

SALUD REGIONAL

SALUD Y **MIGRACIÓN**

**REVISTA SALUD REGIONAL, AÑO 2, NÚMERO 2,
ENERO-JUNIO 2019, EL SALVADOR**

DIRECTOR EDITORIAL

Alejandro Solís Martínez

CONSEJO EDITORIAL

José Miranda Gómez

Guadalupe López Galdámez

David Rodríguez Araujo

María de los Ángeles Campos de Murillo

AUTORES INVITADOS

Karen Carpio

Oficina Regional de OIM para Centroamérica Nortamérica y Caribe Organización Internacional

Ángel Almánzar

Director General de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana

Manuel Castillo

Oficial de Asuntos Económicos CEPAL

Iritzel Santamaría

Subdirectora Nacional de Planificación del Ministerio de Salud de Panamá

CORRECTORES DE ESTILO

José Miranda Gómez

Guadalupe López Galdámez

María de los Ángeles Campos de Murillo

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Karen Mejía Nolasco

CONTENIDO

4

Editorial

7

Presentación

9

Consideraciones sobre la salud mental de personas migrantes en las Américas

15

Migración y salud mental en la República Dominicana

19

Migración, salud y cambio climático

24

Jornada Mundial de la Juventud en Panamá. Una experiencia de cobertura de salud a peregrinos concentrados y en desplazamiento masivo

34

Atención integral de salud a las personas migrantes en tránsito, retornadas y familias fragmentadas

Editorial



**Dr. Alejandro Solís
Martínez**

*Secretario Ejecutivo del
Consejo de Ministros de Salud
de Centroamérica y República
Dominicana*

La Migración centroamericana en búsqueda del sueño americano: Un espejismo económico que afecta la sociedad

Las migraciones humanas prehistóricas del paleolítico, constituyeron el primer proceso efectivo en la expansión de la humanidad hace unos 70 000 años.

La historia bíblica antes de Jesucristo, registra el primer movimiento migratorio del pueblo judío con más de seiscientos mil hombres de a pie, sin contar los niños, que después de permanecer 430 años en cautiverio bajo la dominación y explotación de Egipto, salen en pos de su libertad y una vida mejor. (Santa Biblia Reina Valera, Éxodo 12: 37)


Durante este flujo migratorio forzado, el pueblo de Israel en su travesía por el desierto y el Mar Rojo hacia la tierra prometida, padeció hambre, desnudez, sufrió guerras, enfrentó peligros, inclemencias del tiempo y persecución.

En el Oriente Medio y en el Mediterráneo oriental (Mesopotamia, Egipto, Persia, Media, Grecia, Macedonia, Fenicia) y en el Mediterráneo occidental (Cartago y Roma) la formación de los primeros imperios trajo consigo grandes desplazamientos de pobladores y soldados, que se encargaron de ocupar, tanto libremente como por la fuerza, nuevas tierras. El caso de los colonos romanos que se establecieron en la antigua Dacia (actual Rumanía) puede servir de ejemplo de estos desplazamientos.

Otro hecho histórico, relacionado con la ocupación colonial de América, fue lo sucedido en los siglos XVII y XVIII, cuando varias monarquías europeas impulsaron el secuestro y la migración forzada de millones de personas africanas hacia el continente americano, para ser utilizadas como esclavos con su consecuente explotación.

En el continente Americano, la formación de los imperios andinos y centroamericanos, impulsaron movimientos poblacionales en la región del océano Pacífico, provenientes del norte y del sur de América, que difundieron descubrimientos como el del maíz. En la región del océano Atlántico el poblamiento fue influido por las grandes migraciones de la civilización no urbana, indígena guaraní.

Transcurridos más de 2 mil años, en el siglo pasado, en el antiguo continente se describen movimientos masivos migratorios, que colocaron esta problemática en la atención mundial.



En la actual etapa de globalización, la alta movilidad de los capitales y los avances en los medios de transporte y comunicación, han impulsado los procesos migratorios. A la vez y paradójicamente, las políticas migratorias restrictivas y las manifestaciones de xenofobia, unidas a la documentación masiva de la identidad de las personas y los medios tecnológicos de control de las fronteras, han buscado limitar los procesos migratorios, dando origen al fenómeno social de las llamadas “personas ilegales” o «sin papeles».

A partir de 1950 en adelante se ha venido desarrollando un proceso emigratorio de dimensiones incalculables en los países del tercer mundo, especialmente en los más poblados.

Un dato interesante según el Banco Mundial (2008) entre 1981 y 2005 aumentó el número de personas (de 930 a 3, 500 millones) en el mundo en desarrollo, disponen de un ingreso de más de 2,5 dólares por día. Todo indica que este desarrollo continuará, potenciando con gran fuerza la capacidad migratoria de un mayor número de personas del mundo en desarrollo.

Según Naciones Unidas se estima que 175 millones de personas, el 2.9 % de la población mundial, de las cuales la mitad son mujeres, viven fuera de su país de origen. La migración Sur-Sur es casi tan frecuente como la migración Sur-Norte y es probable que aumente en el futuro próximo.

Esta desgracia social y humana en el principio del siglo XXI, particularmente en el istmo centroamericano se profundiza a partir de octubre de 2018, cuando surgen masivas migraciones, denominadas “caravanas” cinco en total hasta diciembre del mismo año, con un nuevo elemento como son los niños no acompañados. Estas caravanas son provenientes principalmente de Honduras, El Salvador y Guatemala que se desplazan en la búsqueda del “sueño americano”, un espejismo económico que afecta la sociedad.

Según el historiador Norteamericano James Truslow Adams, quien acuñó la frase en su libro (American Epics 1931) el “sueño americano” suele referirse a los ideales que garantizan la oportunidad de prosperar y tener éxito para lograr una movilidad social hacia arriba. Estos ideales suelen ser la democracia, los derechos civiles, la libertad, la igualdad y la oportunidad para todo el mundo según su habilidad o su trabajo, independientemente de su clase social o las circunstancias en las que nace. No obstante, este concepto en la actual realidad

es una utopía, para las personas no originarias de los Estados Unidos de Norte América, que no siempre alcanzan oportunidades para su prosperidad, a pesar de haber sacrificado sus pocas pertenencias, inclusive arriesgando su vida en el trayecto.

Dichas caravanas están determinadas por factores propios de cada país emisor o expulsor de migrantes. En el caso particular de la región SICA, según la literatura se pueden identificar dos tipos de factores: los llamados “factores de expulsión” (push factors en la terminología académica) que empujan a los migrantes a dejar sus respectivas regiones o países (guerras, dificultades económicas, persecuciones religiosas, desastres medioambientales, entre otros). Y los “factores de atracción” (pull factors) que llaman a los migrantes hacia determinadas regiones o países que ofrecen (mejores salarios, democracia, paz, acceso a la tierra y condiciones favorables de vida).

Los Estados Unidos es el destino más popular de los migrantes de Centroamérica. Para el 2015 vivían en ese país un 78 % y solo el 15% en otros países de la región y México.

Según la Secretaría de Gobernación de México entre enero y marzo del 2019, México enfrenta un inédito fenómeno migratorio: más de 300,000 personas han cruzado el país de forma irregular con rumbo a Estados Unidos.

Según el PNUD y la OIM (2013) los deseos y decisiones de migrar están relacionadas con fenómenos como las desigualdades sociales, el hambre, desempleo, guerras, delincuencia, narcotráfico, falta de oportunidades, violación a los derechos humanos, persecuciones políticas, violencia, discriminación étnica y de género, cambios y catástrofes climáticas, trata de personas, desintegración familiar, decadencia socio productiva de ciertas regiones que afecta el anclaje territorial y más recientemente ha aparecido la migración por causas turísticas.

En este contexto, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, reconociendo que la región centroamericana se caracteriza por ser una región de origen, tránsito, destino y retorno, desde el año 2010 y con mayor ímpetu en los años 2017, 2018 y 2019 ha adoptado varias resoluciones sobre Salud y Migración, con el propósito de reducir las vulnerabilidades en salud de la población migrante, personas retornadas y familias fragmentadas.

Para ello, se han desarrollado las siguientes acciones:

1. Participación de la SE-COMISCA en el proceso de elaboración del Plan de Acción de los Lineamientos de la Política Regional de Migración del SICA.
2. Conformación del Grupo Técnico de Migración del COMISCA.
3. Análisis de la situación multidimensional de migración y salud en el 3er. Para Foro Intersectorial Regional de la Salud.
4. Lineamientos Estratégicos para la atención integral de salud a las personas migrantes en tránsito, retornados y familias fragmentadas en la región SICA.
5. Impulso de acciones intersectoriales, integrales e interdisciplinarias de protección social y salud pública para la atención a migrantes.
6. Gestión con la cooperación para proyectos de atención integral de salud a personas migrantes.
7. Incidencia política en la formulación de Políticas Públicas para una respuesta integral e intersectorial a las personas migrantes, retornadas y familias fragmentadas.

Presentación

En este segundo número de la Revista “Salud Regional”, dedicado a Salud y Migración, se retoma una de las problemáticas definidas y discutidas desde el Primer Foro Intersectorial para la Salud de Centroamérica y República Dominicana, desarrollado bajo la Presidencia Pro Témporte de Panamá en 2017. Temática que fue retomada para su análisis y abordaje en el Tercer Foro Intersectorial, desarrollado recientemente bajo la Presidencia Pro Témporte de Guatemala en 2019.

Para esta edición hemos contado con la colaboración de autores invitados de instituciones especializadas en migración como es el caso de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) que expone las Consideraciones sobre la salud mental de personas migrantes en las Américas; la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) que pone la mirada en Migración, salud y cambio climático. Además, las experiencias de los Ministerios de Salud de los Estados Miembros de la Región SICA: Migración y salud mental en la República Dominicana y la Jornada Mundial de la Juventud en Panamá. Una experiencia de cobertura de salud a peregrinos concentrados y en desplazamiento masivo. Finalmente, el análisis desde la SE-COMISCA sobre la Atención integral de salud a personas migrantes en tránsito, retornadas y familias fragmentadas.

Desde el sector salud regional, el COMISCA aborda la migración irregular y las condiciones de riesgo y vulnerabilidad medioambiental como asuntos de políticas públicas que requieren construirse desde una perspectiva teórica que vincule las condiciones y los procesos de determinación social que las caracterizan y explican. A su vez, se recurre a un planteamiento metodológico que permita identificar las imbricaciones de la extensión e implicaciones de esas condiciones y procesos de determinación, así como las intervenciones intersectoriales e interinstitucionales regionales requeridas para avanzar hacia la equidad, integralidad y la garantía del derecho a la salud.

Esta perspectiva teórico-metodológica se sustenta en los cuatro pilares del Pensamiento Regional de Salud del COMISCA constituido por: la Seguridad Humana, la Determinación Social de la Salud, la Gestión del Conocimiento y los Bienes Públicos Regionales Comunitarios; los cuales fueron plasmados en el primer número de Salud Regional.

La respuesta del COMISCA ante la migración en la región SICA, incluyendo sus nuevas formas, ha sido plasmada en:

- 1.** El “Plan de acción y los lineamientos de Política Regional de Migración del SICA” de la Secretaría General, como el marco de referencia para articular las acciones intersectoriales.
- 2.** La “Agenda Regional Intersectorial sobre Protección Social e Inclusión Productiva con Equidad (ARIPSIP), 2018-2030” de SICA, como marco de referencia para la atención a la migración en el marco de la protección social regional.
- 3.** La Agenda de Salud para Centroamérica y República Dominicana 2019-2030, que contempla como área de acción en el numeral 4.2.4 priorizar el trabajo intersectorial desde la determinación social de la salud, a partir de los compromisos del Foro Intersectorial Regional de la Salud de Centroamérica y República Dominicana, entre los cuales se destaca, la salud del migrante.
- 4.** Los “Lineamientos estratégicos para la atención integral de salud a las personas migrantes en tránsito, retornados y familias fragmentadas en la Región SICA” del COMISCA, como respuesta táctico-operativa para fortalecer el nivel ejecutor de las ocho administraciones de salud de la región SICA.
- 5.** Una perspectiva de trabajo interdisciplinario para atender la movilidad humana, las poblaciones migrantes y familias fragmentadas y el medioambiente, constituido por, al menos, cinco estructuras del COMISCA (CEIP, COTEVISI, CTGERS, Puntos Focales, y CTIS).
- 6.** La “Iniciativa Conjunta de Salud y Migración (INCOSAMI)”, como un mecanismo de coordinación técnica regional que reúne a los principales actores de Centroamérica y México en materia de Salud y Migración para facilitar alianzas y vínculos multisectoriales, mejorar el intercambio de información, y promover políticas inclusivas.

