



## **Programa de Acción: Migrantes "Vete Sano y Regresa Sano"**



SECRETARÍA DE  
SALUD

SSA

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN  
Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Programa de Acción  
**Migrantes “Vete Sano y Regresa Sano”**



Programa de Acción: **Migrantes “Vete Sano y Regresa Sano”**

Primera Edición, 2002

D.R. © Secretaría de Salud  
Lleja 7, Col. Juárez  
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

**ISBN 970-721-031-1**



# Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

**Secretario de Salud**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

**Subsecretario de Innovación y Calidad**

Dr. Roberto Tapia Conyer

**Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud**

Dr. Roberto Castañón Romo

**Subsecretario de Relaciones Institucionales**

Lic. María Eugenia de León-May

**Subsecretaria de Administración y Finanzas**

Dr. Guido Belsasso

**Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones**

Dr. Misael Uribe Esquivel

**Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud**

Dr. Eduardo González Pier

**Coordinador General de Planeación Estratégica**

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán

**Director General de Asuntos Jurídicos**

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo

**Director General de Comunicación Social**

Dr. José Ignacio Santos Preciado

**Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia**





# Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introducción</b>   | <b>7</b>  |
| <b>I. En dónde estamos</b>  | <b>11</b> |
| Antecedentes  | 13        |
| Justificación   | 17        |
| Análisis estratégico  | 19        |
| Situación de salud enfermedad   | 20        |
| Factores de riesgo  | 21        |
| Respuesta social organizada   | 22        |
| Políticas del Programa  | 23        |
| <b>II. A dónde queremos llegar</b>  | <b>25</b> |
| Misión  | 27        |
| Visión  | 28        |
| Marco legal   | 28        |
| <b>III. Qué camino vamos a seguir</b>                                       | <b>29</b> |
| Objetivo general  | 31        |
| Objetivos específicos   | 31        |
| Componentes   | 31        |
| Metas para el período 2001-2006   | 33        |
| Estrategias, líneas de acción y actividades                                 | 36        |
| <b>IV. Organización de la atención a los migrantes</b>                      | <b>41</b> |
| Descripción del Modelo de Atención Integrada a la Salud del Migrante (MAIS) | 43        |
| <b>V. Cómo medimos los avances</b>  | <b>49</b> |
| Información   | 51        |
| Supervisión   | 52        |
| Evaluación  | 52        |
| <b>VI. Apéndice</b>   | <b>53</b> |
| Abreviaturas y acrónimos  | 55        |
| Bibliografía  | 55        |



# Introducción

---







# Introducción

La movilidad poblacional en nuestro país es un fenómeno relacionado con las oportunidades para la sobrevivencia y el desarrollo social. Cuando los individuos consideran que pueden mejorar, se ven impulsados a movilizarse y cambiar de lugar de residencia.

De acuerdo con estudios realizados, se ha identificado que las poblaciones que cambian su lugar de residencia, lo hacen fundamentalmente por dos motivos: económicos y sociales.

Las características de la migración por motivos económicos, o migración económica, son emigración compulsiva, eventual, iletrada, agrícola y de baja remuneración económica, que persigue satisfacer necesidades de subsistencia o de consumo supérfluo (comunidades predominantemente rurales).

La migración por motivos sociales, o migración social, se caracteriza por ser de focalización temporal y espacial, que empieza a discriminar las mejores oportunidades de empleo y aprovecha los contactos y redes sociales en los Estados Unidos y busca financiar mejoras en sus comunidades.

Esta clasificación, emanada de un análisis nacional, tiene para el presente Programa una significación importante por las características de la población que se mueve y para la provisión de servicios de salud.

El Programa de Acción para la salud de la población migrante "Vete Sano, Regresa Sano," tiene como propósito ofrecer un blindaje en salud a la población migrante para que se vaya, se conserve y regrese sana; utilizando las acciones del Sector Salud para integrar los mejores procedimientos y experiencias de las instituciones públicas y privadas en la atención a población móvil (estacionales del campo, trabajadores de industria, etc.); de tal forma que el Modelo de Atención Integrada a la Salud del Migrante (MAIS) marque las estrategias de coordinación interinstitucional para dar concierto a la atención y evitar la duplicidad.

**Para fines de este Programa se utilizarán los siguientes conceptos:**

- Migración Interna (migración nacional).
  - ▶ Intraestatal: dentro de la propia entidad federativa.
  - ▶ Interestatal: de una entidad federativa o otra.
- Migración externa: migración Internacional, en nuestro caso hacia los Estados Unidos de América del Norte (EE.UU.).

"Vete Sano, Regresa Sano" ofrece un blindaje en salud a la población migrante.

El modelo de atención integrada a la salud del migrante marca las estrategias de coordinación interinstitucional.

## EL PROBLEMA MIGRATORIO

La migración está reconocida como uno de los problemas que enfrentan todos los países en la actualidad. En nuestro país ha sido un tema recurrente en todas sus modalidades: México como país destino, como país de origen y migración interna.

Estas tres modalidades requieren distintas estrategias de acción para ayudar a solucionar los problemas que plantea este fenómeno contemporáneo. La migración que toma a México como país de origen es netamente laboral, la interna es de subsistencia al igual que la proveniente de otros países, principalmente de Centroamérica con la salvedad de que en la mayoría de los casos es sólo de paso hacia el norte. Los mexicanos buscan mejores oportunidades de trabajo en otras comunidades o en el vecino país.

Los migrantes que están calculados en 15 millones se pueden diferenciar claramente en dos grupos: lo que se ha llamado migración económica y migración social. Siendo las dos fundamentalmente laborales y en búsqueda de trabajos mejor remunerados, habría un grupo, como son aquellos cuya escolaridad es nula o no rebasa la primaria y que trabajan a destajo en el lugar de destino, cuyos intereses y aspiraciones no rebasan la obtención de un salario. Esta migración es conocida como económica y presumiblemente es la población más desprotegida en cuanto al acceso a los servicios de salud; casi un 90% de la población migrante del país se considera dentro de este grupo de acuerdo a las estimaciones de CONAPO.

Hay otro grupo de migrantes cuya escolaridad alcanza la educación secundaria y trabajan más bien bajo contrato, lo que los hace un grupo relativamente menos vulnerable. Este grupo, por su estructura, presumiblemente difiere del anterior por sus aspiraciones. Además de la remuneración económica estaría deseando beneficios adicionales que le darían un mayor *status* lo cual, en parte es automático por su escolaridad y modalidad de contratación. Algunos investigadores han detectado que sería la población migrante más proclive a permanecer en Estados Unidos.

La población que, por motivos económicos, migra al interior del país (12 millones) es habitualmente rural, pobre; que se mueve con el grupo familiar por sus propios medios o bajo contratos colectivos, con varios destinos intermedios, en épocas definidas por los ciclos agrícolas y que finalmente retorna a su lugar de origen, ejemplos de ello son los migrantes de Guerrero, Oaxaca, Puebla y Morelos.

La población que por motivos sociales emigra al extranjero (3 millones), es aquella que sin tener una necesidad económica tan apremiante desea mejorar en *status* económico y social, para estudiar, mejorar sus condiciones de trabajo o bien -lo menos frecuente en nuestro país- por conflictos sociales. Este grupo poblacional se caracteriza por ser en mayor proporción de hombres solos, entre 15 a 45 años, que tienen un destino internacional definido, ejemplo de esta migración son poblaciones de los estados de Jalisco, Guanajuato, Michoacán y Zacatecas.

Migración interna  
(Nacional):  
intraestatal e  
interestatal, y  
Migración externa  
(Internacional).

# I. En dónde estamos

---





# I. En dónde estamos

## Antecedentes

La falta de oportunidades, el aislamiento cultural y los rezagos de muchos grupos sociales en nuestro país preceden al fenómeno migratorio.

El Programa “Vete Sano, Regresa Sano” tiene como eje fundamental la autodeterminación de las personas en el cuidado de su salud, para lo que, de acuerdo con los enunciados teóricos de la promoción a la salud, es indispensable la apropiación de la información de tal manera que la autodeterminación tenga como efecto lógico la autoayuda de los grupos y el autocuidado de la salud.

Eje fundamental: la autodeterminación en el cuidado de su salud.

### **LA SITUACIÓN DE ILEGALIDAD EXCLUYE A LOS MIGRANTES DE LOS SERVICIOS Y LOS HACE MÁS VULNERABLES**

Independientemente de la composición interna de los grupos de migrantes internacionales, la situación de ilegalidad los sitúa en una posición de alto riesgo y vulnerabilidad en cuanto a salud dado que más de las dos terceras partes de los migrantes, no cuentan con sistemas de atención en el lugar de destino.

La migración que toma a México como país huésped, así sea temporalmente por la situación de tránsito, plantea de la misma manera problemas de los que no nos podemos desentender de los migrantes, predominantemente centroamericanos, que vienen a nuestro país. Esto requiere ampliar la cobertura de nuestros servicios y coordinar acciones con los países de origen sin importar la situación formal de la población en riesgo; un antecedente de esto es el caso de Belice con el que anteriormente se han coordinado acciones oficiales y la búsqueda de un modelo de atención que se inicia en California EE.UU. con las Semanas Binacionales de Salud.

