIDA" Ponente en III Congreso Centroamericano de ITS/VIH/SIDA, II Foro Comunitario, II Encuentro Nacional y III Encuentro Centroamericano de personas que viven con VIH/SIDA. Panamá. Del 13 al 17 de octubre de 2003.
30. Leyva R. "Un modelo de respuesta social a la migración y SIDA en ciudades gemelas de la Frontera México-Guatemala". Primer Coloquio Internacional Migración y Desarrollo: transnacionalismo y nuevas perspectivas de integración. Zacatecas, Zac. Octubre 2003.
31. Leyva R. "El rechazo a personas viviendo con VIH/SIDA una barrera para el impacto de los programas preventivos de la infección". Primer Coloquio Internacional Migración y Desarrollo: transnacionalismo y nuevas perspectivas de integración. Zacatecas, Zac. Octubre 2003.
32. Leyva R. "Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en la Frontera Sur de México". Foro XX años de Cooperación Binacional. "Por una Salud Pública sin Fronteras" México – Belice. Chetumal, Quintana Roo. Febrero 21, 2004.
33. Leyva R. "Poblaciones Móviles y VIH/SIDA". Primera Mesa de Diálogo Interfronteriza como Estrategia de Intervención en la II Fase del Proyecto Poblaciones Móviles en Centroamérica, México y EU. Tapachula de Córdova y Ordóñez, Chiapas, 5 de marzo del 2004.
34. Leyva R. "Social response to migration and AIDS in twin cities on the Mexico-Guatemala border". Fourth International Conference on Social Work in Health and Mental Health. Québec City, Canada. Mayo 23-27, 2004.
35. Leyva R. "Proyecto de poblaciones móviles y VIH/SIDA, Diseño y Resultados". Seminario sobre Migración y Salud. Organizado por la Secretaría Técnica de la Conferencia Regional sobre Migración (STCRM), co-auspiciado por los gobiernos de México y Canadá. Ciudad Guatemala. Octubre 18 y 19, 2004.
36. Magis C, Gayet C, Negroni M, Leyva R, Bravo E, Uribe P, Bronfman M. "Migration and AIDS in México: recent evidence of behavior change". XV International AIDS Conference. Bangkok, Thailand. 11-16 July, 2004.
37. Ochoa Marin SC; Leyva R; Caballero M.; Guerrero C.; Zarco A. "Mujeres compañeras de migrantes y vulnerabilidad a ITS Y VIH/SIDA" II Congreso Iberoamericano de Investigación Quali-

