



INICIATIVA CIUDADANA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CULTURA DEL DIÁLOGO, A.C.

MIGRACIÓN, DESARROLLO Y CIUDADANÍA BINACIONAL

TERCER REPORTE CUATRIMESTRAL

Marzo-Junio 2013

**SALUD MIGRANTE EN PUEBLA:
Vete Sano, Regresa Sano**
Observatorio Ciudadano sobre Políticas Públicas para Migrantes-Puebla

**Reporte Cuatrimestral en Migración
Agenda migrante Puebla
Marzo - Junio 2013**

COORDINADORA DEL REPORTE CUATRIMESTRAL
Mtra. Rocío del Carmen Osorno Velázquez

COLABORADORES
Mario A. Macias Ayala
Amanda Georgina González Ochoa
Misael González Ramírez
Adriana Sletza Ortega Ramírez

DISEÑO
Karla Ambrosio
Cheryl Gabriela De la Torre Sánchez
Cuadriga: Belen Miranda Herrera / Gustavo Palma Castro

**Iniciativa Ciudadana para la
Promoción de la Cultura del Diálogo, A.C.**
Tepic 83, Col. Roma Sur, México,
06760, D.F.
www.iniciativaciudadana.org.mx

**Observatorio Ciudadano sobre Políticas
Públicas para Migrantes-Puebla**
www.observatoriomigracionpuebla.org

Primera edición, julio 2013

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

El presente reporte cuatrimestral centra su análisis a la situación migratoria del Estado de Puebla y su agenda migrante.

Este tercer documento correspondiente al periodo comprendido entre marzo y junio de 2013, forma parte de una serie de reportes que tienen como objetivo primordial dar un seguimiento a las acciones, estrategias y resultados de las políticas migratorias desarrolladas y ejecutadas en la entidad poblana.

Se permite la reproducción parcial citando la fuente y a los autores correspondientes.

Índice

	Introducción	5
1	La salud de las personas migrantes en el circuito migratorio México-Estados Unidos	9
Migración y Salud	Salud de las personas migrantes en Estados Unidos	11
	Salud de las personas migrantes en México	19
	Programa de Salud Migrante	21
	Ventanillas de Salud	22
2	Programa Vete Sano, Regresa Sano	26
Migración y Salud en Puebla: Vete Sano, Regresa Sano	Principales resultados del Programa Vete Sano, Regresa Sano	28
3	Retos de la política pública para la salud migrante	39
Conclusiones y recomendaciones		
4	Migración de retorno en la región de la Sierra Negra: Caso Zapotitlán Salinas	45
Experiencia de los municipios		
	Bibliografía	55

Agradecimientos



El Reporte Cuatrimestral es una propuesta conjunta entre la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, a través de las siguientes instituciones y fundaciones:



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Centro Mexicano para la Filantropía, A.C.



Fundación Bancomer



Fundación Telmex

La publicación cuatrimestral busca dar seguimiento a la situación de la migración poblana analizando las particularidades de la migración internacional de Puebla a los Estados Unidos, el impacto de las políticas públicas vigentes y su incidencia en la conformación de una agenda pública migratoria.

Introducción

Ante el nuevo contexto migratorio del Estado de Puebla como estado expulsor de migrantes, receptor de mexicanos de retorno, lugar de inmigración y tránsito de migrantes resulta necesario para la entidad formular una **agenda migratoria local**. Esta inquietud fue manifestada en el “Primer Encuentro sobre Desarrollo y Migración para la Construcción de una Política Integral en el Estado de Puebla (2013, pág. 17),” donde la academia, organizaciones de la sociedad civil y algunos gobiernos locales enfatizaron la necesidad de construir una política de Estado en materia migratoria que impulse la participación ciudadana y fomente el diálogo multi-sectorial, translocal y binacional. A su vez, permita el diseño, implementación y ejecución de políticas públicas con enfoque de Desarrollo Humano y de Buen Vivir (2013, pág. 19).

Esto, sin duda, representan un reto de gran envergadura, ya que “implica repensar el futuro del empleo y el modelo de crecimiento económico de México, para lo cual es imprescindible replantear la estrategia económica, rediseñar las instituciones de trabajo, la seguridad social y dar a la educación una mayor prioridad (García Zamora & Valdés Corona, 2012).” La temática migratoria adquiere un papel de suma importancia para la agenda política, social y económica tanto de México como de sus entidades federativas. Las políticas públicas diseñadas para la atención de la población migrante deben incorporar intereses tanto del Estado como la sociedad para alcanzar objetivos específicos y desarrollar acciones concretas que den soluciones a una gran diversidad de problemas relacionados con la temática migratoria en un marco de gobernanza migratoria¹.

¹ Gobernanza migratoria se entiende como la capacidad desarrollada por el estado para implementar, monitorear y evaluar políticas públicas en coordinación con los interlocutores sociales y la sociedad civil para una adecuada gestión de las migraciones (Tamagno)

Puebla no debería ser la excepción. Sobre todo, si consideramos, como se ha presentado en los anteriores dos reportes cuatrimestrales “Agenda Migrante-Puebla,” la experiencia migratoria internacional poblana a los Estados Unidos:

- Sitúa a la entidad como uno de los principales lugares de expulsión de migrantes en el país. Puebla ocupa el cuarto lugar de expulsión de migrantes con el 6.9% de su población migrante después de los estados de Guanajuato (11.9%), Michoacán (8.5%) y Jalisco (8%).
- Ubica a las siete regiones socioeconómicas de la entidad en tres tipos de intensidades migratorias: *muy alta y alta* intensidad migratoria (región Mixteca, Valle de Atlixco y Matamoros), *alta y media* (región Angelópolis, Sierra Negra), y *baja y muy baja* intensidad (Sierra Norte, Valle del Serdán y Sierra Nororiental).
- Concentra el mayor porcentaje de viviendas que reciben remesas económicas en las regiones de la Mixteca (20.70%), Sierra Norte (16.10%) y Angelópolis (15.2%).
- Posee un carácter unidireccional a los Estados Unidos con el 90.90% de sus migrantes internacionales.
- Ubica a la mayoría de los emigrantes poblanos en tres regiones migratorias de destino en la Unión Americana: la Costa Este (Norte y Sur), la región de los Grandes Lagos y la región Sudoeste.
- Agrupa la proporción más significativa de emigrantes poblanos entre los 25 y 34 años de edad (35% aproximadamente) con un promedio de escolaridad de 7.3 años.
- Concentra a la mayoría de los trabajadores emigrantes poblanos en los sectores de servicios (preparación y servicio de alimentos, servicios de limpieza) con el 42.4% y de mantenimiento y construcción con 39.9%. Este último sector caracterizado por ser uno de los más afectados con la crisis financiera de Estados Unidos.

Además, la experiencia migratoria de Puebla a los Estados Unidos, actualmente, enfrenta importantes cambios en algunos de sus patrones migratorios como es el caso de la temporalidad de sus emigrantes. La migración circular ha sido sustituida por una estancia más prolongada de los emigrantes poblanos en los Estados Unidos o por el regreso definitivo del migrante a su comunidad de origen. De acuerdo con cifras del último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el periodo quinquenal 2005-2010 se registraron 35,644 migrantes de retorno de Estados Unidos, lo que corresponde a una distribución porcentual del 4.3%; mientras que diez años antes, es decir en el 2000, la migración de retorno apenas representaba 9,784 personas, es decir, 3.6% de migrantes de retorno (CONAPO, 2012). Estas cifras nos indican que, paralelamente a la salida de migrantes poblanos a los Estados Unidos, Puebla

también registra un incremento en la entrada de migrantes de retorno.

Los puntos descritos con anterioridad nos permiten reflexionar sobre la importancia que tiene la migración para la agenda pública del Estado de Puebla y la necesidad de impulsar y fortalecer políticas públicas integrales de orientación y atención que apoyen al migrante en cualquier punto de su trayectoria migratoria (salida/tránsito/retorno). Sin duda, dos pilares básicos de atención por parte de los gobiernos, en sus diferentes órdenes, deben ser los temas de salud y educación.

Si consideramos que Puebla es la quinta entidad más poblada, después del Estado de México, el Distrito Federal, Veracruz y Jalisco, con una población de 5,779,829 habitantes, 2,769,865 hombres (47.92%) y 3,009,974 mujeres (52.08%), resulta relevante analizar la situación del estado en materia de salud. Aproximadamente, en la entidad se tienen registradas 2,858,894 personas que son derechohabientes² y 1,316,125 personas son atendidas por el Seguro Popular³ (Puebla, 2013), lo que representaría el 49.4% y 22.77% de la población, respectivamente, que recibe algún tipo de atención médica.

De igual forma, por sus indicadores de servicios médicos en instituciones públicas, Puebla posee el lugar número 26 y 30 a nivel nacional en recursos humanos al tener 1.3 médicos por cada mil habitantes y 1.3 enfermeras por cada mil habitantes. Además, el estado ocupa uno de los últimos lugares, el 29, en la provisión de servicios por cada mil habitantes, principalmente, en el área de consultas generales e intervenciones quirúrgicas (INEGI, 2012, pág. 41). Paradójicamente, esta misma entidad en el sector privado de salud ocupa el lugar 17 en personal médico que está en contacto con el paciente y el lugar 13 y 14 en el número de establecimientos de atención médica (hospitales de especialidades y generales, respectivamente) (INEGI, 2012, pág. 41). Esto implica un importante rezago de la entidad a nivel nacional en materia de recursos humanos y servicios para la atención de sus habitantes en materia de salud en el sector público. A su vez, esta situación puede agudizarse en zonas con alta tendencia migratoria.

Por tal motivo, este tercer reporte cuatrimestral tiene como objetivo analizar y evaluar el tema de la **salud** en el contexto migratorio del Estado de Puebla, sus avances y problemáticas. Por ello, este tercer reporte está estructurado en cuatro secciones. La primera sección "Migración y salud: la salud de las personas migrantes en el circuito migratorio México-Estados Unidos" tiene como interés analizar la relación existente entre la migración y salud, y la importancia de esta temática en la agenda de gobierno del Estado Mexicano.

La segunda sección titulada "Migración y Salud en Puebla: Vete Sano, Regresa Sano" tiene como objetivo conocer cuáles son las acciones, estrategias

2 Se consideran derechohabientes a servicios de salud a las personas que afirmaron tener derecho a recibir atención médica en instituciones públicas y/o privadas, como resultado de una prestación laboral, por ser pensionados, jubilados o familiares designados como beneficiarios, o por estar inscritos o haber adquirido un seguro médico en alguna institución pública o privada (INEGI, Derechohabiencia a servicios de salud, 2005).

3 El Seguro Popular busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas que no cuentan con empleo, que trabajan por cuenta propia y, que por lo tanto, no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social (SSA, 2013a).

y programas desarrollados por el gobierno estatal para atender el tema de salud y migración. En esta segunda sección enfocaremos, principalmente, nuestra atención a la ejecución y a los resultados del Programa Vete Sano, Regresa Sano. Esto con la finalidad de entender, con mayor profundidad, la vinculación que existe entre migración y salud y el porqué de su atención. Finalmente, en nuestra tercera y última sección, "Conclusiones y Recomendaciones: Retos de la política pública para salud migrante" reflexionaremos sobre los principales retos que enfrenta Puebla con relación al tema de migración y salud.

Cabe destacar, que en un principio, este tercer reporte tenía como objetivo analizar no sólo la temática de salud sino también la temática de educación. Sin embargo, ante la limitada información disponible con respecto al tema migración y educación por parte de la Secretaría de Educación Pública, los sesgos de información con relación a resultados de la aplicación y ejecución del Programa Educación Binacional para Migrante (PROBEM) en Puebla y al no poder materializar nuestro interés por realizar un análisis objetivo de los programas públicos para migrantes, se decidió no abordar el tema de migración y educación en este tercer reporte.

Al igual que los anteriores reportes, este tercer número refleja los resultados de la aplicación de encuestas de percepción a habitantes –migrantes y no migrantes- en cuatro regiones migratorias (Mixteca, Valle de Atlixco y Matamoros, Angelópolis y Sierra Norte), la recopilación de información (cualitativa y cuantitativa) correspondiente a las acciones, programas y servicios desarrollados por el gobierno federal y estatal en materia migratoria; la recopilación de información cuantitativa emitida por Instituto de Estadística y Geografía de México (INEGI), la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Secretaría de Salud Pública correspondiente al Estado de Puebla; así como la recopilación de información obtenida de las propias instancias gubernamentales estatales y federales mediante las unidades de acceso a la información y la participación de instituciones privadas, públicas y sociales en eventos públicos, conferencias e investigaciones.

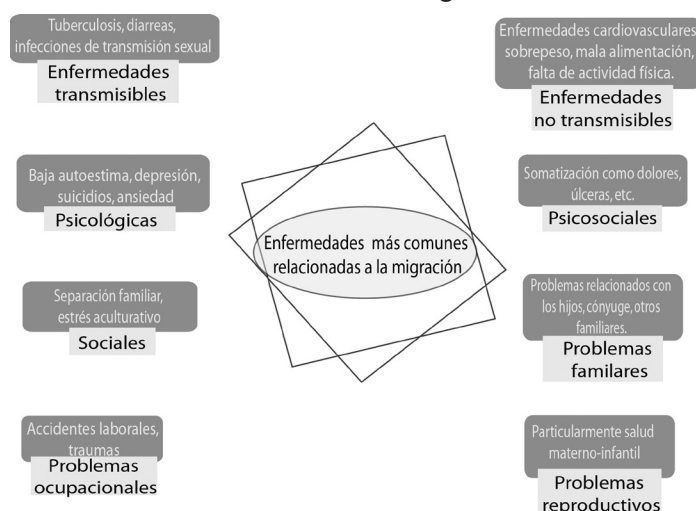
A partir de este tercer reporte se agregará un elemento más que enriquecerá al proyecto, el apartado de artículos. En esta sección se agregará una revisión histórica de la evolución de migración en los municipios del Estado de Puebla. En esta ocasión, siguiendo los resultados preliminares del proyecto de investigación Conacyt "Crisis económica global y respuesta a cuatro comunidades de reciente migración," iniciaremos con el texto "Migración de retorno en la Sierra Negra de Puebla: Zapotitlán Salinas."

La salud de las personas migrantes en el circuito migratorio México-Estados Unidos

La salud es un tema central, aunque rara vez referido, en el análisis de la migración México-Estados Unidos. La condición de salud de las personas migrantes tiene un estrecho vínculo con su experiencia migratoria. La salud de los migrantes (hombres y mujeres), regularmente, es un reflejo de varias condicionantes físicas, sociales y económicas que viven tanto en su lugar de origen como de destino. Entre las más comunes podemos ubicar factores externos como el contexto socioeconómico, el entorno físico, la temporalidad de la migración, el acceso, frecuencia y calidad de los servicios médicos recibidos y factores internos como los antecedentes médicos, la historia clínica, el estilo de vida, nutrición, actividad física del migrante. Ante el cambio de residencia, contexto sociocultural y hábitos, las personas migrantes pueden presentar algún tipo de condición médica relacionada a aspectos psicológicos, sociales, de estilo de vida, nutrición, salud física, entre otros (Ver cuadro 1.1).

1 Migración y Salud

Cuadro 1.1. Enfermedades más comunes relacionadas a la migración



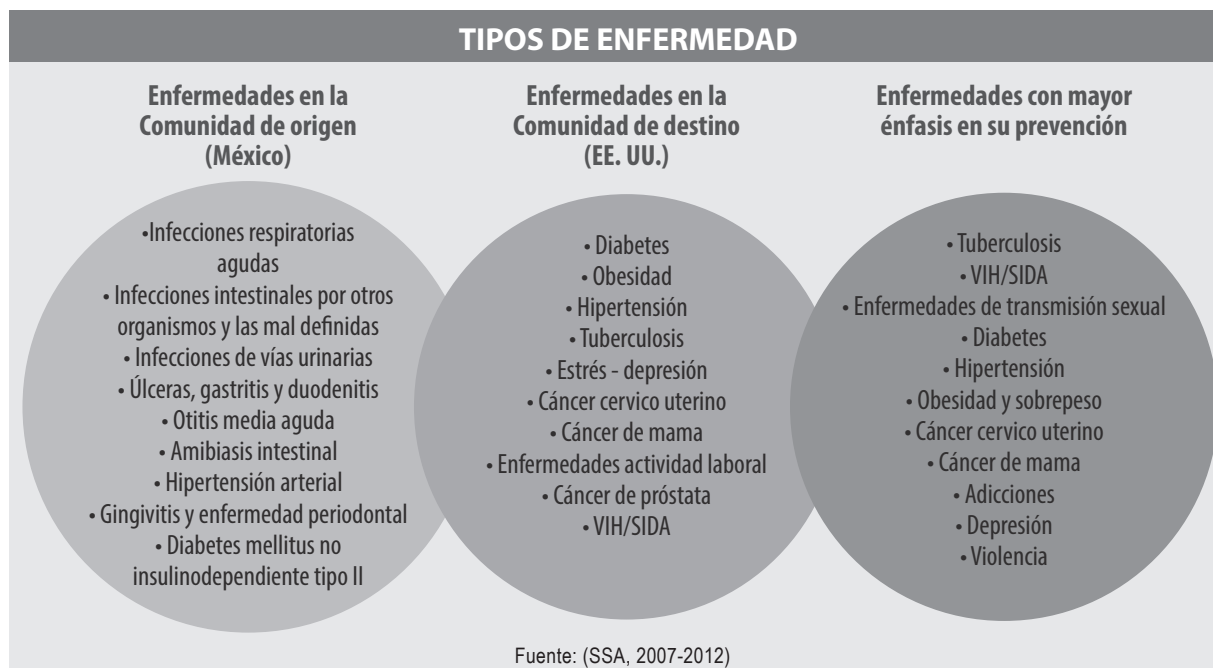
Fuente: (Castellanos, 2012, pág. 248)

Esto tiende a agudizarse en un contexto de migración internacional, como es el caso de la migración México-Estados Unidos. Si consideramos como señalan algunos especialistas, que “al cruzar fronteras nacionales todos los migrantes de una forma u otra se convierten *de facto* en grupos socialmente vulnerables debido a su condición de “extranjeros” ya que muchas veces no cuentan con las herramientas necesarias (lenguaje, conocimiento de la cultura, redes sociales, recursos económicos) que les permitirían tener una adaptación exitosa (Salgado de Snyder, González, Bojorquez, & Infante, pág. 1);” indudablemente, esto tiende a producir efectos en la salud. A pesar de ello, rara vez los Estados nacionales centran su atención en la salud de las personas migrantes; lo que continuamente va acompañado de ambientes sociales y económicos de tensión ligados al establecimiento y ejecución de políticas rígidas de control migratorio que influyen negativamente en la salud y bienestar de las personas migrantes (Castellanos, 2012, pág. 260).