Lo que es más complejo de tratar en este tipo de migración es la conocida como migración golondrina, que son poblaciones extremadamente pobres como es el caso más conocido de Baja California o Sinaloa en México y de California, en los Estados Unidos de Norteamérica para la pizca, contratados como jornaleros y que terminada esta actividad regresan a sus lugares de origen: las acciones deben tomarse de una forma muy cuidadosa, coordinada y de acuerdo a la temporalidad de las fuentes de trabajo.

### Migración interna

De acuerdo al criterio de alta movilidad poblacional definido por CONAPO, se han identificado 10 estados y 502 municipios cuyos sitios de destino pueden estar en el propio estado o en otras entidades federativas y, aunque no se dispone de información confiable respecto a la migración interna, es de reconocerse que los Servicios Estatales de Salud tienen mucho trabajo desarrollado que permite ejemplificar con datos concisos la caracterización global del fenómeno.

En México los 10 estados que aportan el mayor número de personas que emigran más del 53.7% son Baja California, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Zacatecas.

La intensidad de migración interestatal se ha mantenido relativamente estable desde mediados del siglo pasado. Aproximadamente uno de cada cien mexicanos cambia anualmente su residencia cruzando los límites estatales. En el quinquenio 1995-2000 se advierte un leve descenso a 0.85 por ciento, de acuerdo con el censo de población de 2000.

El flujo migratorio interno se ha mantenido estable durante los últimos 50 años.

### **UN EJEMPLO DE INCREMENTO DEL FLUJO MIGRATORIO INTERNO: GUANAJUATO**

Existen diversas clases de migración interna: las que involucran el cambio de residencia habitual entre regiones rurales; las de retorno al lugar de origen; las que efectúan por temporadas los jornaleros agrícolas; o las constituidas por los desplazamientos de áreas rurales a las ciudades, en especial a las grandes zonas industrializadas.

Las migraciones interestatales son numéricamente considerables y han aumentado durante los últimos años: en 1950 había casi 56 mil residentes en Guanajuato que habían nacido fuera de la entidad, lo que representaba un 4.21 % de la población total. Este grupo en el 2000 aumentó a 408 334 personas, quienes constituyen un porcentaje del 8.76 del total. Cabe aclarar que en este rubro se incluye también a quienes nacieron en otro país.

Otro tipo de migración es la que se realiza con fines laborales sin que esto lleve a modificar el lugar de residencia: es el caso de quienes se trasladan a un municipio diferente de donde viven para trabajar día con día. En el caso de Guanajuato, el Censo 2000 registró que del total de ocupados, un 4.9% trabajan en estas condiciones (esto equivale aproximadamente a un total de 73 mil personas).

Fuente: Alejandro López González: Dispersión-concentración de la población; INEGI Guanajuato. Agosto 2001.

Una perspectiva más precisa de la migración interna de nuestro país se tiene si se agrega la migración entre municipios de un mismo estado. El censo de población de 2000 ha sido el primero en recoger el municipio de origen de las migraciones, teniéndose de esa manera un panorama pormenorizado de la movilidad territorial, ya que es posible conocer el flujo entre cualquier par de municipios existentes en 2000.

De manera global, además de la proporción de migrantes interestatales (0.85%), se añade 0.56 por ciento que trasladaron su residencia de un municipio a otro dentro del mismo estado entre 1995 y 2000, con lo cual 14 de cada mil mexicanos mudan anualmente su residencia cruzando los límites municipales dentro o fuera de la entidad.

La movilidad total de la población por año es de 14 por 1000 habitantes.



Figura 1

Fuente: Modificado de Migración México-Estados Unidos. Presente y futuro. CONAPO. 2000.

## Migración externa

México y los Estados Unidos comparten una frontera de 3 200 Km. (2000 millas), donde conviven 12 millones de personas de ambas naciones que requieren de estrategias de desarrollo económico y social.

Partiendo de estudios realizados en grupos de migrantes externos, se sabe que la mitad de ellos cruzan la frontera de manera indocumentada y lo hacen para trabajar en el campo, 25% en los servicios y 25% en otros empleos.

También es importante señalar que el 100% de ellos tienen como procedencia las áreas rurales, aunque hayan tenido una estancia en áreas urbanas como puntos intermedios sin mención de la permanencia. Estas son poblaciones vinculadas con más de 250 organizaciones de migrantes en el país, agrupadas en la Coordinación Nacional de Oficinas para Migrantes.

En particular hacia la frontera norte, CONAPO publica que existe un promedio de 578 983 devoluciones por año (Estimaciones CONAPO 2000 en base a la encuesta de migración en la frontera norte EMIF durante 1998-1999, 1999-2000 y 2000 y datos de STPyS, INM y el COLEF). De las devoluciones, el mayor porcentaje corresponde a las registradas en Tijuana (44%) y las de Nogales, Ciudad Juárez, Matamoros y Nuevo Laredo con porcentajes cercanos al 10% en cada una de ellas y en menor magnitud las de Mexicali, Piedras Negras y Reynosa.



Las 4 entidades en los Estados Unidos que reciben la mayor cantidad de migrantes mexicanos son: Texas, California, Arizona e Illinois, que en suma representan el 80 % de migrantes.

La migración internacional tiene para México y los Estados Unidos una importancia histórica.

La migración internacional tiene para México y los Estados Unidos una importancia histórica. Como concreción de los trabajos del denominado Mecanismo de Consulta México-Estados Unidos (1977), en 1981 se estableció la Comisión Binacional como foro único para realizar intercambio regular de experiencias en el ámbito de gabinetes de ambos países y en donde el grupo de trabajo sobre Migración y Temas Consulares se ha convertido en foro sustantivo para tratar los temas sobre: Políticas migratorias, Protección Consular y Derechos Humanos de los Migrantes, Procedimientos Seguros y Ordenados de Repatriación, Combate al Tráfico de Migrantes, entre otros.

La migración México-EUA se revisa al más alto nivel de los gobiernos respectivos.

El grupo de salud se integró a la estructura de la Comisión Binacional en 1996 y desde un principio ha estado enfocado a fortalecer los esfuerzos de cooperación entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y la Secretaría de Salud de México. En 1999 se firmó el acuerdo bilateral de colaboración para salud fronteriza entre los secretarios de salud de ambos países y en septiembre de 2001 firmaron la declaración conjunta sobre salud del migrante.

Durante el encuentro entre los Presidentes de ambos países en febrero de 2001, se creó el Grupo de Contacto de Alto Nivel sobre migración (GCAN) con cuatro grandes objetivos: ampliación del techo de visas laborales para México, legalización de mexicanos que viven en Estados Unidos, establecimiento de un Programa de Trabajadores Temporales, y mayor seguridad fronteriza.

Hacia Centroamérica, la relación con Guatemala y Belice ha implicado un extenso trabajo de colaboración. La migración en la frontera sur involucra a 70 mil trabajadores agrícolas temporales guatemaltecos, a 44 mil transmigrantes y a 53 mil turistas hacia Centroamérica. Ciertamente los volúmenes no son tan grandes, sin embargo en 1998 se registró la devolución de 108 156 extranjeros hacia Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua, entre otros.

## Fuerza de trabajo

Las mejores oportunidades de trabajo definen los polos de atracción migratoria.

Existen diferencias que marcan la atracción hacia las oportunidades que ofrece un país desarrollado como EE.UU. en relación con las oportunidades en México. El desempleo total de la población en México, sin tomar en cuenta el subempleo, es de 3% y entre los jornaleros migrantes es de 8.5%; se sabe que los migrantes que pretenden residir en EE.UU., pasan un promedio de 2 años previos con empleos inestables.

El empleo entre la población mayor de 15 años en México es aproximadamente del 43% cuando entre los jornaleros es del 83% y en los residentes de 65%. También por género el empleo se incrementa, sobre todo en las mujeres desde México hasta la residencia en los EE.UU., desde 20% hasta el 58 a 59%, lo cual permite apreciar también que migra el capital humano con mayor capacidad de trabajo.

El empleo en los migrantes es aproximadamente la mitad en el campo y las otras dos cuartas partes en los servicios y la manufactura o construcción.

Otro dato importante es que el índice de pobreza, es decir aquellos que viven en familias con un dólar o menos por día, disminuye desde 36% a 13% en la población residente.

Todo lo anterior nos muestra cómo la migración se presenta ante situaciones de necesidades económicas o sociales, donde la movilidad de la población requiere de estudios que permitan observar las determinantes sociales para otorgar los servicios necesarios.

La planeación de los servicios debe fundarse sobre los factores que determinan el fenómeno migratorio.