- tativa en Salud. Presentación de Poster. Madrid, España, del 22 al 25 de junio de 2005
38. Leyva Flores R.; Guerrero C., Caballero M.; "Estrategias para reducir el rechazo asociado al VIH/SIDA en migrantes indocumentados en la frontera México-Guatemala: evaluación cualitativa" II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. Presentación de Poster. Madrid, España, del 22 al 25 de junio de 2005.
39. Leyva R. "Migración y Sida". III Reunión del Comité Regional de la Iniciativa Mesoamericana para la Prevención del VIH/SIDA. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras. C. A. 26-27 de Enero de 2005.
40. Leyva R, M Caballero, et. al. "Mujeres compañeras de migrantes y vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA". XI Congreso de Investigación en Salud Pública. Del 2 al 4 de marzo de 2005. INSP, México.
41. Leyva R. "Atención a los problemas de salud de los migrantes centroamericanos en México". Mesa Redonda titulada Migración y Sistemas de Salud. XI Congreso de Investigación en Salud Pública. Del 2 al 4 de marzo de 2005. INSP, México.
42. Leyva R. "Migración y Salud: Explorando mecanismos de colaboración binacional. El Population Council. México, 6 de junio, 2005.
43. Leyva, René. Abstract Reviewing. XVI Internacional AIDS Conference 13-18 August, 2006, Toronto, Canada.
44. Leyva, René. Curso Binacional Sobre Migración y Salud. Universidad de Autónoma de Puebla y la Iniciativa de Salud México-California. Universidad de California. Puebla, México, 21-25 de agosto de 2006.
45. Leyva, René. Ponente. VIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Del 6-9 de septiembre, 2006. Guadalajara, Jalisco.
46. Leyva, René. Ponente tema: "Las que se quedan: redes, control social y salud". Segundo Coloquio Internacional sobre Migración y Desarrollo: Migración, transnacionalismo y transformación social. Cocoyoc, Morelos del 26-28 de octubre, 2006.
47. Leyva, René. Ponente con el tema: "Las que se quedan: familia y salud en comunidades de origen" en el X Congreso Internacional sobre Integración Regional, Fronteras y Globalización en el Continente Americano/VI Seminario Internacional de Análisis sobre la Frontera Sur de México. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, del 30 de noviembre al 2 de diciembre de 2006.
48. Leyva, René. Ponente con el tema: "Los que se van y las que se quedan: opinión sobre vida, trabajo y sexualidad en comunidades con alto índice migratorio" en el X Congreso Internacional sobre Integración Regional, Fronteras y Globalización en el Continente Americano/VI Seminario Internacional de Análisis sobre la Frontera Sur de México. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, del 30 de noviembre al 2 de diciembre de 2006.
49. Leyva, René. Coautor en el cartel con el tema: "Imagen social y búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos migratorios", (sesión carteles). Durante el XII Congreso de Investigación en Salud Pública. INSP. Cuernavaca, Morelos. Del 7 – 9 de marzo de 2007.
50. Sánchez D., Mario; Leyva F., René; Caballero G, Marta. Ponente con el tema: "Factores asociados a la disposición para uso de condón en localidades de Centroamérica y México". (sesión carteles) Durante el XII Congreso de Investigación en Salud Pública. INSP. Cuernavaca, Morelos. Del 7 – 9 de marzo de 2007.
51. Leyva, René. Participación en el Simposio "Migración y Salud", con el tema: "Migración y VIH/SIDA. La Fundación Mexicana para la Salud A. C. Llevado a cado el 22 de mayo de 2007. INSP/ ONUSIDA/USAID/MSD/EMORY AITRP/SSA/CENSIDA.
52. Leyva, René. Docente. Curso Binacional sobre Migración y Salud. Título: Promoción de la salud en poblaciones migrantes". La Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y la Iniciativa de Salud de las Américas. Universidad de California Oficina del Presidente. Puebla, México, 9-13 de julio, 2007
53. Leyva, René. Ponente en el X Congreso Nacional sobre VIH/SIDA y 2º Foro Nacional de Prevención. Tema "Los estudios cualitativos y la toma de decisiones, el caso de los migrantes". Del 28 de noviembre al 1º de diciembre de 2007 en León, Guanajuato. Realizado por el Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA.
54. Leyva F., René. Ponente en el X Congreso Nacional sobre VIH/ SIDA y 2º Foro Nacional de Prevención. Participación de presentación ora con los temas: "Riesgos del VIH/SIDA: convergencias en significados y manejo por grupos móviles de México y Centroamérica", OAXACALIFORNIA: Migración y vulnerabilidad al VIH/ SIDA en grupos étnicos". Del 28 de noviembre al 1º de diciembre de 2007 en León, Guanajuato. Realizado por el Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA. (ERROR EN LA FECHA DE LA CONSTANCIA).
55. Leyva F., René. Ponente en el X Congreso Nacional sobre VIH/ SIDA y 2º Foro Nacional de Prevención. "Formas de respuesta al riesgo de ITS/VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes". Del 28 de noviembre al 1º de diciembre de 2007 en León, Guanajuato. Realizado por el Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA.
56. Caballero M, Leyva R. Presentación de trabajo "Mujer, Migración y Salud Sexual y Reproductiva en México". Presentado en el 10º Congreso Internacional Interdisciplinar sobre las mujeres, mundos de mujeres / Women's worlds 2008, celebrado en Madrid, del 3 al 9 de julio de 2008.