La respuesta a la migración regional exige superar el letargo que como región se ha tenido frente a este fenómeno social y económico. En el Marco del mandato de las instituciones y órganos del SICA, así como de lo dispuesto en las Resoluciones del COMISCA, se plantea impulsar acciones regionales de salud dirigidas a brindar respuesta a las personas migrantes en condición migratoria irregular y las familias fragmentadas en el origen, así como a las condiciones de riesgo ambiental a las que se ven potencialmente sujetas. De igual forma, potenciar espacios políticos y estratégicos para trabajar en una respuesta decidida, que invite desde la opinión pública a los tomadores de decisiones a abordar esta problemática de manera sostenida y con logros que impacten la realidad social de las y los migrantes.

Consideraciones sobre la salud mental de personas migrantes en las Américas



Por: Karen Carpio, MSP

Oficina Regional de OIM para Centroamérica Norteamérica y Caribe Organización Internacional

La migración es la mega tendencia del siglo 21 (1). En términos de realidades migratorias, las subregiones americanas (Centroamérica, Norteamérica, Suramérica y el Caribe) son conocidas como uno de los principales y más complejos corredores migratorios del mundo, presentando una mezcla de flujos intrarregionales y extrarregionales que hacen de la gobernanza migratoria un gran desafío para los países (2,3). La migración intrarregional en las Américas comprende a personas migrando entre países norteamericanos (ej. entre Estados Unidos y Canadá); migración sur-norte (ej. desde Centroamérica y Caribe latino hacia México o Estados Unidos); migración sur-sur (ej. desde Centroamérica hacia México o desde Haití hacia Chile); migración norte-sur (por ejemplo, desde Estados Unidos hacia México o a países del Caribe no latino, usualmente en la edad de retiro); y migración circular (ej. migración laboral entre países vecinos de Centroamérica para desempeñarse en trabajos estacionales). Por su parte, los flujos migratorios extrarregionales incluyen migración norte-norte (ej. desde Europa hacia Estados Unidos); y migración sur-norte (ej. desde países asiáticos y/o africanos hacia Estados Unidos).

Según datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), los procesos migratorios están compuestos por diferentes grupos de población, incluyendo diferentes categorías de personas migrantes, tales como migrantes económicos, migrantes en situación migratoria irregular, refugiados y solicitantes de asilo (4). En las Américas, este escenario se complejiza al encontrar además migrantes en todas las etapas del ciclo migratorio (pre-partida, en tránsito, en destino, retorno), incrementando el desafío que enfrentan los países para dar una respuesta adecuada y eficiente a las necesidades de salud de los distintos grupos de población.

Existe vasta evidencia que indica que la migración constituye un determinante social de la salud (1, 2, 5), y que las poblaciones migrantes son especialmente vulnerables a inequidades en salud (6) y violaciones a sus derechos fundamentales, incluyendo xenofobia y discriminación (7). Además, para todas las personas migrantes, sin importar la categoría a la que pertenecen, el proceso migratorio puede ser complejo y estresante, ya que implica dejar el país de origen y adaptarse a un contexto, cultura y situación de vida nuevos

Karen Carpio tiene un máster en Salud Pública del École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), Francia; un máster en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica y una Licenciatura y Bachillerato en Psicología de la misma universidad. Actualmente ocupa el cargo de Oficial Regional de Salud y Migración para las Américas y el cargo de Coordinadora de la Iniciativa Conjunta de Salud y Migración (INCOSAMI) que cubre Centroamérica y México.

Se especializa en el desarrollo de políticas y acciones de salud mental y asistencia psicosocial con poblaciones vulnerables. Tiene experiencia en fortalecimiento de capacidades e implementación de acciones de salud mental en Centroamérica, Suramérica, Norteamérica y Asia.

(8, 9). A esto se suman situaciones estresantes que las personas migrantes suelen enfrentar durante las diferentes etapas de su proceso migratorio y que pueden afectar su bienestar físico y mental.

Según datos expuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su más reciente Guía Técnica sobre la Promoción y Atención de Salud Mental de Personas Migrantes y Refugiadas (10), la exposición a eventos estresantes varía sustancialmente entre las diferentes poblaciones migrantes, según sean las condiciones enfrentadas en el proceso migratorio. Algunas personas migrantes, enfrentan viajes extensos, impredecibles y engorrosos para llegar a su destino, incluyendo adversidades extremas y condiciones económicas difíciles, en especial para quienes migran en condición migratoria irregular (11, 12). Además, en muchos casos se enfrentan a la barrera del idioma y a diferencias culturales importantes que dificultan tanto su tránsito, como su integración en la comunidad de destino. El estrés incrementa por la incertidumbre sobre el tiempo que podrán quedarse en determinado país y los requerimientos burocráticos para regularizar su estatus migratorio.



Estudios conducidos por OIM en Mesoamérica vinculan elementos como la fragmentación familiar, el desarraigo, y experiencias estresantes vividas durante la migración, con altos niveles percibidos de ansiedad, estrés, frustración, tristeza, sentimiento de pérdida y desesperanza a nivel individual, familiar y comunitario, incluyendo en las familias que quedaron atrás (5). En el caso de los migrantes retornados, el estrés surge al tener que reintegrarse a una comunidad de origen con la cual perdieron contacto y les es desconocida, sumado a enfrentar los mitos negativos y estigma asociados con el proceso de retorno. Ya sea que las personas migrantes y refugiadas desarrollen un trastorno mental por los eventos estresantes enfrentados durante la migración, o independientemente de estos factores, es claro que pueden beneficiarse de servicios profesionales de salud mental (10).

No obstante, las personas migrantes suelen enfrentar barreras para acceder a servicios de salud mental, como acceso limitado a información sobre el sistema de salud y servicios disponibles en el país, limitada información sobre sus derechos para acceder a los servicios, barreras de lenguaje y limitada cobertura de los esquemas de seguridad social; además, en muchos casos poseen modelos explicativos del distrés emocional distintos a los del país de acogida, así como creencias y actitudes hacia los servicios de salud mental que dificultan su uso por parte de las personas migrantes (10).

Datos del Atlas de Salud Mental de las Américas de 2017, muestran que la mayoría del gasto público en salud mental en los países de las Américas sigue estando destinado a hospitales psiquiátricos, siendo estos centros de salud especializados los que presentan mayor disponibilidad de camas (16,7 camas por 100.000 habitantes).



Este panorama se da a pesar de los esfuerzos de los países de la región para seguir las recomendaciones internacionales y proveer servicios de salud mental basados en la comunidad, así como brindar atención de problemas agudos en salas psiquiátricas de hospitales generales (13). Un ejemplo de esto es la subregión de Centroamérica, México y Caribe no latino, en donde se reportan 3.5 camas por 100.000 habitantes en hospitales psiquiátricos versus 0,4 camas por 100.000 habitantes en hospitales generales, una disponibilidad de camas significativamente menor (ibid.) Este dato es de especial relevancia para las poblaciones migrantes en condición irregular, que suelen tener limitado acceso a servicios de salud gratuitos y enfrentan grandes barreras para acceder a servicios de salud especializados.

Adicional a lo anterior, las personas migrantes en condición irregular pueden tener dudas para hacer uso de los servicios de salud mental por miedo a ser reportados a las autoridades migratorias y tampoco cuentan con los medios para pagar los tratamientos de su bolsillo (10, 11). Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las mayores tasas de gasto de bolsillo en salud mental en las Américas se reportan en los países de ingresos bajos (13), países de donde provienen muchos de los migrantes intrarregionales de la región.

En términos de prevalencia de trastornos mentales en personas refugiadas y migrantes, la variación entre estudios es muy amplia y no se cuenta con evidencia clara y consistente que muestre mayores prevalencias de trastornos mentales en personas migrantes y refugiadas en comparación con las poblaciones de acogida (10). El único trastorno para el que se muestra evidencia de mayores prevalencias es el Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT) en poblaciones refugiadas, en donde reportan prevalencias de 9-36% en refugiados comparado con 1-2% en poblaciones de acogida (10, 14, 15). A pesar de este dato, el TEPT no es el trastorno más prevalente en refugiados, siendo los trastornos depresivos y ansiosos los más

frecuentes en refugiados y migrantes, con prevalencias que varían entre el 5% y el 44% para depresión, datos similares a los de las poblaciones de acogida (10).

Algunas características inherentes de las personas migrantes han sido asociadas a mayor vulnerabilidad hacia los trastornos mentales, tales como: género femenino, edades avanzadas, acceso limitado a familiares u otras redes de apoyo, limitada fluidez en el lenguaje del país de destino, condiciones de vivienda inadecuadas, bajo nivel educativo, bajo estatus socioeconómico, así como exposición prolongada y acumulativa a situaciones extremas durante la migración, duración del proceso migratorio (especialmente durante la migración forzada), detención post migratoria, asilo y deportación (1, 16-20). A pesar de estos hallazgos, la evidencia existente sobre factores de riesgo no permite hacer predicciones exactas, a nivel grupal ni individual (21).

Si bien las variaciones en las prevalencias pueden mostrar verdaderas diferencias entre las poblaciones migrantes y las poblaciones de acogida, las diferencias también pueden reflejar la diversidad metodológica de los estudios (métodos de muestreo, recopilación de datos, instrumentos para evaluar los trastornos mentales) que suelen ser diferentes y hacen difícil la comparabilidad de datos. Las variaciones también pueden responder a diferencias existentes en los grupos de población, con respecto a sus características personales y otras como nivel educativo, razón para migrar y recursos para adaptarse e integrarse a un nuevo contexto; aspectos que pueden influenciar la presencia o ausencia de trastornos mentales (ibid.). Los estudios considerados de alta calidad, como los metaanálisis, tienden a mostrar menores tasas de trastornos mentales en personas migrantes (14, 15).

Aunado a lo anterior, si el número absoluto de migrantes o refugiados en un país o localidad en particular es muy alto, es posible encontrar muchas personas migrantes con trastornos mentales manifiestos, independientemente de cómo estos números absolutos se comparan con la población de acogida (10). En este sentido, el verdadero reto para los sistemas de salud es responder a las necesidades de salud mental de las diferentes poblaciones en sus territorios, tomando en consideración los contextos migratorios en que se encuentran inmersos y las necesidades específicas identificadas.

De esta manera se podrá planificar desde una perspectiva de salud pública que integre a las poblaciones migrantes a los servicios de salud mental existentes, tomando en cuenta aspectos geográficos, culturales y de idioma, entre otros elementos pertinentes al brindar servicios de salud a personas migrantes.

A partir de la evidencia existente sobre factores de riesgo y factores protectores para trastornos mentales, la OMS (ibid.), junto con una serie actores y expertos en salud mental de poblaciones migrantes y con apoyo de la OIM, ha identificado ocho consideraciones basadas en evidencia que buscan asistir a los países en la formulación de políticas de salud pública sensibles a las necesidades de salud mental de las poblaciones migrantes.

A saber:

- 1) Promover la salud mental a través de la integración social;
- 2) Clarificar y compartir la información acerca de los derechos de asistencia en salud;
- 3) Mapear los servicios ambulatorios (y desarrollar nuevos de ser necesario);

- 4) Facilitar la disponibilidad de servicios de interpretación y/o mediación cultural, incluyendo a través de las tecnologías de información;
- 5) Trabajar para integrar atención para la salud física, salud mental y servicios sociales;
- 6) Asegurar que los profesionales de salud están capacitados para trabajar con personas migrantes;
- 7) Invertir en estudios longitudinales de seguimiento y evaluaciones de los servicios para poder informar mejor la planificación y provisión de los servicios;
- 8) Compartir principios de buenas prácticas entre países (10, pgs 22-24).

Si bien estas consideraciones han sido definidas en primera instancia para la región europea, pueden ser útiles para promover la salud mental de las poblaciones migrantes en las Américas y mejorar su acceso a servicios de salud mental de calidad y oportunos.