Por lo que reconociendo la trascendencia de la relación migración y salud, en el 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asamblea Mundial de la Salud emitieron la Resolución WHA 61.17 con la finalidad de solicitar a los Estados políticas y prácticas migratorias más sensibles en el ámbito de la salud pública (OMS, 2007; Castellanos, 2012, pág. 243). Otros documentos como el EB122/11 Salud de los Migrantes (OMS, EB 122/11 Salud de los migrantes, 2007) y la Carta de Bangkok en Tailandia (2005), también hacen referencia al estrecho vínculo que existe entre los movimientos de población y la propagación de enfermedades y la necesidad de “instrumentar estrategias para invertir en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud” (OMS, 2005).

Bajo esta lógica, Estados expulsores como receptores de migrantes, entre ellos México y Estados Unidos, se han visto en la necesidad de diseñar y emprender acciones, estrategias y programas públicos que busquen atender la salud de los y las migrantes. “El cruce, la circularidad migratoria y las condiciones de vida de los migrantes mexicanos en Estados Unidos conforman contextos que ocasionan conductas de riesgo que ponen en peligro su salud, la de sus familias y comunidades de origen en México [...] para entender las necesidades de salud [...] que enfrentan los migrantes mexicanos es necesario analizarla en tres momentos: origen, tránsito y destino (Salgado de Snyder, González, Bojorquez, & Infante, pág. 1).” Considerando estos tres momentos, el Estado Mexicano ha generado un diagnóstico del tipo de enfermedades que el migrante puede desarrollar en su comunidad de origen en México y en su comunidad de destino en Estados Unidos (Ver cuadro 1.2).

Cuadro 1.2. Enfermedades en las comunidades de origen y destino



Analizando este cuadro, podemos observar que los principales temas de atención con relación a la salud del migrante son: Cáncer (cáncer de mama, cérvico-uterino, de próstata), enfermedades infecciosas (respiratorias, intestinales y de transmisión sexual). También éstas pueden estar acompañadas de otro tipo de problemas de la salud como el estrés, la depresión, adicciones, problemas laborales y desórdenes alimenticios. Ante este panorama, en los últimos años, México ha requerido el diseño y construcción de estrategias, acciones y programas que atiendan alguno de los tres momentos de la migración, primordialmente, en el origen y destino de los migrantes.

Salud de las personas migrantes en Estados Unidos

De acuerdo con cifras de Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la población migrante mexicana es uno de los grupos que cuenta con menor cobertura en materia de salud. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, aproximadamente el 59% de la población migrante mexicana que vive en los Estados Unidos (5.5 millones) carece de cualquier tipo de cobertura médica. Una quinta parte (22.5%) de los mexicanos nacidos en Estados Unidos tampoco tienen cobertura médica, en comparación con 13% de la población blanca nativa que presenta la misma condición (SSA, 2007-2012a).

Estos datos son de gran relevancia ya que nos señalan la vulnerabilidad de los migrantes mexicanos para ser sujetos de atención en el sistema de salud estadounidense. La falta de acceso a servicios de salud, por parte de las personas inmigrantes mexicanas en Estados Unidos, es resultado de múltiples factores. Entre los más importantes podemos destacar que las mismas características del sistema de salud limita, a las personas inmigrantes sin documentos, acceder a los servicios de salud. Ya que al ser un sistema de **provisión de servicios sociales** con carácter privado, el acceso está, ampliamente relacionado a la voluntad del empleador y al margen de maniobra del trabajador para negociar alguna prestación. A su vez, las personas migrantes para que puedan acceder a programas públicos, en la mayoría de los casos, deben dar cumplimiento a ciertos criterios de elegibilidad como: nivel de ingreso, condición de salud, estatus migratorio, tiempo de residencia (Leite & Castañeda, 2008, pág. 117).

Esto reduce la posibilidad de que la mayoría de las y los migrantes mexicanos puedan ser beneficiarios de atención médica en las comunidades de destino. Ya que en varios de los estados de la Unión Americana, un alto porcentaje de inmigrantes no tiene acceso a algún tipo de seguro a comparación de la población nativa que mantiene un promedio de 30%. A pesar, de que un porcentaje mayor de inmigrantes 47.4% tiene acceso a seguros públicos de índole federal como el Medicaid⁴ y Medicare⁵, así como algunos apoyos de salud estatales (Ver tabla 1.1); la mayoría de las personas inmigrantes de procedencia mexicana tiene un acceso limitado a este tipo de apoyos. Esta situación se agudiza en los migrantes recién llegados a los Estados Unidos. Algunos estudios del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) señalan que el 71.4% de los migrantes que ingresaron a EUA con un tiempo menor a los 4 años carecen de alguna cobertura de salud (González-Block, de la Sierra, 2013).

El limitado acceso de los inmigrantes mexicanos a los servicios médicos tiene, entre sus principales consecuencias, que las personas migrantes no accedan a servicios básicos de salud preventiva, por ende, no puedan tener acceso a la atención oportuna de enfermedades. Además, sólo un tercio de los migrantes que sí tienen acceso a servicios médicos acuden regularmente a las clínicas o centros de salud, comparados con el doble de la población blanca nativa de Estados Unidos que las utilizan. (SSA, 2007-2012).

Ante este preocupante panorama, con el fin de atender a la población migrante en Estados Unidos, el gobierno mexicano ha buscado establecer diferentes acuerdos bilaterales México-Estados Unidos para una mayor atención de su población migrante (Ver cuadro 1.3).

⁴ Medicaid es un seguro de salud del gobierno que ayuda a personas de bajos ingresos en los Estados Unidos para pagar sus gastos médicos. Cada Estado cuenta con un programa Medicaid que proporciona cobertura médica para personas con bajos ingresos, familias y niños, ancianos y personas con discapacidad.

⁵ Medicare es un programa de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos, el cual provee atención médica a personas mayores de 65 años. Medicare opera como un seguro de personas.

Tabla 1.1. Porcentaje de no asegurados (inmigrantes y nativos) en los Estados Unidos.

	No asegurados				No asegurados o con Medicaid			
	Inmigrantes y sus hijos*		Nativos y sus hijos [†]		Inmigrantes y sus hijos*		Nativos y sus hijos [†]	
	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Texas	47.0	2,293	18.6	3,411	61.1	2,983	30.2	5,547
Colorado	45.2	263	13.3	563	58.1	338	21.5	909
Arizona	44.5	549	15.1	761	64.2	794	30.4	1,529
North Carolina	41.8	347	14.4	1,238	56.0	465	28.8	2,310
Georgia	37.0	459	14.8	1,200	53.1	659	26.5	2,152
Florida	35.7	1,537	16.7	2,292	46.9	2,019	26.2	3,600
Virginia	30.6	342	10.3	663	36.3	406	18.1	1,164
Nevada	29.0	185	16.4	311	37.0	237	22.8	433
California	28.4	3,904	12.8	2,887	50.6	6,945	25.0	5,621
LA Country	31.7	1,570	13.5	668	55.1	2,732	25.0	1,237
Maryland	28.4	259	11.0	518	35.2	321	19.7	927
New Jersey	27.7	659	10.9	682	37.1	883	18.1	1,134
Illinois	23.6	546	11.9	1,230	36.4	842	22.4	2,315
Washington	21.3	198	10.2	548	40.4	375	21.7	1,168
New York	21.1	1,122	11.2	1,540	47.3	2,511	26.9	3,692
New York City	21.0	795	14.6	631	52.3	1,981	40.6	1,757
Massachusetts	15.6	172	9.3	485	36.2	400	20.7	1,083
Nation	30.0	14,898	13.0	32,095	47.4	25,513	25.0	61,758

* Incluye niños nacidos en EE.UU (menores de 18 años) de padres migrantes

† Excluye niños nacidos en EE.UU (menores de 18 años) de padres migrantes

Fuente: (González Block, Robinson, de la Sierra de la Vega, González Vázquez, Infante Xibillé, & Orozco Nuñez, 2008, pág. 22).

A pesar de estos esfuerzos, ante la falta de acceso a los servicios de salud y revisiones periódicas, el tema de la salud requiere del fortalecimiento de diversas estrategias de orientación, atención, cuidado y prevención de la salud de las personas migrantes. La mayoría de las enfermedades que están siendo punto de atención al ser las principales causas de muerte en los migrantes y población México-americana, tanto en hombres como mujeres, están relacionadas a enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas, entre otras (Ver cuadro 1.4).

La Diabetes Mellitus, la presión arterial y obesidad son tres de las principales enfermedades en las que los migrantes mexicanos ocupan los primeros lugares. En el caso de la diabetes en el 2002 se estimó que 24% de migrantes de origen mexicano (entre 45 y 75 años) han sido diagnosticados con diabetes (Ver gráfica 1.1). La hipertensión arterial tiene una prevalencia en los migrantes mexicanos de más de 35%, regularmente se ha asociado al proceso de adaptación, el estrés, los cambios en la alimentación de los migrantes (Ver gráfica 1.2).

Algunas de estas enfermedades también son las principales causas de hospitalización en las y los migrantes mexicanos. Entre las causas más comunes de hospitalización están: traumatismos, complicaciones de diabetes, cirugía electiva, VIH-SIDA, insuficiencia renal, cáncer y también enfermedades psiquiátricas (capacidad de atención es muy mala sobre todo en la frontera)(González-Block, de la Sierra, 2013).

Cuadro 1.3. Acuerdos bilaterales México-Estados Unidos en materia de salud

Acuerdo	Instituciones	Materia	Fecha
Memorándum de Cooperación entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América.	Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.	Cooperación binacional a favor de la salud de los migrantes y sus familias.	07/05/1996 México D.F.
Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.	Gobierno de México y Gobierno de los Estados Unidos de América.	Cooperación para establecer la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos, a fin de evaluar los problemas actuales y futuros que afectan a la población del área fronteriza entre ambos países; así como alentar y facilitar las acciones para la atención de dichos problemas.	24/07/2000 México D.F.
Declaración conjunta sobre Salud del Migrante entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América.	Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.	Cooperación binacional a favor de la salud de los migrantes y sus familias.	22/09/2000
Acuerdo para ampliar el Memorándum de Cooperación entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América en Materia de Salud.	Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.	Ampliación por cinco años del Memorándum de Cooperación entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América.	16/05/2001 Ginebra, Suiza
Declaración a favor de la Iniciativa de Salud México - California.	Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Servicios de Salud del estado de California.	Cooperación entre la Secretaría de Salud y la Iniciativa de Salud México – California en materia de salud de los migrantes mexicanos y sus familias.	12/10/2001 Los Ángeles, California
Declaración Conjunta entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el National Center for Farmworker Health de los Estados Unidos de América sobre Salud del Migrante	Secretaría de salud de los Estados Unidos Mexicanos y el National Center for Farmworkers Health	Cooperación y evaluación de las áreas potenciales en salud pública a fin de evaluar la adopción de acuerdos y	11/10/2004 León, Guanajuato

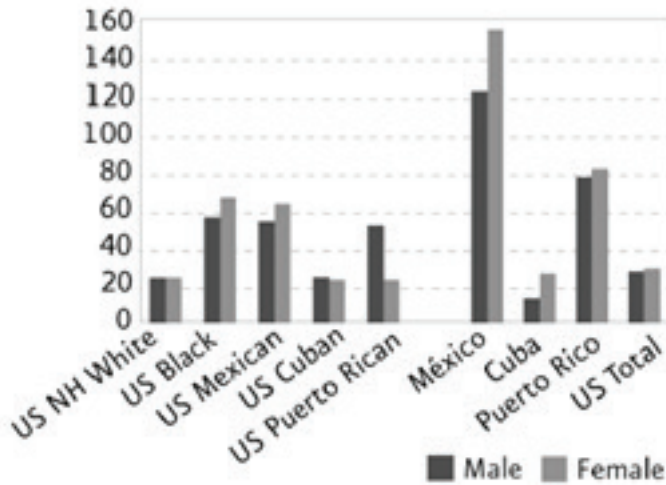
Fuente: (SSA, 2007-2012).

Cuadro 1.4. Principales causas de muerte en hombres y mujeres migrantes



Fuente: (SSA, 2007-2012)

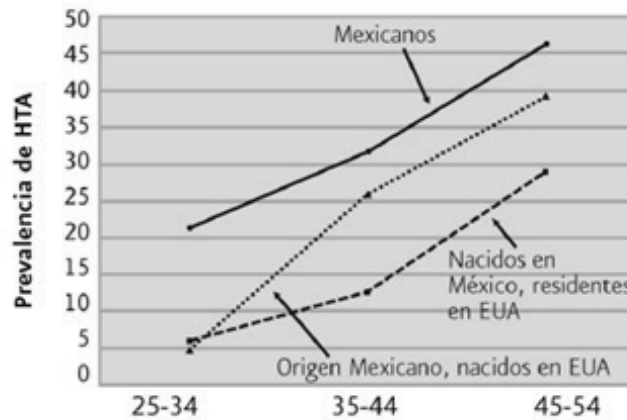
Gráfica 1.1. Mortalidad por Diabetes Mellitus en Hispanos



Durazao Arvizu RA, Barquere S, et. al., Cardiovasculares diseases mortality in Cuba, México, Puerto Rico and US Hispanic populations, *Prev Control* (2006), doi: 10.1016/j. precon. 2006.10.004

Fuente: (SSA, 2007-2012)

Gráfica 1.2 Prevalencia en hipertensión arterial en mexicanos y mexicanas residentes en Estados Unidos



Barquera S, Durazo R, Luke A, Cooper R. Hipertension in Mexico and among Mexican-Americans: prevalence and treatment, patterns

Fuente: (SSA, 2007-2012)

La demanda de atención médica de los migrantes está siendo un foco rojo para México. Por ende, varios estudios plantean la necesidad de que las políticas diseñadas para la atención a la salud de las personas migrantes requieren considerar tres escenarios (Ver figura 1.1, 1.2 y 1.3). En cada escenario, el gobierno mexicano debe dar respuestas que involucren la participación de los migrantes, las instituciones de salud e incluso de los gobiernos locales.

Figura 1.1. Escenario 1: Atención médica de migrantes enfermos en EUA



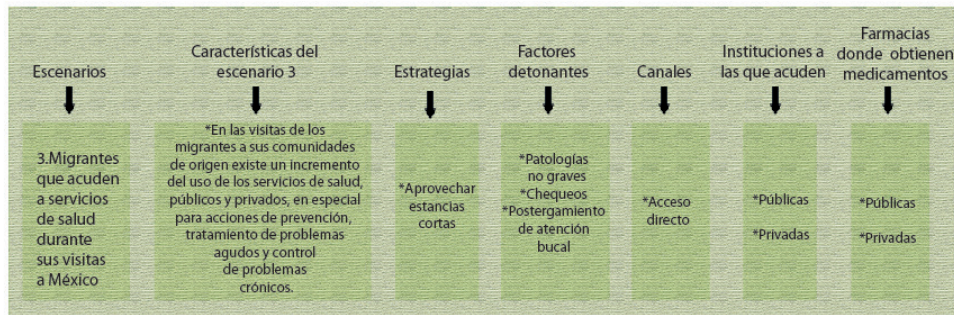
Fuente: (Nigenda, G., Ruiz-Larios, J., Bejarano-Arias, R., Alcalde-Rabanal, J. & Pastor Bonilla-Fernández, M, 2008).

Figura 1.2. Escenario 2: Migrantes enfermos que se trasladan a territorio mexicano



Fuente: (Nigenda, G., Ruiz-Larios, J., Bejarano-Arias, R., Alcalde-Rabanal, J. & Pastor Bonilla-Fernández, M, 2008).