57. Leyva Flores, René. Participación como ponente de la conferencia "Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica" en el Foro "Migración y VIH/SIDA". Organizado por El gobierno del Distrito Federal a través del Instituto de Ciencia y Tecnología celebrado en México el 31 de julio de 2008.
58. Quintino, F., Leyva, R., et. al. Track D: Mobile and immigrant populations (including people living with HIV). Living with HIV/AIDS at the Mexico-Guatemala Border: undocumented migrants living with AIDS and their perspective on the Elath system. XVII International AIDS conference, 3-8 August 2008, Mexico City,
59. Leyva-Flores R, Quintino F., Castañeda X., Lemp G. F., Ruíz J., Magis C.. Presentation in this session: Oaxacalifornia: transnational migration and the response to HIV/AIDS in Zapotec Mexican ethnic group. En XVII International AIDS Conference 3-8 August 2008/Mexico City.
60. Leyva Flores, R. Siman POSTER. Track: Socio-economic Issues and Approaches to Research. Mesoamerican project: regional response to HIV/AIDS in mobile populations of Central America. En XVII International AIDS Conference 3-8 August 2008/ Mexico City.
61. Sánchez-Domínguez M.S., Leyva R., Caballero M., Infante C.. *Abstrac*. Willingness to use condom in population mobility contexts: Mexico and Central America. En XVII International AIDS Conference 3-8 August 2008/Mexico City.
62. Leyva, René. Ponente en el Seminario Las políticas públicas ante los retos de la migración internacional en México". Tema: Salud y Migración. PO/GOBIERNO FEDERAL. México 20 al 22 de agosto de 2008.
63. Leyva, René. Panelista en el VIII Foro Binacional de Salud y Migración con el título: investigación en Salud del migrante: áreas que requieren fortalecerse. En Zacatecas, Zac. México del 5 al 7 de octubre de 2008.
64. Leyva, René. Ponente en el Coloquio: Las Migraciones Internacionales en el Sur de México y los Países Centroamericanos. Ponencia: Vulnerabilidad y riesgos a VIH relacionados con la movilidad poblacional en Centroamérica y México. En Tapachula, Chiapas. México del 23 al 25 de octubre de 2008.
65. Leyva, René. Participó como ponente con el tema "Modelo de atención integral de ITS/VIH/SIDA para poblaciones móviles en Centroamérica". En el 13 Congreso de Investigación en Salud Pública. En el Instituto Nacional de Salud Pública, en Cuernavaca, Morelos del 3 al 6 de marzo de 2009.
66. Leyva, René; Caballero, Marta; Quintino, Frida. Participó como ponente con el tema "Migración y SIDA en México y Centroamérica: perspectiva desde el sur". En el 13 Congreso de Investigación en Salud Pública. En el Instituto Nacional de Salud Pública, en Cuernavaca, Morelos del 3 al 6 de marzo de 2009.
67. Leyva Flores, René. Participación como Ponente con la presentación "La vulnerabilidad de la población migrante frente al VIH/sida". En el 3º Encuentro Universitario sobre VIH/sida, en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (ESM-IPN). México, D. F. el día 27 de mayo de 2009.
68. Leyva, René. Participación con la ponencia: "Las que se quedan y los que se van: sexualidad y vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en la migración". En el II Encuentro Internacional migración y niñez migrante. La antropología de la migración: frontera, actores y trabajo de campo. En Hermosillo, Sonora del 28 al 29 de mayo, 2009.
69. Leyva, René. Participación como conferencista en el Foro: Salud, migración y violencia de género, en la Frontera Sur de México. Con el tema: Migración VIH/SIDA, en Tapachula, Chiapas del 18 y 19 de noviembre de 2009. Organizadores: SSA y Gobierno del Estado de Chiapas.
70. Leyva, René. Participación como Ponente en el Seminario Intrainstitucional, con el tema "Vulnerabilidad social y sus efectos en salud". Cuernavaca, Morelos 10 noviembre, 2009.
71. Leyva, René. Participación como ponente en el Seminario Intrainstitucional, con el tema "Salud y grupos vulnerables: avances de la línea de investigación y resultados de proyectos representativos". Cuernavaca, Morelos 25 noviembre de 2009.
72. Leyva, René. Participación como ponente en el Seminario sobre indicadores de violencia contra las mujeres. México 23 y 24 de noviembre, 2009. Organizadores: Organizaciones Unidas/ Derechos Humanos.
73. Leyva, René. Participación como ponente en el XI Congreso Nacional sobre VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, con su presentación oral con el tema: Migración, VIH y SIDA en la frontera sur de México. Y a pesar de todo, se mueven (segunda presentación oral: Migración internacional y SIDA en la frontera sur de México). Tuxtla Gutiérrez, Chiapas del 27 noviembre al 1º diciembre de 2009.
74. Leyva, René. Participación como ponente en el VI Encuentro Centroamericano de Personas con VIH/sida, Congreso Centroamericano de ITS/VIH/sida (CONCASIDA), con el tema: Migración y VIH/SIDA. En San José, Costa Rica del 1º al 5 de marzo de 2010.
75. Galárraga, Omar; Sosa, Sandra; Alarid, Fernando; Leyva, René. Participación en el 1º Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global y 19º Congreso Anual del Consorcio de Educación en Salud Global (GHEC), en las mesas temáticas con el