**Cuadro 1**  
**Cuadro comparativo de la fuerza de trabajo de la población en México, jornaleros y residentes en EE.UU. México, 1996-1998**

| Característica             | En México | Jornaleros | Residentes en EE.UU. |
|----------------------------|-----------|------------|----------------------|
| Del total de población     | 43%       | 83%        | 65%                  |
| Hombres                    | 68%       | 91%        | 75%                  |
| Mujeres                    | 20%       | 58%        | 59%                  |
| Desempleo                  | 3%        | 8.5%       | 6%                   |
| En Agricultura             | 23%       | 50%        | 3%                   |
| Construcción y Manufactura | 29%       | 25.5%      | 25%                  |
| Servicios                  | 48%       | 24.5%      | 72%                  |
| Índice de pobreza          | 36%       | No sabe    | 13%                  |

Fuente: Estudio Binacional, México-EE.UU. Binational Study on Migration. 1996, pp. 15.  
N= % de población de cada rubro.

## Justificación

A partir del establecimiento de la frontera entre México y los Estados Unidos de América del Norte en 1848, las relaciones entre los dos países han estado vinculadas a la migración como una fuente incesante de conflictos y como un tema que requiere atención permanente por ser un fenómeno complejo y dinámico.

Desde el reclutamiento de trabajadores mexicanos que asistieron a los Estados Unidos para laborar en las líneas de ferrocarril del suroeste y colaborar con trabajo agrícola en 1870, hasta el año 2001, han transcurrido 131 años de relación migratoria. La experiencia obtenida ha enriquecido el conocimiento académico, tecnológico y socioeconómico lo suficiente para que México y los Estados Unidos utilicen diferentes acciones para su control.

Actualmente, la migración es claramente reconocida como el principal problema de la agenda binacional, México-EE.UU.

A pesar de esta larga historia de migración poblacional, la condición actual de vida de los trabajadores no ha mejorado sustancialmente y los riesgos a la salud no sólo no han disminuido, sino que se han acentuado previendo que puedan representar una grave modificación en el perfil epidemiológico de las comunidades de origen y destino, tanto nacionales como internacionales.

Lo que exigimos para los mexicanos en el exterior debemos otorgarlo a los que migran en suelo patrio, nacionales y foráneos.

Estos problemas no se refieren solamente a la población que emigra a los Estados Unidos, sino también a la dinámica migratoria en nuestro país ya que hay que considerar los flujos migratorios internos, principalmente a las ciudades y áreas metropolitanas, a los sitios de trabajo agrícola, así como a los migrantes que toman a México como país receptor.

Al respecto, no se puede pensar en asistir a los mexicanos en el exterior sin reconocer que una cantidad mucho mayor que los que emigran hacia el país del norte, se quedan en nuestro territorio expuestos a condiciones de riesgo y deprivación sin ser atendidos, toda vez que la estructura de los programas de salud limita el acceso a los servicios por estar fuera de sus comunidades.

Una parte importante de la población migrante es joven y la tendencia se orienta a que en poco tiempo la población adolescente va a ser el mayor grupo de edad del total de la población. Igualmente la escolaridad de los migrantes externos es cada vez mayor.

Los migrantes son cada día más jóvenes.

A diferencia de lo que sucedía hasta hace unos diez años, cuando quienes salían del hogar eran los jefes de familia, la nueva cultura de vastas zonas rurales agobiadas por el peso del rezago y la falta de estructuración de las formas de vida tradicionales, ha impuesto el patrón de que sean los jóvenes quienes al llegar a la adolescencia se sienten en la necesidad de emprender la marcha en búsqueda de mejores oportunidades.

Los migrantes internos y externos deben tener un proceso educativo que les permita entre otras cosas, conocer sus derechos y obligaciones en cuanto a la información y atención, de acuerdo con la normatividad mexicana y con los derechos humanos que les corresponden como residentes, trabajadores o visitantes.

La población migrante es un factor importante en el desarrollo productivo y social de sus comunidades de origen.

El campo de la salud corresponde a uno de los aspectos de mayor vulnerabilidad de la población afectada, puesto que su situación social y legal los imposibilita para recibir la atención que requieren, por lo que se reconoce como uno de los grupos de mayor inequidad.

La población migrante es un actor importante en el desarrollo productivo y social de sus comunidades de origen y destino. Si bien se puede reclamar atención a quienes salen del país en búsqueda del sueño americano, no asumir la responsabilidad que se tiene con quienes de manera semejante llegan al territorio nacional en las mismas condiciones, sería contrario a la tradicional hospitalidad mexicana, a los principios de equidad que actualmente se buscan cumplir en salud y los principios humanitarios universales.

## Análisis estratégico

| FORTALEZAS  | DEBILIDADES   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• En México, organización de los sistemas de salud a población abierta.</li> <li>• Un médico para cada 2 400 habitantes.</li> <li>• Instituciones del sector con acciones previas de prevención y atención.</li> <li>• Organizaciones de trabajadores.</li> <li>• Control sanitario de las comunidades registradas.</li> <li>• Normas Oficiales Mexicanas.</li> <li>• Normas de Vigilancia Epidemiológica.</li> <li>• Estabilidad política y económica.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta coordinación entre los estados de origen y los de destino.</li> <li>• Falta verificación de las acciones coordinadas con el IMSS, particularmente en lugares de destino para la atención a jornaleros estacionales del campo.</li> <li>• Falta de un diagnóstico integral de necesidades sentidas de los migrantes.</li> <li>• Traslado ilegal de personas.</li> <li>• Falta control sanitario de las comunidades no registradas.</li> <li>• Mala calidad de la atención al migrante.</li> <li>• Registros de morbi-mortalidad incompletos.</li> </ul> |
| OPORTUNIDADES   | AMENAZAS  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenios bilaterales con EE.UU.</li> <li>• Asociaciones de salud con unidades de atención primaria a trabajadores migratorios.</li> <li>• Disminución de costos de atención al implementar acciones de vigilancia epidemiológica en ambos países.</li> <li>• Diseño del modelo MAIS. Aplicable en las unidades de salud del país.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro y control de migrantes a ambos lados de la frontera (migración externa).</li> <li>• Estado de salud de la población al ir y regresar.</li> <li>• Bajo nivel escolar de la población.</li> <li>• Depauperización constante.</li> </ul>   |

## Situación de salud enfermedad

### Morbilidad

Las principales causas de enfermedad en las comunidades de origen son prevenibles.

La morbilidad constituye en la actualidad un rezago a vencer por la selectividad de los municipios con alta movilidad en el origen, tránsito y destino, una de las estrategias del Programa será propiciar que los sistemas de información permitan obtener datos más precisos sobre la enfermedad motivo de consulta en esta población.

**Principales causas de enfermedad para 510 municipios con alta movilidad clasificados por CONAPO y obtenidos del SUAVE de enero a diciembre del 2000:**

- Infecciones respiratorias agudas.
- Infecciones intestinales.
- Infecciones de vías urinarias.
- Gastritis, duodenitis y úlcera.
- Amibiasis intestinal.
- Otras helmintiasis.
- Intoxicación por picadura de alacrán.
- Otitis media aguda.
- Varicela.
- Hipertensión arterial.

La diferencia en el perfil de morbi-mortalidad en los sitios de destino indica una diferencia en el nivel de desarrollo.

**Las principales causas de morbilidad en los hispanos en Estados Unidos son:**

- SIDA y VIH.
- Enfermedades coronarias.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Hipertensión.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad relacionada a riesgos ambientales y ocupacionales.
- Salud mental, adicciones.
- Tuberculosis.

A pesar de conservar un panorama en transición epidemiológica, las enfermedades crónico degenerativas aparecen repuntando y alcanzan impactos en la población en lugares de destino nacional e internacional, de acuerdo al nivel de desarrollo que adquieran, esto justifica plenamente las acciones de promoción de la salud para prevenir la discapacidad y la muerte temprana entre los migrantes y sus familias.

## Mortalidad

### **Las principales causas de mortalidad entre los hispanos en Estados Unidos son:**

- Enfermedad del corazón.
- Neoplasias malignas.
- Accidentes y efectos adversos.
- VIH/SIDA.
- Homicidios.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad crónica del hígado.
- Neumonía e Influenza.

Este panorama de la mortalidad requiere ser confirmado en la propia operación del programa de migrantes, confirmarse en las áreas de destino nacional y desarrollar estrategias para la vigilancia de mortalidad prevenible.

## Factores de riesgo

### **Temporalidad de los movimientos migratorios**

La migración hacia las áreas agrícolas (migración económica) se efectúa entre octubre y noviembre de cada año, por lo que es necesario aprovechar la infraestructura de salud tanto de las áreas expulsoras como de las receptoras para la implementación del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), toda vez que México tiene una organización sólida en los servicios de salud.

Esto puede hacer que las comunidades migratorias queden registradas y cubiertas por servicios básicos de atención a la salud en el lugar de origen, sobre todo dada la imposibilidad legal de obtener servicios de salud en el país receptor en el caso de la migración externa.