Figura 1.3. Escenario 3: Migrantes que acuden a servicios de salud durante sus visitas a México



Fuente: (Nigenda, G., Ruiz-Larios, J., Bejarano-Arias, R., Alcalde-Rabanal, J. & Pastor Bonilla-Fernández, M, 2008).

El planteamiento de estos tres escenarios y estrategias de atención nos hace reflexionar sobre la responsabilidad que tiene el Estado Mexicano para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas migrantes. Como podemos ver en los tres escenarios, ante el reforzamiento de políticas locales migratorias más restrictivas, los posibles riesgos de deportación y las dificultades para acceder a los servicios de salud en Estados Unidos, las relaciones comunitarias, sociales y familiares están adquiriendo una gran importancia para el desarrollo de mecanismos, incluso no convencionales, de atención a la salud del migrante. El fortalecimiento de los vínculos con las comunidades de origen se está convirtiendo en una alternativa para el bienestar de los migrantes, sus familias y sus comunidades (González Block, Robinson, de la Sierra de la Vega, González Vázquez, Infante Xibillé, 2008).

Por ende, uno de los principales retos del actual sistema de salud mexicano es diseñar estrategias de amplio alcance que le permita integrar mecanismos de cooperación con su contraparte en Estados Unidos y, a su vez, le permita promover que los migrantes tengan acceso a la atención primaria a la salud en Estados Unidos y a la atención secundaria e integral en México (González Block, Robinson, de la Sierra de la Vega, González Vázquez, Infante Xibillé, & Orozco Nuñez, 2008, págs. 18-19). Asimismo, otra responsabilidad que surge para los gobiernos, en sus tres niveles, en México es dar seguimiento y proveer de información confiable y veraz sobre las reformas a la salud que se realizan en Estados Unidos. Tal es el caso de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, 2013)⁶, la cual está produciendo muchos debates. Mientras para algunos grupos esta ley abre la posibilidad para acceder e igualar el servicio de atención médica, ampliar la cobertura de un seguro, para otros esta ley refuerza la restricción a los servicios de salud y atención médica pública, principalmente, a determinados grupos sociales como personas mayores y personas inmigrantes indocumentadas.

Ante estos escenarios, cambios en las legislaciones en materia de salud se vuelve indispensable el replanteamiento de los programas de salud para migrantes. Así, éstos permitan dar respuestas más inmediatas a las necesidades de los migrantes, sus familias y comunidades y, a su vez, fomenten la articulación de esfuerzos entre gobiernos (federal, estatal, municipal), organizaciones de migrantes, instituciones públicas, privadas, sociedad civil, entre otros en ambos lados de la frontera, es decir, tanto en México como en Estados Unidos.

⁶ Patient Protection and Affordable Care Act, también conocida como "Obamacare" es una ley promulgada el 23 de marzo de 2010 que reforma al sistema de salud con el fin de ampliar la cobertura de salud de las familias sobre todo de la mayoría de los adultos (incluir a 30 millones de estadounidenses no asegurados); facilitar la adquisición de seguros y cubrir lagunas en materia de legislación de seguros sobre todo al prohibir a las compañías de seguros considerar condiciones pre-existentes o el género, exigiéndoles otorgar cobertura a todos los solicitantes y a ofrecer las mismas tarifas sin importar su estado de salud o sexo (Guest, 2012).

Salud de las personas migrantes en México

La falta de acceso a la salud de los migrantes no es característica particular de los Estados Unidos, sino también de México. En el caso de México, únicamente 30% de los hogares con migrantes tienen algún miembro asegurado, quien no siempre es el migrante y un tercio de las remesas que envían los migrantes se destina a la atención de la salud (González Block, Robinson, de la Sierra de la Vega, et al; 2008; pág. 13). Esta situación es un claro indicador de la débil cobertura que tienen las personas migrantes a los servicios de salud también en su país de origen. Por ende, con el fin de enfrentar esta situación, México ha buscado diseñar diferentes lineamientos que le faculte para atender el tema de la salud de las personas migrantes al interior del país (Ver cuadro 1.5).

Cuadro 1.5. Lineamientos para la atención de la salud del migrante

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Art. 4 ^a	Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.
Ley General de la Salud (LGS)	Art. 3 ^a	Es materia de salubridad general: la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; la atención materno-infantil, la salud mental; la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos; la educación para la salud; la prevención y el control de enfermedades transmisibles; la prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes; la prevención de la invalidez y la rehabilitación; la asistencia social; la sanidad internacional.
	Art. 13 ^a Apartado A	Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia, ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad en general; promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud; coordinar el Sistema Nacional de Salud; regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social; realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud; ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de la ley

<p>Programa Sectorial de Salud (PROSESA)</p>		<p>Fortalecer la colaboración y cooperación con las Comisiones de Salud Fronteriza México-Estados Unidos y México-Guatemala en los temas de vigilancia y control epidemiológico; fortalecer los vínculos multilaterales y bilaterales para ofrecer y recibir cooperación internacional; consolidar la organización y desarrollo de las Semanas Binacionales de Salud, que han ampliado el acceso de la población migrante a los servicios de salud en los Estados Unidos; promover la afiliación de familias de migrantes al Seguro Popular de Salud, aprovechando las ventanillas de salud en consulados en los Estados Unidos; mejorar la atención otorgada a los connacionales enfermos en necesidad de ser repatriados; fortalecer la participación activa de México en los principales organismos internacionales en salud, en particular en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).</p>
<p>Plan Nacional de Desarrollo</p>		<p>2007-2012 Eje 3. Igualdad de Oportunidades. “Cada mexicano, sin importar su lugar de origen y el ingreso de sus padres, debe tener acceso a genuinas oportunidades de formación y de realización”. 2013-2018: Eje 2. México Incluyente 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, tales como impulsar acciones para la prevención y promoción de la salud de los migrantes</p>

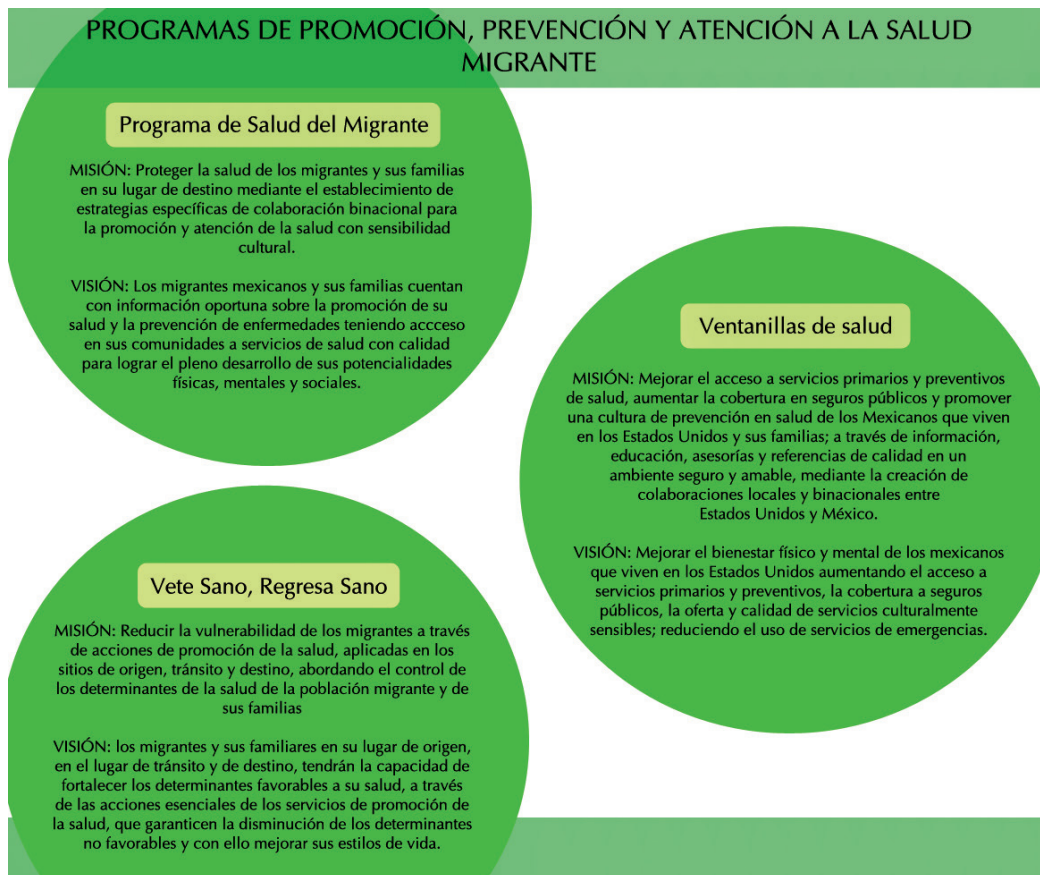
Fuente: Elaboración propia con datos de (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reforma 02-03-1983), (Ley General de Salud, reforma 24-04-2013), Plan Nacional de Desarrollo (PND, 2007 y 2013).

Bajo estos lineamientos, la política social de México tiene como objetivo central permitir el acceso a los servicios de salud a toda su población, migrante y no migrante. Por lo que, considerando las necesidades particulares de la población migrante, en México se han desarrollado tres importantes acciones para atender a la población migrante y a sus familias en materia de promoción, prevención y atención a la salud.

Estos programas son: Programa de Salud Migrante, Ventanillas de Salud y el Programa Vete Sano, Regresa Sano. Este último será estudiado con mayor detalle en la segunda sección de este reporte.

Estos tres programas se caracterizan por buscar dar respuesta a las necesidades de atención, prevención y orientación en materia de salud a los migrantes tanto en México como en Estados Unidos. Fundamentalmente, el Programa de Salud Migrante y las Ventanillas de Salud buscan generar una cultura de prevención, información y orientación en materia de salud en los Estados Unidos, mientras que el Programa Vete Sano, Regresa Sano centra su actuación en el lado mexicano.

Figura 1.4. Programas de promoción, prevención y atención a la salud migrante.



Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Relaciones Exteriores.

Programa de Salud Migrante

El Programa de Salud Migrante tiene sus orígenes en el 2001 cuando México se plantea como objetivo retomar las prioridades de atención a los migrantes, de acuerdo al contexto social, económico y demográfico que vive y vivía nuestro país; sin embargo, es hasta el 2004 cuando el programa aparece en el reglamento interior de la Secretaría de Salud. Entre sus principales estrategias podemos destacar:

1. Coordinar y dar seguimiento a los programas de salud que se aplican a la población migrante.
2. Propiciar el aseguramiento binacional en salud de la población migrante.
3. Promover la prevención y atención a la salud del migrante dentro y fuera del país.
4. Propiciar servicios de apoyo a la población migrante mexicana y sus familias.

5. Prevención de enfermedades crónico-degenerativas en la población migrante y sus familias.
6. Participar activamente con las comunidades organizadas de migrantes en Estados Unidos.
7. Fomentar y consolidar las ventanillas de salud a la población migrante.
8. Promover y atender la salud de los migrantes extranjeros en México.
9. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud dirigidas a mujeres e indígenas migrantes.
10. Promover la investigación sobre salud del migrante (SSA, 2007-2012).

Este programa tiene como finalidad ser un proceso permanente de ampliación de capacidades de salud de los inmigrantes mexicanos que les permita tener una vida digna sin comprometerse al patrimonio de generaciones futuras (SSA, 2007-2012).

Ventanillas de Salud

Las ventanillas consisten en pequeñas oficinas adyacentes a cuartos de espera en los consulados mexicanos y proveen a aquellos que buscan pasaportes y otra documentación con promociones de salud e información para inscripción en diversos programas de salud pública gratis o de bajo costo. En el 2001, la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), aprobó la implementación de una fase piloto del modelo Ventanilla de Salud “VDS” en el Consulado de México en San Diego, para posteriormente implementarse en el resto de los consulados. Actualmente se encuentran operando y oficialmente inauguradas 50 ventanillas de salud en toda la red consular de los Estados Unidos. Todo ello con el fin de ser un vehículo para la promoción, prevención de la salud y el control de enfermedades a nivel binacional en México y Estados Unidos y fomentar la participación de los migrantes y de las organizaciones de migrantes (SRE, 2013) (Ver mapa 1.1)

Como hemos visto hasta el momento, el tema de migración y salud requieren un esfuerzo continuo y corresponsable entre los tres niveles de gobierno en México, actores no gubernamentales y, fundamentalmente, de la población migrante. Partiendo de la idea de que las personas al migrar cuentan, relativamente, con una “buena” condición de salud, ésta con la migración, el trabajo arduo, los cambios en las condiciones y estilos de vida, la falta de seguridad social en el lugar de recepción, el limitado acceso a los servicios y otros factores favorecen el detrimento de la salud de las personas migrantes (González Block, De la Sierra, Cruz Valdez, & Rosales Marínez, 2011). Por ello, resulta necesario

que los gobiernos fomenten esquemas de cooperación binacional para la atención de los migrantes en cualquier momento de su trayectoria migratoria (origen, tránsito o destino), promuevan la participación y capacitación de personal especializado en el tema de la salud, faciliten la participación y comunicación entre las diferentes instituciones públicas para la atención del migrante y generen mecanismos de participación y confianza que vincule la participación de organizaciones de migrantes y organizaciones comunitarias en los dos lados de la frontera.

Mapa 1.1 Ubicación geográfica de las ventanillas de salud en los Estados Unidos



Fuente: (SRE, 2013)

“Las grandes políticas universales, como salud y educación, y obviamente vivienda se deterioran en la medida que son concebidas como gasto público y no como inversión (Caruso Larrainci, 2004, pág. 381).” Uno de los principales retos que tienen los programas encaminados a atender el tema de salud es la atención del migrante desde una perspectiva universal y binacional. Ya que si bien existen diversas iniciativas para atender el tema de la salud de migrantes aún falta generar las bases que consoliden a estas políticas desde una perspectiva binacional y refuercen el acceso y ampliación de la cobertura médica a este sector de la población, los migrantes.

De acuerdo con datos del INEGI, el gasto privado en salud alcanza 3.5% del Producto Interno Bruto (PIB) y 3% del gasto público. La atención médica y de salud es uno de los principales gastos que realizan los hogares que reciben ingresos por remesas. Los hogares que recibe remesas destinan aproximadamente el 4% del gasto a este rubro, ya que de acuerdo a cifras del Mexican Migration Project, cerca del 46% de los remitentes de remesas consideran los gastos en salud uno de sus principales motivos de envío (Valero & Treviño, 2010).

Con el fin de conocer con mayor detalle cómo se vincula el tema de migración y salud en Puebla, en esta segunda sección daremos a conocer algunas de las acciones, estrategias y programas desarrollados por el gobierno (federal y estatal) para atender el tema de salud. En esta sección nos enfocaremos, principalmente en el análisis de la ejecución y los resultados del Programa Vete Sano, Regresa Sano (VSRS). Este programa se ha caracterizado por ser una de las principales iniciativas de gobierno federal

2 Migración y salud en Puebla: Programa Vete Sano, Regresa Sano

dirigidas a la atención a la salud de las personas migrantes.

Una característica esencial de este programa es que centra su atención en las comunidades expulsoras de migrantes en México al brindar información a la comunidad sobre los cambios de estilo de vida, los peligros en el proceso de migración y los riesgos de salud en los lugares de residencia en Estados Unidos. Particularmente, este programa está más activo a través de ferias de salud en los meses de invierno cuando los migrantes visitan sus lugares de origen. A la vez que busca establecer acuerdos de coordinación con las oficinas estatales de gobierno para la atención del tema migratorio (González Block, Robinson, de la Sierra de la Vega, González Vázquez, Infante Xibillé, & Orozco Nuñez, 2008, pág. 30)

Programa Vete Sano, Regresa Sano en Puebla

Este programa nace en el 2001 con el fin de establecer acciones que atiendan a la población migrante en su comunidad de origen, dando un seguimiento a la trayectoria migratoria del migrante. Este programa tiene como eje central de su funcionamiento fomentar la autodeterminación de las personas en el cuidado de la salud, éstas se apropien de la información de tal manera que puedan generar acciones que beneficien el cuidado de su salud e impulsen una cultura del cuidado de la misma (Ver Figura 2.1 y 2.2)

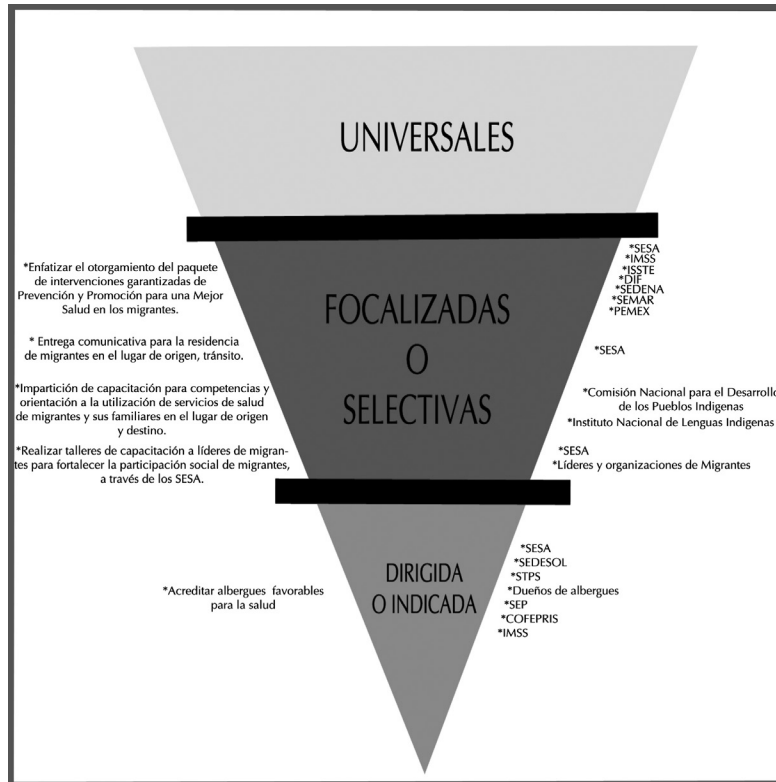
Figura 2.1 Bases del Programa Vete Sano, Regresa Sano

Bases del programa Vete sano, Regresa sano



Fuente: (SSA, 2007-2012).