- trabajo titulado "Prevention of HIV and Other STIs in Migrant Populations: A cost Bénédict analysis". Cuernavaca, México, del 9 al 11 de abril, 2010.
76. Sosa, Sandra; Galarraga, Omar; Leyva, René; Alarid, Fernando. Participación en el 1º Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global y 19º Congreso Anual del Consorcio de Educación en Salud Global (GHEC), en las mesas temáticas con el trabajo titulado "Prevention of HIV and other STIs among Migrant Populations – groups of populations living in transit towns and communities with high migration rates". Cuernavaca, México, del 9 al 11 de abril, 2010.
77. Leyva, René. Participación como ponente en el V Congreso latinoamericano y I Congreso Centroamericano "Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos" con la ponencia "Impacto de la migración en las trayectorias sexuales y reproductiva". Celebrado en Guatemala del 5 al 7 de mayo de 2010.
78. Leyva, René. Participación como ponente en el II Seminario Internacional, Migración en los albores del siglo XXI, Mesa Migración y Salud. Realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas el 13 y 14 de octubre de 2010 en México, D. F.
79. René Leyva Flores. Participación como ponente en el tema "VIH/SIDA/ITS" en el Simposium Migración y SIDA, celebrado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas los días 29 y 30 de noviembre de 2010.
80. Leyva, René. Ponente con el tema "Migración y salud sexual y reproductiva en cinco fronteras de América Latina. En el 14 Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, marzo 2011.
81. Leyva Flores, René. Moderador de la Mesa Temática "Inequidad persistente". En el 14 Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, 4 de marzo 2011.
82. Leyva Flores, René. Ponente con el tema "Migrantes" dentro de la Mesa Temática "Prevención y atención de VIH e ITS en poblaciones de difícil acceso: usuarios de drogas, trabajadores sexuales, migrantes y reclusos". En el 14 Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, 1º de marzo 2011.
83. Infante, César; Leyva Flores, René; Quintino, Frida. Ponente con el tema "Iniciativa para la prevención del VIH dirigida a migrantes desde organizaciones basadas en la fé". En el 14 Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Marzo 2011.
84. Quintino, Frida; Leyva Flores, René; Infante, César. Ponente con el tema "Trabajadoras sexuales en la frontera Sur de México: violencia y VIH/SIDA". En el 14 Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Marzo 2011.
85. Leyva Flores, René. Ponente con el tema "Modelo de promoción de la salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA para la población trabajadora agrícola migrante". En el XII Congreso Nacional sobre VIH/SIDA y Otras Infecciones de Transmisión Sexual, celebrado en Villahermosa, Tabasco del 26 al 29 de Julio de 2011.
86. Leyva Flores, René. Ponente en el seminario Intrainstitucional con el tema "Trabajadoras sexuales en la frontera México-Guatemala: vulnerabilidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva". Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, septiembre 28, 2011.
87. Leyva Flores, René. Ponente en la Reunión Nacional del Programa "Vete Sano, Regresa Sano", 2011, con el tema "Las intervenciones de Salud en Migrantes", México, D. F. del 27 al 30 de septiembre de 2011.
88. Leyva Flores, René. Ponente en el 3er Coloquio de Migración Internacional con el tema "Migración y VIH: respuestas regionales de atención integral al VIH en Centroamérica y frontera Sur de México, 2005-2010. En San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, del 9 al 11 de noviembre de 2011.
89. Quintino Pérez, Frida; Leyva, René. Ponente en el 3er Coloquio de Migración Internacional con el tema "Modelo de atención a la salud de la población de trabajadores agrícolas migrantes en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas". En San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México del 9 al 11 de noviembre de 2011.
90. Leyva Flores, René. Ponente en la VIII Conferencia de la REDPUSAL Migración y Salud con el tema "Flujos migratorios en América Latina y la salud, morbilidad y mortalidad de los migrantes". México 8 y 9 de marzo, 2012.
91. Leyva Flores, René. Ponente en el Taller Perspectivas de trabajo binacional en prevención del VIH, con el tema "Género, migración y VIH en comunidades de origen". México D. F. 20 de febrero, 2012.
92. Quintino F., Leyva R., Infante C., Chong F., Edson S., Gómez N. Presentación poster "Female sex workers, violence and HIV risk at Mexico-Guatemala border. En XIX International AIDS Conference, July 22-27, 2012, Washington, D. C., USA.
93. Leyva F. René; Quintino P. Frida. Autor del trabajo "Modelo de atención a la salud y prevención de ITS/VIH en trabajadoras sexuales en la frontera México-Guatemala". Durante el 2º Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global, realizado en Santiago de Chile del 9 al 11 de enero de 2013.