El desarrollo de políticas y acciones de salud mental sensibles a las necesidades de las poblaciones migrantes y basadas en evidencia, son esenciales para facilitar procesos migratorios seguros y saludables en las Américas. Para esto, una mejor comprensión de los vínculos entre los procesos migratorios y la salud mental de las personas migrantes es esencial y facilitaría los esfuerzos de los países para responder a las necesidades de salud mental de las poblaciones migrantes y de acogida de manera decidida y eficiente.



Fotografía proporcionada por: OIM

Referencias citadas:

- (1) International Organization for Migration (2017). *Health of Migrants: Resetting the Agenda. Report of the 2nd Global Consultation*. Geneva, Switzerland. Recuperado el 29 de marzo de 2019: https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/GC2_SriLanka_Report_2017_FINAL_22.09.2017_Internet.pdf
- (2) Organización Internacional para las Migraciones (2017) *Lineamientos Estratégicos para el Abordaje de la Salud de Personas Migrantes en tránsito por Mesoamérica*. OIM San José, Costa Rica. Recuperado el 29 de marzo de 2019: <http://rosanjose.iom.int/site/sites/default/files/Lineamientos%20Estrat%C3%A9gicos%20para%20el%20Abordaje%20de%20la%20Salud%20de%20las%20personas%20Migrantes%20en%20Transito%20por%20Mesoam%C3%A9rica%202017.pdf>
- (3) Organización Internacional para las Migraciones (2017). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo*. Recuperado el 29 de marzo de 2019 de https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf
- (4) International Organization for Migration (2016). *Global migration trends 2015 factsheet*. Geneva. Recuperado el 29 de marzo de 2019: https://publications.iom.int/system/files/global_migration_trends_2015_factsheet.pdf
- (5) Organización Internacional para las Migraciones (2012) *Pautas para mejorar el bienestar psicosocial de las poblaciones migrantes y en situación vulnerable*. Recuperado el 29 de marzo de 2019: http://publications.iom.int/system/files/pdf/pautas_para_mejorar.pdf
- (6) OIM & UNFPA (2012). *Manual de Referencia: Migración Saludable en América Central*. Recuperado el 29 de marzo de 2019: https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/manual_referencia_1.pdf
- (7) Organización Internacional para las Migraciones (2016). *Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus familias en Centroamérica. Imagen Gráfica El Salvador, S.A. de C.V. 82 págs.*
- (8) Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM (2005). *Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and mental health in Europe (State of the Mental Health in Europe Working Group: appendix 1)*. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005; 1:13.
- (9) Bhugra D. *Migration and mental health* (2004). *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109:243–58.
- (10) World Health Organization (2018). *Mental Health Promotion and mental health care in refugees and migrants: technical guidance*. Recuperado el 29 de marzo de 2019 de: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-promotion-and-mental-health-care-in-refugees-and-migrants-2018>
- (11) Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. (2016) *Public health. aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Recuperado el 29 de marzo de 2019 de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf?ua=1
- (12) Giacco D, Laxhman N, Priebe S. *Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees*. *Semin Cell Dev Biol*. 2018;77: 144–52.
- (13) Organización Panamericana de la Salud (2018) *Atlas de salud mental de las Américas 2017*. Washington, D.C. Recuperado el 29 de marzo de 2019 de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49664>
- (14) Fazel M, Wheeler J, Danesh J. *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. *Lancet*. 2005;365:1309–14.
- (15) Close C, Kouvonen A, Bosqui T, Patel K, O'Reilly D, Donnelly M. *The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews*. *Glob Health*. 2016;12:47.
- (16) Bhugra D, Jones P. (2001). *Migration and mental illness*. *Advances in Psychiatric Treatment*. 7:216-23.
- (17) Straiton ML, Reneflot A, Diaz E. (2016) *Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries: Data from Primary Healthcare Services and the Norwegian Prescription Database*. *J Immigr Minor Health*.
- (18) Miller K, Rasco L. (2004). *An ecological framework for addressing the mental health needs of refugee communities*. In: Miller K, Rasco L, editors. *The mental health of refugees: ecological approaches to healing and adaptation*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; p. 1-66.
- (19) Miller KE, Rasmussen A. (2009). *War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks*. *Social Science & Medicine*.
- (20) Porter M, Haslam N. (2005) *Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis*. *JAMA*. 294(5):602-12.
- (21) Claassen D, Ascoli M, Berhe T, Priebe S. *Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK*. *Eur Psychiatry*. 2005;20:540–9

Migración y salud mental en la República Dominicana



Por: Dr. Ángel Vidal Almánzar

Director General de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana

Actualmente es Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Santo Domingo y Director General de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública de República Dominicana. Tiene formación académica como médico por la Universidad Autónoma de Santo Domingo; psiquiatra y psicólogo por la Universidad Complutense, Madrid, España con especialidad en Salud Mental Infante Juvenil, Comunidad de Madrid, España.

Se ha destacado como: Director Ejecutivo del Observatorio Dominicano de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. También, como articulista en periódicos y revistas, conferencista nacional e internacional, profesor en varias universidades de República Dominicana así como expositor y organizador de múltiples congresos nacionales e internacionales.

La República Dominicana comparte la isla de Santo Domingo con la República de Haití. Tiene una extensión de 77,914 kilómetros cuadrados, de los cuales República Dominicana ocupa 48,670. En 2017 tenía una población de 10.766.998 personas, con una densidad poblacional de 221 habitantes por Km². Un 3,95% de la población del país son inmigrantes, ocupando el 93º país del mundo por porcentaje de inmigración.¹

Los factores económicos generan presión y favorecen a la migración hacia el país: en Haití, pobreza e inseguridad; en Venezuela, inestabilidad política y económica, y en Colombia, apertura de nuevos mercados para empresas productivas y de servicios.

En esos casos las oportunidades del crecimiento económico de la República Dominicana se convierten en factores de atracción debido a que el país en los últimos 15 años es el segundo de Latinoamérica y el Caribe con el porcentaje de crecimiento más alto con respecto al Producto Interno Bruto (7.4% durante enero-junio 2018).²

La movilidad de corta estadía se ha incrementado de manera importante, el turismo supera los 6 millones de personas anualmente y la presencia de la población venezolana pasó de 50,000 por año hasta 2015 a cerca de 165,000 en 2016, aunque más del 90% de ellos salieron antes de los 30 días.³

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Inmigrantes para el 2012, el total de inmigrantes alcanza el volumen de 524,632 personas, el 5.4% del total de la población del país. De ese total, 458,233 personas nacieron en Haití, representando el 87.3% de la población de inmigrantes, mientras que 66,399 personas, el 12.7% del total, son originarias de otros países, lo que revela el elevado predominio de los inmigrantes haitianos en el total de los inmigrantes radicados en el país.⁴

¹Fuente: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/república-dominicana>, Vita 15/03/2019

²<https://www.bancentral.gov.do/a/d/4071-economia-dominicana-crece-en-promedio-67-en-enerojulio-del-2018-y-65-en-el-mes-de-julio>, Vita 15/03/2019

³<https://rosanjose.iom.int/site/sites/default/files/Perfil%20migratorio%20RD.pdf>, Vita 15/03/2019

⁴<https://rosanjose.iom.int/site/sites/default/files/Perfil%20migratorio%20RD.pdf>, Vita 15/03/2019

En referencia al sexo, se destaca que entre los inmigrantes los hombres son mayoría, constituyendo el 64.4% del total, mientras las mujeres conforman el 35.6% restante. La proporción de hombres es mayor entre los inmigrantes haitianos (65.4%) que entre los inmigrantes procedentes de otros países (57.5%). La mayoría de los inmigrantes reside en la zona urbana, aunque el porcentaje es menor que el de la población nativa del país, 68.2% y 74.5% respectivamente.⁵

El 29.9% de los nacidos en Haití, el 36.2% de los nacidos en el país descendientes de inmigrantes y el 26.0% de los nacidos en otros países señalaron que estuvieron enfermos o tuvieron un accidente en el período de referencia.⁶

La migración generalmente se plantea como una solución a una situación de vida, constituyendo un acontecimiento vital que enfrenta al ser humano no sólo a una serie de beneficios, orientados en su mayoría a mejorar sus condiciones de vida, sino también a un conjunto de situaciones estresantes.

El proceso de migración descrito por Odegaards como factor de riesgo para la salud mental se conoce desde los años 30⁷, y para la década de los 50, los primeros estudios concentrados en el Reino Unido, a propósito del intenso proceso migratorio de personas que provenían de sus colonias ubicadas en el Caribe y de otros países de la Mancomunidad, mostraban en forma consistente que esta población de inmigrantes tenía una mayor tasa de esquizofrenia, de hasta 14 veces, respecto de la población británica.⁸ Estudios posteriores, ratificaron la presencia de una tasa mayor, incluso en la segunda generación que ya había nacido en Gran Bretaña y focalizada en el grupo proveniente del Caribe.⁹

Posteriormente el proceso de migración se ha estudiado desde una óptica psicosocial, llegando a considerarse que por sí sola no sea la causa directa del deterioro de la salud mental. Las condiciones de vida sumadas a los acontecimientos traumáticos asociados al proceso de migración, sobre todo en el caso de los viajes ilegales, pueden ser suficientes para llevar a la persona a un estado de angustia psicológica. Los migrantes que se encuentran en mayor riesgo para padecer este tipo de angustia corresponden a los que viajan para vivir y trabajar en otro país y terminan viviendo en condiciones de explotación y aislamiento; y los que migran en búsqueda de refugio por condiciones de violencia, hambre y situaciones políticas.¹⁰

⁵http://media.onu.org.do/ONU_DO_web/596/sala_prensa_publicaciones/docs/0565341001372885891.pdf

⁶http://media.onu.org.do/ONU_DO_web/596/sala_prensa_publicaciones/docs/0565341001372885891.pdf

⁷Odegaards O. Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *Acta Psychiatr et Neurol* 1932, 7: 1-206.

⁸Harrison G et al. A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychol Med* 1988, 18: 643-57

Hutchinson G & Haasen CH. Migration and schizophrenia. *The challenges for European Psychiatr Epidemiol.*

¹⁰Vilar Peyrí, Eugenia, & Eibenschutz Hartman, Catalina. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 11-32. Retrieved March 18, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200002&lng=en&tlng=es

El estudio de las dimensiones sociales de la migración ha permitido establecer la relación entre los trastornos mentales que aparecen cada vez más en migrantes constituyendo un problema sanitario emergente para los países que los reciben.

Achotegui y un grupo de psiquiatras en Barcelona, a partir de la observación del aumento de los trastornos mentales en población migrante, sobre todo entre los que viven situaciones más dramáticas y tienen mayores dificultades para ver cumplidas sus expectativas, describieron el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises. Este síndrome engloba las características psicopatológicas de ansiedad, depresión, trastornos disociativos, trastornos psicósomáticos e incluso trastornos psicóticos asociados a la condición de migrante y que tiene su desencadenante en una serie de “duelos” derivados de la pérdida de algo muy importante para el individuo: el contacto con los familiares y amigos, la lengua materna, la manera de ser propia de la cultura de origen, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo “étnico o nacional” y la seguridad física.¹¹

Para Achotegui y Castelló la psicopatología de la migración puede ser clasificada según varios criterios: 1) según los cuadros psicopatológicos predomina la tríada depresión-paranoia-somatización; 2) según el momento de aparición pueden clasificarse en primarios (de mejor pronóstico), secundarios y terciarios (los de peor pronóstico), según que aparezcan al poco de producirse la migración o más tardíamente; y 3) según la evolución los cuadros pueden clasificarse en agudos o crónicos, de acuerdo con su duración. Los cuadros de tipo agudo suelen ser de buen pronóstico y suelen acontecer al poco de producirse el hecho migratorio.¹²

Soportar condiciones de soledad sumadas a un contexto hostil que implica explotación laboral, situación de ilegalidad, inseguridad física, requiere de una estructura física y psicológica fuerte donde el individuo ha de ser invisible carente de identidad e integración social y en consecuencia sin salud mental.

A partir de 2001, en la República Dominicana se crea un nuevo marco legal para reestructurar el sector salud, siendo las dos herramientas jurídicas fundamentales la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) (Ley 87-01). Mediante ambas normativas se establece un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro, especializadas en funciones expresadas en un Modelo de Atención Integral con énfasis en la prevención y desarrollando una conveniente y gradual separación de funciones, desconcentración y descentralización de las entidades que integran el sistema, en un ambiente de cooperación, competencia, información adecuada y supervisión. Este modelo separa los servicios en un nivel de atención primario y un nivel especializado (servicios especializados y hospitales de referencia nacional) atendiendo a la cartera de servicios y su complejidad.