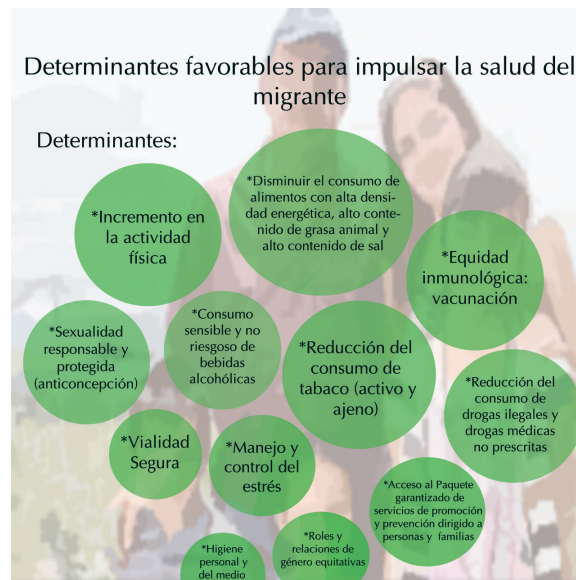
Figura 2.2. Estrategias del Programa Vete Sano, Regresa Sano



Fuente: (SSA S. , Vete Sano, Regresa Sano)

Entre sus principales determinantes para impulsar la salud de los migrantes está la prevención, la orientación y la información (Ver figura 2.3)

Figura 2.3. Determinantes favorables para impulsar la salud de las personas migrantes



Fuente: (SSA, 2007-2012).

A pesar de que este programa tiene entre sus principales motivaciones crear una cultura de prevención y cuidado de las personas migrantes y sus familias en un contexto migratorio, también reconoce tener ciertas limitantes y obstáculos. Entre éstas podemos destacar la falta de un seguimiento a las personas migrantes atendidas por concepto de consultas, talleres ante la constante movilidad migratoria de los beneficiarios, lo que a su vez, puede limitar la obtención de registros adecuados en salud y la conformación de historiales clínicos históricos en las comunidades. Estas limitantes están estrechamente asociadas a un factor de alta vulnerabilidad, por parte de los migrantes, que al estar insertos en entornos laborales deficientes -en cuanto a condiciones saludables- y fuera de sus sitios de origen, van erosionando sus redes familiares y sociales (SSA, 2007-2012. pág. 13).

Principales resultados del Programa Vete Sano, Regresa Sano

De acuerdo con la Dirección General de Promoción de la Salud, el importe de este programa para el estado de Puebla, durante el 2011 fue de 470,00.00 pesos (Ver cuadro 2.1)

Cuadro 2.1 Importe del Programa Vete Sano, Regresa Sano (2011)

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SUBDIRECCIÓN DE OPERACIÓN AFASPE 2011 PADRÓN DE BENEFICIARIOS AL CIERRRE DEL EJERCICIO		
<i>Partida</i>	<i>Entidad Federativa</i>	<i>Importe programa Vete Sano, Regresa Sano</i>
43802	Baja California	1,304,340.00
43808	Chihuahua	700, 000.00
43812	Guerrero	435,394.20
43820	Oaxaca	200,000.00
43821	Puebla	470,000.00
43824	San Luis Potosí	500,000.00
43825	Sinaloa	239,998.00
43827	Tabasco	500,000.00
		4,249,732.20

Fuente: (SSA, 2011).

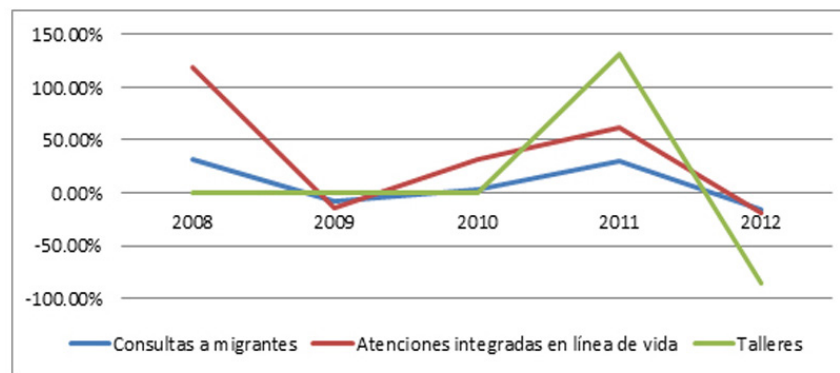
Tres actividades conforman el pilar del Programa Vete Sano, Regresa Sano en Puebla: **consultas para migrantes, atenciones integradas en línea de vida y talleres para el autocuidado de la salud a migrantes** (Ver tabla 2.1 y gráfica 2.1). Estas tres actividades, entre el 2007 y 2012, registran importantes variaciones. Para el 2012 todas las actividades sufren importantes caídas en la ejecución del programa, las consultas para migrantes tuvieron una caída de 16%, mientras que la reducción para las atenciones de línea de vida fue de 18.96%. Sin embargo, la actividad más afectada fue la de los talleres, misma que es de muy reciente incorporación en Puebla como actividad continua, ésta cayó 85.34%. Lo que nos da pauta para preguntar ¿qué está sucediendo con este tipo de prácticas?, ¿Por qué a partir del 2011 comienza una caída en la ejecución de este tipo de actividades?, ¿Qué efectos tiene esta disminución en la población?.

Tabla 2.1. Actividades de Programa Vete Sano, Regresa Sano (2007-2012)

ACTIVIDAD	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Consultas a migrantes	32,877	43,332	39,737	40,774	53,078	44,510	254,308
Atenciones integradas en línea de vida	22,094	48,171	40,939	53,851	87,061	70,556	322,672
Talleres	0	0	0	7,206	16,668	2,444	26,318

Fuente: (SSA, 2013c).

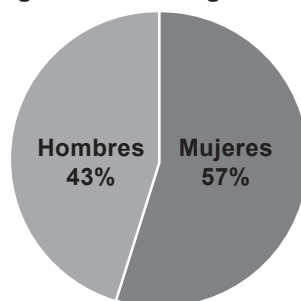
Gráfica 2.1 Evolución del Programa Vete Sano, Regresa Sano (2007-2012)



Fuente: Elaboración propia con datos (SSA, 2013c).

De las 44,510 consultas, el 57% de las beneficiarias fueron mujeres mientras el 43% fueron hombres. Esto implica que el programa tiene un componente de género, las mujeres son las que más acuden a los servicios proporcionados por el programa (Ver gráfica 2.2).

Gráfica 2.2. Porcentaje de beneficiarios del Programa Vete Sano, Regresa Sano según sexo.

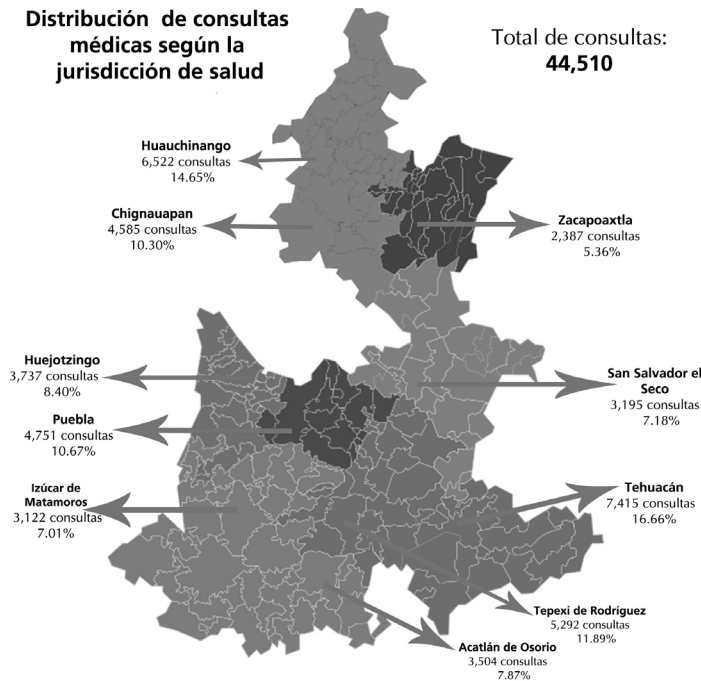


Fuente: Elaboración propia con datos (SSA, 2013c).

Este programa centra, prácticamente, su atención y capacitación en materia de salud en las comunidades de migrantes. Actividades como las consultas médicas, atención en línea de vida y talleres abre la puerta a la Secretaría de Salud para reforzar, el proceso de vinculación que se da entre la Secretaría de Salud y la población migrante con el Programa a través de “los centros de salud en las 10 jurisdicciones sanitarias del estado, bien sea por que [los migrantes] acuden a consulta, o por actividades en campo de los coordinadores jurisdiccionales del programa y promotores de salud (Paniagua, 2013).” Cada una de estas siete regiones económico-administrativas del estado en la Sierra Norte (Huauchinango, Chignahuapan), Sierra Nororiental (Zacapoaxtla), Valle del Serdán (San Salvador “El Seco”), Angelópolis (Huejotzingo, Puebla), Valle de Atlixco y Matamoros (Izúcar de Matamoros), Mixteca (Acatlán), Sierra Negra (Tepexi de Rodríguez y Tehuacán) (Ver mapa 2.1).

Cabe resaltar que las principales jurisdicciones sanitarias en las que se efectuaron el mayor porcentaje de las consultas médicas se ubican en la Sierra Negra y la Sierra Norte, zonas de media y baja intensidad migratoria, mientras en regiones de alta y muy alta intensidad migratoria como Valle de Atlixco y Matamoros y la Mixteca sólo se realizaron cerca del 7% y 7.87% de las consultas médicas durante el 2012. Esto también debe ir aunado a generar estrategia comunicativa más efectiva que permita dar a conocer el programa y facilitar el acceso al mismo.

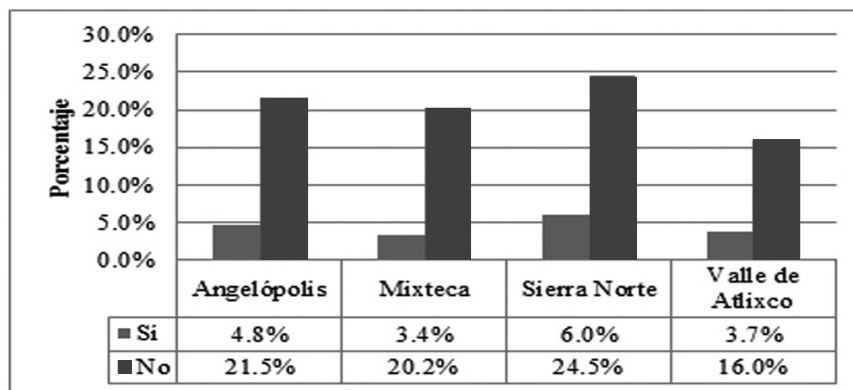
Mapa 2.1. Distribución de consultas médicas según la jurisdicción de salud en Puebla.



Fuente: Elaboración propia con datos de (Paniagua, 2013)

De acuerdo con los resultados del estudio exploratorio sobre el conocimiento de las políticas públicas destinadas para migrantes aplicadas en Puebla, únicamente el 17.8% de las personas encuestadas manifestó saber del programa, destacando la región de la Sierra Norte y Angelópolis, dos de las regiones donde se ubican cuatro de las principales jurisdicciones sanitarias de Puebla, mientras que 82.2% de los encuestados manifestó no conocer el programa (Ver gráfica 2.3).

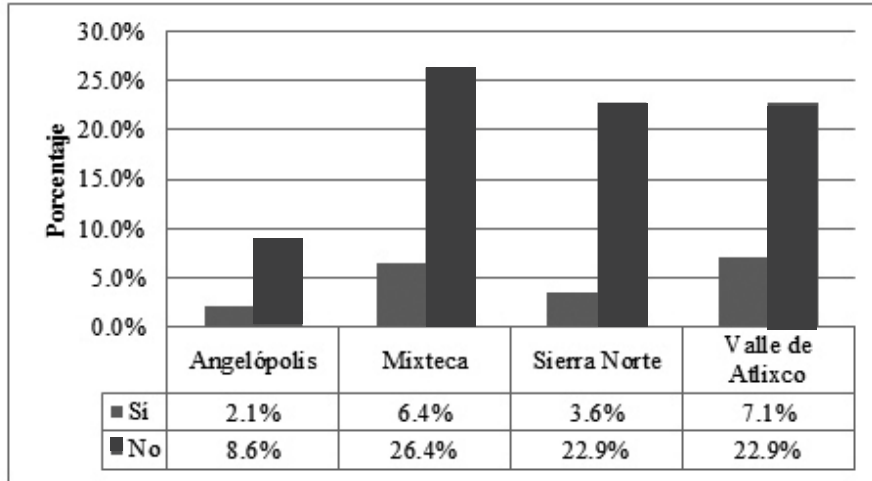
Gráfica 2.3. Conocimiento del Programa Vete Sano, Regresa Sano



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de percepción del Observatorio Ciudadano sobre Políticas Públicas para Migrantes-Puebla (2012)

Paradójicamente, únicamente considerando la experiencia migratoria de los encuestados, podemos resaltar que la región de la Mixteca y Valle de Atlixco, donde se ha dado un mejor número de consultas para atención de migrantes es donde un mayor número de personas con experiencia migratoria manifestaron conocer este programa (Ver gráfica 2.4).

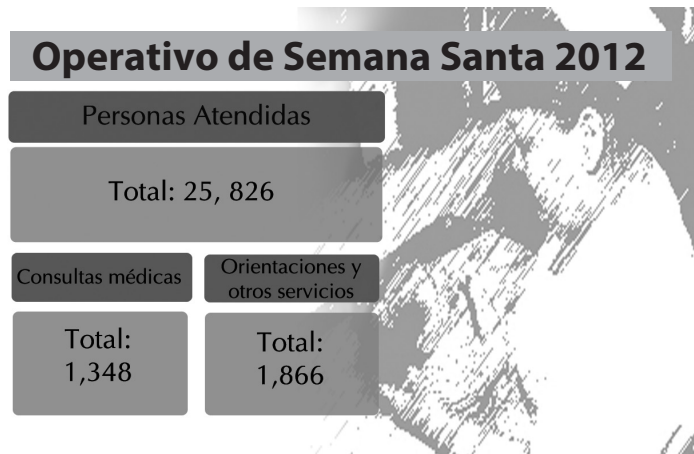
Gráfica 2.4. Conocimiento del Programa Vete Sano, Regresa Sano según experiencia migratoria.



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de percepción del Observatorio Ciudadano sobre Políticas Públicas para Migrantes-Puebla (2012)

Asimismo, de acuerdo a datos del Programa Vete Sano, Regresa Sano una de las épocas centrales para el desarrollo de este programa son los “Operativos Especiales de Semana Santa,” encaminados a atender a la población migrante que regresa a su comunidad en esta época del año (Ver cuadro 2.2). Para el 2012, este operativo tuvo los siguientes resultados.

Cuadro 2.2 Operativo de Semana Santa, 2012



Fuente: Elaboración propia con datos de (Paniagua, 2013)

Como se puede observar, siguiendo la lógica de la demanda de atención médica por parte de los migrantes descrita en el capítulo, el número de personas atendidas durante este operativo puede estar relacionado al interés de los migrantes, de atender sus problemas de salud. Como señala el Instituto Nacional de Salud Pública “uno de los principales motivos por el que los migrantes regresan a atender sus problemas de salud a México de manera independiente es el elevado costo de la atención médica en Estados Unidos, asociado a la carencia de seguro médico y/o ausencia de empleo. En todos los casos, el paciente tiene que estar en condiciones de viajar (González Block, De la Sierra, Cruz Valdez, & Rosales Marínez, 2011, pág. 18).” Las cifras de este operativo demuestran la búsqueda, por parte de las personas migrantes, de acceder a los servicios de salud durante sus visitas cortas a México y Puebla, así subsanar el limitado y restringido acceso que tienen ya sea por su condición migratoria y posición económica para acceder a los servicios de salud en Estados Unidos.

De acuerdo con datos de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) y la Secretaría de Salud, Puebla en el 2009 registró una de los primeros diez lugares del Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos⁷ con 19 personas, después de Oaxaca (26), Guerrero (23), Distrito Federal (22), Michoacán (19), Veracruz (19), Estado de México (16) (Ver tabla 2.2).