94. Leyva Flores, René. Expositor en la sesión “Migración y Desplazamientos Poblacionales” en el 2° Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global. Realizado en Santiago de Chile del 9 al 11 de enero del 2013.
95. Leyva Flores, René. Ponente en el Simposio Internacional Feminización de las migraciones y Derechos Humanos, con el tema Retos y propuestas de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual. Realizado en México, D. F. el 12 al 14 de febrero de 2013.
96. Leyva Flores, René. Ponente en el Seminario Intrainstitucional del CISS con el tema “Riesgos en salud de migrantes en tránsito por México”. En Cuernavaca, Morelos, 25 de febrero de 2013.
97. Quintino, Frida; Leyva, René; Chong, Francisco. Ponente en el trabajo titulado “Violencia y vulnerabilidad al VIH en trabajadoras sexuales mexicanas y extranjeras de la frontera México-Guatemala”. Durante el 15 Congreso de Investigación en Salud Pública en Cuernavaca, Morelos del 6 al 8 de marzo de 2013.
98. Leyva Flores, René. Ponente con el tema “Violencia a migrantes en su tránsito por México”. Durante el 15 Congreso de Investigación en Salud Pública en Cuernavaca, Morelos del 6 al 8 de marzo del 2013.
99. Leyva Flores, René. Ponente con el tema “La migración: sus efectos y respuesta en salud”. Durante el 15 Congreso de Investigación en Salud Pública en Cuernavaca, Morelos del 6 al 8 de marzo del 2013.
100. Leyva Flores, René. Ponente con el trabajo titulado “Modelo de atención a la salud y prevención de ITS/VIH en trabajadoras sexuales migrantes”. Durante el 15 Congreso de Investigación en Salud Pública en Cuernavaca, Morelos del 6 al 8 de marzo del 2013.
101. Leyva Flores, René. Ponente presentación del proyecto de la Unidad de Investigaciones sobre Migración y Salud durante el IV Congreso de Género y Migración, celebrado en la Universidad Autónoma de Chiapas los días 13 y 14 de marzo del 2014.
102. Leyva Flores, René. Participación en la conferencia titulada “Migración y salud”, durante el I Ciclo de Seminarios de Salud Pública, en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Junio 16, 2014.
103. Leyva Flores, René. Participación como ponente en el II Simposio Internacional “Feminización de las Migraciones: Conocimientos, políticas públicas: brechas y alcances”. Realizado en México del 22 al 23 de octubre del 2014.
104. Leyva Flores, René. Participación en el Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global Salud global en la agenda de desarrollo post-2015: Desafíos desde las Américas, con el tema: “Inequidades en el acceso y utilización de servicios de salud en poblaciones móviles y vulnerables”, realizado del 19 al 21 de noviembre de 2014 en Costa Rica.
105. Sánchez Domínguez, Mario; Leyva Flores, René; Infante Xibille, César; Unar Munguía, Mishel; Romero Martínez, Martín; Montealegre Bueno, Sergio. Participó con el cartel “Factores relacionados con la adherencia terapéutica en Personas que viven con VIH en Centroamérica”. Durante el 16 Congreso de Investigación en Salud Pública. Realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública del 4 al 6 de marzo del 2015.
106. Sánchez Domínguez, Mario; Leyva Flores, René; Infante Xibille, César; Unar Munguía, Mishel; Romero Martínez, Martín; Montealegre Bueno, Sergio. Participó con el cartel “Uso de condón en personas que viven con VIH/sida en Centroamerica”. Durante el 16 Congreso de Investigación en Salud Pública. Realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública del 4 al 6 de marzo del 2015.
107. Román Pérez, Susana; Santos Luna, René; Leyva Flores, René; Infante Xibille, César; Gómez Cisneros, Christian; Torres Robles, Cristian Armando. Participó con el cartel “Sistemas de información sobre movilidad, salud y derechos humanos de migrantes en tránsito por México”. Durante el 16 Congreso de Investigación en Salud Pública. Realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública del 4 al 6 de marzo del 2015.
108. Leyva, René. Ponente en la mesa “Etnografías y políticas” del Foro Sexo, Poder y Dinero: Perspectivas Críticas sobre “la Trata de Mujeres”, Auditorio Mario de la Cueva, México, D.F., marzo, 2015.
109. Leyva Flores, René. Instructor en el Seminario “Salud Pública y Migración”, con el tema: Migración y Salud, organizado por la Segob, INM y CICR, el día 6 de marzo del 2015.
110. Leyva Flores, René. Instructor en el Seminario “Salud Pública y Migración”, con el tema: Migración y Salud, organizado por la Segob, INM y CICR, el día 20 de marzo del 2015.
111. Leyva Flores, René. Participó como ponente en el III Semana de la Migración “Género y Migración”, con el tema: Migración y VIH el día 19 de agosto del 2015, en la IBERO en México, D.F.
112. Leyva Flores, René. Presentó el cartel “Central America-North America Migration Dialogue (CANAMID): An Overview of findings”, durante el 2015 International metropolis conference migrants: Key Players in the 21st Century, Mexico City September 7-11, 2015.
113. Leyva Flores, René. Participó como Ponente en la Conferencia Internacional Metropolis 2015 Los migrantes: actores clave del siglo XXI, con el tema: Migración y salud. El VIH-SIDA desde una mirada multidisciplinaria. México, D. F. del 7 al 11 de septiembre del 2015.