Actualmente el país cuenta con una red de atención pública compuesta por 1,445 Centros de Atención Primaria en Salud y 42 Centros Diagnósticos y Tratamiento para el nivel de atención primaria; 60 centros ambulatorios y 209 hospitales para el nivel especializado.¹³ En cada uno de estos niveles se desarrolla la red nacional de atención en salud mental.

La atención en cada uno de estos centros públicos es gratuita para todo el que demanda la atención independientemente de su estatus migratorio. Una muestra de ello son las cifras de los nacimientos

¹¹Achotegui J. Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. *Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría* 2004; (21):39-52.

¹²Achotegui J. Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. *Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría* 2004; (21):39-52.

¹³Servicio Nacional de Salud. *Memoria Anual Institucional*, febrero 2017.

registrados en el 2017 por los Hospitales Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina y Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia, los dos principales Hospitales de atención materno infantil de Santo Domingo, donde el 18%¹⁴ y el 30%¹⁵ respectivamente de los nacimientos fueron de madres extranjeras sin costo alguno.

En el ámbito de la red nacional de salud mental en el sector público se han venido realizando profundas transformaciones para lograr el acceso universal a la atención en salud mental. Con el cierre del Hospital Psiquiátrico, en 2015, fue creado el Centro de Rehabilitación Psicosocial con una visión de integrar al individuo que padece de un trastorno mental crónico a la comunidad. Actualmente, cinco extranjeros reciben los servicios del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

En paralelo se crean Unidades de Intervención en Crisis en hospitales especializados y de referencia nacional. Actualmente se cuenta con un total de 13 funcionando en el país, sin costo directo al usuario de igual manera para nacionales como extranjeros.

Esta red se basa en un modelo comunitario que coloca como eje esencial la atención en los centros de atención primaria, en donde se ha capacitado un total de 237 personas en la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (mhGAP-IG) de la OMS/OPS con la finalidad de fortalecer la detección y atención tempranas en salud mental.¹⁶ Y los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) en el nivel especializado, como el eje articulador de la red de salud mental, cuyos servicios están fundamentados en un enfoque territorial y un efectivo mecanismo de referencia y contrarreferencia.

La red cuenta con 150 psiquiatras y 467 psicólogos los cuales se concentran en las dos principales provincias del país, correspondientes a Santo Domingo 127 psiquiatras y 390 psicólogos; y en Santiago 10 psiquiatras y 42 psicólogos¹⁷. Cabe destacar que es un reto la barrera idiomática, la cual puede interferir y limitar un mejor abordaje psiquiátrico y/o psicológico al momento de una intervención.

Otra estrategia que se desarrolla en la red de salud mental es el Programa para la Protección de las Personas con Enfermedad Mental Crónica en Condición de Deambulante, cuyo objetivo es garantizar la protección de los derechos de esta población mediante el acceso a los servicios de salud, tratamiento y rehabilitación psicosocial promoviendo la reinserción social, laboral y familiar. Se han intervenido un total de 11 extranjeros en el periodo 2017-2018. Para llevar a cabo estas intervenciones se involucra de manera directa a la Embajada correspondiente una vez identificada la nacionalidad y se realiza, en la mayoría de los casos, con acompañamiento de un representante de la misma, lo cual nos permite salvar una de las grandes barreras al momento de la prestación del servicio: la barrera idiomática.

Además, la red cuenta con un sistema de monitoreo y vigilancia epidemiológica de casos de suicidio el cual reportó un total de 23 ciudadanos extranjeros con suicidios consumados en el año 2018.¹⁸

El abordaje de la atención en salud en la República Dominicana está referida al acceso universal y su gratuidad. Los servicios de salud mental se conciben con un enfoque de respeto a los derechos humanos y a su integración en la comunidad no importando edad, sexo, condición social y nacionalidad.

¹⁴Registro administrativo Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina/ MSP 2017.

¹⁵Registro administrativo Hospital Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia/ MSP 2017.

¹⁶Ministerio de Salud Pública. Departamento de Salud Mental. 2018.

¹⁷Servicio Nacional de Salud. Memoria Anual Institucional. Febrero, 2017.

¹⁸Ministerio de Salud Pública. Departamento de Salud Mental. 2018.

Migración, salud y cambio climático



Por: Dr. Manuel Castillo

**Oficial de Asuntos Económicos
CEPAL**

Actualmente trabaja en cooperación técnica y publicaciones regionales relacionadas con el impacto del cambio climático en las energías renovables, la salud pública, y la seguridad alimentaria y nutricional. Es licenciado en Ciencia Política con una especialidad en Administración Pública y Políticas Públicas por el Tecnológico de Monterrey, México. Tiene el grado de Legum Magister (LL.M. Eur. Int.) en Derecho Europeo/Internacional de la Universidad de Dresde en Alemania, y es Doctor en Derecho (Dr. iur.) por la Universidad Humboldt en Berlín, Alemania. Antes de su incorporación a la CEPAL, ejercía en el ámbito del derecho internacional, y ha trabajado en el sector privado en el campo de las energías renovables. Cuenta con amplia experiencia laboral en educación y comunicación intercultural, al igual que en la defensa de la igualdad de género y el combate a la discriminación.

Los fenómenos económicos, políticos y sociales de las últimas décadas en la región centroamericana han coincidido en algunos casos con la escasez de recursos, los cambios en las condiciones de vida, los rezagos del subdesarrollo y un marcado déficit en la seguridad alimentaria y nutricional ocasionado en gran parte por el cambio climático. Indudablemente, todo esto conlleva a consecuencias en la salud de la población y debe considerarse como una cuestión relevante dentro de las políticas de salud pública.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) estima que, en el 2017, 18.8 millones de personas de 135 países diferentes fueron desplazados internamente en sus países por eventos climáticos extremos ocasionados repentinamente. A nivel global, se calculan 258 millones de migrantes internacionales, quienes viven en un país diferente a su país natal, representando un 3.4% de la población mundial total. (OIM, 2018)

Dentro de las consecuencias sociales y humanas del cambio climático, la Organización Mundial de la Salud (OMS) detecta el impacto sobre la migración y los desplazamientos. Los efectos se aprecian al menos de tres maneras diferentes: (1) en algunos lugares los efectos del calentamiento y la desecación del suelo disminuirán el potencial agrícola y deteriorarán los servicios ecosistémicos, como el agua potable y el suelo fértil; (2) un incremento de fenómenos meteorológicos extremos, incluyendo lluvias torrenciales y e inundaciones fluviales en zonas tropicales, afectará a una mayor población y podría generar desplazamientos a gran escala; (3) el aumento del nivel del mar destruirá extensas zonas costeras bajas, habitadas por millones de personas, que se verán obligadas a encontrar un nuevo lugar de residencia. Consecuentemente, se prevén problemas relacionados con la salud, como la propagación de enfermedades transmisibles por vectores y un incremento de la prevalencia de los problemas psicosociales derivados del estrés asociado a la migración. (OMS, 2016) Todo lo anterior subraya la urgencia que tienen los gobiernos en realizar más estudios sectoriales a nivel local, nacional y regional, que culminen en un eficiente diseño de políticas públicas.

Los recientes flujos migratorios en Centroamérica, principalmente de los países del triángulo norte (Guatemala, El Salvador y Honduras) con destino final a los Estados Unidos, han creado un potente impacto visual por sus modalidades colectivas y organización en caravana. Independientemente de las múltiples razones que motiven a una persona o a un grupo de personas a emigrar, existen ciertamente algunos comunes denominadores, entre ellos: la esperanza, el anhelo, y/o la creencia de alcanzar mejores condiciones de vida en general en el país de destino. En base a múltiples historias de éxito y la trascendencia económica de las remesas que envían los migrantes asentados en Estados Unidos a sus familiares en Centroamérica, se ha creado una narrativa idílica que incentiva la migración, sin resaltar los grandes peligros y desventajas del proceso migratorio per se. Bajo la premisa de este triunfal imaginario colectivo, los migrantes inician una travesía en la que ponen en riesgo sus vidas y las de sus hijos. De esta manera, los grupos que ya se encuentran en situación vulnerable en sus países de origen, inician un viaje donde exacerban todas sus vulnerabilidades.

En cuestión de salud, se pueden identificar al menos cinco fases vinculadas a las condiciones personales de salud desde el prisma migratorio en la región:

1. Origen: El perfil promedio de población migrante incluye personas que se encuentran en condiciones de salud por debajo de las óptimas, padeciendo enfermedades y desnutrición o malnutrición ocasionada por inseguridad alimentaria, bajos rendimientos agrícolas y rezagos económico-sociales.

2. Detonador: Ante un evento extremo como un huracán, sequía, hambruna, conflicto civil, muerte o enfermedad, etc., se genera un fenómeno o episodio detonador que impulsa a la población a emigrar, iniciando un proceso de evacuación o deserción de su residencia habitual.

3. Desplazamiento: Durante el desplazamiento, las condiciones de salud generalmente se deterioran debido a las condiciones de la ruta migratoria, la pérdida de infraestructura social y familiar, y la exposición a riesgos adicionales durante el trayecto, ya sea por agentes externos como los delincuentes o traficantes, o por las condiciones físicas crónicas del migrante.



Imagen bajo licencia de Adobe Stock



Imagen bajo licencia de Adobe Stock

4. Estancias transitorias: A lo largo la ruta migratoria hacia un destino final deseado, los migrantes transitan por lugares donde se asientan temporalmente. En dichos lugares, además de acarrear con los problemas de origen y del trayecto, quedan expuestos a riesgos adicionales, generalmente sin derechos migratorios en el país de tránsito y sin acceso a una atención médica adecuada.






5. País destino: En caso de lograr llegar al destino deseado, las condiciones de salud se habrán deteriorado durante el recorrido y podrían incluso empeorar en el país receptor, al menos en el corto plazo. Esto se debe, en parte, a las limitantes que puede haber en el acceso a los servicios de salud en el país de acogida, y otros factores, como las redes familiares y la capacidad de los migrantes de integrarse en la economía del país anfitrión rápidamente.

Según un estudio del Banco Mundial, la migración puede ser una estrategia de adaptación positiva para quienes migran, pero los desplazamientos representan un reto en la adaptación y existen resultados variados. En base a la información analizada en dicho estudio, la mayoría de los hogares migrantes declararon haber mejorado sus condiciones de salud y educación gracias a su migración. Sin embargo, también reportan haber experimentado mayor discriminación y exclusión laboral, al igual que en el acceso a servicios y sistemas sociales, viviendo también en hogares menos robustos que los ciudadanos locales. (BM, 2018) A pesar de la percepción de los migrantes encuestados, debido a la multiplicidad de factores en las experiencias migratorias, no existe una garantía real que los migrantes vayan a mejorar efectivamente sus condiciones de salud.

En este sentido, se debe subrayar que el país de destino, al igual que la ruta de tránsito, serán factores fundamentales que marcarán una diferencia en el éxito de la migración y sus potenciales consecuencias en la salud de los migrantes. En la región centroamericana, la ruta del migrante casi por inercia es hacia los Estados Unidos. Sin embargo, no es lo mismo emigrar a Estados Unidos desde Centroamérica, que hacia Europa desde medio oriente o el Magreb; y con suerte, lograr el estatus de refugiado en un país europeo desarrollado, con un fuerte sistema social capaz de integrar a los nuevos migrantes y un estado de bienestar con un generoso sistema de salud pública. El sistema de salud pública en Estados Unidos cuenta con sus propios desafíos internos en cuestión de acceso a las comunidades marginadas, aún con ciudadanía estadounidense. La predominancia del sector privado en el sistema de salud norteamericano, y sus altos costos, no facilitan el acceso inmediato para los migrantes. Por ende, no está garantizada una adecuada atención médica por el solo hecho de migrar. Esto sucede de una manera muy diferente en los países europeos, con sus diferentes matices.