Los padecimientos más frecuentes reportados por parte de este programa fueron insuficiencia renal crónica (28%), enfermedades cerebrales (23%), paraplejía (10%), Cáncer (9%), enfermedades mentales (8%), otras enfermedades (23%) (González Block, De la Sierra, Cruz Valdez, & Rosales Marínez, 2011, pág. 20). Otras causas de repatriación pueden ser consecuencia de choques automovilísticos y accidentes (González Block, Robinson, de la Sierra de la Vega, González Vázquez, Infante Xibillé, & Orozco Nuñez, 2008, pág. 28).

Al igual que varios de los programas públicos destinados para migrantes, los datos registrados correspondientes a los presupuestos y el número de beneficiarios no están actualizados en las páginas de internet del gobierno federal y estatal. Los últimos datos proporcionados corresponden a la Semana Nacional de Migración de 2009 (Ver figura 2.1). El total beneficiarios para este año fue de 29,657 personas. La mayor concentración de beneficiarios lo obtuvieron dos actividades: sesiones educativas con migrantes y sus familias (74%) y cursos y talleres de capacitación (11%), en menor medida las ferias de salud, foros y conferencias (Ver gráfica 2.5).

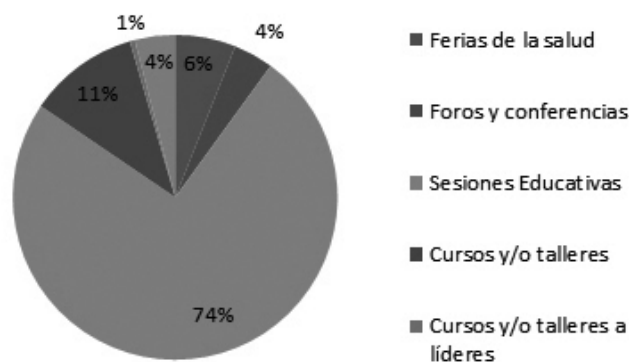
7 Este programa es operado por la SRE en coordinación con la SSA y con los servicios estatales de salud (SESAS) y es la única vía formal de retorno de enfermos. La repatriación suele ser solicitada al consulado por familiares o amigos del migrante; asociaciones u organizaciones de apoyo a migrantes; por el sistema legal o por el propio hospital –como apoyo para regresar a su comunidad o simplemente para disminuir los gastos no-reembolsados-. El consulado solicita el expediente médico de los pacientes y el estado de origen del migrante para luego comunicarse con la SRE estatal y federal, así como con los SESAS. Los hospitales analizan la historia clínica para determinar la necesidad de atención, así como los requisitos técnicos y los costos a ser incurridos por el paciente.

Tabla 2.2. Repatriación de migrantes mexicanos a través del Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos, 2008-2009

	2008			2009		
	SSa	SSa	Total**	SSa	SSa Estatales	Total**
	Federal*	Estatales		Federal*	(hasta sep 2009)	
Aguascalientes	0	2	2	1	2	3
Baja California	1	6	7	0	2	2
Baja California Sur	0	0	0	0	0	0
Campeche	0	2	2	0	0	0
Chiapas	1	16	17	0	3	3
Chihuahua	1	20	21	0	7	7
Coahuila	0	1	1	0	3	3
Colima	0	1	1	0	0	0
Distrito Federal	43	0	43	18	4	22
Durango	1	12	13	2	1	3
Edo. De México	4	17	21	7	9	16
Guanajuato	4	11	15	1	10	11
Guerrero	0	27	27	3	20	23
Hidalgo	2	18	20	1	11	12
Jalisco	4	20	24	1	6	7
Michoacán	1	22	23	7	12	19
Morelos	2	8	10	0	7	7
Nayarit	0	3	3	0	3	3
Nuevo León	0	7	7	6	2	2
Oaxaca	3	21	24	6	20	26
Puebla	3	20	23	0	9	15
Querétaro	0	3	3	0	6	6
Quintana Roo	0	0	0	0	0	0
San Luis Potosí	1	9	10	0	6	6
Sinaloa	0	9	9	0	4	4
Sonora	2	11	13	1	5	6
Tabasco	0	7	7	0	1	1
Tamaulipas	1	13	14	0	4	4
Tlaxcala	1	3	4	1	3	4
Veracruz	3	27	30	0	19	19
Yucatán	0	1	1	1	1	2
Zacatecas	0	4	4	0	8	8
Desconocido	1	46	34	1	26	27
TOTAL	79	367	433	57	214	271

Fuente: (González Block, De la Sierra, Cruz Valdez, & Rosales Martínez, 2011, pág. 19).

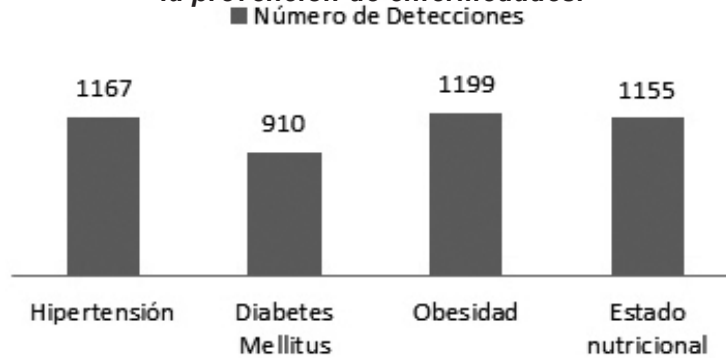
Gráfica 2.5. Actividades del Programa Vete Sano, Regresa Sano



Fuente: (SSA, 2009).

Al igual que en el caso de Estados Unidos, cuatro enfermedades son las que concentran la atención del Programa (Ver gráfica 2.6).

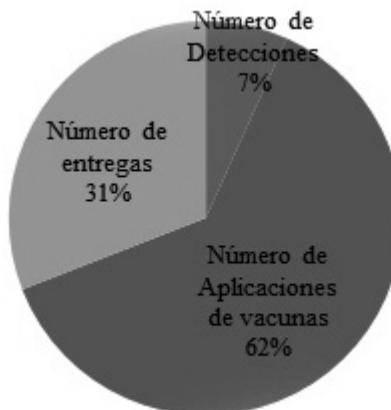
Gráfica 2.6. Actividades del Programa con relación a la prevención de enfermedades.



Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud

La mayor concentración de actividades que realiza el Programa son tres: detecciones de enfermedades, aplicaciones de vacunas (contra la poliomielitis, difteria, tétanos, hepatitis B, tuberculosis, sarampión, rubeola) y entrega de vitamina A y ácido fólico (gráfica 2.7).

Gráfica 2.7. Concentración de actividades del Programa para la prevención de enfermedades



Elaboración propia con datos (SSA S. , Concentrado de Actividades del Programa Vete Sano, Regresa Sano)

Llama nuestra atención que el mayor número de actividades se centraliza en la aplicación de vacunas y entregas de vitaminas y, en menor medida, la detección de enfermedades. Esto implica que gran parte de las acciones realizadas por el programa se centran en solamente algunas determinantes, entre las más importantes: equidad inmunológica (vacunación), acceso al paquete garantizado de servicios de promoción y prevención dirigido a personas y familias; dejando en segundo término, temas trascendentales como la sexualidad responsable y prote-

gida o el manejo y control del estrés.

En el primer caso, la falta de información, orientación y atención con relación al tema de la sexualidad puede generar “desigualdad[es] de género, donde las mujeres compañeras de migrantes que se quedan en las comunidades no cuentan con los recursos institucionales ni sociales para hacer frente a los comportamientos sexuales de sus parejas, que las colocan en situación de riesgo ante las ITS y el VIH (Leyva, Quintino, Caballero, & Infante, 2009, pág. 256).” Algunos estudios señalan que las personas emigrantes tienden a cambiar su comportamiento sexual debido a los cambios en su estilo de vida y contacto con la cultura estadounidense. Por lo que el factor de riesgo de contagio de este tipo de enfermedades puede ser más elevado, sobre todo si contemplamos que la tasa de incidencia de VIH en la población adulta en Estados Unidos es de 0.6% mientras que para México es de 0.3% (SSA, 2007).

Esta situación ha llevado a asociar el tema de la migración con el aumento de esta enfermedad. Sin embargo, no debemos perder de vista que si bien el factor de movilidad puede ser un factor de riesgo; también existen otros detonantes y situaciones que intervienen en el desarrollo de esta enfermedad, por lo que su atención y análisis ya es considerado un asunto de interés público. Debemos resaltar, durante el periodo 1995-2008, se diagnosticó a 42,042 personas viviendo con VIH, con una distribución diferencial por estados. Los estados donde se registra el mayor número de personas son: el Distrito Federal (18.56%), Veracruz (12.09%), Baja California (5.1%) y el Estado de México (6.03%), Jalisco (4.47%), Puebla⁸ (4.07%) (Leyva, Quintino, Caballero, & Infante, 2009, pág. 256).

Por ende, las políticas públicas en materia de salud no sólo deben emprender acciones que den información y orientación sobre la atención y prevención de este tipo de enfermedades, sino también requieren “implementar estrategias para incrementar [en las personas migrantes y sus familias] su percepción de la vulnerabilidad y fortalecer sus habilidades para reducir las posibilidades de la infección con el VIH y otras de transmisión sexual, son inversiones fundamentales para la salud de las personas y sus comunidades (SSA, 2007).”

Otras investigaciones como la de Salgado de Snyder señalan que la migración también tiene impactos en la salud mental “identificado trastornos del afecto como depresión, ansiedad y “nervios” en esposas de migrantes y abuso de drogas y alcohol entre los hijos. Ambos problemas aparentemente asociados con la ausencia de la figura masculina en el hogar (Salgado de Snyder, González, Bojorquez, & Infante, pág. 2).”

⁸ Actualmente, en el 2013, Puebla ocupa el quinto lugar en México con personas infectadas de VIH-Sida con 6,886 casos registrados.

Si bien este Programa ha tenido un impacto moderado a nivel comunitario al enfocarse en la atención de la población migrante en su comunidad de origen, uno de sus retos fundamentales es integrar en su esquema de funcionamiento el conocimiento y diferenciación de los problemas de salud en cualquiera de los momentos de migración (salida, tránsito y retorno del migrante) con el fin de ir construyendo una política de salud más integral e incluyente que vaya más allá de la prevención, orientación y promoción del cuidado de la salud. El tema de la salud no sólo debe ir más allá de la disponibilidad y acceso a la información, sino también debe estar vinculado directamente con la promoción y el respeto a los derechos humanos, incluidos el acceso a los servicios de salud y la defensa de las garantías individuales (Leyva, Quintino, Caballero, & Infante, 2009, pág. 260).

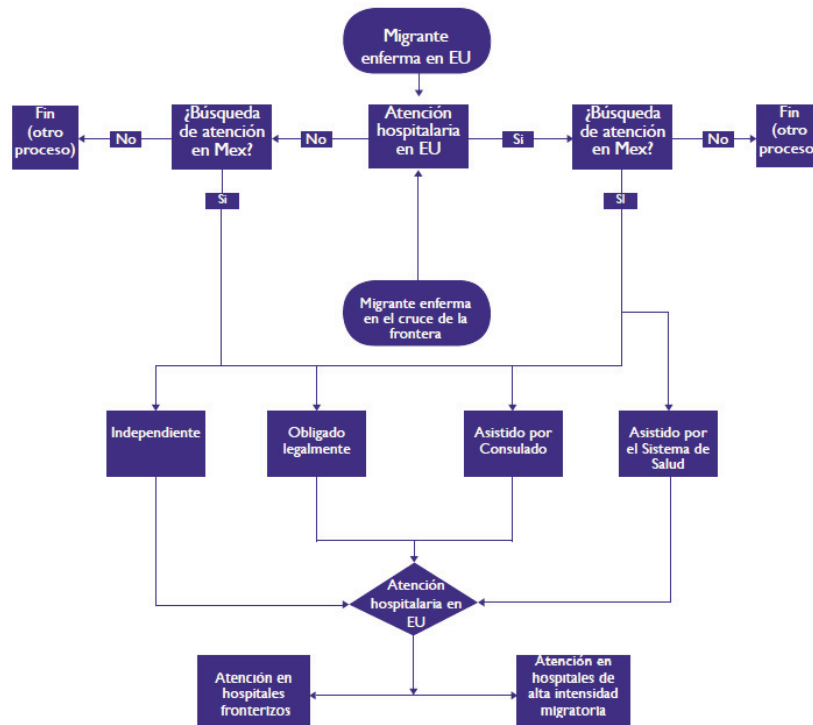
Por ende, deben de generarse estrategias alternativas para dar respuestas a la atención de enfermedades de gran complejidad como el cáncer, el VIH-Sida, enfermedades mentales, entre otras, tanto en las comunidades de origen como en las comunidades de destino. Además, es necesario establecer estrategias conjuntas de cooperación y vinculación con enlaces estatales y locales, instancias de salud y organizaciones civiles de migrantes en México y Estados Unidos.

Sin duda, la salud puede ser un factor sumamente importante que afecte la decisión de migrar y establecerse en Estados Unidos o México. Como hemos visto en este reporte con el análisis del tema de salud y el funcionamiento del Programa Vete Sano, Regresa Sano, el tema de salud es trascendental para la política pública de salud de México, sobre todo en migrantes que deciden regresar a México para ser atendidos en sus estados de origen.

Como señalan algunos estudios entre el 2,4% y el 20,4% de las necesidades hospitalarias de los migrantes que tiene contacto con México se está dando en este país. Los hospitales públicos son los principales lugares en el interior del país que reciben migrantes enfermos en México. Cuatro pueden ser las formas más comunes de regreso: *forma independiente, por obligación legal, asistencia consular o asistencia de salud*. La primera forma, la *independiente o por medios propios* es la más frecuente, generalmente, tiene como lugar de llegada y atención su comunidad de origen. En el caso de los *obligados legalmente* ya sea por deportación o detención con problemas de salud se ven en la necesidad de gestionar su retorno y buscar alternativas de atención médica. En el tercer y cuarto caso, la *repatriación por asistencia consular o asistencia por el sistema de salud* suele ser solicitada tanto por el migrante como por familiares, amigos y, en algunos casos, asociaciones u organizaciones de apoyo a migrantes con el fin de que los problemas de salud sean atendidos en México por alguna instancia pública o privada (González-Block, de la Sierra, 2013).

3 Retos de la política pública para la salud migrante: Conclusiones y recomendaciones

Figura 3.1 Retorno de migrantes repatriados por tema de salud



Fuente: (González Block, De la Sierra, Cruz Valdez, & Rosales Marínez, 2011)

Sin embargo, el tercer y cuarto caso puede estar limitada por varias razones, entre ellas el miedo, por parte de los consulados, por ser sobrepasados por la demanda; la incapacidad, por parte de las secretarías estatales de salud, de proveer de atención gratuita total a los migrantes en sus comunidades, principalmente en su cuidado, dejando a los pacientes al cuidado de sus familias (González Block, Robinson, de la Sierra de la Vega, González Vázquez, Infante Xibillé, & Orozco Nuñez, 2008, pág. 28) (Ver figura 3.1).

Ante este panorama, resulta necesario el diseño, establecimiento, implementación y desarrollo de políticas públicas de salud integrales que fomenten la atención de la población migrante desde la prevención de enfermedades hasta el tratamiento de enfermedades complejas. Como hemos visto a lo largo de este reporte, si bien el tema de atención a la salud del migrante es eje de algunos programas como el Programa de Salud para Migrante, Ventanillas de Salud y el Programa Vete Sano, Regresa Sano, observamos que la mayoría de las acciones realizadas por cada programa son aisladas, acotadas y, generalmente dispersas al carecen de puntos de vinculación que fomenten e impulsen la coordinación entre programas. Por ende, la perspectiva de una política integral de atención al migrante requiere el establecimiento de una “política unificadora que fomente la coordinación entre acciones, sectores, gobiernos y comunidades (González Block, de la Sierra, Robinson, et al., 2008, pág. 31).”

El tema de salud requiere pensar en diferentes estrategias y acciones que brinden un cuidado integral de la salud del migrante y sus familias y la atiendan desde diversas aristas (a nivel psicológico, social, psicosocial, por enfermedad física, por enfermedad mental, incluso por problemas ocupacionales, familiares, reproductivos). En el caso particular de México, también se debe enriquecer al diseño de una política integral de salud “las influencias sobre el estilo de vida provocadas por la migración de retorno. Es más, con la migración de retorno definitiva, es probable que las comunidades receptoras tengan que cargar con el peso de las enfermedades de los ancianos y con los que regresan con debilidades, cuyas enfermedades han sido exacerbadas por la falta de acceso a los servicios de salud en E.U. (González Block, Robinson, de la Sierra de la Vega, González Vázquez, Infante Xibillé, & Orozco Nuñez, 2008, pág. 27).