114. Leyva Flores, René. Participó como Ponente en el II Congreso Internacional Población, Salud y Desarrollo con el tema: Migrantes en tránsito por México: perfil de salud y acceso a servicios. México, D. F. 9 de septiembre de 2015.

Patente

1. Leyva Flores, René. Autor del Software con el título "Sistema de prevención de las infecciones de transmisión sexual", octubre, 2015.

Tesis dirigidas (maestría)

1. Andrade Romo, Zafiro. Tesis para la obtención del grado de Maestría en Ciencias con área de concentración en Sistemas de Salud, ESPM/INSP. "Respuesta social a necesidades de salud de mujeres migrantes en Tijuana". Tesis defendida en Febrero 2014, obteniendo el grado y mención honorífica.
2. Temores Alcántara, María Guadalupe. Tesis para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de la Salud con área de concentración en Sistemas de Salud 2009-2011. "Respuesta social a las necesidades de salud mental de migrantes indocumentados en tránsito que ingresan por la frontera sur de México". Obtención del título el 28 de agosto del 2012.
3. Silván Pérez, Rubén. Tesis para la obtención del grado de Maestría en Ciencias con área de concentración en Salud Reproductiva 2007-2009. "Percepción de los migrantes centroamericanos sobre los derechos sexuales como factor determinante en las necesidades de salud". Obtención del grado en 2010.
4. Cuadra Hernández, Silvia Magali. Tesis para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de la Salud con área de concentración en Sistemas de Salud. Protocolo de tesis: "Los derechos humanos en las legislaciones del VIH/SIDA en México-Centroamérica" generación 1998-2000, Escuela de Salud Pública de México / Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. Fecha de examen de grado 14 de junio del 2002. Mención especial.
5. Infante Xibille, César. Tesis para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de la Salud con área de concentración en Sistemas de Salud. Protocolo de tesis: "Factores socio-económicos y culturales asociados al rechazo de la población viviendo con VIH/SIDA en una comunidad fronteriza de México". Período Académico 2000-2002. Escuela de Salud Pública de México / Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. Fecha de examen de grado: 21 Febrero 2003. Mención

Honorífica.

6. Sánchez Domínguez, Mario Salvador. Tesis para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de la Salud con área de concentración en Sistemas de Salud, con el Tema: "Factores asociados a la disposición para uso de condón en localidades de Centroamérica y México". En Escuela de Salud Pública de México / Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. Fecha de graduación: 1° de junio de 2007.
7. Salas, Jessica. Tesis para la obtención del grado de Maestría en Derechos Humanos y Democracia con el protocolo de tesis "Criminalización de la transmisión del VIH en Chiapas: Una discriminación arbitraria". Generación II 2008-2010. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México, D. F. Fecha: 20 de octubre de 2010.
8. Calel Güiox, Nehemías. Tesis para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de la Salud con área de concentración en Sistemas de Salud, con el tema "Organización y funcionamiento de los servicios de salud de primer nivel en la frontera México-Guatemala". Escuela de Salud Pública de México / Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. Fecha de graduación 28 de agosto de 2012.
9. Rivas Bringas, Malintzin. Tesis para la obtención del grado de Maestría del Programa de Especialidad en Salud Pública y Medicina Preventiva, con el tema "Violencia en migrantes centroamericano en tránsito por México". Escuela de Salud Pública de México / Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. Fecha de graduación 28 de agosto del 2013.