El fenómeno migratorio involucra diversos aspectos: educativos, de salud, demográficos, económicos, de participación social y políticos entre otros. Con relación a la salud, se presentan diversos requerimientos toda vez que el migrante y su familia, como sujetos sociales con características heterogéneas, tienen diferentes necesidades y requieren distintas respuestas y solución de problemas. Así, dependiendo de la causa por la cual la población migre, se expone a distintos riesgos para la salud. Un ejemplo claro de esto es que la población que migra por causas económicas se expone predominantemente a riesgos asociados a enfermedades infecciosas, mientras que los que migran por motivos sociales estarían más expuestos a riesgos asociados con enfermedades crónicas y fármaco dependencia.

Las comunidades migratorias deben contar con servicios básicos de atención a la salud.

Migración: cada caso es una historia diferente.

Las campañas deben iniciar en agosto y septiembre para las poblaciones migratorias agrícolas. Se deberá hacer énfasis en las acciones de salud en los meses de reingreso de residentes: semana santa y diciembre de cada año.

Las campañas aplicadas, sobre todo con enfoque de promoción de la salud, tendrán éxito al identificar los patrones de movilidad poblacional que deberán normar la temporalidad y la geografía de las acciones de este Programa.

### **Aspectos familiares**

Las familias en México no tienen un modelo definido: de hecho existe gran diversidad en los tipos de familias en el caso de los migrantes; la desintegración de los núcleos tanto familiares como comunitarios, repercuten de manera determinante en el deterioro de las condiciones de vida y en el decremento de las oportunidades de desarrollo sano para los hijos e hijas. (CONAPO 2001).

## **Respuesta social organizada**

Excluyendo a la medicina privada, los servicios de salud en México son proporcionados por instituciones que atienden a población asegurada y no asegurada (o población abierta), IMSS e ISSSTE fundamentalmente para el primer grupo, e IMSS-Solidaridad y Secretaría de Salud para el segundo.

Para atender a toda la población, en la actualidad el Sistema Nacional de Salud cuenta con 18 557 unidades de salud, 15.7% más con relación a las existentes en 1966.

En estas unidades hay 130 469 médicos y 179 634 enfermeras, casi 44% de ellos se ocupan de la atención a la salud a población abierta. Debido al modelo de atención fragmentado que existe en México, los migrantes presentan características peculiares de atención, debido a que en el lugar de origen la derechohabencia a la seguridad social es menor que en los lugares de destino, la falta de coordinación de la atención entre las instituciones genera problemas de continuidad incluso en casos que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica como la tuberculosis.

Otro aspecto de la respuesta social organizada es que la vigilancia simplificada debe ser reforzada, para la notificación oportuna de los problemas de salud y la movilidad de grupos organizados para la migración.

Cabe mencionar que durante 2001 se llevaron a cabo foros de consulta popular y en particular para este programa de acción se refirieron diversas propuestas de los estados que tienen mayor problemática en la región del Bajío y la región norte del país.

## ***Políticas del Programa***

- Fomento al autocuidado a la salud de los migrantes.
- Universalidad de los servicios de salud en el lugar de origen, traslado y destino.
- Mejora continua en la eficiencia y calidad de los servicios de salud.
- Coordinación intersectorial.







## II. A dónde queremos llegar

---





## II. A dónde queremos llegar

En el contexto de este Programa, el factor que interesa abordar es la capacidad que tienen los migrantes de conservar su salud ante diferencias importantes en el estilo de vida entre el lugar de origen y el de destino.

El Programa tiene dos etapas: la inicial en la que se implantará el componente para atender a la población que migra internamente, y posteriormente, la segunda etapa, donde se desarrollarán las acciones para atender a la población que migra internacionalmente.

Otros factores importantes para la salud son los relacionados con los riesgos que corren los migrantes en las diferentes etapas de su movilización: desde el origen, durante el traslado y en el destino final. Al respecto, se integrará el MAIS el cual considera tres acciones sustantivas y dos estratégicas. Las primeras son: Información (Promoción de la salud, capacitación del personal de salud), Atención Preventiva y Atención a la Salud; mientras que las segundas son: Vigilancia Epidemiológica Simplificada y Evaluación.

### **La instrumentación del Programa se hará en tres momentos:**

- En el lugar de origen.
- Durante el traslado.
- En el lugar de destino.

Etapas del Programa: atención a la migración interna y atención a la migración externa.

Tres momentos del fenómeno migratorio: origen, traslado y destino.

## Misión

Es la articulación de acciones en salud, dirigidas a los migrantes como grupo de población particularmente vulnerable, aplicadas en los sitios de expulsión y recepción para lograr un estado favorable de salud, tanto en la partida como en el regreso y garantizar una atención médica adecuada durante la estancia en el lugar de destino nacional o internacional, abordando los factores de riesgo en las poblaciones de origen antes del fenómeno migratorio para evitar que algunas enfermedades transmisibles no comunes en el lugar de destino puedan diseminarse creando un riesgo para la salud, y aplicar los mecanismos necesarios para evitar que los posibles riesgos de contagio afecten a las poblaciones de origen.

Misión: garantizar un estado favorable de salud al ir y regresar.

## Visión

"Vete Sano,  
Regresa Sano"  
Programa líder que  
articula las  
acciones  
esenciales en  
salud.

Ser el programa sectorial líder articulador de las acciones esenciales que garantizan la preservación y recuperación de la salud de nuestros connacionales que deciden cambiar su lugar de residencia, de manera temporal o definitiva, dentro de nuestro país o en el extranjero; mediante el acceso universal a servicios de salud de calidad y a la difusión de información que les permita conservarla en su lugar de origen, durante su trayecto y en su destino final.

## Marco legal

La salud es uno de  
los aspectos donde  
los migrantes son  
más vulnerables.

**Este Programa se desarrollará con el respaldo de los siguientes ordenamientos legales:**

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley General de Salud.
- Ley de Planeación.
- Ley General de Población.
- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Normas Oficiales Mexicanas.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006.
- 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 del Norte.
- El modelo de atención integrada y la descentralización de los Servicios Estatales de Salud.
- Modelo Integrado de Atención a la Salud. (MIDAS).

# III. Qué camino vamos a seguir





## III. Qué camino vamos a seguir

### Objetivo general

Proteger la salud de la población migrante, con la participación coordinada de todas las instituciones del sector salud, a través de información, atención preventiva y atención a la salud en su lugar de origen, en el traslado y en el lugar de destino, cambiando el paradigma de la atención a población residente a otro de población móvil.

### Objetivos específicos

- Desarrollar sistemas de información para la salud a los migrantes por medio de sus organizaciones;
- Otorgar atención a la salud a los migrantes en las unidades médicas del sector en el lugar de origen, traslado y destino identificadas como fases de atención;
- Realizar acciones de prevención de enfermedades en dos modalidades: dentro del programa permanente y en Semanas Nacionales de Salud;
- Establecer convenios de cooperación bilateral México-Estados Unidos (migración externa) e interestatales (migración interna).

Los objetivos básicos:

- Coordinación
- Información
- Atención preventiva y
- Un nuevo paradigma de atención.

### Componentes

#### Información a la población

##### En el lugar de origen:

- Identificación de redes sociales.
- Desarrollo de guías de información para la prevención de enfermedades, atención primaria de las complicaciones potenciales, primeros auxilios, higiene personal, saneamiento básico y promoción de la salud.
- Capacitación a la comunidad (uso de las cartillas de salud y vacunación existentes, entre otros tópicos).

##### Con base en la guía:

- Proporcionar información a la población móvil en lugares de reunión comunitaria.
- Difusión entre líderes comunitarios.



- Capacitación a líderes y contratistas.
- Participación en asociaciones de migrantes.

**En el traslado y el lugar de destino:**

- Información sobre los servicios de salud existentes.

### **Atención preventiva en el lugar de origen, traslado y lugar de destino**

- Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación.
- Vigilancia nutricional de los menores de veinte años.
- Orientación alimentaria a desnutridos y obesos.
- Prevención de enfermedades transmisibles.
- Ministración de antiparasitarios y micronutrientos.
- Detección de enfermedades crónico-degenerativas.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Atención del embarazo, parto y puerperio.
- Prevención de ITS, VIH y SIDA.
- Detección oportuna de cáncer (leucemias).
- Promoción de la salud mental.
- Salud bucal.
- Prevención y control de adicciones.

### **Atención médica, en el lugar de origen, traslado y destino**

- Sensibilización de los prestadores de servicios de salud.
- Tarjeta del viajero.
- Atención integrada a la infancia, adolescencia, adulto y adulto mayor.
- Incorporación a atención modular aunque no vivan en la zona.
- Atención de enfermos con padecimientos crónico degenerativos.
- Atención de enfermedades infecciosas.
- Referencia y contrarreferencia entre unidades de primero, segundo y tercer nivel del sector salud.

### **Vigilancia epidemiológica simplificada**

- Notificación oportuna de poblaciones móviles mayores de 100 habitantes.
- Notificación epidemiológica de enfermedades.

- Estudio de brotes.
- Seguimiento de casos de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.

## **Metas para el período 2001-2006 (en entidades y municipios de alta movilidad)**

### **Información**

#### **Información para la salud de los migrantes**

- Desarrollar estrategias y materiales para migrantes que contenga información sobre salud general, saneamiento básico, prevención de enfermedades, protección a la salud, entre otros aspectos a informar.
- Promoción para el autocuidado de la salud.
- Informar a los grupos de migrantes en su lugar de origen sobre el autocuidado de la salud con énfasis en protección y prevención contra daños.
- Identificación del 100% de redes de migrantes en 510 municipios de alta movilidad de las 10 entidades federativas con mayor migración en el país.
- Capacitar al 80% de líderes de migrantes identificados en los estados y municipios.

### **Prevención**

#### **Prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación**

- Cobertura de vacunación con dos dosis de Td y una dosis de SR al menos al 90% de hombres y mujeres de 12 a 45 años.
- Mantener la cobertura de los esquemas básicos completos por arriba del 95% en los grupos de un año y de 1 a 4 años de edad.

### **Atención**

- Otorgar atención integrada al menos el 80% de consultas otorgadas a la población menor de 20 años, en las unidades de salud.
- Garantizar la oferta de tratamiento para tuberculosis (todas las formas), al 100% de los casos diagnosticados.

## **Nutrición**

- Evaluar peso y talla en el 100% de la población menor de 20 años, en contacto con los servicios de salud.
- Otorgar orientación alimentaria al 100% de las personas desnutridas u obesas, que salen de sus lugares de origen.
- Administrar micronutrientes al 95% de los menores de un año de edad que tiene algún contacto con los servicios de salud.
- Administrar hierro y ácido fólico por prescripción médica al 100% de los adolescentes que así lo requieran.
- Ministran dos veces al año tratamiento antiparasitario, al menos al 95% de la población de 2 a 14 años, en contacto con los servicios de salud.

## **Consejería en planificación familiar**

- Atender al 100% de los migrantes en contacto con los servicios de salud, que soliciten métodos modernos de planificación familiar.

## **Salud sexual y reproductiva**

- Educar con perspectiva de género al 100% de los adolescentes, en el uso de métodos y procedimientos apropiados para evitar el embarazo y la adquisición de infecciones de transmisión sexual.
- Atender el 100% de los embarazos y partos por personal calificado.

## **Detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas**

- Realizar pruebas para la detección de padecimientos crónico-degenerativos y crónico-infecciosos, al menos al 95% de personas en riesgo, que estén en contacto con los servicios de salud.

## **Prevención de ITS, VIH, SIDA**

- Vigilancia y Atención del 100% de casos detectados con ITS, VIH y SIDA.
- Incrementar la frecuencia y difusión de campañas que se apeguen a los lineamientos técnicos y que promuevan comportamientos sexuales exentos de riesgo para prevenir la transmisión del VIH/SIDA e ITS.
- Consolidar e incrementar programas de educación en comportamientos sexuales saludables para grupos vulnerables, grupos en riesgo y la población adolescente en general.

- Incorporar el enfoque de género e información sobre los factores psicológicos, socioeconómicos y legales que aumentan la vulnerabilidad de las personas al VIH/SIDA e ITS, a las campañas informativas y programas educativos.
- Desarrollar estrategias preventivas especiales, de acuerdo a las necesidades de cada grupo y a las mejores prácticas, dirigidas a las poblaciones con prácticas de riesgo, tales como mujeres, jóvenes, HSH, indígenas, trabajadoras del sexo comercial, UDI, poblaciones móviles y personas privadas de la libertad.
- Promover, suministrar y distribuir condones a la población en general y garantizar su acceso a grupos con prácticas de riesgo, a través de los servicios de atención en salud sexual.
- Desarrollar la capacidad técnica y vigilar el cumplimiento de la normatividad vigente, en grupos seleccionados del personal de salud y docentes para responder a las necesidades de atención, información y educación en sexualidad y en el VIH/SIDA e ITS.
- Garantizar el desarrollo de estrategias preventivas específicas para las y los adolescentes con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/ SIDA e ITS.
- Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.

### Salud mental

- Realizar detección de trastornos depresivos o severos de conducta, en el 100% de mayores de 15 años, con factores de riesgo y en contacto con los servicios de salud.
- Desarrollar acciones de promoción de la salud mental en el 100% de las comunidades identificadas de alto riesgo.

### Salud bucal

- Capacitar en técnica de cepillado dental e incorporación del 100% de la población al programa de salud bucal.

### Adicciones

- Proporcionar orientación preventiva en el 100% de las comunidades identificadas como de alta movilidad.
- Realizar acciones para la detección de problemas de adicciones en comunidades de alta movilidad y derivar a instituciones especializadas al 100% de las personas detectadas.
- Detectar predisposición y consumo de sustancias adictivas en al menos el 95% de población de 10 y más años, en contacto con los servicios de salud de acuerdo a instrumentos de valuación contenidos en la NOM-028-SSA2-1999, para la prevención de este daño y derivar a instituciones especializadas al 100% de las personas detectadas.

## **Estrategias, líneas de acción y actividades**

La coordinación aumenta la efectividad de los programas.

### **Estrategia 1: Fortalecimiento de la coordinación sectorial e intersectorial.**

El propósito es promover, apoyar y uniformar la prestación de servicios del Programa, tanto en las instituciones del sector salud, como en los organismos públicos descentralizados, con la finalidad de que las acciones alcancen simultáneamente una mayor efectividad en el grupo blanco, así como a todas las dependencias del gobierno federal que potencialmente tienen responsabilidades afines al Programa.

#### **Líneas de Acción:**

- 1.1.** Fortalecer la coordinación para las actividades del Programa.
- 1.2.** Elaborar y concertar las bases para la coordinación del Programa con las instituciones que integran el sector en los niveles federal, estatal, jurisdiccional y local.
- 1.3.** Difundir normas y mecanismos de coordinación a través de los servicios estatales de salud.
- 1.4.** Definir, establecer y aplicar mecanismos de coordinación con las dependencias relacionadas con el Programa.
- 1.5.** Gestionar el apoyo de las dependencias y organizaciones no gubernamentales a las actividades del Programa.

Se requiere un diagnóstico específico de las poblaciones en riesgo.

### **Estrategia 2: Diagnóstico de la situación de salud.**

Realizar un diagnóstico de la situación de salud y necesidades de las comunidades con mayor índice de movilidad para la adecuada toma de decisiones en salud en 10 estados de la República Mexicana propuestos por CONAPO.

#### **Líneas de Acción:**

- 2.1.** Establecer coordinación con las 10 entidades federativas de acuerdo al índice de alta movilidad del CONAPO con un total de 502 municipios y un total de 3 millones de migrantes externos y 10 millones internos.
- 2.2.** Solicitar realizar el diagnóstico situacional de la población migrante así como sus características, temporalidad y volumen de personas, en las 10 entidades federativas en México, en los que se llevará a cabo el Programa.

**2.3.** Identificar sitios de origen y de destino interno y externo para programar acciones esenciales.

**2.4.** Priorizar necesidades.

### **Estrategia 3: Participación social con las comunidades organizadas.**

Caracterizar las comunidades de migrantes y sus organizaciones para caracterizar el tipo de migración económica o social y desarrollar líneas de promoción de la salud y realizar trabajo conjunto.

La participación social permite la autogestión y el seguimiento de los programas.

#### **Líneas de Acción:**

**3.1.** Identificación de comunidades que realicen migración interna y externa.

**3.2.** Identificación y coordinación con líderes comunitarios y contratistas, para su capacitación.

**3.3.** Identificación de redes sociales y de grupos de auto-ayuda.

**3.4.** Caracterización de temporadas de movilidad poblacional y mapa de movilidad por entidad federativa.

**3.5.** Realizar inventario de servicios de salud de las comunidades y propiciar mejoría de calidad de la atención en ellos.

**3.6.** Propiciar mejoría de calidad de la atención en los servicios de salud ubicados en municipios con alta expulsión poblacional.

### **Estrategia 4: Utilización del sistema de atención a la salud, con el Modelo Integral de Atención a la Salud (MIDAS).**

Reforzar el sistema de atención a la salud, información y de vigilancia epidemiológica y propiciar un modelo que transforme el paradigma de atención a población residente a un modelo de atención basado en población móvil.

El paradigma de atención debe estar enfocado a grupos de alta movilidad.

#### **Líneas de Acción:**

**4.1.** Desarrollo del Modelo Integral de Atención a la Salud a Población Migrante (MIDAS).

**4.2.** Desarrollo de manuales de atención a la salud.

**4.3.** Instrumentación del modelo.

Los programas tendrán efecto permanente si se logra que los usuarios y prestadores de servicios cuenten con mejores elementos culturales y de información.

### **Estrategia 5: Desarrollo humano.**

Integrar la formación técnica y humanística del personal de salud que labora en los diferentes niveles de la estructura del sector en el país y de los servicios de atención a migrantes en Estados Unidos, para mejorar la calidad de los servicios y promover la satisfacción armónica de sus necesidades.

#### **Líneas de Acción:**

- 5.1.** Realizar el diagnóstico de necesidades de capacitación.
- 5.2.** Establecer contenidos técnicos.
- 5.3.** Realizar el diseño psicopedagógico para la instrumentación.
- 5.4.** Definir la metodología de evaluación del conocimiento.
- 5.5.** Reforzar la operación de los Centros Estatales y Regionales de capacitación.
- 5.6.** Definir el sistema de formación de promotores a nivel binacional y su articulación con los centros de atención a migrantes (UC, HRSA y similares).

### **Estrategia 6: Mercadotecnia y movilización social.**

Orientada hacia la promoción de la salud en municipios de alta movilidad poblacional, a través de los diversos canales y medios de comunicación y redes sociales.

#### **Línea de Acción 6.1.: Campañas de comunicación.**

- 6.1.1.** Diseñar campañas efectivas de comunicación, a fin de lograr una mayor cobertura de información e impacto entre la población beneficiaria.
- 6.1.2.** Difundir a los servicios estatales y entidades del Sistema Nacional de Salud y de los asociados binacionales, las estrategias, los mensajes y los materiales de campaña para la unificación de imagen y criterios.
- 6.1.3.** Brindar apoyo y asesoría a las entidades federativas que soliciten el diseño de estrategias de comunicación focalizadas.

#### **Línea de Acción 6.2.: Coordinación y vinculación.**

- 6.2.1.** Concertar las estrategias de comunicación y movilización social con las diversas instancias involucradas para la coordinación, unificación de criterios, instrumentación y seguimiento.

La comunicación social es un elemento básico para lograr la participación de los beneficiarios.

**6.2.2.** Vinculación con las áreas correspondientes para el cumplimiento de la normatividad y la aplicación de los recursos asignados.

**Línea de Acción 6.3: Concertaciones y patrocinios.**

**6.3.1.** Identificar y concertar con los sectores público, social y privado binacionales, apoyos y acciones específicas; de participación directa en las actividades del Programa; de financiamiento; de donación, difusión, producción y distribución de materiales y de investigación sobre las condiciones de salud de las poblaciones migrantes.

**6.3.2.** Establecer un sistema y/o red de apoyos constantes y permanentes por parte de los sectores público, social y privado.

**Línea de Acción 6.4: Evaluación de campañas promocionales.**

**6.4.1.** Conocer y caracterizar a las diferentes audiencias blanco y personajes clave, así como sus preferencias comunicacionales, costumbres, prácticas y actitudes frente a la salud para el diseño e instrumentación de estrategias y campañas de comunicación eficaces.

**6.4.2.** Evaluar la percepción e impacto de las campañas de promoción, las estrategias y los productos comunicativos distribuidos.

**Estrategia 7: Programación de acciones y evaluación de efectos en salud.**

Desarrollo de acciones conjuntas con países vecinos de la región, para otorgar servicios de salud a los migrantes.

**Líneas de Acción:**

**7.1.** Ofrecer información, orientación y capacitación a padres, maestros y comunidad a través de grupos intersectoriales para que adopten conductas saludables en lo individual y colectivo, así como en la protección del medio ambiente.

**7.2.** Hacer uso de los convenios con la SEP, PGR y bajo el modelo de comunidades saludables integrar proyectos que permitan la promoción a la salud.

**7.3.** Fortalecimiento de los grupos organizados en las comunidades como asociaciones de migrantes para desarrollar trabajos conjuntos en salud con unidades de salud de primer nivel. En el caso de California, coordinados por la Universidad de California.

La colaboración conjunta hace más efectivo el uso de los recursos y mejora la efectividad de las acciones.



**7.4.** Información en los consulados de México en Estados Unidos por medio de guías binacionales de orientación a la salud y directorios de los servicios de salud en Estados Unidos y México (fronterizo).

**7.5.** Fomentar la participación comunitaria.

**7.6.** Desarrollar y articular acciones conjuntas para las semanas binacionales de salud MEX- EE.UU.

**7.7.** Concertar con dependencias binacionales para definir las acciones que se llevarán a cabo simultáneamente y articuladas con las semanas nacionales de salud.

**7.8.** Desarrollo de acciones conjuntas con estados de la Unión Americana para otorgar servicios de salud a los migrantes en el lugar de destino internacional.

La investigación es esencial y sus resultados deberán modular permanentemente la aplicación de los programas.

### **Estrategia 8: Investigación operativa.**

Favorecer la sistematización e integración de las acciones de investigación relacionadas con la operación de los componentes del Programa.

#### **Líneas de Acción:**

**8.1.** Realizar consenso interinstitucional sobre prioridades de investigación.

**8.2.** Desarrollo de líneas de investigación.

**8.3.** Difundir líneas de investigación.

**8.4.** Elaboración de proyectos.

**8.5.** Difusión de resultados.

**8.6.** Asesoría para la elaboración de proyectos, búsqueda de información, fuentes de financiamiento y publicación.



# IV. Organización de la atención a los migrantes

---





## IV. Organización de la atención a los migrantes

El acercamiento de los servicios de salud a poblaciones móviles tendrá como punto de partida la evaluación continua de los grupos de migrantes nacionales y permitirá la atención indiscriminada de hasta el 80% de la población en dos ciclos anuales, con campañas intensivas de promoción para propiciar la participación de las comunidades en el autocuidado de la salud, en donde la capacitación de los líderes de las asociaciones de migrantes constituye un eje fundamental para el éxito.

El uso del sistema nacional de salud a lo largo del trayecto de los migrantes y bajo esquemas de identificación personalizada con instrumentos generales como la cartilla de salud del migrante, favorecerá la aplicación del MAIS, modelo de atención que está orientado en tres dimensiones de movilidad (estacionalidad), lugar de origen, tránsito y destino.

Las acciones se enfocarán a poblaciones vulnerables como la infantil y las mujeres en edad reproductiva y embarazadas, ofreciendo información simple, clara y con sensibilidad, traducida en su propia lengua (en general tres idiomas en México: Náhuatl, Zapoteco y Mixteco).

### ***Descripción del Modelo de Atención Integrada a la Salud del Migrante (MAIS)***

La salud de los migrantes como la de toda la población es responsabilidad del Gobierno Mexicano, el cual debe hacer lo necesario para que los habitantes tengan acceso a servicios de salud, por lo tanto:

Los gobiernos, tanto federales como estatales, hacen accesibles los servicios básicos de salud, independientemente del estado migratorio de la población.

Se hacen corresponsables al tener disponibles servicios básicos mediante estrategias que ofrecen las acciones esenciales para lograr la preservación y restauración de la salud de grupos vulnerables de población.

Para lo anterior hay que aprovechar la movilización social, servicios, agencias de migrantes, servicios de salud a ambos lados de la frontera y comités de salud formados por la comunidad.

Algunos de los aspectos del desarrollo del programa no pueden ser previstos desde el inicio, por lo que la instancia de coordinación deberá incluirlos paulatinamente conforme se acuerden acciones interestatales o binacionales que vinculen poblaciones origen-destino con flujos migratorios bien establecidos.

Asimismo, la articulación de los programas y la coordinación de todos los aspectos institucionales es indispensable para la efectividad del Programa, para evitar duplicidades y para lograr evaluaciones precisas y un uso racional de los recursos de manera que lleguen a la población blanco de manera eficiente.

Para su implementación, el MAIS contempla tres fases para el abordaje integral de los tres componentes básicos.

**Fases:**

- Acciones en el lugar de origen.
- Acciones en el traslado.
- Acciones en el destino final.

**Componentes:**

- Información.
- Prevención.
- Atención a la salud.

### Acciones de salud en el lugar de origen

En el lugar de origen se tomará en cuenta la población completa de aquellos municipios calificados o identificados con alta movilidad poblacional.

Se determinará la variación de la movilidad estacional realizando calendarios precisos de la cantidad de población que migra para desarrollar acciones al salir y al regresar, tomando como fuente esta información.

En esta primera fase se tiene contemplado utilizar la información de CONAPO, en cuanto al índice de movilidad poblacional y se han definido en principio 10 estados de la República:

**Cuadro 2**  
**Diez Entidades Federativas con mayor índice de movilidad poblacional.**  
**México, 2000**

| Clave de la Entidad | Nombre              |
|---------------------|---------------------|
| 2                   | Baja California     |
| 6                   | Colima              |
| 11                  | Guanajuato          |
| 12                  | Guerrero            |
| 14                  | Jalisco             |
| 16                  | Michoacán de Ocampo |
| 20                  | Oaxaca              |
| 21                  | Puebla              |
| 24                  | San Luis Potosí     |
| 32                  | Zacatecas           |

Fuente: La Población de México en el Nuevo Siglo. CONAPO, 2000.

El total de municipios de estas 10 entidades considerados de alta movilidad son 502, que representan el 24.1% del total de los municipios del país.

El personal de las unidades de salud del país serán los encargados de atender a pacientes así como de coordinar las acciones de promoción de la salud en las comunidades bajo su responsabilidad, con especial atención en la sectorización de zonas complejas como pueden ser las áreas urbanas para coordinar estrechamente las acciones con personal de otras instituciones o personal voluntario.

La promoción de la salud es el puntal de las acciones ya que el trabajo con migrantes debe ser fundamentalmente a través del esfuerzo organizado de las comunidades de origen y destino.

Durante el proceso, los núcleos básicos son los encargados de la atención a los migrantes en las poblaciones de origen y deben ser monitoreados por los supervisores zonales, quienes deberán:

- Orientar sobre:
  - ▶ Proceso de atención a la salud en unidades de salud.
  - ▶ Organización de la comunidad y grupos de apoyo.
- Capacitar a los núcleos básicos y promotores bajo un esquema de desarrollo humano.

En el lugar de origen se reforzarán las acciones como se tienen propuestas en los componentes y las metas, aplicando las estrategias, bajo el principio estacional de las movilizaciones.

Los servicios de salud aplicarán las acciones de información, prevención y atención con los instrumentos convencionales del Modelo Integral de Atención a la Salud (MIDAS), reforzando la utilización del registro individual (expediente clínico, carnet de citas, cartillas de vacunación y de salud, tarjeteros de planificación familiar, control del niño sano, nutrición y alimentación, registros nominales, etc.), de los informes y concentrados periódicos (SUIVE, SISPA, etc.), así como el reforzamiento de los estudios epidemiológicos y reportes de brotes.

La diferencia estriba fundamentalmente en la posibilidad de separar la información de los municipios de alta movilidad inicialmente de los estados en cuestión.

La aplicación de técnicas especiales para el desarrollo del diagnóstico de necesidades será coordinada por dos entidades expulsoras: una de ellas como ejemplo de movilidad económica y la otra como modelo de movilidad social, Puebla y Guanajuato respectivamente. En ellas se pondrá en juego el modelo integral asumiendo la experiencia que han acumulado en programas sanitarios a migrantes tanto nacional como internacionalmente.

Los responsables del programa desarrollarán la Guía Universal de Información en Salud para migrantes "Vete sano y regresa sano". Ellas serán de autoaplicación para migrantes sociales y a través de responsables de grupos en migrantes económicos. Se emplearán estrategias de movilización social sobre todo en las Semanas Nacionales de Salud a través de una intensificación de acciones del sector y atendiendo a los calendarios migratorios.

Las acciones de promoción a la salud se registrarán de forma convencional en el SISPA.

Las unidades de salud deberán resolver la problemática canalizada o bien referir a los pacientes que así lo ameriten, a hospitales de segundo y tercer nivel de acuerdo con la red de atención del sector salud.

### **Acciones en el traslado**

El traslado de los migrantes, sobre todo del tipo económico, tiene como característica la salida de grupos con familias completas; dicha situación implica la alerta de las acciones comprendidas en los componentes aunadas a una estrategia básica de vigilancia epidemiológica simplificada, donde el énfasis se encuentra en la vigilancia activa de puertas de entrada y salida como estaciones de autobús, aeropuertos y puntos predichos de salida carretera, así como los grupos definidos de migrantes agremiados bajo contrato, identificados por el responsable del programa.

Durante el traslado se hace muy importante el papel de prestadores de salud que identifiquen como insumo de la estrategia las redes sociales y la orientación de las acciones a todo el ciclo de vida de la población (grupos de edad), con la finalidad de promover la salud a través de la movilización social.

Para los grupos casuales como son aquellos que cruzan la frontera, será necesaria la búsqueda en las fronteras de promotores voluntarios que promuevan la autoayuda, advirtiéndoles de los riesgos a la salud de la migración.

### **Acciones en el destino**

Existen varias entidades con destinos nacionales muy definidos en donde la población migrante suele tomar como puntos intermedios en su recorrido para el trabajo; Sinaloa, Chihuahua y Tamaulipas son tres ejemplos de entidades receptoras de poblaciones de diversos orígenes en busca de fuentes de trabajo y de tránsito hacia los EE.UU.

Las acciones en el lugar de destino deben hacerse sistemáticas con una coordinación cercana con los estados de origen para el control sanitario de la población.

Los jornaleros del campo tienen también como destino lugares de trabajo donde se hacen derechohabientes del IMSS, por lo que ellos tienen garantizado que se realizarán adecuadamente las acciones de vigilancia epidemiológica que marca el programa.

Las acciones de salud en los Estados Unidos pretenden fortalecer coordinaciones con centros de atención a migrantes haciendo promoción de los servicios de salud y fomentando su utilización.

En la frontera sur la vigilancia epidemiológica, con los estados receptores como son Chiapas, Quintana Roo y Tabasco, se refuerza para la detección de poblaciones migrantes y ser integrados a la atención regular a población abierta como un principio de equidad.

### **Contribución de este Programa a otros Programas de Acción del Programa Nacional de Salud**

Este Programa tendrá a su cargo acciones del Programa de Infancia, Adolescencia, Salud Reproductiva, Vigilancia Epidemiológica, Promoción de la Salud y se vinculará con la Cruzada Nacional por la Calidad de la Atención.

### **Atributos de la atención**

Con base en tres ejes de acción, que corresponden a valores de la gestión de los servicios y facilitan el acceso a ellos ayudando a mejorar continuamente la calidad en su prestación.

#### **Sincronía**

Las acciones deben estar a punto en un momento definido. Acciones diversas en una convergencia temporal se hacen importantes debido a la oportunidad con la que deben dotarse.

#### **Complementariedad**

Con la finalidad de utilizar el recurso residual de los servicios (déficit de utilización) para pasar de un nivel deplorable a un nivel de eficiencia. La complementariedad es un término fácil de operar: grupos poblacionales migratorios atendidos mediante acciones básicas de salud y capacitación con énfasis en mujeres y niños.

En el caso de la migración externa: convenios con servicios de salud en EE.UU. en donde el punto de atracción sería poblaciones saludables con una autodeterminación para el cuidado de su salud, uso racional de las unidades de salud dispuestas para población migrante con intercambio binacional de acciones de salud pública con ellos y entre los estados fronterizos, orientadas a la promoción de la salud, gerencia de servicios y acciones conjuntas de epidemiología.

Para el caso de la migración interna: coordinación interestatal para favorecer la complementariedad de las acciones.



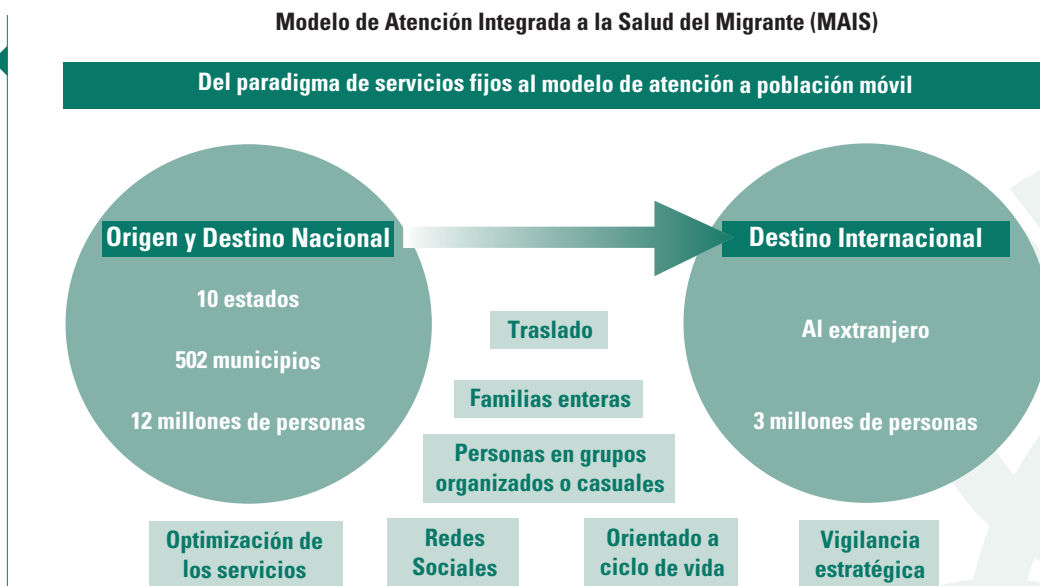
## Continuidad institucional

Dar continuidad a los servicios del sector salud tanto en el interior del país como en el extranjero.

Del Modelo Integrado de Atención a la Salud que es el modelo propuesto por el Programa Nacional de Salud se desprende una estrategia concreta para la dotación de servicios a población que se mueve con fines de trabajo y que tiene una permanencia mayor a 6 meses fuera de su lugar de origen.

El modelo para población móvil tiene como finalidad la transición del paradigma de la atención fija a la atención móvil, a la búsqueda activa de la población desde el origen hasta el destino con la finalidad de una adecuada utilización de los servicios disponibles.

Figura 2



# V. Cómo medimos los avances





## V. Cómo medimos los avances

### *Información*

La estructura actual del sistema de información del Programa se basa en los sistemas institucionales para población abierta y de seguridad social, que integran el Sistema de Información en Salud. Su objetivo es disponer de información pertinente, oportuna, completa y confiable para el seguimiento de las acciones y la evaluación del impacto del Programa.

Para lograrlo, se mantendrá coordinación con las direcciones generales de la Secretaría de Salud (SSA) que norman y operan los sistemas y con las áreas que generan información de las instituciones de seguridad social, lo que favorecerá la generación y utilización de la información por los niveles locales y estatales.

La Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño administra el SISPA que es utilizado por la Secretaría de Salud. Este sistema genera información estadística homogénea, continua, oportuna y relevante, acerca de los daños a la salud, la disponibilidad de recursos y la prestación de servicios.

Además, esta dirección general emite otras publicaciones periódicas que proporcionan información nacional relevante para el Programa, como las Estadísticas Vitales y Serie de Mortalidad, de periodicidad anual, información sectorial, como los Boletines de Información Estadística y la situación de salud de los estados, también de periodicidad anual, el Boletín del Sistema de Información en Salud para la Población Abierta y el Anuario Estadístico, que se publican de manera mensual y anual, respectivamente.

La Dirección General de Epidemiología norma y coordina el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE), que incluye información epidemiológica de todas las instituciones del sector salud. Su objetivo es proponer a los niveles de decisión las medidas a corto, mediano y largo plazo, necesarias a fin de prevenir, controlar y eventualmente erradicar riesgos y daños a la salud. De este sistema se utiliza la información de los Sistemas: Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED).

La información obtenida por medio de estos sistemas permite identificar las áreas y poblaciones en riesgo y apoya la toma de decisiones para la prevención y control de daños y riesgos a la salud.

Otros sistemas institucionales que participan en la alimentación de la información son el Sistema de Información en Salud a Población Abierta (SISPA).

## **Supervisión**

La supervisión considerada como parte de la fase de control en el desarrollo de cualquier programa, es una herramienta fundamental para tomar decisiones de carácter técnico y administrativo.

Por tanto las acciones de supervisión están encaminadas a:

- Vigilar el cumplimiento de la normatividad técnica del Programa, en los diferentes niveles de los servicios de salud de los ámbitos nacional, estatal, jurisdiccional y local, de las instituciones del sector.
- Propiciar que las acciones de supervisión sean de carácter institucional.
- Verificar de manera permanente el cumplimiento de metas y coberturas del Programa, dando prioridad a las entidades en que se detecten problemas en la operación.
- Identificar oportunamente problemas técnicos o administrativos y proponer alternativas de solución.
- Mejorar la capacidad técnica y resolutive de los servicios de salud en las entidades federativas, mediante la asesoría continua o capacitación directa en servicio al personal involucrado.
- Elevar la calidad de la atención a la población móvil.

## **Evaluación**

La evaluación del Programa comprende el seguimiento de las actividades del proceso y de indicadores de impacto. Las fuentes de información son los desarrollados de cómputo SISPA para el proceso y SEED para impacto.

En la evaluación del proceso se medirán las actividades que realice el personal operativo. La evaluación del impacto busca medir la repercusión del Programa en la inequidad en salud.

Se realizarán evaluaciones parciales cada tres meses, en las que se incluirán aquellos indicadores que se generen con esa periodicidad y con desagregación municipal, tres veces al año, después de cada Semana Nacional de Salud y de forma anual, en donde se contemplarán todos los indicadores obtenidos con información de los sistemas formales. Para algunos se realizarán encuestas en la población.

Una característica que se impulsará son las evaluaciones de carácter sectorial. De igual manera, cabe señalar que se promoverá la utilización de la información por todos los niveles de la organización de servicios de salud, en particular por el operativo ya que es donde se inicia la evaluación y a quien debe servir.

# VI. Apéndice

---





## VI. Apéndice

### *Abreviaturas y acrónimos*

- MAIS.** Modelo de Atención Integrada a la Salud de los Migrantes  
**CONAPO.** Consejo Nacional de Población  
**INEGI.** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática  
**EMIF.** Encuesta de Migración en la Frontera Norte  
**STyPS.** Secretaría del Trabajo y Previsión Social  
**INM.** Instituto Nacional de Migración  
**COLEF.** Colegio de la Frontera  
**GCAN.** Grupo de Contacto de Alto Nivel sobre Migración  
**EE.UU.** Estados Unidos de América del Norte  
**MIDAS.** Modelo Integral de Atención a la Salud  
**SUAVE.** Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica  
**SIDA.** Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida  
**VIH.** Virus de la Inmunodeficiencia Humana  
**IMSS.** Instituto Mexicano del Seguro Social  
**ISSSTE.** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado  
**IMSS-Sol.** Programa IMSS-Solidaridad  
**ITS.** Infecciones de transmisión sexual  
**Td.** Vacuna antitetánica y antidiftérica para adulto  
**SR.** Vacuna contra sarampión y rubéola para adulto  
**SEP.** Secretaría de Educación Pública  
**PGR.** Procuraduría General de la República  
**SISPA.** Sistema de Información en Salud para Población Abierta  
**SSA.** Secretaría de Salud  
**SNVE.** Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
**SEED.** Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones

### *Bibliografía*

1. La Población de México en el Nuevo Siglo. Consejo Nacional de Población. CONAPO. 1ª Edición. Julio de 2001.
2. Migración y Salud. Consejo Nacional de Población. CONAPO. El Colegio de la Frontera Norte. 2ª Versión. Mayo de 2001. Inédito.
3. *Binational Study on Migration, A report of.* Estudio Binacional México-Estados Unidos sobre la Migración. Inédito.



4. *World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty*. Publicado para el Banco Mundial. Oxford University Press. 1ª Impresión: septiembre de 2000.
5. La Situación Demográfica en México, 1997. Consejo Nacional de Población. CONAPO. Secretaría de Gobernación. 2ª Edición: octubre de 1998.
6. La Situación Demográfica en México, 1998. Consejo Nacional de Población. CONAPO. Secretaría de Gobernación. 1ª reimpresión de la 2ª Edición: octubre de 1998.
7. IX Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Libro de Resúmenes. 5-7 de marzo de 2001. Cuernavaca, Mor. México. 1ª Edición: 2001.
8. Tuirán, R. Migración México-Estados Unidos. Presente y Futuro. Consejo Nacional de Población. CONAPO. 1ª reimpresión: septiembre de 2000.
9. Tuirán, R. Migración México-Estados Unidos. Opciones de Política. Consejo Nacional de Población. CONAPO. Secretaría de Gobernación, Secretaría de Relaciones Exteriores. 1ª Edición: noviembre de 2000.
10. García-Zamora, Rodolfo. Agricultura, migración y desarrollo regional. Universidad Autónoma de Zacatecas, Secretaría Académica: mayo de 2000.
11. Pescador Osuna, J. A. Una Visión Utópica de la Migración. Gobierno del estado de Veracruz–Llave. Cuadernos de Historia y Política Veracruzana. 1ª Edición: septiembre de 2000.
12. Cornelius, A. 2000. La Imagen de México en el Ámbito Internacional: El caso de la migración Mexicana a Estados Unidos. Instituto Nacional de Administración Pública, Serie Praxis. 1ª Edición, No. 112.
13. Galeana, P. y Cols. Nuestra Frontera Norte. Archivo General de la Nación. Secretaría de Gobernación. noviembre de 1999.
14. Alarcón R.; Delgado Wise R., García Zamora, R.; Goldrin, L.; Íñiguez, D.; Kumetz, F.; Levander, M.; Lozano Ascencio, F.; Martínez Saldaña, J.; Mines, R.; Moctezuma Longoria, M.; Padilla, J.; Partida, V.; Rodríguez Ramírez, H.; Smith, R. 2000. Impacto de la Migración y las Remesas en el Crecimiento Económico Regional. Senado de la República. 1ª Edición: 1999.
15. Orozco, Gabriela; González, Esther; Díaz de Cossío, Roger. Las Organizaciones Mexicano-Americanas, Hispanas y Mexicanas en Estados Unidos. Centro de Estudios Migratorios, Secretaría de Gobernación, Fundación Solidaridad Mexicano Americana: octubre de 2000.
16. Ramos, J. M. Desarrollo regional y relación transfronteriza. El caso México-California. Instituto Nacional de Administración Pública. 1ª Edición: septiembre de 1996.

Programa de Acción: **Migrantes “Vete Sano y Regresa Sano”**

Primera edición: 2000 ejemplares

Se terminó de imprimir en mayo de 2002



# Programa Nacional de Salud 2001-2006

Estrategia

1

**Vincular a la salud con el desarrollo económico y social**



[www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)