Asimismo, algunos especialistas en el tema de migración como Scott Robinson (2013, pág. 1) señalan que son cinco las premisas operativas que se deben considerar en el tema de migración y salud:

- 1) exista la voluntad del gobierno federal mexicano de apoyar la atención de las organizaciones de los migrantes en los EE.UU. y la resolución de sus necesidades en materia de salud;
- 2) las mujeres en el liderazgo de las organizaciones de migrantes mexicanos comparten un interés en negociar una solución conjunta en casos en que se requieren atención a su salud y la hospitalización para sus miembros no asegurados;
- 3) habrá una reforma migratoria en los EE.UU. en el corto plazo que permitiría a los indocumentados “regularizarse” e ir y venir de México para casos de atención médica;
- 4) el programa SEGURO POPULAR puede consolidarse en el mediano plazo y así recibir a los migrantes asegurados para servicios médicos de segundo y tercer nivel; y
- 5) hay condiciones propicias para negociar pólizas de gastos médicos mayores para los migrantes con empresas aseguradoras en la Unión Americana.

El tema de salud requiere de crear estrategias y establecer acciones de carácter binacional entre México y Estados Unidos. “México sano precisa de la corresponsabilidad. Se requiere que el Estado, los ciudadanos, las familias, las instituciones y la sociedad en su conjunto asuman que la salud es un asunto que nos atañe a todos y por ello es indispensable estrechar lazos de colaboración comprometida y consciente (SSA, 2012).” La colaboración comprometida y consciente debe ir más allá de las fronteras mexicanas y buscar la vinculación y cooperación de instancias públicas de salud, gobiernos locales, estatales, organizaciones y asociaciones de migrantes en Estados Unidos para la promoción, atención y cuidado de la salud del migrante.

En caso, de seguir pensando la temática de salud de forma unilateral, se seguirá manteniendo la fallida idea de que la salud del migrante mexicano es únicamente responsabilidad de México, generando con ellos “una carga injusta en los hogares y servicios en México, al regresar a su país los enfermos y débiles (González Block, Robinson, de la Sierra de la Vega, González Vázquez, Infante Xibillé, & Orozco Nuñez, 2008, pág. 27). Se requiere que el gobierno mexicano a nivel federal y estatal busquen incentivar e impulsar la participación de sus contrapartes en Estados Unidos en el cuidado, la atención y prevención en materia de salud migrante, para facilitar la adquisición de pólizas para gastos médicos mayores.

De igual modo, como señalan González-Block y de la Sierra (2011 y 2013), el gobierno federal puede buscar:

- 1) Crear redes binacionales de repatriación para asegurar un adecuado regreso en los migrantes mexicanos.
- 2) Integrar un programa nacional de repatriación para garantizar una atención de calidad con un presupuesto establecido y la conformación de un fundamento normativo.
- 3) Crear una plataforma informática que incluya los registros médicos y administrativos en todos los niveles de atención médica de los migrantes, así facilitar la capacidad de planeación y monitoreo en la calidad de la atención, y que pueda generar expedientes clínicos electrónicos interoperables con los esquemas de integración informática de los Estados Unidos.
- 4) Las encuestas nacionales de salud deben diferenciar a los individuos según su historia migratoria; de este modo, conocer mejor sus necesidades de salud, atención y utilización de salud.
- 5) El seguro popular debe ampliar la afiliación de las personas migrantes y sus familias en Estados Unidos a través de los consulados y organizaciones de migrantes.
- 6) Las ventanillas de salud pueden ser un vehículo para mejorar la colaboración nacional e informar a las personas migrantes sobre las opciones de acceso a los servicios de salud en ambos países.

Esta tarea de colaboración entre Estados Unidos y México no sólo debe ser de índole federal, sino también desde el ámbito estatal:

1) Los gobiernos locales deben fortalecer las colaboraciones interinstitucionales en materia de salud. En el caso de Puebla se debe estrechar lazos de colaboración y participación conjunta de la Secretaría de Salud Estatal con la Coordinación Estatal de Asuntos Internacionales y Apoyo a Migrantes Poblanos (CEAIMP), con la Secretaría de Relaciones Exteriores, sus embajadas y consulados.

2) En las oficinas de “Mi Casa es Puebla” en Estados Unidos (California, Nueva York y Nueva Jersey) no sólo se genere la atención de la Oficina Móvil de las Ventanillas de Salud sino también se puedan realizar continuamente eventos de orientación y prevención a la salud.

3) El Programa Vete Sano, Regresa Sano debe:

a. Reforzar las actividades preventivas en materia de detección de enfermedades y no únicamente en aplicación de vacunas y entregas de vitaminas.

b. Fortalecer sus acciones no sólo a la prevención y orientación en el tema de salud, sino también debe de facilitar la vinculación, participación y colaboración con otras instancias de atención de migrantes en ferias de la salud, conferencias y talleres.

c. Establecer acuerdos de colaboración con hospitales públicos y privados para la atención de enfermedades no sólo físicas, sino también psicológicas, mentales y sociales.

d. Reforzar las actividades desarrolladas por las 10 jurisdicciones en las regiones de alta y muy alta intensidad migratoria como lo son el Valle de Atlixco e Izúcar de Matamoros y la Mixteca.

4) Actualización continua de la información disponible sobre los presupuestos, resultados, indicadores y gastos para impulsar la participación de organizaciones de migrantes en Estados Unidos y México.

5) Identificar los hospitales privados y públicos en Estados Unidos que concentren la mayor asistencia de migrantes poblanos. Retomado una de las recomendaciones de Scott Robinson (2013) para el gobierno federal y adaptándolo al gobierno

local, sería necesario el establecimiento con instancias de salud y hospitales en Estados Unidos de acuerdos para compartir expedientes clínicos electrónicos compatibles y establecer acuerdos de pólizas colectivas para gastos de hospitalización y tratamiento por parte de especialistas para los migrantes poblanos.

6) Establecer centros de vinculación donde los migrantes puedan acceder gratuitamente a llamadas telefónicas de orientación médica con personal médico calificado, al ser esta actividad una estrategia que los migrantes acuden para tener atención médica. De esta forma, evitar la automedicación y la detección de enfermedades en estado avanzado.

7) Impulsar investigaciones que permitan el diseño de opciones para fortalecer las capacidades de los migrantes en materia de prevención y cuidado de su salud

8) Rediseñar las políticas públicas para migrantes en materia de salud para extender la posibilidad del migrante de ser atendido en cualquier momento de su trayectoria migratoria (partida, tránsito, llegada y retorno) y reducir su vulnerabilidad social ante su movilidad migratoria.

Con el fin de entender la importancia de estas recomendaciones para México ante la llegada de migrantes circulares y de retorno, en la siguiente sección se planteará el análisis del estudio de caso de la migración de retorno en Zapotitlán Salinas y cómo ésta afecta las relaciones sociales y comunitarias del municipio como un ejemplo de comunidad de retorno de migrantes.

El retorno de mexicanos de Estados Unidos a sus comunidades de origen es un proceso continuo dentro de la historia migratoria entre ambos países. Esto se debe a que el sistema de migración internacional laboral¹⁰ en el que la mano de obra mexicana está inserta, se puede explicar a partir de múltiples desplazamientos de ida y vuelta, a lo largo de la vida activa de los trabajadores mexicanos, los cuales dependen de la demanda de mano de obra que requiere el país de atracción, Estados Unidos (Cordell et al. 1996, pág. 287). Históricamente, la migración de mexicanos hacia Estados Unidos se ha caracterizado por ser de manera circular (ida y vuelta) y temporal llevándose a cabo de manera *legal* y documentada y *clandestina* e indocumentada (Durand y Massey, 2003, pág. 47-51).

Jorge Durand detecta cinco tipos de migrantes retornados: 1) el migrante que regresa de manera definitiva y voluntaria y puede ser exitoso o no; 2) el migrante que participa en programas de trabajadores temporales, donde el contrato exige u obliga su retorno; 3) La migración de retorno transgeneracional¹¹; 4) el migrante de retorno en condiciones forzadas¹² y; 5) el migrante de retorno voluntario por el fracaso¹³ (Durand, 2004, pág. 105-106).

Así pues, esta sección busca dar voz a aquellos retornados, de forma voluntaria o forzada, en la comunidad de Zapotitlán Salinas en el estado de Puebla. Aquí, hombres y mujeres nos expresan su sentir al regresar y las dificultades que enfrentan para reintegrarse a su comunidad de origen. Para esto, usaremos los resultados preliminares del proyecto **“Crisis Económica Global y Respuesta**

4 Migración de Retorno en la región de la Sierra Negra: Caso Zapotitlán Salinas⁹

⁹ Artículo de Mario Macías, estudiante de la Licenciatura en Antropología Social, Fundación Universidad de las Américas, Puebla.

¹⁰ Sistema caracterizado por la importación de mano de obra (en su mayoría mano de obra barata) con la finalidad de cubrir las necesidades exigentes del excedente de oferta laboral.

¹¹ Se trata del retorno, ya no del migrante, sino de su descendencia: hijos, nietos, bisnietos etc.

¹² Son aquellos que han sido deportados o quienes regresan a su país después de permanecer en el exilio por cuestiones velicas o conflictos políticos.

¹³ Son aquellos que no lograron cumplir su meta y que deciden retornar por cuestiones económicas o sociales. A su vez son propensos a emigrar nuevamente debido a la frustración de las metas no cumplidas.

en Cuatro Comunidades de Reciente Migración.”¹⁴

El retorno resulta para los migrantes ser “un proceso semejante a la que se da en el momento de partida; ya que se reinicia el proceso migratorio en sentido inverso y por tanto se ingresa nuevamente a una fase de toma de decisiones,” en un periodo donde el volver a Estados Unidos ya no es una opción (Durand, 2004, pág. 104).

La comunidad de Zapotitlán Salinas en el estado de Puebla representa un ejemplo de esta situación. En este lugar, el 92% de los individuos con experiencia migratoria no cuentan con documentos que les permita laborar de manera “legal” en Estados Unidos. Es aquí, donde día a día, se vive la frustración del retorno forzado por deportaciones o pérdida de empleo, las metas no alcanzadas y un sinnúmero de problemas para reincorporarse tanto de manera laboral como social a su comunidad de origen.

El Retorno en la Comunidad de Zapotitlán Salinas, Puebla

La comunidad de Zapotitlán Salinas funge como cabecera municipal y se ubica al sureste del estado de Puebla perteneciente a la porción suroccidental del Valle de Tehuacán y la Sierra Negra¹⁵. El Valle de Zapotitlán Salinas forma parte de los 217 municipios del estado de Puebla con una extensión aproximada de 86.76 km² y situada en los 18°20' de latitud norte y 97° 28' de latitud oeste. El valle se encuentra delimitado al oriente por las sierras de Atzingo y Miahuatpec, al norte por los cerros Chacateca y Pajarito, al poniente por el cerro La Mesa y al sur por el cerro Corral de Piedra (Arias, 2000, pág. 8). La comunidad de Zapotitlán Salinas cuenta con un total de 2 700 habitantes correspondiente al 32.85% del total de los habitantes del municipio (Microrregiones INEGI).

La comunidad ha sido principalmente objeto de estudio desde los años sesenta por su rica diversidad de flora y fauna y, recientemente, por algunas actividades económicas como la minería, específicamente la extracción de piedra ónix, la producción de sal, así como por el pastoreo de ganado. Debido a las condiciones climáticas semiáridas y la escasez de agua característica de esta zona, la agricultura no ha tenido un impacto mayor al de la subsistencia desde la década de los sesenta. Así pues, la producción de sal, el pastoreo de ganado y principalmente la industria del ónix, constituyeron durante casi cuarenta años la subsistencia económica de la comunidad. Sin embargo, a finales de la década de los ochenta, con la caída de la industria del ónix se propició la incorporación acelerada de su población a los circuitos migratorios a los EUA (Lee, 2008, pág 5).

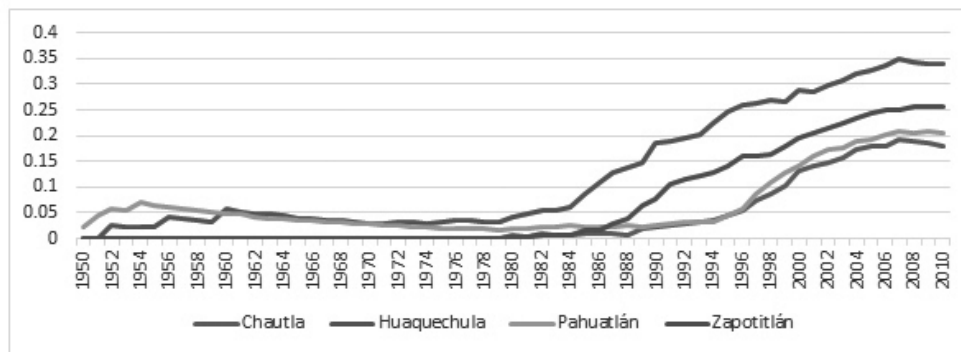
¹⁴ Los fondos para la investigación de este artículo fueron provistos por el CONACYT Crisis económica global y respuesta en tres comunidades de reciente migración con número CV-22008-01-00102222. Las comunidades estudiadas fueron Chautla, Haquechula Pahuatlán y Zapotitlán Salinas en el estado de Puebla. Esta investigación fue dirigida por la Dra. María Eugenia D'Aubeterre Buznego y consiste en la aplicación de encuestas en cuatro comunidades del estado de Puebla, el seguimiento de 16 hogares a largo de 18 meses con la finalidad de entender el impacto de la crisis económica y el estudio del fenómeno del retorno. De igual manera agradecemos a la Dra. Alison Lee, Karla Buenrostro, Pilar Salazar, Ana Lara Heyns, Avy Laguna, Ana Rosa de la Cruz, Gabriela Saavedra, Dora Álvarez, Joseph Dickens y Dalia Buendía quienes colaboraron en la aplicación de encuestas, vaciado de datos, transcripciones y trabajo de campo y por quienes es posible este trabajo.

¹⁵ La región de Tehuacán y Sierra Negra se ubica en el extremo sureste del estado de Puebla; limita al oriente con el estado de Veracruz, al sur con el estado de Oaxaca, al este con las regiones Mixteca y Angelópolis (<http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/EMM21puebla/index.html>)

Como resultado de investigaciones de Binford (2004 y 2008), Durand y Massey (2003), Smith (1998 y 1999) entre otros, se han podido diferenciar los patrones característicos de la migración del bajo y centro-norte de México (Aguas-calientes, Michoacán, Nayarit, Guanajuato, Jalisco, San Luis Potosí y Zacatecas), de la migración del altiplano, oriente y suroeste. Binford (2004, pág. 4) menciona que para el caso del altiplano de México, zona oriente y suroriente (Morelos, Puebla, Guerrero, Veracruz, Oaxaca, México y el Distrito Federal, entre otras zonas), la incorporación a los circuitos migratorios hacia Estados Unidos ocurrió de manera tardía y acelerada. Esto se debe a que previo a la década de los ochenta, México experimentó una época de estabilidad y crecimiento económico que se vio reflejada en estas zonas geográficas donde la migración ocurría de forma interna; es decir de zonas rurales a urbanas (Lustig y Székely, 1997, pág. 2-4).

La inestabilidad económica que experimentaría México a finales de los ochenta y el auge de la migración internacional en la zona centro y altiplano se hace visible en cuatro comunidades del estado de Puebla (Chautla, Huaquechula, Pahuatlán y Zapotitlán Salinas) donde el crecimiento exponencial de adultos con experiencia migratoria llegaría a su máximo esplendor en el 2007 (Ver gráfica 4.1).

Gráfica 4.1. Índice de prevalencia migratoria para cuatro comunidades del estado de Puebla.



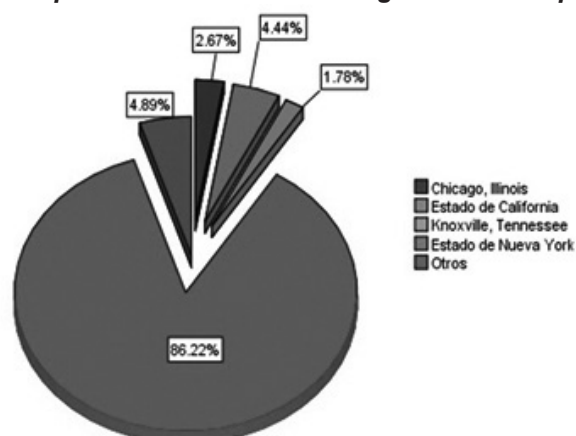
Fuente: Elaboración propia con base SPSS de proyecto "Crisis Económica Global y Respuesta en cuatro comunidades de Reciente Migración"

Como se puede observar en la gráfica anterior, en el caso de Zapotitlán Salinas, la incorporación a los circuitos migratorios ocurre de manera más tardía en comparación con las otras tres comunidades. Esto se debe a que desde los años setenta y hasta mediados de los años ochenta, la industria de la extracción de piedra ónix se encontraba en su auge a nivel local, regional y nacional. A mediados de la década de los ochenta, la comunidad experimentó el declive de esta industria tras el agotamiento del recurso, los altos costos de funcionamiento de los talleres (luz, agua y mano de obra) y la caída de los precios del producto a nivel nacional (Lee, 2008, pág. 49). Por consiguiente, un gran número de los habitantes de la

comunidad, en su mayoría ex-trabajadores de los talleres, emprendieron el viaje hacia la ciudad de Nueva York como principal destino migratorio, lugar donde algunos de sus familiares o amigos ya se encontraban instalados (Ver gráfica 4.2).

... era una fiebre, un día venían a trabajar al taller y al siguiente te encontrabas con la sorpresa que ya se habían ido a Nueva York... veían lo que traían los otros del Norte, buena ropa, dinero, camionetas, etc.; pues, obvio les llamaba la atención irse [...] así lo vimos con jóvenes y adultos que trabajaban en los talleres y no nada más ellos, luego hasta los propios dueños ya empezaban a irse porque el taller ya no dejaba, salía muy cara ya la piedra, la luz subió y los productos se malbarataron. Yo mejor puse una panadería, me puse a vender mole los fines de semana con mi esposa y rentamos el taller de ónix y aun así apenas salía para comer. (Entrevista con Gustavo, 28 de Febrero del 2012).

Gráfica 4.2. Principales destinos de los migrantes de Zapotitlán Salinas



Fuente: Elaboración propia con base SPSS de proyecto "Crisis Económica Global y Respuesta en cuatro Comunidades de Reciente Migración"

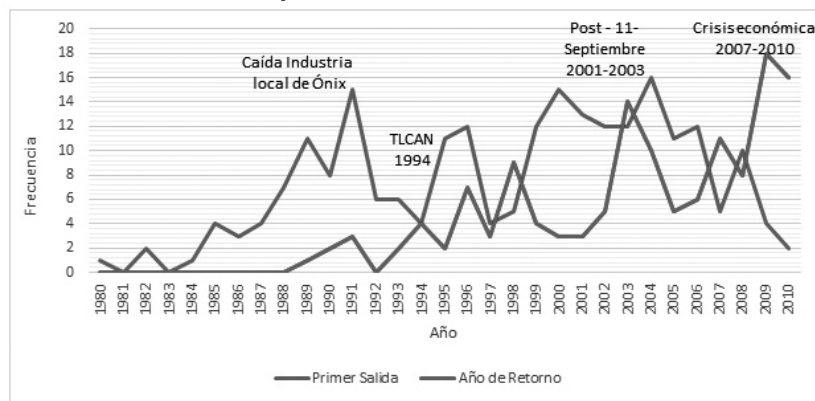
En su mayoría los Zapotitecos que emprendieron el viaje hacia Estados Unidos eran hombres (75.7%) entre 25 y 40 años (55.13%) sin documentos (91.9%). Como hemos visto anteriormente, su principal destino fue Nueva York, la mayoría de los migrantes tenían un periodo de estancia entre 1 y 5 años (55.8%). Aunque, algunos de ellos (23.16%), decidían permanecer por un tiempo prolongado, entre 6 y 10 años con la finalidad de cumplir metas como la construcción de una vivienda, la educación de los hijos y/o subsistencia de la familia. Leticia, la esposa de un migrante activo, relata la historia migratoria de su esposo, quien desde hace 13 años no ha regresado al pueblo:

...pues nos acabábamos de casar y no teníamos nada; vivíamos con mi suegra y pues ya queríamos independizarnos, tener nuestra casita, pero pues aquí ¿cómo?, si apenas alcanzaba para comer. Entonces mi esposo me dijo, "me voy para el Norte, hago la casa y me

regreso.” Al principio me gustó la idea, veía a mis amigas que sus esposos les habían construido ya sus casas y me emocionaba la idea de tener la mía. Se fue la primera vez y empezamos a construir la casa, regresó y vinieron los hijos, nuevos gastos como pañales, comida, ropa, y luego la educación. Entonces se volvió a ir, y es la fecha que no ha regresado, seguimos en la construcción de la casa, la educación de los hijos, la comida y dice que se viene y que se viene para la fiesta del pueblo, pero nada. Dice que una vez que le dé educación a todos regresará, pero hasta cuándo será eso si el más chico tiene 13 años. (Entrevista con Leticia, 13 de Junio 2012).

El testimonio de Leticia se refleja en la gráfica presentada a continuación (ver gráfica 4.3) donde se aprecia el comportamiento del flujo migratorio de la comunidad desde 1980 hasta el 2010. En ella, observamos que, a partir de 1987, con la caída de la industria del ónix, “la fiebre de la migración” explota considerablemente entre 1988-1991. De 1992 a 1998 podemos observar altos y bajos en el flujo teniendo nuevamente un auge considerable durante los años 1999-2005. Finalmente a partir del 2006 hasta el 2010 hay una caída dramática en el número de salidas de los Zapotitecos hacia Nueva York.

Gráfica 4.3. Relación de primera salida y año de retorno en la comunidad de Zapotitlán Salinas, Puebla



Fuente: Elaboración propia con base SPSS de proyecto “Crisis Económica Global y Respuesta en cuatro Comunidades de Reciente Migración”

Para el 2010, sólo se registraron dos migrantes que viajan a Nueva York. Esto puede deberse a las políticas antiinmigrantes, el reforzamiento de la frontera estadounidense y el terror que se vive en la frontera a raíz del crimen organizado en México, como lo afirman algunos de los migrantes entrevistados.

... antes de volada pasaba uno, al tercer día ya estabas en Nueva York y no era tan caro. Con unos 20 mil pesos la hacías y en unos cuatro meses ya los habías pagado a quien te los había prestado. Pero, últimamente, se ha puesto muy difícil y caro y luego ni pasas...

Yo intente cruzar en el 2009, me asaltaron, agarraron a otro de mula para pasar droga y al final me detuvo dos veces la migra. La primera vez sólo me regresaron para el otro lado de la frontera en México, pero la segunda vez me encarcelaron. Como dos semanas mi familia no supo de mí, me dijeron que ya pensaban que había muerto o que me habían secuestrado pero en realidad sólo estaba en la cárcel. Me quedé ahí tres meses y después me deportaron. Me dijeron que si volvía a intentar cruzar me encerrarían por más tiempo, y pues no me puedo dar el lujo de estar encerrado tanto tiempo. (Entrevista con Luis, 19 de Junio 2011).

En cuanto al retorno, podemos observar que una parte de Zapotitecos retorna entre 1996 y 1998; podríamos decir que son aquellos que emigraron antes de 1991 y que cumplieron sus metas (por ejemplo, la construcción de una vivienda, la educación de los hijos, entre otros) en un periodo de 3 a 5 años y que regresaron a su comunidad. Algunos de manera temporal y otros de forma definitiva. Omar nos explica que el ir a Nueva York era un proceso de ida y vuelta, sin embargo, conforme el cruce se volvía cada vez más complicado, las estadías de los migrantes comenzaron a prolongarse con el fin de cumplir sus metas, pagar las deudas, y evitar correr la mala suerte de ser deportados.

...la primera vez que fui duré allá cinco años, pude construir mi casa, ahorrar algo de dinero y regresar a la comunidad pensando que nunca volvería a Nueva York. Pero no sería así, aquí me quedé un año y ¡me fue de la patada!, no había trabajo y no alcanzaba más que para comer. Así que me volví a ir y de ahí sería ida por vuelta [...] iba 3 años y regresaba aquí por 6 meses, mi patrón hasta me dejaba ir y regresar sin problemas; ya tenía mi trabajo seguro a mi regreso. Pero, de la última vez que intente pasar [en el 2002], me costó mucho trabajo. Nos agarraron varias veces y nos regresaban y así fue por 20 días hasta que logré pasar. La última vez que fui me quedé 7 años y regresé pensando que con mis ahorros ya podría vivir con mi familia pero no fue así. Ahora, no hay trabajo y no puedo regresar a Nueva York. Ya no tengo 20 años como para aguantar tantos días en el desierto o para poder trabajar aquí por todo el día. (Entrevista con Omar, 25 de Mayo 2010).

Durante el periodo 2002-2004 (ver gráfica 4.3.) observamos la primera gran ola de deportados posterior a los atentados del 11 de Septiembre en el 2001 y la implementación de la Ley Patriota (*Patriot Act*¹⁶) en el mismo año la cual estipulaba que la inmigración indocumentada hacia Estados Unidos pasaría a ser un tema central para la seguridad nacional (Alarcón, 2012 Pág. 134). Posteriormente, el retorno se agravaría durante el periodo 2008 - 2010, donde se registrarían 42 retornados a

¹⁶ Ley que surge como respuesta a los atentados del 11 de septiembre con la finalidad de reducir el riesgo de futuros ataques terroristas

la comunidad en un lapso de tres años, el más alto en la historia migratoria internacional de la comunidad. Es aquí donde nos preguntamos si el retorno podría vincularse directamente a la crisis económica del 2007 y la pérdida de trabajos en el sector de servicios y manufactura (Levine, 2011 Pág. 122); o si responde a una constante del flujo migratorio donde el número de personas que salen se ve compensado con el número de personas que regresan (Alarcón et al., 2009 Pág. 197-203). A esto se encontró, en las entrevistas a profundidad, que un gran número de personas regresaron a su comunidad, principalmente por **la pérdida de empleo y las deportaciones**. Aquellos que decidieron regresar, de manera voluntaria a la comunidad, era porque estaban cumpliendo su ciclo circular. Pese a ello, lo que se tiene muy presente entre los habitantes es que el viajar hacia Estados Unidos ya no es una opción tan simple como lo era antes debido a la falta de empleo en Estados Unidos, la violencia en la frontera y el reforzamiento en la vigilancia para el cruce de ésta.

Actualmente, ante la incógnita del retorno y sus causas, es evidente que a la comunidad de Zapotitlán Salinas han regresado un gran número de migrantes, quienes día a día se enfrentan a un proceso tan complejo como es la reintegración laboral y social a su comunidad. Muchos de ellos no sólo mencionan lo difícil que es encontrar “un trabajo digno” que les ayude a solventar los gastos del hogar, sino que a su vez experimentan problemas como la desintegración familiar, el rechazo de la comunidad y la vergüenza de caer en la categoría del “migrante fracasado.”¹⁷

... pues yo regrese voluntariamente, porque quería estar con mis hijos, ya les había dado casa, vestido y educación ¡ya había cumplido mis metas! Regresé y las cosas fueron de mal en peor. Me encuentro con la sorpresa de que ya soy abuelo, que mi hijo el más grande [quien tiene 30 años] no trabaja y pues que yo que me quería jubilar ahora no puedo porque no hay dinero para el hogar [...] me traje mis máquinas para trabajar en la jardinería pero más como de pasatiempo, pero ahora se ha vuelto mi fuente de trabajo... y ¡me ha ido mal! Aquí en el pueblo está todo mal pagado y me voy a Tehuacán y no me dan trabajo. Pues así ¿cómo le hago?. Ya no puedo cubrir el gasto del hogar, mi familia se acostumbró a recibir 400 dólares a la semana y ahora ni a 4,000 pesos al mes llego, así no se puede (Entrevista con Omar, 14 de Octubre 2012).

Los migrantes retornados de Zapotitlán Salinas, se han visto forzados a desarrollar como estrategias para su subsistencia: la realización de múltiples trabajos (la pluriactividad, el pluriempleo) y la precariedad laboral entendida como la realización de trabajos mal calificados y de baja remuneración. Así mismo, muchos de los migrantes mencionan su frustración para lograr las metas y las nuevas complicaciones que

¹⁷ Migrante retornado que no pudo cumplir su meta, ya sea por mal adaptación en el lugar de destino o por deportación.

enfrentan por los bajos salarios y las malas condiciones de la calidad de vida en la comunidad.

... pues a mí me deportaron y pues no puedo intentar pasar a Estados Unidos porque si me agarran voy directito a la cárcel [...] [Aquí en el pueblo] me levantó a las 5 de la mañana para ir a bajar pulque del cerro, regreso como a las 9 de la mañana y desayuno, me baño y a trabajar a las 11 de la mañana en las mototaxis; de ahí salgo a las 11 de la noche, y pues así es de lunes a viernes. Los sábados sólo trabajo en las mototaxis y los domingos trabajo en las salinas de mi papá viendo si cae algún turista para darle un tour o juntando la sal para que mi hermano y mi mamá vayan a venderla en Tehuacán... Ahora estoy joven y aguanto trabajando todo el día aunque sea poco lo que gano; pero después, ¿de dónde voy a sacar para vivir?, ¿para mantener a mi esposa y a mi hija?... a ver si se ponen mejor las cosas en la frontera para regresar a Nueva York (Entrevista con Luis, 15 de Junio 2012).

Ante esta descripción del comportamiento de la migración de retorno en Zapotitlán Salinas, podemos destacar algunas conclusiones preliminares. En primer lugar, la migración internacional de zapotitecos hacia Estados Unidos ha dejado de ser la válvula de escape para la economía local del municipio y del Estado de Puebla. Mientras en las dos décadas anteriores, la migración de los zapotitecos se caracterizaba por su circularidad, hoy en día, ésta se caracteriza por una disminución en el número de intentos y salidas de migrantes rumbo hacia los Estados Unidos.

En segundo lugar, el cambio en la tendencia de la migración de poblanos y zapotitecos en Estados Unidos implica, tanto para los gobiernos locales como para las comunidades, la necesidad de generar estrategias de reinserción laboral y social para las personas migrantes. Como se ha mencionado a lo largo de esta sección, las personas migrantes a su regreso buscan concretar diversos proyectos personales, familiares, sociales y económicos. Entre ellos podemos ubicar **la construcción y mejoramiento de la vivienda, el establecimiento y apertura de algún negocio, así como el acceso a la educación de los hijos y a los servicios de salud de la familia.**

Sin embargo, en estos últimos dos casos, las personas migrantes hacen referencia al alto costo que puede ser mandar a los hijos fuera de la comunidad para estudiar una carrera técnica o la universidad o la mala calidad de los servicios médicos en la comunidad. Un ejemplo de ello es el caso de Ignacio, migrante de retorno voluntario, quien replicaba con relación al tema de salud “nos damos de alta en el seguro popular, pero es como si no lo hiciéramos, esperamos mucho para que nos atiendan o a veces ni nos atienden. En caso de urgencias es mejor endeudarte o gastar de más para

mejor ir con un médico particular” (Entrevista con Ignacio, 12 de Febrero 2011). La falta de acceso a educación y la atención médica pueden ser importantes factores que limiten el desarrollo de los proyectos personales y sociales de las personas migrantes.

Ante este contexto, los tres niveles de gobierno se enfrentan a una población migrante “atrapada” que no cabe ni aquí (México) ni allá (Estados Unidos). Por lo que uno de los principales retos recae en dar opciones a estos individuos y sus familias para acceder a un trabajo digno, que les permita su subsistencia y reproducción social. A su vez, esto podría ser complementado con programas de salud y educación que permitan a los y las migrantes, en un futuro, ver la migración laboral internacional como una opción y no una obligación. De esta manera, los gobiernos en sus diferentes niveles, instituciones públicas, organizaciones de migrantes, actores no gubernamentales (academia, organizaciones de la sociedad civil, etc.), bajo un modelo de coordinación, colaboración y corresponsabilidad, puedan construir una política integral en materia migratoria que permita la participación ciudadana y fomente el diálogo binacional y multisectorial.

Uno de los retos principales de esta política integral es incorporar los aspectos básicos de atención de las personas migrantes y sus familias, tales como: garantizar el acceso a la educación, la asistencia médica, la seguridad humana, el respeto a los Derechos Humanos, el ejercicio pleno de la ciudadanía transnacional, la promoción de proyectos de desarrollo local, el impulso a la autosuficiencia alimentaria, el fomento a políticas activas de empleo y sustentabilidad comunitaria, el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias y de las organizaciones de migrantes. A su vez, fomentar la articulación de las personas migrantes con otros actores estratégicos para promover proyectos de desarrollo local y regional que potencialicen a los migrantes como sujetos sociales.

Bibliografía

- Alarcón, R., Cruz, R., Díaz-Bautista, A., González-Köing, G., Izquierdo, A., Yrizar, G. & Zenteno, R. (Enero-Junio, 2009). La crisis financiera en Estados Unidos y su impacto en la migración mexicana. En *Migraciones internacionales*. Vol. 5. No. 1.
- Alarcón, R. & Becerra, W. (Enero-Junio, 2012). ¿Criminales o víctimas? La deportación de migrantes mexicanos de Estados Unidos a Tijuana, Baja California. En *Norteamérica*. Año 7. No. 1.
- Arias A., Valverde, M., y Reyes, J. (2000). Las plantas de la región de Zapotitlán Salinas, Puebla. Benemérita Universidad Autónoma de México (BUAP). México, D.F.
- Bilbao, E., Burrell, J. & Collins, J. (Enero-Junio, 2012). La migración mexicana y su acceso a los servicios de salud. Una perspectiva binacional desde Puebla y la región de la capital del Estado de Nueva York. *Iberofórum: Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. Año VII. No. 13.
- Binford, L. (2004) Lo local y lo global en la migración transnacional. *La Economía Política de la Migración internacional de Puebla y Veracruz: siete estudios de caso*. Luna Arena. México, D.F.
- Binford, L. (2008). Crisis económica global y respuesta en tres comunidades de reciente migración. Proyecto CB-2008-01-00102222. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). Puebla. Pue.
- Bronfman, M., Leyva, R., Negroni M., Caballero M., Infante, C, Cuadra S., Hernández, D. & Guerrero, C. (Septiembre-Diciembre 2003). Migración, género y SIDA: contextos de vulnerabilidad. *Género y Salud en Cifras*. Vol. 1. No. 3. Secretaría de Salud. México. D.F.
- Cordell D., Gregory, J., & Piche, P. (1996). *A Social History of a Circular Migration System in West Africa*. African Modernization & Development. Westview Press. Boulder, Colorado.
- D'Aubeterre. María Eugenia. (2010-2013). Crisis económica global y respuesta en cuatro comunidades de reciente migración. Proyecto. CV-22008-01-00102222. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). Puebla. Pue.
- Durand J. & Massey, D. (2003). *Clandestinos. Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI*. Miguel Ángel Porrúa. Universidad Autónoma de Zacatecas.

- Caruso Larrainci, A. (2004). Instrumentos de participación y políticas sociales en A. Ziccardi, Participación ciudadana y políticas sociales en el ámbito local. Universidad Autónoma de México (UNAM). México D.F.
- Castellanos, L. (2012). Migración y Salud: una mirada desde la perspectiva de la salud pública internacional. En A. Aragónes, Migración Internacional: algunos desafíos. Universidad Autónoma de México (UNAM). México D.F.
- CISAN. Seminario Internacional sobre Migración de Retorno. (6-7 de mayo de 2013). Universidad Autónoma de México (UNAM), Centro de Investigaciones sobre América del Norte (CISAN), Metropolis International. México D.F.
- CONAPO. (2010). Migración y Salud: inmigrantes mexicanas en Estados Unidos. Consejo Nacional de Población (CONAPO). México D.F.
- CONAPO. (15 de noviembre de 2012). Migración quinquenal México-Estados Unidos. (Consultado el 8 de mayo de 2012). Disponible en: http://www.conapo.mx/es/-CONAPO/Migracion_quinquenal_Mexico-Estados_Unidos.
- Congreso de la Unión. (Reforma 02-03-1983). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Consultado el 18 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
- Congreso de la Unión. (Reforma 24-04-2013). Ley General de Salud. Consultado el 18 de junio de 2013. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
- Duckett, M. El derecho de los migrantes a la salud. (2002). ONUSIDA/ 02.53S. Centro de Información ONUSIDA y Organización Internacional para la Migración (OIM).
- Escobar, A., Lowell, L., & Martin, S. (2013). Diálogo Binacional sobre Migrantes Mexicanos en Estados Unidos y México: Reporte Final. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Georgetown University.
- García Zamora, R., & Valdés Corona, B. (2012). Desafíos del Desarrollo y la Migración Internacional. Secretaría y Equidad para el Desarrollo de las Comunidades (SEDEREC), Iniciativa Ciudadana para la Promoción de la Cultura del Diálogo (ICPCD), Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). México, D.F.
- González Block, M., De la Sierra, L., Cruz Valdez, J., & Rosales Marínez, Y. (2011). Retorno y hospitalización de migrantes enfermos: la respuesta del sistema de salud mexicano ante los retos de la atención médica en Estados Unidos. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- González Block, M., Becker-Dreps, s., De la Sierra, L., York, P., Gardner, S., González, L., Grey, M., Olivares, J., Robinson, S., Marínez, Y. (2008). R. Salud Migrante; una propuesta de un seguro binacional de salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.

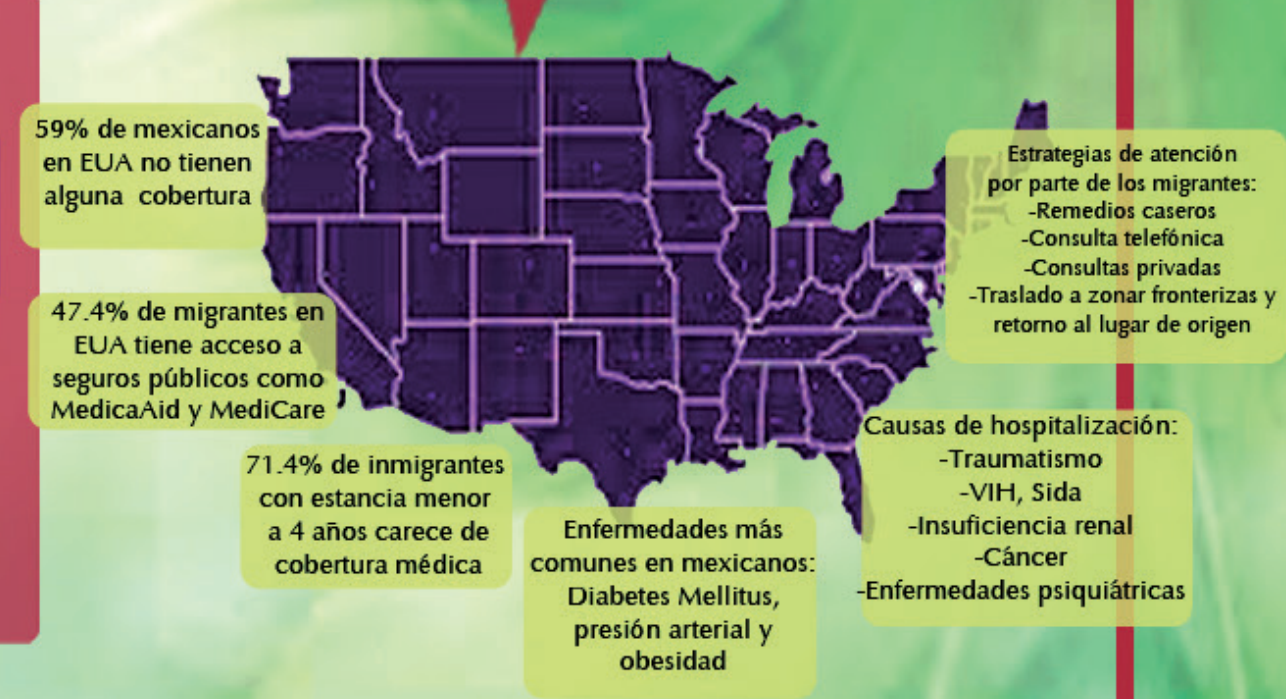
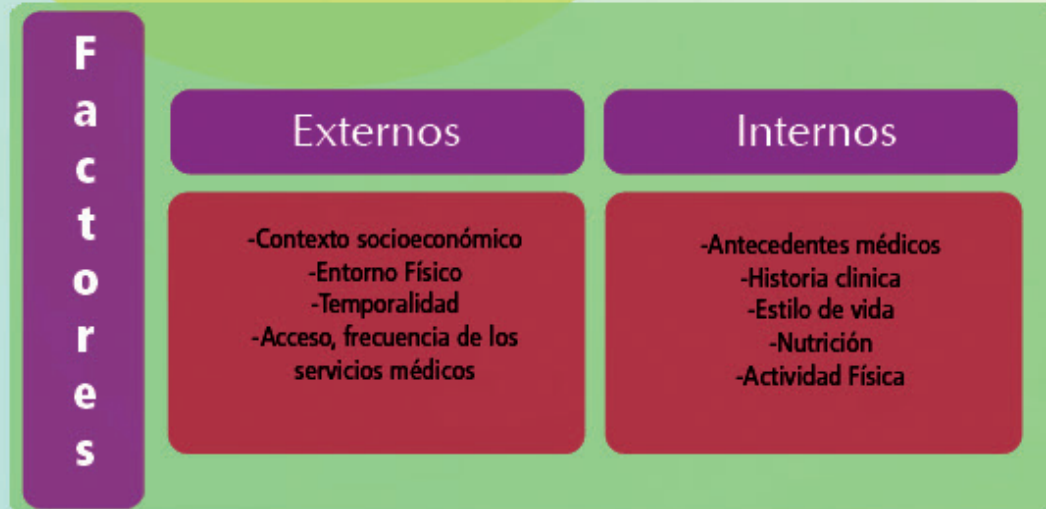
- González Block, M., De la Sierra. (6 de mayo de 2013). Retorno de migrantes mexicanos a México por motivos de salud. Seminario Internacional sobre Migración de Retorno. Centro de Investigaciones sobre Norteamérica. Universidad Autónoma de México (UNAM). México. D.F
- Guest, J. (2012). La ley de cuidado asequible. ConsumersUnion. Consultado el 12 de junio de 2013. Disponible en: http://www.skagitdemocrats.org/wp-content/uploads/2012/08/Affordable_Care_Espanol7-2012.pdf.
- Hernández, A. (2010). Aproximaciones al Derecho a la Salud: el SIDA en México. Cuadernos de Derechos Humanos. Universidad Iberoamericana. México D.F.
- INEGI. (2005). Derechohabencia a servicios de salud. Consultado el 13 de mayo de 2013. Disponible en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/conteo/2005/perfiles/perfil_soc_eumx3.pdf.
- INEGI. (2010). "Censo población y vivienda." Consultado 20 de Marzo de 2013. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?src=487>.
- INEGI. (2010). "Unidad de microrregiones cédulas de información municipal. Consultado 28 de Marzo de 2013. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/zap/-datGenerales.aspx?entra=zap&ent=21&mun=209>
- INEGI. (2012). Perspectiva Estadística: Puebla. México D.F. Consultado e l 13 de mayo de 2013. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/estd_perspect/pue/Pers-pue.pdf.
- Lee Alison. (2008). Para Salir Adelante: The Emergence and Acceleration of International Migration in New Sending Areas of Puebla Mexico. *Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*. Vol. 13. No. 1, pág. 48-78
- Leite, P., & Castañeda, X. (2008). Mexicanos en Estados Unidos: (falta de) acceso a la salud. *Migración y Salud: Latinos en los Estados Unidos*. Conapo. México, D.F.
- Levine Elaine. (2011). Globalización, migración y algunos trabajos que no tienen fin. En *Migración y Desarrollo*. Vol. 9. No. 16, pág. 119-146.
- Leyva, R., Quintino, F., Caballero, M., & Infante, C. (2009). Migración Internacional y VIH/SIDA en México. En P. Leite, & S. Giorguli. *Las políticas públicas ante los retos de la migración mexicana a Estados Unidos*. México. D.F.
- Leyva, R., & Guerra G. (2011) *Fronteras y salud en América Latina. Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva*. Instituto Nacional de Salud Pública. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Cuernavaca, Morelos.
- López, D. (2012). Estrategia Nacional para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Proyecto de Control y Prevención de Diabetes Frontera México-Estados Unidos. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Secretaría de Salud.

- Lustig Nora y Miguel Székly (1997) "México: evolución económica, pobreza y desigualdad" reporte especial diciembre 1997 Washington D.C.
- Memoria del Primer Encuentro sobre Desarrollo y Migración para la Construcción de una Política Integral en el Estado de Puebla. (2013, por publicar). Puebla, Pue.
- Montiel, L. (2011). La salud en México: una perspectiva de Derechos Humanos. Cuadernos de Derechos Humanos. Universidad Iberoamericana. México D.F.
- Moya, J., Uribe M. (2006). Migración y salud en México: una aproximación a las perspectivas de investigación 1996-2006. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.
- Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. , Bejarano-Arias,R., Alcalde-Rabanal,J. & Pastor Bonilla-Fernández, M. (2008). Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. Salud Pública en México. Volumen 51. No. 5. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- OMS. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok, Tailandia. 6ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2007). EB 122/11 Salud de los migrantes. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2008). El derecho a la salud. Folleto informativo No. 31. Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- Observatorio sobre Políticas Públicas para Migrantes-Puebla. (2012). Encuesta de percepción sobre políticas públicas para migrantes en Puebla. Reporte Cuatrimestral en Migración "Agenda Migrante-Puebla." Iniciativa Ciudadana para la Promoción de la Cultura del Diálogo A.C., Facultad de Ciencias Sociales. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla.
- Paniagua, Laura. (2013, Marzo). Entrevista sobre el Programa Vete Sano, Regresa Sano. Secretaría de Salud. (Osorno, Rocío, Entrevistadora). Puebla.
- Pew Hispanic Center (5 de Diciembre de 2011) "Unauthorized Immigrants: 11.1 Million in 2011" Pew Research Hispanic Center. Consultado 18 de Marzo de 2013. Disponible en: <http://www.pewhispanic.org/2012/12/06/unauthorized-immigrants-11-1-million-in-2011/>
- PPACA. Datos sobre Obamacare: Plan Salud ObamaCare. Consultado el 9 de junio de 2013. Disponible en: <http://obamacarefacts.com/en-espanol/obamacare-espanol.php>
- Puebla, Portal de Gobierno. (2013). Estadísticas del Estado. Consultado el 2 de mayo de 2013. Disponible en <http://www.puebla.gob.mx/index.php/acerca-de-puebla/estadisticas-del-estado>.

- República, Presidencia (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. México D.F.
- República, Presidencia (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2003-2018. México D.F.
- Robinson, S. (2013). Anteproyecto Salud Migrante. Centro de Investigación del Consumo y Consumidor A.C (CICC).
- Robinson, S. (2013). Salud Migrante II: Memorandum Número 1: Acciones de Inicio. Centro de Investigación del Consumo y Consumidor A.C (CICC)
- Robinson, S. (2013). Salud Migrante II: Acciones de inicio. México: Centro de Investigación del Consumo y Consumidor A.C (CICC).
- Salgado de Snyder, N., González, T., Bojorquez, L., & Infante, C. (2007). Migración México-Estados Unidos consecuencias para la salud. Perspectivas en Salud Pública. Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- Salgado de Snyder, N., González, T., Bojorquez, L., & Infante, C. (Septiembre-Octubre 2010). Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. Salud Pública en México. Vol. 52. No. 5. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- Salgado de Snyder, N., González, T., Bojorquez, L., & Infante, C., Márquez-Serrano M., Pelcastre-Villafuerte B., Serván-Mori, M.(s.a). Servicios de salud en la Mixteca: utilización y condición de afiliación en hogares de migrantes y no migrantes a EU. Simposio I Migración México-Estados Unidos: retos y oportunidades en salud. México D.F.
- Salgado de Snyder, N. & Infante, C. (s.a). La literatura sobre políticas y sistemas de salud: el caso de la migración. Salud Pública en México. vol. 49. XII Congreso de Investigación de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- Smith. R. (1998). Transnational Localities: Community, Technology and the Politics of Membership within the context of Mexico-US Migration. Journal for Comparative Urban and Community Research.
- Smith, R. (1999) Reflexiones sobre la migración, el estado y la construcción, durabilidad y novedad de la vida transnacional, en Gail Mummert. Fronteras Fragmentadas. Colegio de Michoacán. Zamora, Michoacán.
- SRE. (2013). Ventanillas de Salud. Consultado el 2 de abril de 2013. Disponible en: www.ventanillas.org. Secretaria de Relaciones Exteriores. México D.F.
- SSA. (2007). Manual para la prevención del VIH-SIDA en migrantes mexicanos a Estados Unidos. México, D.F: CONASIDA. Secretaría de Salud.
- SSA. (2007-2012). Programa de Acción Específico 2007-2012: Vete Sano, Regresa Sano. Secretaría de Salud. México D.F.

- SSA. (2007-2012a). Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Migrante. Secretaría de Salud. México D.F.
- SSA. (2009). Concentrado nacional de actividades: Puebla. Semana Nacional de Migración, 2009. México, D.F. Consultado de 05 de abril de 2013. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/vete_migracion.html. Secretaría de Salud. México D.F.
- SSA. (2011). Concentrado de Actividades del Programa Vete Sano, Regresa Sano. Secretaría de Salud. México D.F.
- SSA. (2013a). Salud, Seguro Popular. Consultado el 13 de mayo de 2013. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=272&Itemid=287. SSA. (2007-2012). Programa de Acción Específico 2007-2012: Vete Sano, Regresa Sano. Secretaría de Salud. México D.F.
- SSA.(2013b).Vete Sano, Regresa Sano. Consultado el 24 de marzo de 2013. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/vete_sano_regresa_sano.pdf. Secretaría de Salud. México D.F.
- SSA. (2013c). Concentrado de Actividades del Programa Vete Sano, Regresa Sano 2007-2012 en el Estado de Puebla. Secretaría de Salud. México D.F.
- Tamagno, C. (n.d.). Desafíos de la gestión y gobernanza migratoria. Oficina Internacional del Trabajo (OIT).
- Valero, J., & Treviño, M. (2010). El gasto en salud de los hogares de México y su relación con la disponibilidad de recursos, las remesas y la asignación familiar. *Economía Mexicana*, 311-342.
- World Health Organization (WHO). Resolution 61.17. Health of Migrants. Sixty-First Health Assembly. (24 de Mayo de 2008). Consultado el 20 de mayo de 201. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf.

Salud + Experiencia migratoria



Programa de Salud del Migrante

MISIÓN: Proteger la salud de los migrantes y sus familias en su lugar de destino mediante el establecimiento de estrategias específicas de colaboración binacional para la promoción y atención de la salud con sensibilidad cultural.

Ventanillas de salud

MISIÓN: Mejorar el acceso a servicios primarios y preventivos de salud, aumentar la cobertura en seguros públicos y promover una cultura de prevención en salud de los Mexicanos que viven en los Estados Unidos y sus familias; a través de información, educación, asesorías y referencias de calidad en un ambiente seguro y amable, mediante la creación de colaboraciones locales y binacionales entre Estados Unidos y México.

Vete sano, Regresa sano

MISIÓN: Reducir la vulnerabilidad de los migrantes a través de acciones de promoción de la salud, aplicadas en los sitios de origen, tránsito y destino, abordando el control de los determinantes de la salud de la población migrante y de sus familias.