Tesis dirigidas (doctorado)

1. Ochoa Marín, Sandra Catalina. Tesis para la obtención del grado de Doctorado en Sistemas de Salud con el protocolo "Contextos de vulnerabilidad y percepción de riesgo a ITS/VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes". Escuela de Salud Pública de México / Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. Fecha de graduación: Diciembre 7, 2006.
2. Sánchez Castillo, Lucía Marlen. Tesis para la obtención del grado de Doctorado en Salud Pública, con el tema "Red social y vulnerabilidad en salud de los migrantes en tránsito por Saltillo, Coahuila". Escuela de Salud Pública de México / INSP, Cuernavaca, Morelos. Fecha graduación 23 de enero del 2015.

Glosario

AA: Alcohólicos Anónimos

AC: Asociación de la Sociedad Civil

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

Adveniant: Acción Episcopal Adveniat (Venga a nosotros tu reino)

AHC: Casa del Migrante Albergue Hermanos en el Camino

AHF: AIDS Healthcare Foundation

AE: Anticoncepción de Emergencia

AI: Amnistía Internacional

ARV: Antiretroviral

Cáritas: Centro de Estudios de Promoción Social Cáritas

CAPASITS: Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en sida e Infecciones de Transmisión Sexual

CAM: Casas y Albergues de Migrantes

CBPM: Casa Belén Posada del Migrante

CCHM: Casa de la Caridad Hogar Migrante

CEDH: Comisión Estatal de Derechos Humanos

CEIEG: Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas

Censida: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Cesame: Centro Estatal de Salud Mental

CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja

CIDH: Comisión Internacional de Derechos Humanos

CMAB: Casa del Migrante Albergue Belén

CMHM: Casa del Migrante Hogar de la Misericordia

CMT: Casa del Migrante de Tijuana- Centro Sca-brini

CMTU: Casa del Migrante de Tecún Umán

CNDH: Comisión Nacional de Derechos Humanos

Colectivo PND-Migración: Colectivo Plan Nacional de Desarrollo-Migración

Colef: Colegio de la Frontera Norte

Colmex: El Colegio de México

Conacyt: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Conapo: Consejo Nacional de Población

Conofam: Comisión Nacional de Oficinas Estatales de Atención al Migrante

CPDM: Coalición Pro Defensa del Migrante

CSMS: Centros de Salud Mental de Guatemala

DIF: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos

EUA: Estados Unidos de América

EMIF SUR: Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur de México

Ecosur: El Colegio de la Frontera Sur

FEDCCI: Fiscalía Especializada en Delitos Cometidos en Contra de Inmigrantes

Ferromex: Líneas Ferroviarias de México

Fevimtra: Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de Personas

FM2: Forma Migratoria Tipo 2

FM3: Forma Migratoria Tipo 3

Foca: Formación y Capacitación A.C.

Fundar: Centro de Análisis e Investigación

IDH: Índice de Desarrollo Humano

IGN: Instituto Geográfico Nacional "Ing. Alfredo Obiols Gómez" de Guatemala

IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

IMA: Casa de la Mujer Migrante Instituto Madre Assunta

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INE: Instituto Nacional de Estadística de Guatemala

Inedim: Instituto de Estudios y Divulgación sobre Migración

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

INM: Instituto Nacional de Migración

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

Incide: Iniciativa Ciudadana y de Desarrollo Social

Impsida: Iniciativa Mesoamericana para la Prevención del VIH/SIDA

Imumi: Instituto para las Mujeres en la Migración, A.C.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

IPAS: Servicios de Asistencia Internacional a Proyectos

ITAM: Instituto Tecnológico Autónomo de México

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

JS II: Jurisdicción Sanitaria Número II

JS VII: Jurisdicción Sanitaria Número VII

JS VIII: Jurisdicción Sanitaria Número VIII

KCSM: Kansas City Southern de México

MAM: Modelo de Atención Integral en Salud a Migrantes

ME: Mujeres Embarazadas

Mexfam: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar

MSF: Médicos Sin Fronteras

NOM: Normas Oficiales Mexicanas

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

Onumujeres: Programa de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer

Onusida: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida

OPEP: Organización de Países Exportadores de Petróleo

OSC: Organización de la Sociedad Civil

Pemex: Petróleos Mexicanos

PGJ: Procuraduría General de Justicia

PIB: Producto Interno Bruto

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PPE: Profilaxis Posterior a la Exposición

Províctima: Procuraduría Social de México

PVS: Personas con VIH/sida

Red DH Migrante: Red de organismos y organizaciones de Derechos Humanos para la protección de las personas Migrantes en tránsito