Como muestra de la vulnerabilidad a la que están expuestos los migrantes, se puede hacer alusión al caso de los más de 4,500 casos de niños menores de edad quienes declaran haber sido víctimas de abuso dentro de los mismos centros de detención de migrantes en los últimos cuatro años. (NYT, 2019) De igual manera se podrían citar los múltiples casos de desaparición de migrantes a lo largo de su trayecto migratoria, quienes nunca llegan al destino, ni tampoco regresan a sus hogares, simplemente se desvanecen. Para muchos migrantes centroamericanos, la ruta de la esperanza para llegar a su destino ideal es cada vez menos un camino de ladrillo amarillo y más frecuentemente un calvario; con consecuencias de deterioro en su salud, e incluso mortales.

De acuerdo a los datos y reportes del Centro de Monitoreo de Desplazamiento Interno (IDMC, 2019), estos son los riesgos de desplazamiento a los que se enfrenta la región SICA, según sus escenarios de peligro que modelan el riesgo por la probabilidad de destrucción de hogares:

País	Amenazas de eventos extremos o desastres naturales asociados al cambio climático					Promedio esperado de desplazamientos (por año)	Promedio esperado de desplazamientos Número total de desplazamientos **
	Sismos	Inundaciones	Tormentas	Tsunami	Vientos ciclónicos		
(SICA)						(por año)	(violencia y desastres)
Belice	79	2,982	926	*	1,314	5,301	*
Costa Rica	4,231	2,651	*	34	4	6,920	11,000
El Salvador	9,951	2,094	2	13	*	12,060	296,000
Guatemala	30,125	12,578	50	8	2	42,763	242,000
Honduras	31,620	16,483	377	1	626	49,107	190,000
Nicaragua	5,152	9,675	485	3	227	15,542	20,000
Panamá	2,303	1,290	*	48	*	3,641	300
República Dominicana	11,609	7,793	3,489	23	18,863	41,777	69,000

Fuente: Construcción de CEPAL en base a los perfiles de IDCM. Notas: * Información no disponible **Del 01.01.2017 al 31.12.2017.

Los datos consolidados en la tabla anterior exponen la relación que existe entre la migración y los fenómenos extremos en la región, y comparativamente, exhibe a los países que reportan números más abrumadores. Desatacan, especialmente, los países del triángulo norte centroamericano. Considerando que estos desplazamientos son ocasionados por violencia y fenómenos extremos como los sismos, inundaciones, tormentas, tsunamis y vientos ciclónicos, muy probablemente esta población viene también marcada por unas condiciones de salud en deterioro; debido a la pérdida de sus hogares y a la posible merma económica derivada que habrán padecido.

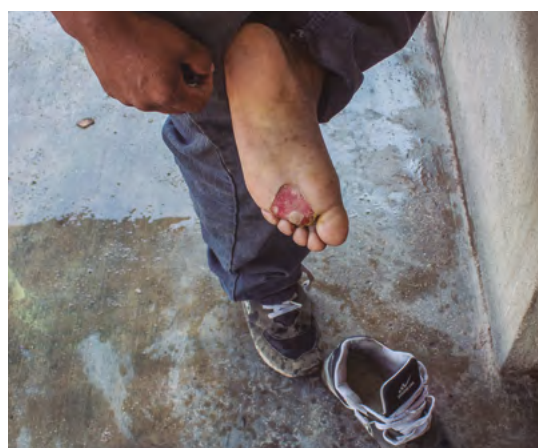


Imagen bajo licencia de Adobe Stock

Esto es particularmente cruel para los productores agrícolas de subsistencia, pues para ellos, el campo representa a la a la vez su hogar, su comida y su empleo. Consecuentemente, el desplazamiento simboliza la pérdida completa de sus activos, y de su seguridad alimentaria y nutricional.


Para entender mejor los impactos entre la agricultura y el cambio climático, con su consecuente efecto de emigración, CEPAL ha recomendado incluir preguntas relacionadas a la deserción de las zonas agrícolas en los censos nacionales, con el fin de identificar las áreas donde el efecto es más drástico y entender la magnitud del efecto migratorio ocasionado por las variaciones climáticas traducidas en pérdidas agrícolas. A nivel micro-regional se tiene identificado al triángulo norte centroamericano como una zona exportadora de migrantes. No obstante, es necesario hacer un análisis más a detalle, mapeando municipios y áreas más vulnerables por los impactos que ha tenido el cambio climático en la seguridad económica y alimentaria de sus habitantes.

Desde un punto de vista de prevención y anticipación, la información con la que se cuenta hasta el momento es suficiente para reconocer la necesidad de contar con planes y mecanismos de prevención de riesgos de desastres ya que estos tienen consecuencias directas tanto en la salud, como en la eventual migración. De igual manera, la fase posterior al desastre exige una adecuada dotación de espacios de vivienda, no solo de albergues, sino de establecimiento permanente de nuevas residencias ante las pérdidas de hogares, con el fin de evitar ulteriores problemas sanitarios y frenar o inhibir las potenciales emigraciones internas o hacia el extranjero.

Los gobiernos de la región tienen la obligación de proveer servicios de salud y bienestar para sus ciudadanos, simultáneamente desincentivando la emigración. Más allá de la evidente necesidad de mejorar las condiciones económicas para incrementar el empleo y las fuentes de ingreso, y disminuir la delincuencia, es indispensable entender otras causas que están fomentando la emigración, como el cambio climático y sus impactos. La transformación económica requerida en la región debe ir acompañada por políticas públicas verdes y resilientes que consideren el fenómeno del cambio climático. El diseño de los planes nacionales de adaptación debe incluir no solamente un componente de adaptación, sino también de mitigación. Y especialmente, considerar la estrecha e inevitable relación con el sector salud, con un especial énfasis en las comunidades y grupos más vulnerables por su género, edad, ingreso, ruralidad y/o etnicidad.

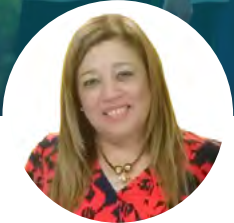
Bibliografía:

1. Organización Internacional para las Migraciones (2018). "Global Migration Indicators 2018." *Global Migration Data Analysis Centre (GMDAC)*. Berlin, Alemania, p. 19. E-ISBN: 978-92-9068-772-6
2. Organización Mundial de la Salud (2016). "Género, cambio climático y salud". *Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente (PHE)*. Ginebra, Suiza. ISBN 978 92 4 350818 4
3. Banco Mundial, Kumari Rigaud, Kanta, Alex de Sherbinin, Bryan Jones, Jonas Bergmann, Viviane Clement, Kayly Ober, Jacob Schewe, Susana Adamo, Brent McCusker, Silke Heuser, and Amelia Midgley (2018). "Groundswell: Preparing for Internal Climate Migration." *Washington, DC: The World Bank*.
4. *New York Times*, Haag, Matthew (2019). "Miles de niños migrantes reportan abusos en centro de detención de Estados Unidos". 1 de marzo de 2019. (<https://www.nytimes.com/es/2019/03/01/menores-migrantes-abuso/>)
5. Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC). "Perfiles de país" (<http://www.internal-displacement.org/countries>) Ginebra, Suiza.



Jornada Mundial de la Juventud en Panamá. Una experiencia de cobertura de salud a peregrinos concentrados y en desplazamiento masivo

Fotografía: JMJ, Panamá 2019



Por: Dra. Iritzel Santamaría

Subdirectora Nacional de Planificación del Ministerio de Salud de Panamá

Post-grado en Alta Gerencia, Universidad Tecnológica de Panamá. Diplomado en Formulación de Políticas de Investigación en Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México. Doctora en Medicina General, Universidad de Panamá.

Con 22 años de servicio, ha ocupado diferentes cargos administrativos y técnicos en el nivel local, regional y nacional del Ministerio de Salud de Panamá y actualmente se desempeña como Subdirectora Nacional de Planificación de Salud y representante del Ministerio de Salud de Panamá en el Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

La Jornada Mundial de la Juventud (JMJ), es un evento internacional, multitudinario, religioso y cultural, que reúne y concentra a jóvenes de todo el mundo, realizada en Panamá del 16 al 28 de enero de 2019. Esta actividad fue organizada con la dirección y bajo la responsabilidad de la Iglesia Católica, mediante un Comité Organizador Local (COL), con el apoyo del Gobierno Nacional, amparado en el Decreto Ejecutivo N°218 del 24 de abril de 2017, que creó la Dirección Ejecutiva de Apoyo (DEA) a la Iglesia para la organización de la JMJ 2019. La DEA estuvo conformada por Instituciones del Estado, con el propósito de ofrecer apoyo en seguridad, sanidad, migración, transporte, logística y coordinación interinstitucional a la iglesia.

El sector salud se ubicó en el eje de emergencias y salud, por medio de estrategias y acciones formuladas en el Plan Nacional Multiamenazas de Respuesta a Emergencias y Desastres en Salud, el cual se operativizó por medio del Plan de Cobertura a Eventos Masivos en Salud, a fin de prevenir y reducir el riesgo e impacto de situaciones que pudieran afectar la salud, así como atender a la población de peregrinos nacionales y extranjeros durante el evento.

Esta actividad concentró un promedio de 700,000 jóvenes (peregrinos nacionales y extranjeros), entre 15 a 35 años de edad, los cuales participaron en diversas actividades durante la Pre-Jornada, llevada a cabo en la semana del 16 al 20 de enero, con concentraciones de peregrinos en diferentes áreas de todas las provincias del país. La Jornada se realizó del 23 al 27 de enero, con desplazamiento de todos los peregrinos hacia la capital del país para su encuentro con el Papa en las actividades programadas en la Cinta Costera (Campo Santa María La Antigua) y en la misa de envío en Metro Park (Campo Juan Pablo Segundo).

Posteriormente, se realizaron dos encuentros: Con los voluntarios el 27 de enero y el Encuentro Vocacional Neocatecumenado de Panamá el 28 de enero del presente, ambos en el Estadio Rommel Fernández.

El Ministerio de Salud, ejerciendo su rectoría de la salud a nivel nacional, impulsó la formulación del Plan de “Cobertura a Eventos Masivos en Salud (P-CEMS)” que tiene como finalidad fortalecer la capacidad del sector salud, para atender a la población en situaciones y/o actividades programadas o repentinas que puedan implicar un riesgo o impacto negativo: real o potencial, inminente o probable sobre la salud; que a su vez conlleven las condiciones de desplazamiento y concentración masiva de personas, en un punto determinado, por períodos cortos de tiempo y que puedan rebasar la capacidad instalada de la red de servicios de salud. Así como afectar de forma directa o indirecta, a corto, mediano o largo plazo la salud de la población panameña y de quienes se encuentren en el territorio nacional.

El Plan de Cobertura de Eventos Masivos en Salud (P-CEMS) demandó la participación y estrecha colaboración de todos los actores sociales, y en particular, de todas las instituciones del sector salud y conexas, para que de forma articulada y coordinada se implementaran las acciones y procedimientos necesarios ante un evento masivo que demandaba el normal funcionamiento de los servicios de salud pública para atender, no solo a la población en general, sino también a los peregrinos concentrados y durante su movilización.

El P-CEMS fue la base para el Plan de Acción de la Jornada Mundial de la Juventud, el cual se estructuró en cuatro componentes:

- 1. Respuesta a emergencias**
- 2. Salud pública**
- 3. Agua, saneamiento e higiene**
- 4. Información, comunicación y monitoreo**

El P-CEMS en su estructura y organización, se constituyó en un anexo del “Plan Nacional Multiamenazas de Respuesta a Emergencias y Desastres en el Sector Salud”, facilitando los niveles adecuados de organización, planificación, manejo de información, monitoreo de amenazas, investigación, formación y coordinación para reducir el riesgo y enfrentar oportuna y eficientemente las consecuencias producidas por las emergencias y los desastres sobre la salud.

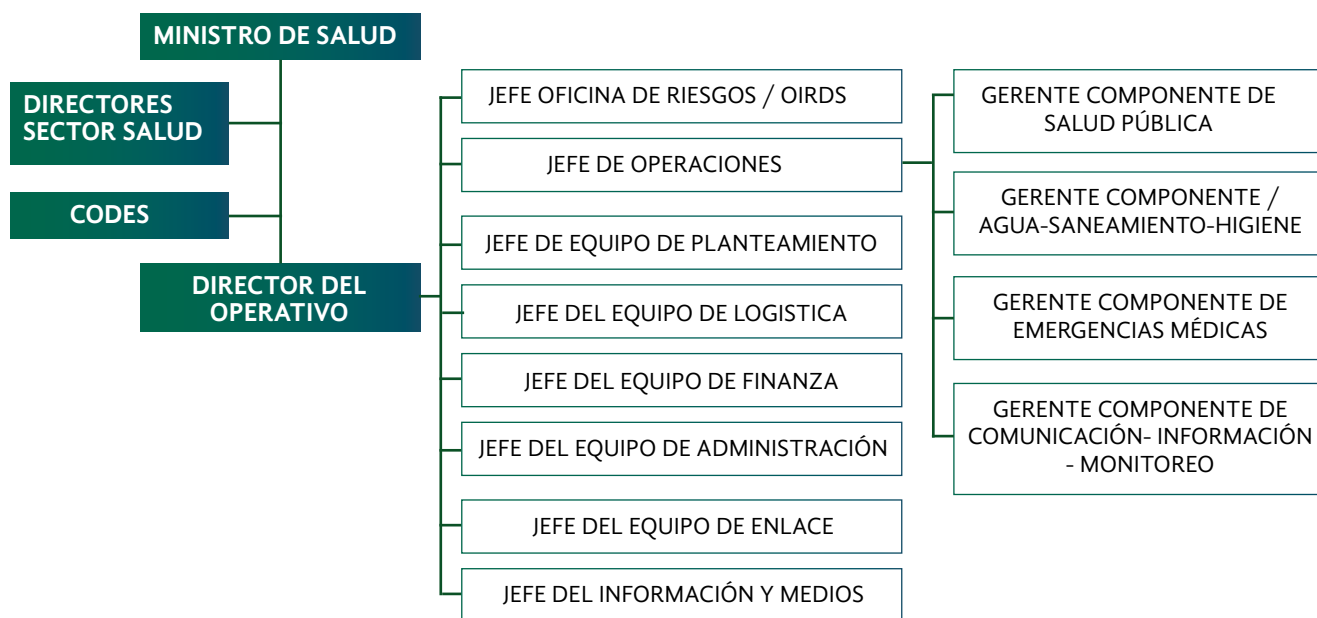
Con base a los parámetros establecidos en el Plan de Cobertura a Eventos Masivos en Salud (P-CEMS), se elaboró una orden de operaciones, en donde se articularon los lineamientos establecidos en el “Plan Nacional Multiamenazas de Respuesta a Emergencias y Desastres en el Sector Salud”, en armonía con la Guía Práctica de Funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud (CODES), que integra a todas las instituciones de salud para la toma de decisiones durante el operativo.

La misión de la orden de operaciones fue brindar los servicios de salud necesarios, para la atención de carácter preventiva y de respuesta inmediata (antes, durante y después de la Jornada Mundial de la Juventud) a situaciones que de forma directa o indirecta, representaban un riesgo a la salud general de los participantes en las diferentes actividades de la JMJ, (invitados especiales, peregrinos, participantes nacionales y extranjeros y a la población panameña en general), que resultaran afectados, por la ocurrencia de cualquier tipo de incidente desencadenante de situaciones de urgencia, emergencia o desastre, en todo momento durante el periodo de tiempo que se desarrollaron las actividades programadas.

El Equipo Operativo de Mando y Dirección de la orden de operaciones entró en funciones permanente a partir del 7 de enero de 2019 y cerró operaciones (Desactivación Nivel 0) el 15 de febrero de 2019. Las actividades de salud pública iniciaron previamente a la activación de la Orden de Operaciones.

El plan de referencia de la Orden de Operaciones en Salud, correspondió a la implementación del Plan de Cobertura de Eventos Masivos en Salud, con base a su escenario No. 2 que se refiere a la cobertura de actividades de concentración masiva de personas, que se realice en el país, sea de carácter nacional o internacional como conciertos, actividades científicas, académicas, deportivas, políticas, cumbres presidenciales y otros eventos de gran envergadura y de carácter mundial, como la Jornada Mundial de la Juventud.

ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE MANDO Y DIRECCIÓN ORDEN DE OPERACIONES P-CEMS7JMJ PANAMÁ-2019



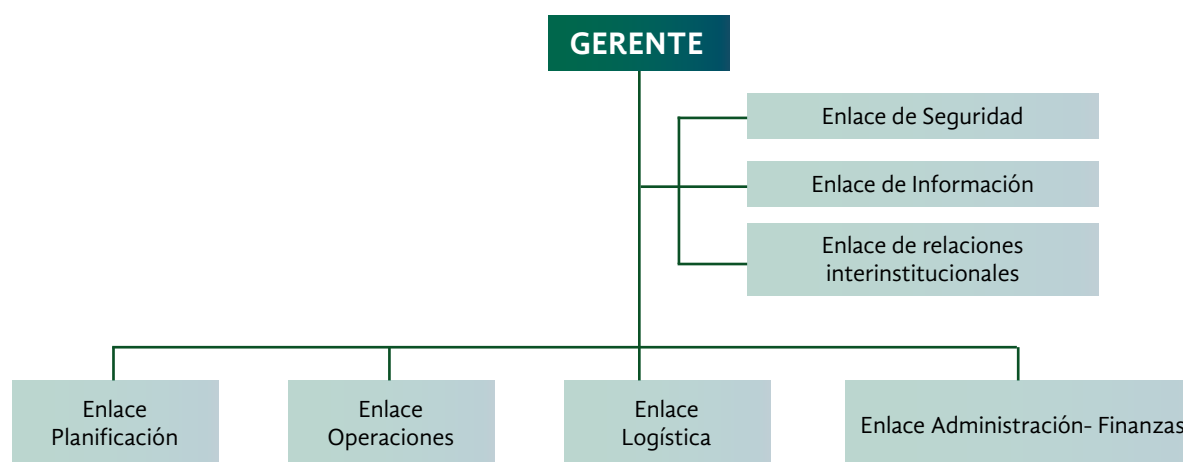
CODES: Centro de Operaciones de Emergencias en Salud

El equipo operativo de mando y dirección contó con el respaldo y coordinación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Nacional (CODES-N), el cual estuvo activado del 7 al 28 de enero de 2019 en horario de 08:00 a las 16:00 horas, sujeto a lo establecido en su Guía Práctica de Funcionamiento. Su activación estuvo acompañada de la declaratoria de Alerta 1 o Alerta Verde de Salud del 16 al 21 de enero del 2019 y Alerta 2 o Alerta Amarilla de Salud del 22 al 28 de enero de 2019, evolucionando según la situación que se presentara. La Oficina Integral de Riesgos a Desastres en Salud (OIRDS) fungió en calidad de apoyo técnico- asesor.

Toda información o situación que se generó durante la Pre Jornada y Jornada Mundial de la Juventud, relacionada a la salud o a lo estipulado en la Orden de Operaciones, fue comunicado de forma inmediata y precisa a la Dirección del Operativo, a través del Componente de Monitoreo, Información y Comunicación. Las decisiones de salud que significaban algún cambio o alteración de lo planificado en la Orden de Operaciones, debían ser consultadas y aprobadas por la Dirección del Operativo de Salud.

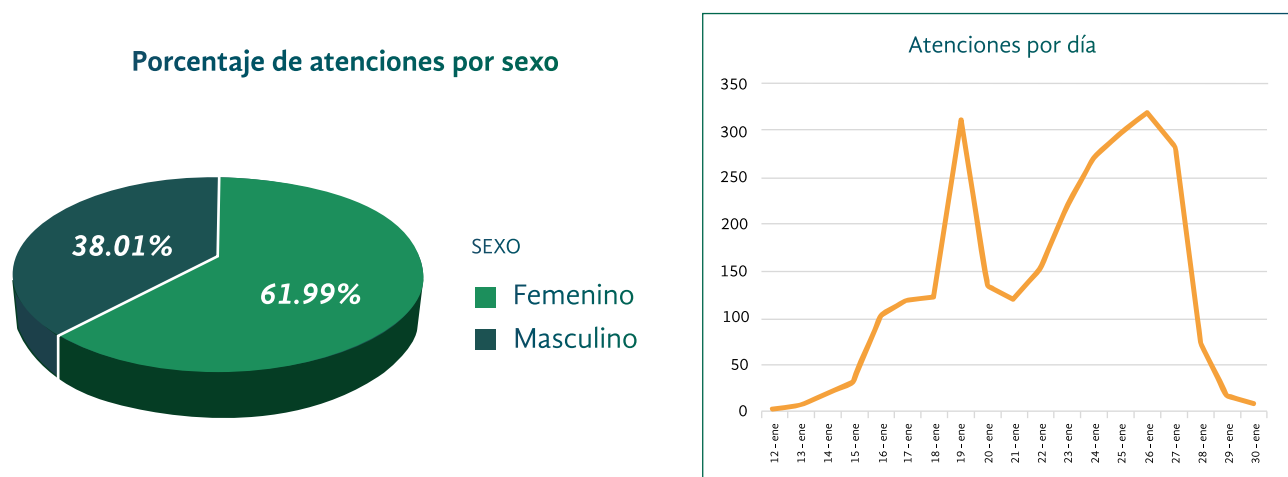
Cada componente del plan contó con un organigrama relativo a su estructura interna por competencias y servicios de salud que prestaron; adicionalmente, el equipo haciendo uso de la herramienta de sistema de comando de incidente, estableció una estructura operativa funcional para la implementación de la orden de operaciones.

ESTRUCTURA FUNCIONAL OPERATIVA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN POR COMPONENTES CUERPO TÉCNICO OPERATIVO DE LOS COMPONENTES

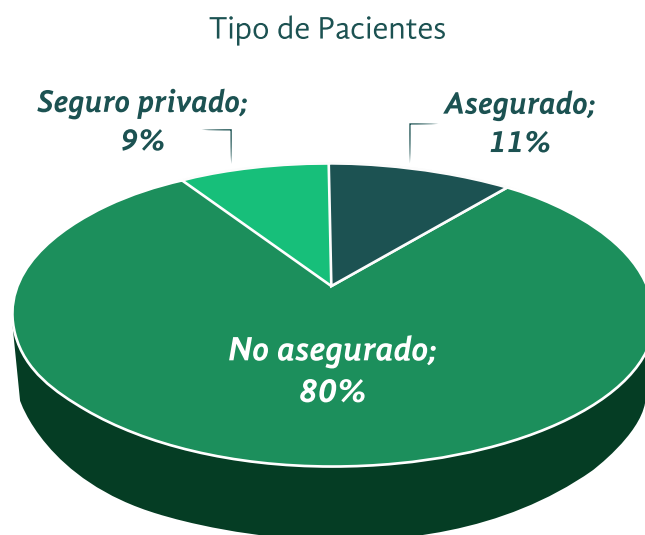


Se diseñó e implementó una plataforma tecnológica, denominada Gestión Electrónica de Salud Nacional (GESNA), para sistematizar el monitoreo de la información generada antes, durante y después del evento, a fin de facilitar su oportuna comunicación y posterior toma de decisiones.

El total de atenciones registradas durante la JMJ, comprendidas entre el 12 al 30 de enero del presente año fue de 2,578 consultas, de las cuales 980 fueron realizadas a pacientes masculino, lo que representa un 38% y 1,598 a pacientes femeninas, lo que representa el 62%.



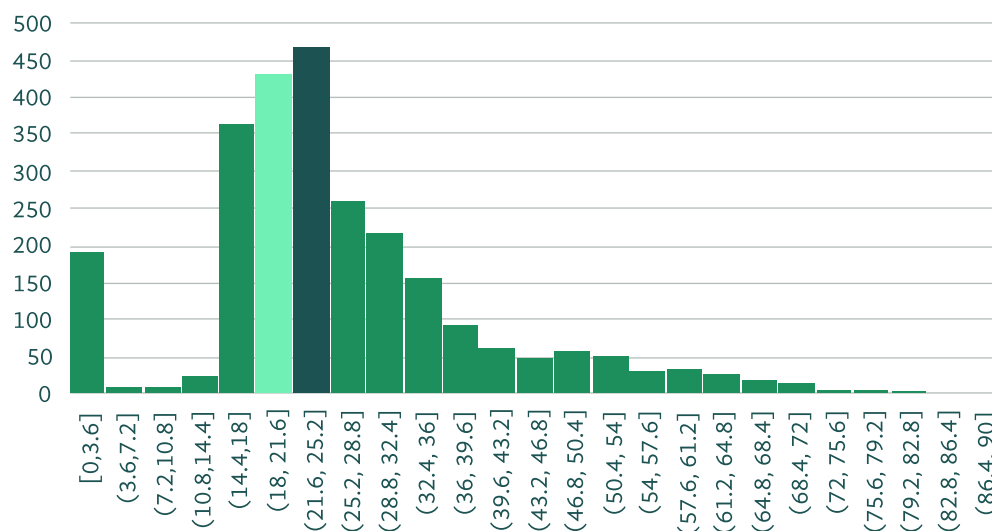
De manera general, el mayor porcentaje de atenciones se realizaron a pacientes no asegurados con un 80% y con un 11% a pacientes asegurados, el restante 9% fueron registrados a pacientes con seguros privados. Como es de esperarse la mayoría de las atenciones se realizaron a pacientes extranjeros, por lo tanto, se evidencia el alto porcentaje a pacientes no asegurados.



Fuente Institucional: Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Componente de Información, Comunicación y Monitoreo.

La edad promedio de los pacientes atendidos fue de 28 años con una desviación estándar de 13, lo que nos da referencia que la mayor parte de las atenciones se dieron a pacientes entre 15 y 41 años, con una mediana de 24 y la edad que recibió mayor atención fue de 19 años.

Distribución de la edad de los pacientes atendidos



Fuente Institucional: Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Componente de Información, Comunicación y Monitoreo.

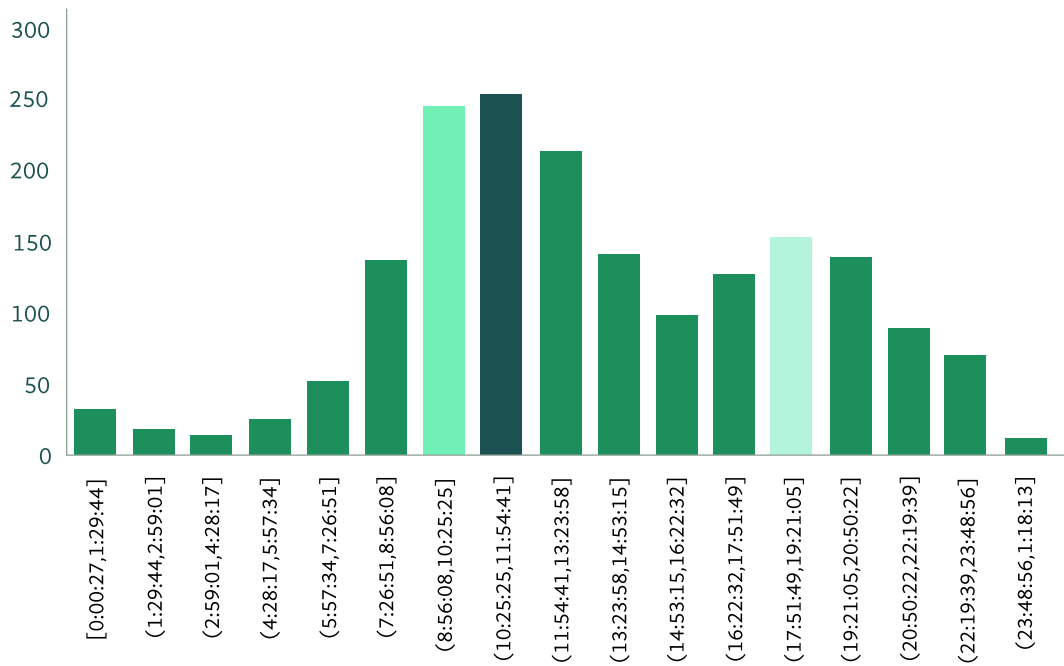
En cuanto a las atenciones a los peregrinos según país de procedencia, podemos destacar que el 22% están comprendidas entre Colombia (9.81%), México (7.21%) y Guatemala (5.31%), el resto de los países representan el 77.7%.

Representación porcentual de atenciones por países



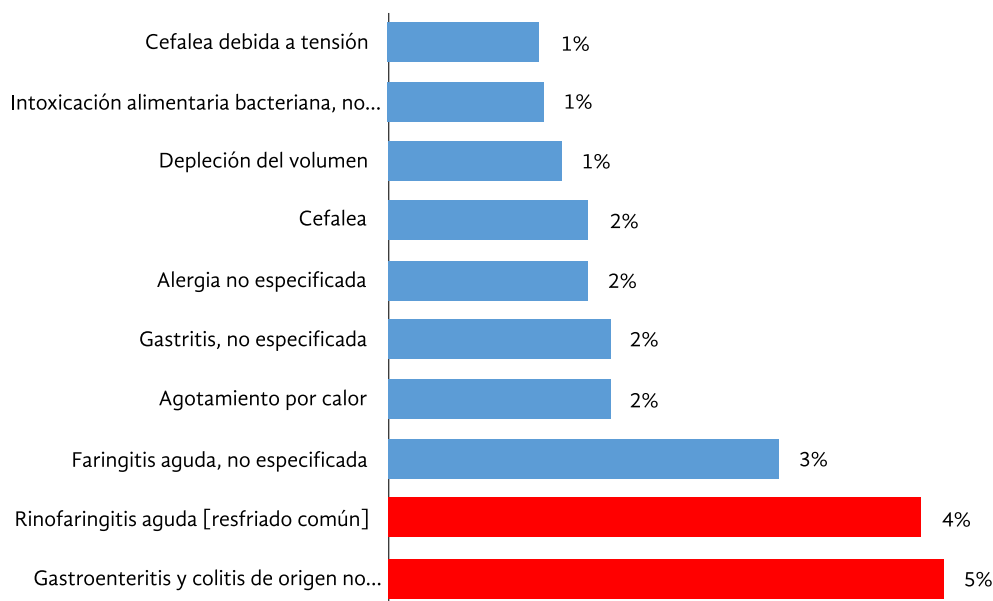
Fuente Institucional: Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Componente de Información, Comunicación y Monitoreo.

Histograma hora de llegada



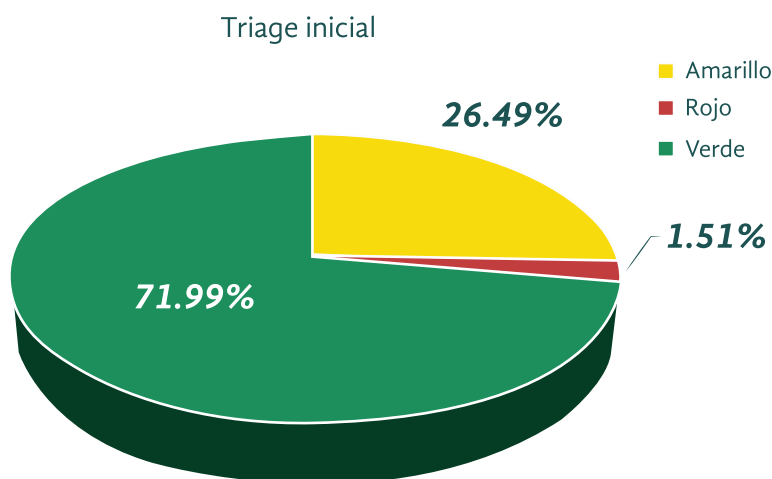
Fuente Institucional: Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Componente de Información, Comunicación y Monitoreo.

La mayor demanda de atenciones en las diferentes instalaciones se observó entre las 09:00 a 12:00 horas y entre las 18:00 y las 20:00 horas. Entre las 10 principales causa de atención se presentan: Gastroenteritis y colitis de origen no especificado 5%, Rinofaringitis aguda 4%, Faringitis aguda no especificada 3%, Agotamiento por calor 2% y Gastritis no especificada 2%.



Fuente Institucional: Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Componente de Información, Comunicación y Monitoreo.

En relación a la condición de los pacientes al momento de realizar la primera evaluación (Triage), el mayor porcentaje de atenciones se realizó a pacientes con una condición leve (verde) que representó el 72%, moderado (amarillo) 26% y un 2% a atenciones severas (rojo).



Fuente Institucional: Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Componente de Información, Comunicación y Monitoreo.

Las quince (15) Regiones de Salud del Ministerio de Salud participaron activamente de las actividades de promoción de la salud durante la Pre Jornada y Jornada Mundial de la Juventud, las cuales incluyeron charlas, orientaciones y acompañamiento a los peregrinos distribuidos en todo el territorio nacional con énfasis en temas de lavado de manos, hidratación, síndrome de agotamiento por calor, manipulación de alimentos, Ley anti tabaco, control de vectores y actividad física.



El componente de información, comunicación y monitoreo elaboró diariamente los boletines, los cuales contenían información relevante de las acciones de cada componente del PCEMS, tanto del Ministerio de Salud (MINSa) como de la Caja de Seguro Social (CSS).

Durante más de un año y medio, el equipo QBRNE MINSa, conformado por diferentes células de acción como lo son el Departamento de Salud Radiológica, Saneamiento Ambiental, Equipo de Monitoreo y Respuesta a Eventos Generados por Agentes Biológicos (EMREGAB), personal del Centro de Referencia para Enfermedades Infecciosas (CREI) y el primer Puesto Médico Avanzado (PMA) fue capacitado en temas relacionados a multiamenazas químicas, biológicas, radiológicas, nucleares y explosivas (QBRNE).



El equipo de epidemiología hizo vigilancia continua y permanente de los eventos de notificación obligatoria (ENO) sobre rumores, brotes, alertas sanitarias y en puntos de entrada. Para la notificación y el registro de la información se utilizó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVIG) que está vía web, lo que permitió conocer los eventos casi en tiempo real para el abordaje oportuno de las investigaciones correspondientes y la implementación de las medidas de prevención y control. Con base al riesgo epidemiológico nacional e internacional, se priorizaron los siguientes eventos de Salud Pública: Influenza, Gastroenteritis, Intoxicación alimentaria, Malaria, Dengue, Zika, Chikungunya, Infección Meningocócica, Sarampión, Rubéola, Difteria, Tuberculosis, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas, Mordedura de Murciélago, Picadura de Alacrán, Mordedura de Ofidio, Leptospirosis, Rickettsiosis, Hantavirus, Cólera, Fiebre Amarilla.

Como resultado de esta vigilancia intensificada, se detectaron casos importados de malaria por *Plasmodium falciparum* y por *Plasmodium vivax*, provenientes de países del Continente Africano y brotes de intoxicación alimentaria y gastroenteritis procedentes de Nicaragua, los cuales fueron atendidos de manera inmediata por los equipos de respuesta rápida de las Regiones de Salud involucradas, lo que permitió la administración del tratamiento oportuno y la aplicación de medidas de intervención (prevención y control) para cortar la cadena de transmisión.



Desde el 2018, las Regiones de Salud realizaron la vigilancia sanitaria a los acueductos, monitoreo de cloro residual, establecimientos de alimentos, monitoreo de los aceites de las cocinas que preparan alimentos, los establecimientos de interés sanitario, los albergues temporales, las letrinas portátiles y fijas donde estarían hospedados los peregrinos.

En la Pre Jornada y la Jornada Mundial de la Juventud, se realizó la verificación de las condiciones sanitarias en los restaurantes, plantas de alimentos y franquicias, charlas, simulacros de preparación de alimentos, seminarios en parroquias, casas curales, escuelas identificadas como albergues y de abastecimiento de comida para peregrinos. De igual forma, se efectuó la verificación en las cocinas industriales para el abastecimiento masivo. En Post Jornada, las acciones estuvieron dirigidas a la verificación de los establecimientos de expendio y preparo.

Se realizaron inspecciones de predios, índices de infestación, control de focos generadores de mosquitos y nebulizaciones desde agosto de 2018, las cuales finalizaron en las primeras semanas de enero 2019.

Los equipos regionales de control de zoonosis se prepararon con anticipación a la Pre Jornada para captar la entrada de animales de servicio para apoyo a personas con discapacidad. Sin embargo, durante este evento no se reportó la entrada de ningún animal de servicios. En añadidura se pudiera mencionar, que se continuó realizando la vigilancia y el servicio regular a los animales que llegaban a los puntos de entrada por otros motivos.

Tanto en la Pre Jornada como en la Jornada, no se reportaron casos de ataques por animales silvestres, a pesar de reportarse 2 mordeduras de perros y corneada de toro, los cuales correspondieron a animales domésticos. De igual manera, cursamos sin reportes de casos de enfermedades zoonóticas en animales. La vigilancia en los puntos de entrada por el equipo de control de zoonosis es permanente y los reportes de la situación encontrada son continuos.

Apoyo a Personas con Discapacidad

Por su parte, el Componente de Agua, Saneamiento e Higiene efectuó distintas jornadas de reparación de tuberías, inspección y muestreo de la calidad de agua en los puntos de hidratación, limpieza y recolección de basura en las áreas de concentración y alrededores, taller de lavado de manos, limpieza de alcantarillados, instalación de baños portátiles y puntos de reciclaje.



Puntos de reciclaje y talleres de lavado de manos / Panamá.

La implementación del Plan de “Cobertura a Eventos Masivos en Salud (P-CEMS)” durante la Pre Jornada y Jornada Mundial de la Juventud fortaleció la capacidad del sector salud para atender a personas concentradas y en desplazamiento masivo, custodiando la salud de los peregrinos extranjeros y nacionales como un bien público nacional y regional.



Fotografía: JMJ, Panamá 2019

Atención integral de salud a las personas migrantes en tránsito, retornadas y familias fragmentadas



Por: Licda. María de los Angeles Campos

Directora de Integración Regional para la Salud SE-COMISCA

Máster en Gestión de Proyectos de la Universidad de Barcelona y OBS School. Licenciada en Química y Farmacia de la Universidad de El Salvador, Especializaciones en: Salud Internacional, Auditor de calidad ISO 9001:2015 (AENOR Centroamérica y DQS Alemania) Ética de Investigación en sujetos humanos (UNESCO), Propiedad Intelectual (OMPI), Derechos de Propiedad Intelectual y Salud Pública (OPS/ Universidad de Buenos Aires).

Post Grados en: Farmacovigilancia, Selección de Medicamentos y Farmacoterapia, Buenas Prácticas de Manufactura, Uso Racional de Medicamentos, Auditorías técnicas de calidad, Estudios Clínicos, Negociación Efectiva y desarrollo organizacional

Experta en planeación, dirección y conducción de procesos regionales y nacionales, gestionando de manera integral aspectos políticos, estratégicos y técnicos, propiciando articulación intersectorial y adecuado manejo de actores para la ejecución de proyectos de salud pública. Experiencia por 6 años en la coordinación técnica de la Negociación Conjunta COMISCA®. Auditora ISO 9001:2015.

Docente Universitaria de Post-Grado en Farmacovigilancia en la Universidad de El Salvador. Profesora invitada del curso virtual de farmacovigilancia de la OPS y en la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Para el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y su Secretaría Ejecutiva (SE-COMISCA), el derecho a la salud de las personas migrantes, retornadas y familias fragmentadas, implica reducir vulnerabilidades e implementar acciones intersectoriales tanto a nivel nacional como a nivel regional, siendo necesario realizar un amplio ejercicio de análisis desde la determinación social de la salud (DSS).

Este análisis basado en los procesos de determinación, permite identificar la extensión en la que se afecta tanto a la persona, la comunidad y la sociedad, así como el grado de profundidad del problema, identificando además las causas estructurales a nivel de caso, actores, recursos y las reglas del juego que inciden en la problemática migratoria.

Dado que el fenómeno de la migración es un aspecto complejo que repercute en la salud mental y social de las personas y sus familias, el sector salud de la región SICA propone fomentar procesos que impulsen ambientes saludables y seguros que permitan una sana convivencia, así como espacios para la recreación, en concordancia con el enfoque de promoción de la salud que busca preservar e incrementar la salud incidiendo sobre los estilos, condiciones y modos de vida.

Lo anterior sin perder de vista que deben implementarse acciones encaminadas a mejorar los mecanismos que permitan el acceso y la cobertura equitativa a servicios públicos de salud, así como la vigilancia en salud pública que permita caracterizar las poblaciones vinculadas a la migración y generación de evidencias para la toma de decisiones.

Esta es la orientación que marcó el desarrollo del 3° Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana (FIRS), denominado Salud y Migración, realizado en Guatemala el 15 de mayo de 2019, siendo un espacio intersectorial que permitió el intercambio de experiencias, conocimientos y desafíos para la atención de la salud de los migrantes, en concordancia con lo instruido por el COMISCA¹, que desde el año 2017 ha marcado esta temática como estratégica para su abordaje intersectorial².

¹ Resolución COMISCA 22-2018, Plascencia, Belice, 6 y 7 de diciembre 2018

² 1° Foro Intersectorial Regional para la Salud, Panamá, 24 y 25 de Octubre de 2017

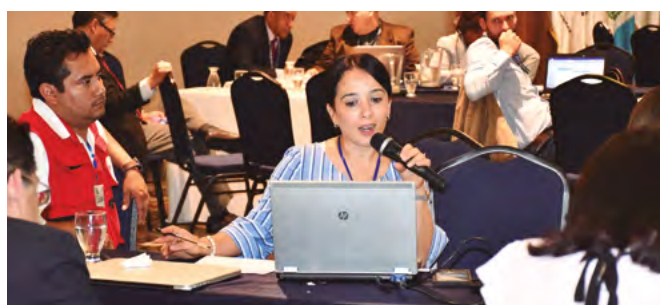
Cabe destacar, que el abordaje de la salud de los migrantes constituye un reto para la región SICA, en cuanto al cumplimiento de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana (ASCARD) 2019- 2030 en lo referente a priorizar el trabajo intersectorial desde la determinación social de la salud para el abordaje de esta temática (objetivo 4.2.4), el cumplimiento de la Agenda 2030 y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible; así como a los principios y 23 objetivos del Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular firmada por los Jefes de Estado y de Gobierno, reunidos en Marruecos los días 10 y 11 de diciembre de 2018, particularmente en cuanto a proporcionar a los migrantes acceso a servicios básicos.

Es por ello que la instancia ejecutiva y técnica permanente que representa al COMISCA en la institucionalidad del SICA, la SE-COMISCA, elaboró una propuesta a partir de un enfoque de determinación social de la salud, retomando áreas críticas de intervención y propuestas estratégicas identificadas en el primer Foro Intersectorial de la Salud. Dicha propuesta es denominada **“Lineamientos Estratégicos para la atención integral de Salud a las personas migrantes en tránsito, retornados y familias fragmentadas en la región SICA”**, en adelante Lineamientos, los cuales constituyen un aporte que orienta acciones de política pública, teniendo en cuenta la perspectiva de la seguridad humana y la protección social, poniendo a la persona como centro de todas las acciones.

Los Lineamientos fueron sometidos a la validación interna del sector salud regional a través de las Instancias Técnicas Operativas del COMISCA, siendo éstas el Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana (CEIP), la Comisión Técnica de Vigilancia de la Salud y Sistemas de Información (COTEVISI) y el Grupo Técnico de Migración (GTM) y posteriormente sometidos a un espacio de análisis intersectorial, en el que participaron representantes de la Institucionalidad del SICA, como con otros actores especializados en la temática, miembros de la Iniciativa Conjunta de Salud y Migración (INCOSAMI), socios de la cooperación internacional, instituciones religiosas que brindan apoyo a las personas migrantes en tránsito, asistencia humanitaria y la academia.



Imágenes del tercer Foro Intersectorial para la salud de Centroamérica y República Dominicana, Ciudad de Guatemala, 15 de Mayo de 2019. Por Guadalupe López, SE-COMISCA



*Imágenes del tercer Foro Intersectorial para la salud de Centroamérica y República Dominicana, Ciudad de Guatemala, 15 de Mayo de 2019.
Por Guadalupe López, SE-COMISCA*

La discusión intersectorial, realizada en el tercer FIRS, permitió enriquecer los Lineamientos identificando algunos factores claves para la implementación de los mismos en el nivel regional, nacional y local, teniendo en cuenta acciones encaminadas a la construcción de Políticas Públicas, a esclarecer aspectos de rectoría y gobernanza de las intervenciones, considerar lo pertinente para su financiamiento y sostenibilidad, destacar el abordaje de los procesos de determinación social de manera intersectorial, así como tener en cuenta el monitoreo y evaluación de las acciones realizadas.

La implementación de los Lineamientos apoyará a los Estados Miembros del SICA en la respuesta en salud para las personas migrantes, retornados y familias fragmentadas, en cuatro ámbitos de la salud pública: prevención, curación, recuperación y promoción de la salud; para lo cual se plantea la articulación de factores clave con los diferentes actores que intervienen. De igual manera, también se considera el abordaje del territorio como constructor de identidad y el medioambiente desde la perspectiva socioecológica.

Los cinco grandes lineamientos estratégicos para la Atención Integral de Salud a las personas migrantes, retornados y familias fragmentadas en la región SICA son:

1. Fortalecimiento de servicios de salud inclusivos e integrales para migrantes, que contemple tanto los servicios de atención en salud móviles para poder responder de manera contingente a las demandas de las personas migrantes dada su constante movilidad tanto en frontera y en tránsito, como servicios de atención en salud fijos, que se refiere a los servicios que ya operan, de manera que sean inclusivos e integrales para migrantes tanto en frontera, en tránsito y retorno.

2. Desarrollo de un sistema de indicadores trazadores que proporcionen datos sobre migrantes en tránsito y retorno, que implica la definición y desarrollo de un instrumento de información sanitaria para identificación y seguimiento a personas migrantes que hayan tomado contacto con los servicios de salud, así como el desarrollo de una Plataforma Regional que permita la vinculación de base de datos que sirvan para realizar análisis situacionales y estudiar el comportamiento de perfiles sociosanitarios de la migración regional, en este esfuerzo se reconoce el aporte que pueden realizar la Iniciativa Conjunta de Salud y Migración (INCOSAMI) y el Observatorio Centroamericano de desarrollo Social (OCADES) a los esfuerzos coordinados desde la SE-COMISCA.

3. Incidencia política con enfoque en la determinación social de la salud y de derechos humanos en torno a la migración irregular para su abordaje intersectorial, que contemple su gobernanza y financiamiento sostenible, de manera que permita la definición de elementos para el diseño de una Estrategia de comunicación regional que potencie la abogacía a favor de la salud de los migrantes y la búsqueda de acuerdos políticos con otras instancias del SICA y Organismos Internacionales.

4. Fortalecimiento de la capacidad institucional de los ministerios de salud para el desarrollo y conducción efectiva de las intervenciones nacionales y regionales en el abordaje integral de la problemática de salud y migración. Dicho fortalecimiento se concreta en el desarrollo de la investigaciones regionales y nacionales para generar evidencia científica actualizada sobre salud y migración, en la implementación de procesos continuos de capacitación y sensibilización a personal de salud gubernamental y no gubernamental y a la población en general, así también en la incorporación de personal de salud especializado con competencias para atender las áreas críticas de la dinámica migratoria. Esto habrá de realizarse mediante la gestión de proyectos operativos y de investigación dirigidos a la atención y la vigilancia en salud, así como de las características del territorio y las condiciones del medioambiente vinculado a la migración y desarrollo.

5. Fomento del desarrollo local en los territorios expulsores de personas migrantes, que disminuya brechas de inequidades e injusticia social, con enfoque de la determinación social de la salud, para ello es necesario, entre otros, realizar un diagnóstico regional de la situación de salud y socioeconómico de los territorios expulsores de personas migrantes -que contemple la dinámica sociopolítica y el ambiente biótico y abiótico-, y que permita la incorporación de las necesidades identificadas en los análisis de situación regional de salud, según condiciones de vida, en los planes de desarrollo municipales.

Dar respuesta integral a la problemática en salud que conlleva la migración irregular por las consecuentes afectaciones en la salud física, mental, emocional de las personas en tránsito, las retornadas y las familias fragmentadas, no es exclusivo del sector salud ya que se requiere una acción intersectorial y multidisciplinaria. Por lo que el COMISCA y la SE-COMISCA promueven una respuesta amplia con medidas integradas.



*Imágenes del tercer Foro Intersectorial para la salud de Centroamérica y República Dominicana, Ciudad de Guatemala, 15 de Mayo de 2019.
Por Guadalupe López, SE-COMISCA*



SECRETARÍA EJECUTIVA
COMISCA
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



SICA
Sistema de la Integración
Centroamericana

*Solidaridad entre los pueblos para
la integración regional en salud*

 www.sica.int/comisca  info.comisca@sica.int  (503) 2248 6901

 @SECOMISCA  Se-Comisca SICA  Secretaría Ejecutiva del COMISCA