Red TDT: Red Nacional de Organismos Civiles de Derechos Humanos Todos los Derechos para Todas y Todos

Sedena: Secretaría de la Defensa Nacional

Sedesol: Secretaría de Desarrollo Social

Segob: Secretaría de Gobernación

Semar: Secretaría de Marina

SICA: Sistema de la Integración Centroamericana

Sida: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Sin Fronteras-IAP: Sin Fronteras-Institución de Asistencia Privada

Sipam: Salud Integral Para la Mujer AC

SISCA: Secretaría de la Integración Social Centroamericana

SLP: San Luis Potosí

SRE: Secretaría de Relaciones Exteriores

SSA: Secretaría de Salud y Asistencia

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

TARV: Tratamiento antirretroviral

TLCAN: Tratado de Libre Comercio de América del Norte

TTT: Travestis, Transexuales, Transgéneros

UMyS: Unidad de Estudios sobre Migración y Salud

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VSRS: Programa Nacional Vete Sano y Regresa Sano

YMCA: Young Men's Christian Association

Sobre los autores

César Infante Xibillé

Médico Cirujano egresado de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Maestro en Sistemas de Salud por la ESPM y Doctor en Filosofía por la Universidad de Londres. Desde el año 2000 realiza investigación sobre aspectos vinculados con la migración y la salud; así como sobre fenómenos sociales en relación a la epidemia de SIDA, estigma y discriminación, y derechos humanos. Actualmente investigador del INSP y miembro del SNI-Conacyt.
cesar.infante@insp.mx

Cristian Torres Robles

Antropólogo Social con maestría en Salud Pública; coautor del libro *Excluidos y Ciudadanos. Las dimensiones del poder en una comunidad transnacional mixteca*. Ha trabajado la migración México-EUA y sus efectos en cultura, política, salud y desarrollo en el lugar de origen y destino. Actualmente es investigador en el INSP en temas sobre migración y salud.
catr1217@hotmail.com

Frida Eréndira Quintino Pérez

Socióloga (UAM); Maestra en Estudios de Género (Colmex); Doctora en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Líneas de investigación: Salud, migración, género y derechos humanos. Candidata Sistema Nacional de Investigadores. Integrante de la Unidad de Estudios sobre Migración y Salud del INSP. Profesora-Investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. fridaeren@yahoo.com.mx

Leonel González-González

Doctor en Ciencias Sociales. Profesor investigador en ciencias médicas B del Centro de Información para Decisiones en Salud Pública (CE-NIDSP) del Instituto Nacional de Salud Pública. Candidato Sistema Nacional de Investigadores. Línea de investigación: Diseño e implementación de nuevos métodos y técnicas para la toma de decisiones en salud pública.
leonel.gonzalez@insp.mx

Manuel Ángel Castillo García

Ingeniero civil (Universidad de San Carlos de Guatemala); Maestro en Desarrollo Urbano (Colmex). Profesor-investigador en el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA) de El Colegio de México. Miembro del SNI, Nivel III. castillo@colmex.mx

Mariajosé Gómez Zaldívar

Socióloga con mención honorífica (UNAM). Primer lugar en el 2do Premio Universitario de Tesis sobre Trata de Personas de la UNAM. Actualmente, investigadora en el INSP en temas de migración y salud. mariajose.gzal@gmail.com

René Leyva Flores

Médico Cirujano y Partero (IPN), Maestro en Medicina Social (UAM-X), Especialista en Salud Internacional (OPS). Doctor en Sociología, (Universidad de Barcelona). Investigador Ciencias Médicas "E", Instituto Nacional de Salud Pública. Director de Área de Gerencia y Liderazgo en Salud; Coordinador de la Unidad de Estudios sobre Migración y Salud; miembro del SNI, nivel II. rene.leyva@insp.mx

René Santos-Luna

Es investigador en Ciencias Médicas "ICMB", egresado del Máster Profesional UNIGIS en Gestión de Sistemas de Información Geográfica de la Universidad de Girona España. Su principal línea de investigación es los Sistemas de Información en Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria. rsantos@insp.mx

Susana Román-Pérez

Investigadora en ciencias médicas "B" del INSP enfocada en la investigación en sistemas de información en salud para la vigilancia entomológica y sanitaria. Actualmente es estudiante del Doctorado en Geografía del IG-UNAM en el área de geomática y geografía médica.
sroman@insp.mx

Migrantes en tránsito por México:
situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud
se terminó de imprimir en mayo de 2016 y estuvo a cargo
de la Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública