

ESTUDIO EXPLORATORIO
**CONDICIÓN DE SALUD, ACCESO A LOS SERVICIOS E
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y VULNERABILIDADES
ASOCIADOS A LA MIGRACIÓN EN
GUATEMALA**



International Organization for Migration (IOM)
Organisation Internationale pour les Migrations (OIM)
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)



FLACSO
GUATEMALA

Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de riesgos y vulnerabilidades asociados a la migración en Guatemala

Créditos y agradecimientos

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Coordinación del proyecto regional:

Alicia Navalón, OIM Misión El Salvador

Asesoría técnica y revisión:

Dr. Carlos Van der Laat, Oficial Regional en Salud y Migración para las Américas. Oficina Regional para Centroamérica, Norteamérica y el Caribe, OIM.

Alicia Navalón, Coordinadora de proyectos. OIM Misión El Salvador

José Diego Cárdenas, Coordinador de proyectos. OIM Misión Guatemala

FLACSO Guatemala

Área de Estudios Sociopolíticos –Unidad de Salud, Actores y Políticas

Equipo de Investigadores

Dr. José Miranda, Coordinador e Investigador Principal

Claudia García

Ernesto Villagrán

Vicente Quino

Anneliza Tobar

Luis Fernando de León

Jorge Ovalle

Reconocimientos

La realización del presente estudio sobre la “Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de riesgos y vulnerabilidades asociados a la migración en Guatemala” en los departamentos de Guatemala, Quetzaltenango, Huehuetenango y San Marcos, estuvo liderado por la Unidad de Salud,

Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de riesgos y vulnerabilidades asociados a la migración en Guatemala

Actores y Políticas del Área de Estudios Sociopolíticos, con la participación parcial de dos investigadores del Área de Estudios de Población y Desarrollo y de la Unidad de Informática de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Académica Guatemala, y dos consultores externos. Dejamos constancia de los aportes altamente valorados del equipo de investigadores.

José Miranda, coordinador, investigador principal y redactor del Estudio de la Unidad de Salud, Actores y Políticas. Responsable de la coordinación, diseño y realización de los apartados cualitativo y cuantitativo.

Claudia Renè García Chapetón, consultora responsable del desarrollo del apartado cualitativo en los departamentos de Guatemala, San Marcos, Quetzaltenango y Huehuetenango.

Víctor Ernesto Villagrán Colón, consultor responsable de las capacitaciones a encuestadores, diseño de las encuestas para personas retornadas y familias fragmentadas, la gestión de la base de datos, y del análisis y presentación de cuadros y gráficos estadísticos.

José Vicente Quino González, del Área de Estudios de Población y Desarrollo, contribuyó al protocolo de investigación y a los apartados donde se desarrolla el planteamiento del problema, el contexto de la deportación, la revisión y aportes a los instrumentos del informe final y a la logística del trabajo de campo.

Anneliza Tobar Estrada, del Área de Estudios de Población y Desarrollo, contribuyó al protocolo de investigación y a los apartados donde se desarrolla el planteamiento del problema y el diseño metodológico del estudio.

Luis Fernando de León, de la Unidad de Informática de FLACSO Guatemala, quien gestionó la plataforma LimeSurvey utilizada para las encuestas electrónicas. Él también coordinó el desarrollo de la estructura de los instrumentos electrónicos y el monitoreo y presentación de la base de datos de las encuestas.

Jorge Ovalle, de la Unidad de Informática de FLACSO Guatemala, responsable de la digitación, depuración y monitoreo de la captura de datos de las encuestas a la plataforma LimeSurvey.

Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de riesgos y vulnerabilidades asociados a la migración en Guatemala

Marcel Arévalo, Fernanda Mazariegos, Eric Caballeros, Cristi Alonzo, Orfa de León y Juan Hernández del Área de Estudios de Población y Desarrollo y EMIFSUR, por el apoyo logístico para el levantado de la Encuesta en San Marcos.

Un reconocimiento especial a los equipos que pertenecieron en el levantado de la encuesta.

Equipo encuestadores de Huehuetenango

Edgar Cobón (Coordinador)

William Lehi González

Oliver Tomás Lucas

Frank Castillo

Equipo encuestadores de Guatemala

Shirley Vanessa (Coordinadora)

Ana Leonor Cojoc

Aura Rosalía Marroquín

Equipo encuestadores de Quetzaltenango

Vivian Mayté Castillo (Coordinadora)

Mauricio Recancoj

Fabricio Celada

Karla María Azañón

Juanita Raquel Guitz Torres

Manuel Celada Castillo

Equipo encuestadores de San Marcos

Orfa de León (Coordinadora)

Juan de Jesús Hernández

Ligia Walesca de León

Morales Byron David Ochoa Cancinos

Carlos Amed Juárez Barrios

Joel Abraham Chilel Ramos

Erik Adalberto García Meza

Quedan reservados todos los derechos. La presente publicación no podrá ser reproducida íntegra o parcialmente, ni archivada o transmitida por ningún medio (ya sea electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado u otro), sin la autorización previa del editor.

Las opiniones expresadas en las publicaciones de la Organización Internacional para las Migraciones corresponden a los autores y no reflejan necesariamente las de la OIM. Las denominaciones empleadas en este estudio y la forma en la que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OIM, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de riesgos y vulnerabilidades asociados a la migración en Guatemala

La iniciativa para elaborar este estudio se originó en el contexto del proyecto regional “Fortalecimiento de capacidades de los Gobiernos de El Salvador, Honduras, Nicaragua y Guatemala para abordar la salud de los migrantes a través de un enfoque multisectorial”, financiado por el Fondo para el Desarrollo de la Organización Internacional para las Migraciones. El estudio fue desarrollado de forma participativa con personal técnico de organizaciones gubernamentales, sociedad civil y academia, bajo la dirección de la OIM y el equipo investigador.

Publicado por:

©Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Dr. Carlos Van der Laet
Oficial Regional en Salud y Migración para las Américas
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
San José, Costa Rica
Tel: +506 2212-5307
Email: cvanderlaat@iom.int

La OIM está consagrada al principio de que la migración en condiciones humanas y de forma ordenada beneficia a los migrantes y a la sociedad. Como organización intergubernamental, la OIM actúa como socio en la comunidad internacional, con el fin de ayudar a responder a los retos funcionales de la migración; contribuir a una mayor comprensión de los problemas ligados a la migración; promover el desarrollo social y económico mediante la migración y defender la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

INDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS.

FICHA TÉCNICA DEL ESTUDIO

PRESENTACIÓN

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.....	4
A. LA MIGRACIÓN, VULNERABILIDADES Y RIESGOS.....	5
B. LAS ETAPAS DEL CICLO MIGRATORIO Y LAS AFECTACIONES A LA SALUD.....	6
III. OBJETIVOS.....	15
A. Objetivo General.....	15
B. Objetivos específicos.....	15
IV. METODOLOGÍA.....	16
A. Tipo de estudio.....	17
B. Diseño del estudio.....	17
C. Definiciones conceptuales.....	18
1. Persona migrante retornada.....	19
2. Familia fragmentada.....	19
D. Unidades de observación y de análisis y periodicidad de selección.....	33
E. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de observación y análisis.....	22
F. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos utilizados y métodos para el control de calidad de los datos.....	22
G. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.....	25
H. Programas para recolectar los datos, método de captura y dispositivos utilizados.....	26
I. Estructuración de base de datos, de las entrevistas y de los grupos focales.....	26
J. Análisis y presentación de datos.....	27
V. MARCO TEÓRICO.....	28
A. El proceso migratorio.....	29
B. Justicia social y derechos sociales.....	30
C. El contexto del retorno forzado (deportación).....	31
1. El contexto de salida: pobreza, exclusión social y vulnerabilidad en Guatemala.....	31
2. El mercado de trabajo en Guatemala.....	34
3. Estados Unidos, contexto de entrada.....	35
4. La deportación como política anti-inmigrante en los países desarrollados.....	36
5. El endurecimiento de las leyes migratorias en los países centrales.....	39

D. Derecho y exclusiones en salud.....	40
1. El derecho a la salud.....	40
2. Exclusión del derecho a la salud.....	40
VI. CARACTERÍSTICAS CUANTITATIVAS DE LAS POBLACIONES DE ESTUDIO.....	45
A. Descripción de resultados cuantitativos de las personas retornadas.....	46
1. Aspectos socio-demográficos.....	46
2. Condición de salud.....	57
3. Consumo de tabaco y alcohol.....	65
4. Conocimientos sobre VIH.....	65
5. Salud sexual y reproductiva.....	67
6. Violencia y agresiones.....	69
7. Problemas de salud durante el trayecto.....	70
8. Acceso a servicios de salud tras el retorno.....	74
9. Auto percepción del estado de salud.....	75
10. Percepción de discriminación.....	77
11. Percepción de riesgos en la trayectoria.....	78
B. Descripción de resultados cuantitativos de la familia fragmentada.....	84
1. Datos socio-demográficos.....	84
2. Ingreso.....	91
3. Trabajo y envío de remesas.....	92
4. Vivienda.....	92
5. Titularidad de la jefatura de hogar.....	93
6. Percepción del estado de salud de la familia antes y después de que el familiar migrara.....	94
7. Consumo de tabaco, alcohol y drogas.....	95
8. Atención de necesidades de salud.....	96
9. Padecimientos de salud mental.....	97
10. Procedencia del dinero destinado a gastos en salud.....	99
11. Patrones de alimentación.....	100
12. Percepción de los riesgos y vulnerabilidades.....	103
13. Riesgos de la migración para la integridad y salud de la persona migrante.....	103
VII. DATOS CUALITATIVOS DE LAS VOCES DE LOS ACTORES ALREDEDOR DE LA MOVILIDAD HUMANA.....	105
A. Las condiciones de la interacción social alrededor de la migración.....	106
B. La voz de las personas retornadas.....	109
1. Contexto de origen de la migración.....	109
2. Las condiciones en el trayecto y destino.....	111

3. Las condiciones en el retorno.....	120
C. La voz de las personas jefas y jefes de familias fragmentadas.....	125
D. Los actores sociales frente a las personas migrantes retornadas y las familias fragmentadas.....	134
E. El perfil de las organizaciones civiles y el contexto de su trabajo.....	134
F. Los actores gubernamentales frente a las personas migrantes retornadas.....	141
1. La Dirección General de Migración frente a las personas migrantes retornadas....	141
2. La Secretaría de Bienestar Social y la Procuraduría General de la Nación frente a la niñez y adolescencia migrante no acompañada.....	143
VIII.DISCUSIÓN.....	145
IX. CONCLUSIONES.....	156
X. RECOMENDACIONES.....	161
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	164

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Vulnerabilidades biopsicosociales del sujeto migrante durante su trayecto migratorio.....	13
Tabla 2. Tipología de restricciones del sujeto migrante.....	14
Tabla 3. Operativización de las variables socio-demográficas de personas retornadas y familias fragmentadas. Guatemala, 2014.....	20
Tabla 4. Unidades de observación y de análisis.....	21
Tabla 5. Distribución del número de boletas de encuesta aplicadas a personas migrantes retornadas y a familias fragmentadas por departamento. Guatemala, 2014.....	24
Tabla 6. Cifras de personas migrantes deportadas de Estados Unidos hacia Guatemala y variación anual 2004-2013. Guatemala, 2014.....	43
Tabla 7. Distribución de los casos de estudio de personas migrantes retornadas por departamento. Guatemala, 2014.....	44
Tabla 8. Distribución de la muestra de estudio según sexo. Guatemala, 2014.....	57
Tabla 9. Distribución de los casos de estudio de personas migrantes retornadas por sexo y departamento. Guatemala, 2014.....	47
Tabla 10. Distribución de la población de personas migrantes retornadas por sexo y grupo etario. Guatemala, 2014.....	48
Tabla 11. Distribución de la población de personas migrantes retornadas por nivel de escolaridad y departamento. Guatemala, 2014.....	49
Tabla 12. Distribución del número de hijos de personas migrantes retornadas encuestadas, según duración de la experiencia migratoria. Guatemala, 2014.....	50
Tabla 13. Distribución del tipo de propiedad de la vivienda de las personas migrantes retornadas encuestadas. Guatemala, 2014.....	51
Tabla 14. Distribución de las personas migrantes retornadas encuestadas que tienen trabajo o están ocupadas actualmente, por departamento. Guatemala, 2014.....	52
Tabla 15. Tiempo de duración de la experiencia migratoria distribuido según nivel de escolaridad. Guatemala, 2014.....	53
Tabla 16. Duración de la experiencia migratoria en años (hasta 5 años y mayor de 5 años) según edad igual o menor y mayor que la mediana (30 años) *. Guatemala, 2014..	54
Tabla 17. Relación entre la duración de la experiencia migratoria y el nivel de escolaridad de la población de estudio*. Guatemala, 2014.....	55
Tabla 18. Distribución de la duración de la experiencia migratoria según nivel de escolaridad de las personas migrantes retornadas*. Guatemala, 2014.....	56
Tabla 19. Tipo y frecuencia de las enfermedades padecidas por las personas migrantes	

retornadas (respuestas múltiples no excluyentes). Guatemala, 2014.....	57
Tabla 20. Distribución de los padecimientos de salud mental de las personas migrantes retornadas. Guatemala, 2014.....	59
Tabla 21. Distribución de padecimientos de salud mental entre las personas migrantes retornadas, según tiempo de duración de la experiencia migratoria. Guatemala, 2014.....	61
Tabla 22. Distribución de padecimientos de salud en personas migrantes retornadas según sexo. Guatemala, 2014.....	62
Tabla 23. Frecuencia de problemas de salud mental padecidos por personas migrantes retornadas tras regresar al origen. Guatemala, 2014.....	64
Tabla 24. Distribución de las mujeres migrantes retornadas según edad mediana (30 años) y nivel de conocimientos sobre VIH/VIH Avanzado*. Guatemala, 2014....	67
Tabla 25. Distribución del uso de algún método anticonceptivo durante el trayecto migratorio en personas migrantes retornadas según sexo*. Guatemala, 2014.....	68
Tabla 26. Distribución del método anticonceptivo utilizado durante el trayecto migratorio entre personas migrantes retornadas. Guatemala, 2014.....	69
Tabla 27. Frecuencia de los problemas de salud experimentados por las personas migrantes retornadas, durante el trayecto. Guatemala, 2014.....	70
Tabla 28. Frecuencia del acceso a atención médica durante el trayecto migratorio. Guatemala, 2014.....	71
Tabla 29. Frecuencia con la que las personas retornadas contaron con seguro de salud en el país destino. Guatemala, 2014.....	73
Tabla 30. Distribución de la atención médica recibida durante la estadía en el país destino. Guatemala, 2014.....	73
Tabla 31. Entidad en el país destino donde las personas retornadas recibieron atención médica. Guatemala, 2014.....	74
Tabla 32. Distribución del cambio en la percepción sobre la salud, según el momento de la experiencia migratoria*. Guatemala, 2014.....	76
Tabla 33. Distribución de las auto-percepciones (buenas y malas) de salud antes y posteriormente a la experiencia migratoria según sexo*. Guatemala, 2014.....	77
Tabla 34. Percepción sobre discriminación por personas migrantes retornadas durante el trayecto migratorio. Guatemala, 2014.....	78
Tabla 35. Distribución del riesgo para la salud del trayecto migratorio según sexo de la persona migrante retornada. Guatemala, 2014.....	79

Tabla 36. Distribución de la percepción de gravedad del trayecto migratorio según sexo de las personas migrantes retornadas. Guatemala, 2014.....	79
Tabla 37. Distribución de los principales riesgos del trayecto migratorio señalados por mujeres migrantes retornadas. Guatemala, 2014.....	81
Tabla 38. Distribución de los principales riesgos del trayecto migratorio, señalados por hombres migrantes retornados. Guatemala, 2014.....	82
Tabla 39. Riesgos para la salud percibidos por las personas retornadas durante su estancia en el país de destino. Guatemala, 2014.....	83
Tabla 40. Distribución de los casos de estudio de jefas y jefes de familia por departamento. Guatemala, 2014.....	84
Tabla 41. Distribución por sexo del encuestado de las familias fragmentadas. Guatemala, 2014.....	85
Tabla 42. Edad de quienes ejercen la jefatura de las familias fragmentadas. Guatemala, 2014.....	85
Tabla 43. Distribución de jefas y jefes de hogar según grupos etarios y sexo. Guatemala, 2014.....	86
Tabla 44. Distribución de jefas y jefes de hogar según departamento y condición étnica. Guatemala, 2014.....	87
Tabla 45. Distribución de jefas y jefes de hogar según estado civil por departamento. Guatemala, 2014.....	88
Tabla 46. Tipo de trabajo u ocupación actual de jefas y jefes de hogar. Guatemala, 2014.....	89
Tabla 47. Distribución de las ocupaciones principales de jefas y jefes de hogar según sexo. Guatemala, 2014.....	90
Tabla 48. Distribución de la recepción de remesas entre las familias fragmentadas. Guatemala, 2014.....	91
Tabla 49. Montos de las REMESAS ¹ en distintas monedas. Guatemala, 2014.....	92
Tabla 50. Percepción sobre el estado de salud de la familia antes de que su familiar migrara. Guatemala, 2014.....	94
Tabla 51. Percepción sobre el estado de salud de la familia actualmente. Guatemala, 2014.	95
Tabla 52. Dificultades enfrentadas por las jefas y jefes de hogar para atender las necesidades de salud, luego de migrar la pareja, según distribución por sexo y grupos de edad. Guatemala, 2014.....	97
Tabla 53. Padecimientos sentidos por algún miembro de la familia después de la partida de la persona migrante. Guatemala, 2014.....	98

Tabla 54. Distribución de la frecuencia del consumo actual de alimentos entre las familias fragmentadas. Guatemala, 2014.....	101
Tabla 55. Frecuencia con la cual las familias fragmentadas comen en restaurantes o puestos de comida rápida. Guatemala, 2014.....	102
Tabla 56. Distribución del riesgo para la integridad y la salud del familiar que migró. Guatemala, 2014.....	104
Tabla 57. Distribución de la percepción de gravedad del riesgo por sexo. Guatemala, 2014.	104
Tabla 58. Problemas de salud psicológicos y físicos identificados por organizaciones que atienden a personas retornadas. Guatemala, 2014.....	141

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. La estructura del modelo de los Análisis de Situación de Salud.....	33
Gráfico 2. Evolución de la pobreza 2000-2011, con base en datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)	33
Gráfico 3. Evolución de la pobreza general en Guatemala entre 1898-2011 (en porcentajes).....	33
Gráfico 4. Relación entre los procesos que aseguran la inclusión de las personas a los sistemas de protección de la salud. Guatemala, 2014.....	41
Gráfico 5. La definición de reglas de juego para la integración del individuo a la sociedad....	42
Gráfico 6. Causas y efectos de la migración	52
Gráfico 7. Exclusión en salud para personas deportadas y familias fragmentadas.....	44
Gráfico 8. Momento de la experiencia migratoria (antes, durante o después) en el cual la persona deportada supo que sufre una enfermedad crónica. Guatemala, 2014.....	58
Gráfico 9. Padecimientos de salud en personas migrantes retornadas. Guatemala, 2014*....	60
Gráfico 10. Proporción de padecimientos de salud mental en personas migrantes retornadas, según duración de la experiencia migratoria. Guatemala 2014*.....	62
Gráfico 11. Distribución comparativa de padecimientos en personas retornadas según sexo. Guatemala, 2014.....	63
Gráfico 12. Problemas de salud experimentados durante el trayecto migratorio. Guatemala, 2014.....	72
Gráfico 13. Distribución porcentual del riesgo para la salud en el trayecto migratorio, según sexo de la persona migrante retornada. Guatemala, 2014*.....	80
Gráfico 14. Padecimientos sentidos por algún miembro de la familia después de la partida de la persona migrante. Guatemala, 2014*.....	98
Gráfico 15. Frecuencia del consumo actual de alimentos entre las familias fragmentadas y que no eran consumidos antes de que un familiar migrara. Guatemala 2014...	101
Gráfico 16. Frecuencia de consumo de alimentos en restaurantes o en puestos de comida rápida. Guatemala, 2014.....	102
Gráfico 17. Actores centrales y paralelos en la dinámica migratoria guatemalteca.....	108
Gráfico 18. El círculo vicioso de la impunidad frente a la violencia sexual contra las mujeres migrantes.....	117

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
APA	Siglas en inglés de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychological Association)
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
BLS	Siglas en inglés de la Agencia de Estadísticas de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Bureau of Labor Statistics)
CES	Consejo Económico Social de Guatemala
CONALFA	Comité Nacional de Alfabetización de Guatemala
DGM	Dirección General de Migración de Guatemala
EBSVERA	Siglas en inglés de la Ley Enhanced Border Security and Visa Entry Reform Act
EPS	Ejercicio Profesional Supervisado
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala
FBI	Siglas en inglés de la Oficina Federal de Investigaciones de Estados Unidos (U.S. Federal Bureau of Investigation)
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística de Guatemala
INTECAP	Instituto Técnico de Capacitación y Productividad
MINEDUC	Ministerio de Educación de Guatemala
VOIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PIDESC	Pacto Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PGN	Procuraduría General de la Nación de Guatemala
PIB	Producto Interno Bruto
SBS	Secretaría de Bienestar Social
STP	Salud en Todas las Políticas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

FICHA TECNICA

Actualmente, no existen en Guatemala estudios a profundidad sobre las condiciones socio-sanitarias de la población migrante, los riesgos y vulnerabilidades asociados a la migración y la disponibilidad y acceso a servicios de salud. Por tal motivo, se planteó realizar un estudio exploratorio-descriptivo sobre migración y salud, para tener una mirada conjunta de los efectos del ciclo migratorio sobre la salud poblacional y la respuesta de los servicios de salud como resultado de la aplicación de políticas y acciones sanitarias.

El Estudio sobre la condición de salud, acceso a los servicios e identificación de riesgos y vulnerabilidades específicos a la migración en Guatemala planteó como objetivo (resultado) generar evidencias sobre la salud de las personas migrantes y las familias fragmentadas que quedan en la comunidad de origen, explorando el perfil socio-sanitario de estos dos grupos de población, la disponibilidad y acceso actual a la atención de salud, y los riesgos y vulnerabilidades asociados a la experiencia migratoria para orientar acciones que generen capacidades institucionales (efecto) para el abordaje integral e inclusivo de la salud.

Metodológicamente se plantearon como unidades de análisis las personas migrantes retornadas y las familias fragmentadas que quedaron en la comunidad de origen. Para el caso de las personas retornadas, éstas debieron regresar a Guatemala del extranjero en los últimos dos años por vía aérea o terrestre, con diferentes perfiles de género, edad, duración de la experiencia migratoria, grado experimentado de vulnerabilidad, lugar de reintegración (rural/urbano), entre otras características. En el caso de las familias fragmentadas, se seleccionaron aquellas cuya separación del familiar jefe de hogar que migró estuviera comprendida entre los seis meses y hasta un máximo de cinco años. El perfil del familiar jefe de hogar también debía reflejar diferencias de género, edad, tiempo de separación, etc. Ambos sujetos de estudio deberían proceder geográficamente de los departamentos de San Marcos, Huehuetenango, Quetzaltenango y Guatemala.

El Estudio combinó técnicas cuantitativas (encuestas) y cualitativas (revisión documental, entrevistas y grupos focales). Se levantó una encuesta de 444 boletas electrónicas, distribuidas en 222 aplicadas a personas retornadas y 222 aplicadas a familias fragmentadas, en los departamentos de San Marcos, Huehuetenango, Quetzaltenango y Guatemala. Además, se realizaron 18 entrevistas a informantes clave, 11 talleres de grupos focales, y se accedió de manera parcial a cinco fuentes documentales.

El trabajo de campo duró cuatro meses (de agosto a noviembre de 2014), y supuso dos fases. La primera, de inmersión, implicó tomar contacto con diversos actores sociales para la ubicación de potenciales informantes clave de instituciones gubernamentales y sociales involucrados en la atención de estos dos grupos de población en los cuatro departamentos donde se realizó el estudio. La prolongada segunda fase, de captura de datos primarios y secundarios, consistió en el levantado de la encuesta, la realización de entrevistas y grupos focales, y la revisión de fuentes secundarias. La ubicación, la invitación por parte del equipo de encuestadores y la participación de los informantes clave para la encuesta supuso una táctica de barrido o búsqueda activa de casos, de comunidad en comunidad en el área rural, y de barrio en barrio en las colonias urbanas, debido a la evasión continua de ambos sujetos de estudio, quienes fueron contactados a través de intermediarios (personal de CONALFA, del Ministerio de Salud, de la Iglesia Católica y de las alcaldías). La experiencia previa de levantado de encuestas de los miembros de cada equipo de encuestadores fue el factor determinante del éxito de este componente del estudio. El levantado de la encuesta fue completamente electrónico, utilizándose la plataforma LimeSurvey® para estructurar una base de datos. La captura de los datos se hizo a través de Tablets y teléfonos inteligentes. En ella participaron 18 encuestadores. Para los análisis se realizaron pruebas bivariadas y multivariadas de los datos.

Los resultados del Estudio ofrecen respuestas a algunos supuestos sobre quiénes migran y los motivos por los cuales lo hacen, la limitada existencia o inexistencia de programas de salud específicos y especializados y las dificultades de acceso a los servicios existentes para estos dos grupos de población, el enfoque detrás de las actuales políticas migratorias, las amenazas y riesgos a los que se exponen a lo largo de la experiencia migratoria, y las vulnerabilidades de las personas que decidieron migrar hacia otro país y las familias que quedaron en el lugar de origen.

Palabras Clave: migración, riesgos, vulnerabilidades, problemas psicológicos, atención de salud.

PRESENTACIÓN

El reconocimiento de la seria implicación que tiene la migración en la salud de las personas y sus familias ha llevado a que muchas de las políticas, programas y acciones institucionales de la cooperación y de diversos actores sociales, se orienten a la atención de la población migrante.

Dado que no existen estudios a profundidad sobre las condiciones socio-sanitarias de la población migrante, los riesgos y vulnerabilidades asociados a la migración y la disponibilidad y acceso a servicios de salud, se ha planteado la necesidad de contar con un estudio exploratorio sobre migración y salud, a fin de tener una mirada conjunta de los efectos del ciclo migratorio sobre la salud poblacional. También, sobre la respuesta de los servicios de salud como resultado de la aplicación de políticas y las acciones sanitarias. Por lo anterior, es importante obtener datos e información de primera mano acerca de la población retornada, y de las familias fragmentadas como efecto de la migración, y procesarlos de tal manera que se pueda desarrollar evidencias sobre la salud de las personas migrantes, y generar capacidades institucionales en el abordaje integral e inclusivo de la salud en la región centroamericana.

Los estudios sobre migración en Guatemala por lo general se han enfocado en la cuestión económica, sobre todo, debido a la importancia de las remesas en la composición del PIB, las redes sociales de migrantes, el estudio de la violencia asociada a los procesos migratorios y la violación de derechos humanos vinculados a esa dinámica. Recientemente, ha cobrado relevancia la crisis humanitaria de los niños y niñas migrantes. Otras dimensiones del fenómeno migratorio, por el contrario, no han merecido la misma atención. Una de ellas es la situación de salud de la población migrante.

En los países receptores de flujos migratorios, el tema sí ha sido estudiado debido a las consecuencias que la problemática representa para la salud pública. No obstante, en los países expulsores la situación reviste rasgos particulares. Por un lado, hay poca información sobre los factores de riesgo para la salud que afrontan las familias cuyo jefe o jefa de hogar ha migrado a Estados Unidos. Estas familias separadas deben enfrentar la fractura que conlleva la falta de jefe de familia, sin duda, el caso más recurrente. Y si se trata de una familia monoparental los efectos tienden a ser mayúsculos. De ahí que sea importante preguntar sobre qué trastornos psicológicos afloran como consecuencia de esta separación.

Además, por cuestiones culturales en Guatemala, la familia ha representado una unidad social muy cohesionada, característica propia del ethos comunitario que tiene mucho arraigo, particularmente en los pueblos indígenas. Este rasgo lleva a que los problemas psicológicos tiendan a somatizarse, por tratarse de “culturas que se asocian a estructuras de personalidad colectivista” (Morató, Pertiñez y Clusa, 2003: 146). El resultado es la aparición de dolencias y problemas de salud que no ocurren en el resto de familias. A esta situación, hay que agregar la relación que puede existir entre el aumento y disponibilidad de recursos económicos por medio de las remesas y la adquisición de nuevas prácticas alimenticias. El impacto de estos procesos todavía no es conocido.

Por otro lado, el creciente fenómeno de la migración de retorno, ya sea en forma voluntaria o por deportación, crea nuevos problemas de salud pública. En primer lugar, y con relación a los retornos voluntarios, falta comprobar la hipótesis de “el síndrome del salmón”, según la cual los migrantes muy enfermos deciden regresar a su lugar de nacimiento para pasar sus últimos días. En este caso, las patologías más recurrentes son la enfermedad cardiovascular y la hipertensión, desórdenes emocionales o psiquiátricos, obesidad, tabaquismo y diabetes. Otras afecciones como cáncer y VIH-SIDA también podrían ser causa de esta decisión (Ullman et al. 2011: 1).

Otro segmento de personas retornadas es aquel con algún grado de discapacidad generada durante una travesía, como la que siguen las personas indocumentadas. También hay que considerar otras enfermedades que han resultado de las condiciones precarias de trabajo en Estados Unidos, sin descartar las que están asociadas a las insalubres condiciones de la vivienda, y a los malos hábitos alimenticios. En personas jóvenes también es más probable la prevalencia de problemas psicológicos y psiquiátricos como lo señalan Morató, Pertiñez y Clusa (2003: 146). Este tipo de trastornos pueden ocurrir con mayor frecuencia en el caso de personas deportadas que dejaron a la familia en Estados Unidos y cuyo proyecto de vida fue interrumpido de manera violenta, a raíz de la detención y deportación. En este caso, también podrían encontrarse enfermedades vinculadas al consumo de drogas y alcohol.

La necesidad de encontrar las primeras respuestas a estas interrogantes, así como de ofrecer elementos preliminares como fundamento para el diseño de políticas de salud pública constituye el punto de partida de este estudio exploratorio.

I. INTRODUCCIÓN

El estudio sobre la condición de salud, acceso a los servicios y riesgos y vulnerabilidades específicos a la migración en Guatemala aporta a la construcción de una visión aproximada de la relación entre la situación de salud de la población vinculada al proceso migratorio en la región centroamericana, desarrollando evidencias sobre la salud de las personas migrantes retornadas y las familias fragmentadas. Esta relación, hasta el momento, ha sido poco explorada particularmente en Guatemala.

El presente estudio brinda aportes a varios procesos. En primer lugar, genera evidencias sobre el perfil socio-epidemiológico de la población que ha migrado y que está siendo retornada, con la intención de identificar la correspondencia entre el perfil de la persona migrante que la literatura señala (joven, fuerte y sano) y el perfil que el estudio arroja. También, sobre los actores institucionales involucrados en la migración como proceso y fenómeno social. De igual manera, permite conocer el perfil socio-epidemiológico de las familias fragmentadas, algunas de las reorientaciones de sus condiciones de vida y de salud, y roles intrafamiliares y sociales, generados a partir de la partida de la pareja de hogar.

En segundo lugar, permite conocer el nivel de disponibilidad y acceso a los servicios relacionados a la salud de ambas poblaciones suje-

tos de estudio, indicando la limitada existencia o inexistencia de una oferta programática específica ante la gravedad de una demanda poco o nada documentada desde el sistema de registro oficial de salud.

El estudio además permitió identificar riesgos y vulnerabilidades a la salud asociados a la migración y sus consecuencias para las familias fragmentadas, identificando nuevas dinámicas familiares y sociales, pautas de consumo material y simbólico, de violencia, y de morbilidad.

En cuarto lugar, señala el tipo de políticas públicas gubernamentales implementadas en torno a la migración, y el papel y los aportes material y simbólico no contabilizados (financiero, metodológico y asistencialista) que están transfiriendo las organizaciones no gubernamentales, particularmente la iglesia católica, agrupaciones de jóvenes y organizaciones asistencialistas, en cuanto a la subvención de dichas políticas.

Finalmente, los datos de este estudio se convierten en un recurso académico y político para argumentar a favor de la dinámica migratoria y sus consecuencias inmediatas y futuras para personas, familias fragmentadas, comunidades y sociedad guatemalteca. Por un lado, los datos como recurso político, se orientan a favorecer la argumentación de un debate y la construcción colectiva (diseño) de políticas públicas migratorias incluyen

El estudio sobre la condición de salud, acceso a los servicios y riesgos y vulnerabilidades específicos a la migración en Guatemala aporta a la construcción de una visión aproximada de la relación entre la situación de salud de la población vinculada al proceso migratorio en la región centroamericana, desarrollando evidencias sobre la salud de las personas migrantes retornadas y las familias fragmentadas. Esta relación, hasta el momento, ha sido poco explorada particularmente en Guatemala.

El presente estudio brinda aportes a varios procesos. En primer lugar, genera evidencias sobre el perfil socio-epidemiológico de la población que ha migrado y que está siendo retornada, con la intención de identificar la correspondencia entre el perfil de la persona migrante que la literatura señala (joven, fuerte y sano) y el perfil que el estudio arroja. También, sobre los actores institucionales involucrados en la migración como proceso y fenómeno social. De igual manera, permite conocer el perfil socio-epidemiológico de las familias fragmentadas, algunas de las reorientaciones de sus condiciones de vida y de salud, y roles intrafamiliares y sociales, generados a partir de la partida de la pareja de hogar.

En segundo lugar, permite conocer el nivel de disponibilidad y acceso a los servicios relacionados a la salud de ambas poblaciones suje-

tos de estudio, indicando la limitada existencia o inexistencia de una oferta programática específica ante la gravedad de una demanda poco o nada documentada desde el sistema de registro oficial de salud.

El estudio además permitió identificar riesgos y vulnerabilidades a la salud asociados a la migración y sus consecuencias para las familias fragmentadas, identificando nuevas dinámicas familiares y sociales, pautas de consumo material y simbólico, de violencia, y de morbilidad.

En cuarto lugar, señala el tipo de políticas públicas gubernamentales implementadas en torno a la migración, y el papel y los aportes material y simbólico no contabilizados (financiero, metodológico y asistencialista) que están transfiriendo las organizaciones no gubernamentales, particularmente la iglesia católica, agrupaciones de jóvenes y organizaciones asistencialistas, en cuanto a la subvención de dichas políticas.

Finalmente, los datos de este estudio se convierten en un recurso académico y político para argumentar a favor de la dinámica migratoria y sus consecuencias inmediatas y futuras para personas, familias fragmentadas, comunidades y sociedad guatemalteca. Por un lado, los datos como recurso político, se orientan a favorecer la argumentación de un debate y la construcción colectiva (diseño) de políticas públicas migratorias incluyen-

tes fundamentadas en la justicia, el derecho y el derecho a la atención de salud, y más coherentes con la realidad social y de salud de las personas que migran y de las familias fragmentadas. Por otro lado, los datos como recurso académico, contribuyen a identificar vacíos de investigación, y a definir nuevas líneas de trabajo que nos permitan ampliar y profundizar el conocimiento sobre estos dos grupos sociales, así como rescatar las experiencias metodológicas de abordaje asistencial que vienen desarrollando diversas organizaciones civiles, en el ámbito local.

En resumen, este estudio permite identificar las capacidades institucionales requeridas para asegurar un abordaje integral e inclusivo de estos grupos de población, brindando asistencia técnica para el diseño y la aplicación de políticas que orientarán los programas, planes y estrategias que respondan a las condiciones y necesidades de salud de la población migrante, y la vinculada a tal condición, en la región de Centroamérica desde un enfoque multisectorial

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. LA MIGRACIÓN, VULNERABILIDADES Y RIESGOS

La migración es un proceso histórico de movilidad humana, el cual ha sido un derecho y una expresión política, cultural, social e individual. La migración tiene varias expresiones, dependiendo del tiempo (estacional, temporal, temporal reiterada o indefinida), del desplazamiento entre países (interior y exterior), del lugar de habitación dentro de un país (urbana/rural), y puede ser voluntaria e involuntaria, dependiendo de si ha sido una elección de la persona que migra (Herrera, 2006: 36-57; Morató, Pertiñez y Clusa, 2003:143, 151; PNUD, 1999: 133-136).

La migración genera la expectativa de una serie de ganancias y beneficios de diverso orden económico y social, aunque también supone una serie de tensiones, riesgos y pérdidas. En las últimas décadas, la migración ha adoptado nuevas características de riesgo y persecución que conllevan vulnerabilidades para quienes se mueven entre territorios y países.

Sin lugar a dudas, estas vulnerabilidades son múltiples y diversas, y configuradas por factores tales como la disposición de recursos o la cultura de la sociedad a donde arriba la persona que migra. Por ejemplo, sería cierto que respecto a las situaciones de vulnerabilidad “los migrantes pobres son los que más sufren los procesos de adaptación y sobre los que recaen los problemas que nuestra sociedad relaciona con la inmigración” (Ochoa et. al., 2005: 116), dado que disponiendo de escasos recursos para sufragar los costos del viaje, los

segmentos más pobres se exponen a mayores riesgos durante el trayecto. Quienes disponen de más recursos, se aseguran algunas protecciones extras, por mínimas que éstas sean.

Así, en la migración hacia México y Estados Unidos, por ejemplo, los pobres serán usuarios cuasi obligados de “la bestia”, el tren de carga que recorre el territorio mexicano, y que ha sido escenario de múltiples accidentes y hechos que vulneran desde los derechos hasta la integridad física de los migrantes centroamericanos, especialmente.

Por otra parte, ciertos grupos son sujeto de prejuicios y prácticas discriminatorias, lo cual los convierte en sujetos con mayores condiciones de riesgo o vulnerabilidad respecto a otros grupos de migrantes “La experiencia de la migración tiene inmediatas implicaciones, particularmente intensas, para el bienestar psicológico y social de ciertos individuos y grupos: niños, personas de color, personas de grupos socioeconómicos empobrecidos, como también mujeres, lesbianas, gays, personas bisexuales, personas transgénero e individuos con discapacidades” (APA, sin año).

La experiencia de vulnerabilidad en la migración será vivenciada de manera distinta por cada uno de los grupos humanos que son sujetos en la migración, al interseccionarse durante la experiencia ciertas vulnerabilidades

La migración es un proceso histórico de movilidad humana, el cual ha sido un derecho y una expresión política, cultural, social e individual. La migración tiene varias expresiones, dependiendo del tiempo (estacional, temporal, temporal reiterada o indefinida), del desplazamiento entre países (interior y exterior), del lugar de habitación dentro de un país (urbana/rural), y puede ser voluntaria e involuntaria, dependiendo de si ha sido una elección de la persona que migra (Herrera, 2006: 36-57; Morató, Pertinhez y Clusa, 2003:143, 151; PNUD, 1999: 133-136).

La migración genera la expectativa de una serie de ganancias y beneficios de diverso orden económico y social, aunque también supone una serie de tensiones, riesgos y pérdidas. En las últimas décadas, la migración ha adoptado nuevas características de riesgo y persecución que conllevan vulnerabilidades para quienes se mueven entre territorios y países.

Sin lugar a dudas, estas vulnerabilidades son múltiples y diversas, y configuradas por factores tales como la disposición de recursos o la cultura de la sociedad a donde arriba la persona que migra. Por ejemplo, sería cierto que respecto a las situaciones de vulnerabilidad “los migrantes pobres son los que más sufren los procesos de adaptación y sobre los que recaen los problemas que nuestra sociedad relaciona con la inmigración” (Ochoa et. al., 2005: 116), dado que disponiendo de escasos

recursos para sufragar los costos del viaje, los segmentos más pobres se exponen a mayores riesgos durante el trayecto. Quienes disponen de más recursos, se aseguran algunas protecciones extras, por mínimas que éstas sean.

Así, en la migración hacia México y Estados Unidos, por ejemplo, los pobres serán usuarios cuasi obligados de “la bestia”, el tren de carga que recorre el territorio mexicano, y que ha sido escenario de múltiples accidentes y hechos que vulneran desde los derechos hasta la integridad física de los migrantes centroamericanos, especialmente.

Por otra parte, ciertos grupos son sujeto de prejuicios y prácticas discriminatorias, lo cual los convierte en sujetos con mayores condiciones de riesgo o vulnerabilidad respecto a otros grupos de migrantes “La experiencia de la migración tiene inmediatas implicaciones, particularmente intensas, para el bienestar psicológico y social de ciertos individuos y grupos: niños, personas de color, personas de grupos socioeconómicos empobrecidos, como también mujeres, lesbianas, gays, personas bisexuales, personas transgénero e individuos con discapacidades” (APA, sin año).

La experiencia de vulnerabilidad en la migración será vivenciada de manera distinta por cada uno de los grupos humanos que son sujetos en la migración, al interseccionarse du-

rante la experiencia ciertas vulnerabilidades propias de ciertas categorías sociales más las vulnerabilidades propias de la experiencia de migrar. Así, las violencias contra la mujer fundamentadas en imaginarios machistas y que, al fin de cuentas, se constituyen en hechos que les vulneran de distinta manera, se combinarían con riesgos propios de la migración, haciendo que ésta sea, para los grupos de mujeres, una experiencia de riesgo distinta a la que podrán experimentar otros colectivos.

En suma, las vulnerabilidades antes que inherentes a las personas y los grupos humanos son construidas por factores sociales, culturales, políticos y económicos. El migrante se torna en vulnerable a partir del ordenamiento social en el que se enmarca la migración. Disposiciones legales, falta de servicios y atenciones, relaciones discriminatorias serían solamente algunos de los factores que configuran el estatus de vulnerabilidad de las personas migrantes.

En el marco de la exposición o el manejo de las vulnerabilidades, se encuentra la compleja relación entre la migración y la salud. Indistintamente del momento migratorio, sin lugar a dudas esta relación es sumamente complicada, pues está configurada por factores externos a las personas, de tal manera que el cuidado de la salud no depende exclusivamente de la capacidad o la voluntad de la persona de atenderse a sí mismo o a su familia, sino

que se ve determinado por factores externos como el acceso a servicios de salud cercanos y gratuitos o a la disposición de brindar ayuda a personas migrantes, por ejemplo. La relación salud-migración no puede ser observada como aquella que se configura a partir de la voluntad o la capacidad de agencia de las personas solamente, sino que es una relación que se construye socialmente, a través de prácticas, dispositivos y disposiciones.

Otro elemento vinculado a la complejidad de la relación entre salud y migración es la persistencia de condiciones de exclusión experimentadas por los migrantes durante una experiencia continua de vulnerabilidades con consecuencias en la salud. Al respecto, obsérvese la siguiente conclusión: “la falta de derechohabencia de servicios de salud tanto en México como en los Estados Unidos, se ha expuesto como punto de discusión y, por ello, se ha propuesto una serie de recomendaciones a manera de impulsar programas binacionales de acceso a la salud, de manera que sea contemplado el tema de salud como un derecho independiente del estatus migratorio, y que se promuevan programas que fomenten el acercamiento de los migrantes en los Estados Unidos a los pocos servicios que si tienen” (Relatoría General, IV Coloquio de Migración Internacional). Es decir, persiste la exclusión cuando, habiendo estado excluido en su país de origen respecto a servicios de salud, la persona se encuentra nuevamente

privada de acceso y cobertura de servicios, ahora en la sociedad de destino.

El factor de circularidad en la relación salud-migración no se observa solamente en el hecho de estar excluido de los servicios de salud en las sociedades de origen y destino, sino que esta circularidad puede observarse en términos de una re-victimización de la persona al volver a experimentar daños sufridos con anterioridad, y que han tenido un impacto en su bienestar físico o mental.

Algunos textos señalan precisamente el carácter circular de la experiencia de daño y la yuxtaposición de nuevos riesgos y daños a la salud en el marco del proceso migratorio, de manera que muchos migrantes experimentan circunstancias traumáticas en su país de origen incluida pobreza extrema, tráfico de personas, guerra y desastres naturales a lo que se sumarían las experiencias traumáticas que viven en el marco de la migración, y que pueden incluir la pérdida de las redes de parentesco, la separación de los niños de sus padres, condiciones ambientales extremas y circunstancias traumáticas durante el viaje hacia Estados Unidos que, en muchos casos, incluye ser testigos de muertes y la exposición a ambientes extremos (APA, sin año; Pumariega, 2005).

Además, habrá que agregar que en la relación migración-salud, convergen múltiples dimensiones biológicas: lo reproductivo, lo mental y lo corporal en su integralidad. Por lo anterior, las dimensiones de posible afectación serían varias. Por otra parte, las condiciones de morbilidad y mortalidad adquieren características específicas en el marco de la migración. Los migrantes son particularmente vulnerables al padecimiento de ciertas enfermedades, y son expuestos a ciertas condiciones que conllevan el riesgo de muerte.

B. LAS ETAPAS DEL CICLO MIGRATORIO Y LAS AFECTACIONES A LA SALUD

El ciclo migratorio está compuesto por diferentes etapas. En cada una de ellas el sujeto que migra se verá expuesto a la interacción con distintos actores, espacios, riesgos, beneficios y sanciones de política pública –según el estatus que cada país considere-, y reaccionará de manera limitada ante cada escenario posible, de acuerdo a la posibilidad de agencia, la cual le habilitará para llevar adelante diferentes estrategias según el contexto y el momento migratorio (Sewell, 1992: 4). En este devenir, la amenaza y el riesgo son constantes para las personas migrantes.

En un análisis sobre la migración centroamericana hacia México y Estados Unidos, Ruiz Marrujo (2001: p.27) identifica tres clases de riesgos: (i) las detenciones y expulsiones, (ii) las violaciones a los derechos humanos -que incluyen abusos de autoridades y explotación de los migrantes por parte de grupos armados- y (iii) accidentes de diverso tipo. De acuerdo a este análisis, los riesgos pueden traslaparse u ocurrir de manera combinada, son identificables geográficamente, se reparten dentro de los tiempos migratorios y son constructos que responden en muchos casos a relaciones de poder.

Esta exposición a riesgos de distinto tipo conlleva consecuencias para la salud de las personas y dado que la migración centroamericana es, en buena medida, una migración indocumentada y una migración motivada por

la pobreza y exclusión en el origen, supone la configuración de una mayor vulnerabilidad para las personas migrantes, durante las distintas fases del ciclo migratorio.

La exclusión social en el origen caracterizada por la inseguridad laboral (informalidad), la inseguridad económica derivada de la condición de pobreza, las dificultades de acceso a servicios básicos de salud (Miranda y Arriola, 2006), las dificultades de acceso a educación media y superior (Miranda, Camey, Morales y Cojtí, 2011), la inseguridad social post-conflicto, la dificultad de acceso y la carencia de documentación para viajar (visado) y la ausencia de familiares receptores en el trayecto y destino, configuran las amenazas, riesgos y vulnerabilidad para las personas migrantes.

Durante el tránsito, los riesgos y abusos afectan no sólo la integridad física de las personas, sino que también, conllevan daños a la salud mental, en términos de traumas psicológicos severos. Actualmente, a los riesgos “comunes” de la migración que son la exposición a ambientes extremos como el del desierto y el riesgo de deshidratación, se han sumado los actos de violencia que grupos organizados ejercen en contra de las personas migrantes que se encuentran en tránsito. Los abusos físicos como golpes y violaciones sexuales forman parte de los nuevos riesgos para la salud en general. Además, algunas referencias identifican entre las principales

afectaciones a la salud en el tránsito las “enfermedades de transmisión sexual, VIH, accidentes por viajar en condiciones de riesgo, infecciones pulmonares, infecciones gastrointestinales y afecciones dérmicas” (UNFPA 2010 citado por OIM, 2012: 136).

En la sociedad de destino, no disponer de recursos económicos suficientes o carecer de identificación y de permisos de residencia impide que las personas migrantes logren disponer de adecuadas coberturas médicas y oportunas atenciones a su salud. El cambio en el estatus migratorio tiene una implicación social. Supone retroceder un grado en la escala social, acentuándose tras la irregularidad administrativa y con dificultades para insertarse al mundo laboral y económico formal, repercutiendo así en el bienestar y la seguridad física del individuo y la familia. Las personas migrantes se ven confinadas a viviendas precarias, hacinamiento, cambios de domicilio, soledad, abusos de los arrendadores. Además, enfrentan dificultades para acceder a ayudas económicas y a asesoría jurídica. También, pueden darse condiciones de precariedad laboral en la economía informal, situación de empleo temporal de baja calificación y explotación. Horarios nocturnos o extensos, contaminantes ambientales, falta de entrenamiento tecnológico, accidentes, y sin garantías de ascenso laboral ni de seguridad social son los principales riesgos para la salud de las personas migrantes. (Morató, Pertiñez y Clusa, 2003: 149).

Además, el entorno comunitario puede caracterizarse por un ambiente violento, por falta de cohesión social, por la mala calidad de la educación en las escuelas cercanas, discriminación y prejuicio (Pumariega, et.al. 2005: 584). Y, pese a que logran satisfacer ciertas necesidades y se dispusiera de ciertos satisfactores para las mismas, algunos autores insisten en señalar los efectos que la separación, el desarraigo y la discriminación pudieran ocasionar en la salud mental del migrante trabajador en otro país. “En general, los migrantes gozan de buena salud, aunque la inmigración es un factor de riesgo para la salud mental” (Ochoa, et.al. 2005: 116).

En los procesos de detención, las personas experimentarían altas dosis de estrés, lo que redundaría en un incremento de la tensión emocional de manera que los procesos de somatización y el apareamiento de cuadros depresivos no serían ajenos a esta coyuntura. “El confinamiento repentino, el verse encadenados, privados de alimento y comunicación entre sí y el sometimiento a las políticas internas de las cárceles supuso para los migrantes entrevistados un estado de franca tensión emocional y de agotamiento físico” (Tobar, 2012: 43). Sumado al hecho de verse privados de libertad, se encontraría la incertidumbre sobre el ser o no deportado -cómo y cuándo ocurrirá este evento- más la preocupación sobre el destino de la familia, de los bienes adquiridos y la ansiedad sobre el pago

de la deuda contraída con los traficantes de personas o con prestamistas.

Todos estos serían factores que contribuyen a la perturbación emocional de la persona detenida. “Parece haber significativos niveles de depresión y desorden de estrés postraumático en poblaciones detenidas, existiendo fuerte evidencia descriptiva que sugiere que el bienestar mental de los detenidos se deteriora como se extiende su detención” (APA, sin año). A las preocupaciones económicas y familiares que afectan a la persona detenida habría que sumar los efectos de las formas en que de hecho ocurre la detención y las condiciones del encarcelamiento -tratos recibidos por las autoridades y tipo de ambiente en los centros de detención- los cuales serían factores que contribuyen a afectar a los sujetos, pudiendo incluso favorecerse el apareamiento de traumas.

Como refieren algunos estudios, “la detención puede contribuir a generar problemas de salud mental porque provee un ambiente de re-traumatización para los individuos que han sido previamente sujetos de tortura u otras formas de persecución, además que incrementa los riesgos de victimización” (APA, sin año; Pumariega, et.al. 2005). El uso de castigos, el exceso de tratos violentos por parte de autoridades en la detención, así como la provocación de cansancio previo a la deportación -cambio constante de habitación, fuer-

te iluminación y aire acondicionado frío- han sido referidos por algunos migrantes como situaciones características del proceso de detención y deportación (Tobar, 2012: 43), de manera que pudiera vulnerarse la salud de los detenidos.

Por otra parte, como señalara la Asociación Americana de Psiquiatría, “desde 2001 se ha incrementado el número de detenidos, sin embargo, la División de Servicios de Salud para Inmigrantes no se ha incrementado en correspondencia con el número de detenidos” (APA, sin año). Debido a esta situación, las personas migrantes, en el marco de un proceso de detención, posiblemente no dispondrían de las condiciones adecuadas y dignas.

Respecto a la deportación, los riesgos para la salud son múltiples e incluyen tanto vulnerabilidades físicas como mentales. Las personas que han residido por largo tiempo en los Estados Unidos y precisan de tratamientos médicos específicos, cuando vuelven retornados a su país ya no pueden continuar con las prescripciones médicas para su padecimiento, dada la falta de servicios y protecciones sociales específicas para personas retornadas. Además, personas retornadas que lograron laborar cierto tiempo en los Estados Unidos y cuyas condiciones de trabajo no incluían las protecciones necesarias (trabajadores agrícolas, por ejemplo) podrían regresar al país con

riesgos altos de padecimientos crónicos de distinto tipo. Por otra parte, al retornar a las mismas condiciones de exclusión social y laboral que incluye falta de protecciones sociales, empleo precario o, en definitiva, carencia de ingresos, la persona deportada muestra grandes dificultades para hacer frente a enfermedades que le aquejen.

Asimismo, la familia se vería en una posición de vulnerabilidad ya que al ser deportado el familiar que proveía los ingresos, y al dejar de recibirse la remesa económica, puede correrse el riesgo de un mayor empobrecimiento y de una consecuente desprotección en atención a la salud.

En términos de la salud mental de las personas deportadas, es posible hablar de daños severos entendidos como traumas y reacciones psicológicas de carácter normal o esperado, dadas las circunstancias (Tobar, 2012). Las reacciones psicológicas pueden incluir, entre otras, problemas de adaptación ocasionados, en buena medida, por el rechazo de la comunidad receptora y no constituir necesariamente un trastorno mental. Pacheco observó en estudios de jóvenes retornados a Puerto Rico como “mucho más que regresar a su hogar, a su patria, vienen a una tierra que perciben como extraña, hostil y en la cual se sienten fuera de lugar” (2012: 266). Esta percepción del lugar como ajeno se acompaña de otras dificultades manifiestas: dificultades de len-

guaje, limitaciones en la libertad personal, malas relaciones con la comunidad receptora y ser objeto de prejuicio.

Por lo regular, en las sociedades receptoras las políticas de salud dirigidas a las personas migrantes han sido restrictivas y de control, no de acogida. Esto ha permitido que la migración se constituya como un factor de riesgo para la salud física y mental tanto para quienes migran como para quienes quedan atrás, debido a la situación de vulnerabilidad biopsicosocial en la que suelen quedar.

Tabla 1. Vulnerabilidades biopsicosociales del sujeto migrante durante su trayecto migratorio.

Antes	Durante	Después
Personalidad	Personalidad	Actitud del medio receptor
Fragilidad social	Fragilidad social	Políticas públicas
Exclusión y carencias	Ansiedad	Presiones para aculturizar
Falta de libertades	Experiencias vitales propias	Oportunidades económicas y sociales
No cohesión familiar	Cumplimiento de expectativas parciales	Experiencias vitales propias
No cohesión social	Políticas del país de tránsito	Cumplimiento de expectativas
Bajo grado escolar		
Desmotivación		
Ansiedad		

Fuente: modificado de Morató, Pertiñez y Clusa, 2003: 149.

Para Morató, Pertiñez y Clusa (2003: 149-150) una parte importante de la atención de salud de esta población se hace de manera improvisada, sin planificación previa y dependiendo de la creatividad de algunos funcionarios para ajustar los servicios. A ello también contribuye la participación de organizaciones sociales (ONG lucrativas y no lucrativas) bajo la lógica de la beneficencia, altruismo o caridad. Además, a lo largo del proyecto migratorio, las personas migrantes pueden padecer tres tipos de crisis: (i) Primarias, durante la migración; (ii) Secundarias, después del asentamiento; y (iii) Terciarias, en la vejez cuando no hubo una integración suficiente.

La migración típica ha sido caracterizada por tener un perfil de personas jóvenes, sanas y fuertes, con gran iniciativa y capacidad de adaptación a contextos nuevos.

Sin embargo, sus condiciones de vida de base y sus experiencias en el país de acogida (condiciones de vida tras su llegada) son factores de riesgo de enfermedad y muerte (Morató, Pertiñez y Clusa, 2003:150).

Los problemas de salud de la población migrante se han ordenado en tres tipos de patologías, dependiendo del momento migratorio en que se encuentre el sujeto:

-Enfermedades reactivas o de adaptación, que son las enfermedades más frecuentes por síndromes inespecíficos, infecciones respiratorias, alergias, problemas digestivos, dolencias musculoesqueléticas, y debilitamiento. Este tipo de enfermedades repercute en mayor tiempo de baja laboral, tiempo de visita asistencial y accidentes laborales, cobrando especial relevancia el alcoholismo, la

drogadicción y el tabaquismo. En lo psicológico, prevalece la ansiedad y la depresión, la paranoia y la hipocondría-somatización (cefalea, epigastralgias, disfunciones sexuales, dolores musculoesqueléticos e insomnio).

-Enfermedades importadas, especialmente las infecciosas-tropicales por su alta incidencia, confluyendo la prevalencia en el lugar de origen del migrante y sus propias condiciones de riesgo individual. Se presentan enfermedades parasitarias intestinales, de transmisión sexual, víricas hepáticas, y tuberculosis.

-Enfermedades de base genética, que tienen su origen en que tras el cambio de vida se reduce la inmunidad adquirida en el contexto de partida y, dadas las nuevas condiciones de vida en el nuevo contexto, se podrán reactivar algunas enfermedades como la Tuberculosis.

La calidad asistencial requerida para atender a los grupos de población migrante requerirá de equipos de salud sensibilizados e informados sobre la migración como factor de riesgo para preservar la salud del migrante y ayudarlo a elaborar su duelo migratorio y prevenir la medicalización crónica de los síndromes inespecíficos.

En estos escenarios de dificultades se dan dos tipos de restricciones en el sujeto que migra y que tienen relación con el acceso a servicios y la atención de su salud (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Tipología de restricciones del sujeto migrante

Internas	Externas
Auto-restricción primaria. Son factores internos del sujeto, tal como la auto-percepción del estado de salud y la falta de información sobre los recursos de los que se dispone, lo cual no impulsa al sujeto migrante a buscar la atención de salud. La sobrevivencia es más importante que la salud.	Son las dificultades administrativas, socioeconómicas, culturales y comunicativas que se presentan al sujeto migrante para acceder a la atención de salud. Esto conlleva a una auto-restricción secundaria, por cuanto que una experiencia negativa influirá sobre su decisión de buscar o no la asistencia sanitaria.

Fuente: modificado de Morató, Pertiñez y Clusa, 2003: 149.

III OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Generar evidencias sobre la salud de las personas migrantes con el propósito de fortalecer las capacidades institucionales en el abordaje integral e inclusivo de la salud en Guatemala.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer el perfil socio-epidemiológico de las poblaciones objeto de estudio.
- Evaluar el nivel de disponibilidad y acceso a los servicios relacionados a la salud de las poblaciones objeto de estudio.
- Identificar riesgos y vulnerabilidades a la salud asociados a la migración.

IV. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es exploratorio-descriptivo y se utilizó una combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas para el análisis y la recolección de datos primarios y secundarios.

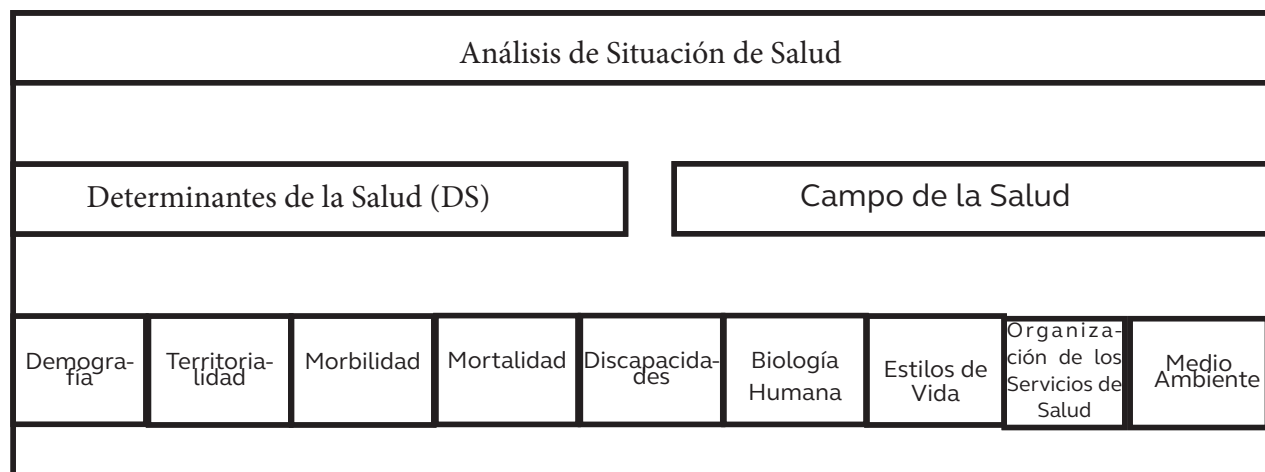
B. DISEÑO DEL ESTUDIO

La determinación del proceso salud-enfermedad, tanto en el plano individual como colectivo, parte de la interacción entre lo económico, lo social y lo biológico. Es en esta interacción

donde subyacen los mecanismos que explican las relaciones entre las condiciones de vida y el estado de salud de la población.

Para establecer el estado de salud de una población general o particular, desde una perspectiva de salud pública, se recurrió al modelo particular de Análisis de la Situación de Salud (en adelante ASiS), el cual se estructura a partir de dos componentes: las Determinantes de la Salud de la Población –DSP- y el Campo de la Salud –CS- (FSP, 1997; Dever, 1991: 4-5). Gráfico 1.

Gráfico 1. La estructura del modelo de los Análisis de Situación de Salud



Fuente: José Miranda, 2000, en base a FSP, 1997.

El ASiS es un punto de convergencia de datos cualitativos y cuantitativos sobre la situación de salud de una comunidad dada, en la cual se analiza cuáles son sus problemas y necesidades, se identifican prioridades y se prevén soluciones (FSP, 1997; Dever, 1991). Cada uno de ellos, a partir de un conjunto de variables y sus indicadores, permite establecer la situación sanitaria de la población en un momento histórico-social particular. Los ASiS forman parte de la Vigilancia Epidemiológica, para lo cual se plantean tres objetivos: (i) la descripción del estado de salud de la población objetivo, (ii) la identificación de factores relacionados con la presencia de problemas y necesidades de salud y (iii) la intervención para intervenir previniendo, curando o paliando la

exposición a dichos factores (Fariñas, 1995; Londoño, 1995: 17-18; Pallás y Peray, 2003: 328; Álvarez, 1996: 1-2; Martínez, 1995: 6-8; López, 1988: 7; Añez, Dávila, Gómez, Hernández, Reyes y Talavera, 2010: 9; Pría, Louro, Fariñas, Gómez y Segredo, 2005).

Este proceso, sin embargo, tropieza con tres importantes restricciones: (i) las limitaciones que impone la naturaleza cualitativa y cuantitativa de los datos para su recopilación y sistematización, (ii) la calidad de la captura y registro del dato primario y (iii) el grado de desagregación que se tenga de los mismos (Pallás y Peray, 2003: 327-329).

C. DEFINICIONES CONCEPTUALES

El presente estudio propone un enfoque multidisciplinario desde la salud pública y las ciencias sociales, utilizando un método de trabajo que permite explorar y conocer los factores que operan en el proceso migratorio y sus vínculos con las condiciones de vida sobre las cuales se gesta cualquier proceso social y la situación de salud expresada en un momento histórico dado, tanto de quien migra como de

los miembros de la familia que quedan en el lugar de origen.

Tal y como lo señala la OIM² (2006: 41) a nivel internacional no hay una definición universalmente consensuada y aceptada del término migrante. Usualmente, se toma como tal a toda persona o grupo cuya “(...) decisión de migrar es tomada libremente por la persona

¹ El ASiS es la primera función esencial de la salud pública (FESP) y guarda “una función generadora de inteligencia sanitaria para el ejercicio de la Rectoría en Salud, por cuanto que contribuye a una mejor gobernanza y a la conducción política de la agenda social en salud”, Añez, Dávila, Gómez, Hernández, Reyes y Talavera, 2010: 9.

² v. Tomado de http://publications.iom.int/bookstore/free/IML_7_SP.pdf, última revisión 19 de enero de 2014.

OIM (2006: 39) define como Migración retornada a aquel “Movimiento de personas que regresan a su país de origen o a su residencia habitual, generalmente después de haber pasado por lo menos un año en otro país. Este regreso puede ser voluntario o no. Incluye la repatriación voluntaria.”

concernida por ‘razones de conveniencia personal’ y sin intervención de factores externos que le obliguen a ello...que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales, y sus perspectivas y las de sus familias.”

A partir de esto, en este trabajo, se consideraron las siguientes definiciones conceptuales y operativas tanto para personas migrantes retornadas como para familias fragmentadas.

1. Persona migrante retornada

Conceptualmente, y para fines de este estudio, se entiende como Migración de Retorno al “Movimiento de personas que regresan voluntariamente o no, bien por vía aérea o bien por vía terrestre, a su país de origen o a su residencia habitual de origen, generalmente, después de haber pasado por lo menos un año en otro país”³ (Modificada de OIM, 2006: 39). Otro concepto más acotado define a la persona migrante como aquella “que abandona el lugar de origen por razones socioeconómicas en busca de una mejor calidad de vida, empleo e ingreso” (MF, 2013: 1). Esta definición, aunque limitada al aspecto económico-laboral, se apega a la principal razón expuesta por las personas que participaron en este estudio.

2. Familia fragmentada

Por familia fragmentada se entiende a aquel grupo de personas con vínculos de consanguinidad que habitan un hogar y que comparten relativamente algunos capitales (culturales y simbólicos), como valores, tradiciones y costumbres, y se organizan y funcionan bajo la responsabilidad de una nueva cabeza de familia, a partir de la separación física temporal y espacial por motivos de migración de uno de los jefes de hogar para superar ciertas condiciones previas o cumplir con expectativas previstas.

La Tabla 3 recoge la operativización de las variables alrededor de la persona retornada y la familia fragmentada.

3. Tomado de http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/07/MOV_GLOSARIO.pdf, última revisión 19 de enero de 2015.

Tabla 3. Operativización de las variables socio-demográficas de personas retornadas y familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

Concepto	Definición conceptual	Definición operativa (selección muestra)	Indicador ¹
Migrante retornado	Persona que regresa voluntariamente o no, por vía aérea o terrestre a su país de origen o a su residencia habitual de origen, generalmente después de haber pasado por lo menos un año en otro país, y habiéndose expuesto a múltiples amenazas y riesgos a lo largo de su experiencia migratoria.	<ul style="list-style-type: none"> • Persona que regresó no voluntariamente (deportada) del extranjero a su país de origen • Retorno por vía aérea o terrestre • Retorno en los últimos dos años 	<ul style="list-style-type: none"> • Características socio-demográficas de la persona retornada • Retorno forzado de un país de Norteamérica • Vía de retorno aérea o terrestre • Perfil epidemiológico de la experiencia migratoria
Familia fragmentada	Núcleo de personas con vínculos sanguíneos que residen en un área geográfica definida en el origen y que se organizan en un hogar bajo la responsabilidad de una persona que funge como jefa o jefe de hogar y patrones de consumo y quedando expuestos a diferentes amenazas, riesgos y vulnerabilidades, a raíz de que uno de los jefes de familia ha migrado igual o por más de un año.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad del hogar bajo un solo jefe o jefa de hogar • Reorganización de roles familiares a raíz de la migración de uno de los jefes de familia • Separación familiar de entre seis (6) meses y hasta cinco (5) años 	<ul style="list-style-type: none"> • Características socio-demográficas de las familias fragmentadas • Perfil epidemiológico de las y los jefes de hogar y de familias fragmentadas • Ausencia física de uno de los jefes de familia de entre 6 meses y 5 años

Fuente: José Miranda, 2000, en base a FSP, 1997.

(¹) Los indicadores fueron más ampliamente desarrollados para los instrumentos cuantitativos y cualitativos.

D. UNIDADES DE OBSERVACIÓN Y DE ANÁLISIS Y PERIODICIDAD DE SELECCIÓN

Las unidades de observación fueron los hogares de ambas poblaciones (personas retornadas y familias fragmentadas) ubicados en los departamentos de San Marcos, Huehuetenango, Quetzaltenango y Guatemala.

Las unidades de análisis las constituyeron los casos de personas retornadas y las familias fragmentadas que quedaron en el lugar de origen. Tabla 4.

Tabla 4. Unidades de observación y de análisis

Unidad de observación	Unidad de análisis	
HOGAR	<p>Persona Retornada</p> <p>Forzado, en los últimos 2 años, por vía aérea o terrestre</p>	<p>Hombre o mujer</p> <p>Soltero, casado, unido, divorciado, viudo; adolescente, joven y adulto; indígena y no indígena; urbano y rural</p>
	<p>Familia Fragmentada</p> <p>Uno de los jefes de hogar, ausente entre 6 meses y 5 años del hogar</p>	<p>Jefa o jefe de hogar</p> <p>Hombre o mujer adulta, jefa o jefe de hogar, responsable de la familia en el lugar de origen, urbano y rural, indígena y no indígena</p>

Fuente: elaboración propia, 2014.

E. UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS

El procedimiento para la selección de la muestra fue por conveniencia, tomando en cuenta que no se dispuso de un marco muestral. Esta consideración metodológica se basó en la aplicación de la técnica de muestreo no probabilístico que permitió obtener datos bá-

sicos y sus tendencias. Los casos de estudio seleccionados cumplieron con los requisitos del estudio: tipo de actor social, temporalidad y ubicación geográfica. Quedaron excluidos aquellos sujetos sociales que no cumplieron con dichos criterios.

F. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS UTILIZADOS Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

La metodología utilizada en el trabajo de campo para cumplir con cada objetivo del estudio contempló varias fases, métodos y técnicas.

Una fase de inmersión de campo, que consistió en:

- Revisión documental sobre el proceso migratorio, la persona retornada y la familia fragmentada por la migración.
- La identificación y toma de contacto con informantes institucionales que facilitaron tanto casos de estudio como informantes clave.
- Reuniones exploratorias para presentar

verbalmente este estudio de OIM/FLACSO.

- Contacto telefónico con informantes clave para agendar citas de entrevistas individuales y grupales.
- Identificación y contacto telefónico con candidatos para hacer el trabajo de encuestamiento.
- Contratación (tardía por la misma dinámica del estudio) de equipos locales de encuestadores.

Seguidamente, para establecer el perfil socio-epidemiológico de la población objeto de estudio (objetivo específico 1) se recurrió a:

Revisión documental

- Informes escritos o bien a documentos de registro en papel de los procesos de estimación de costos de la asistencia social brindada a personas migrantes retornadas de la Pastoral de Movilidad Humana de la Arquidiócesis de Los Altos (Quetzaltenango). Con esta información se generó una base de datos en Excel para el estudio y como producto entregado a la Pastoral de Movilidad Humana de la Arquidiócesis de Los Altos.-
- Registros de casos de atención psicológica a personas retornadas en la Unidad de Psicología del Centro de Salud de Salcajá.
- Informe de la asistencia social brindada a personas migrantes retornadas de las Hermanas de la Caridad en Quetzaltenango.
- Base de datos (revisión) sobre atención a población de Niñez y Adolescencia No Acompañada de la Procuraduría General de la Nación (PGN) en Quetzaltenango.
- Documentos electrónicos impresos sobre las estadísticas de personas migrantes en el portal de internet de la Dirección General de Migración (DGM).
- Parte de la información solicitada a instituciones gubernamentales y no gubernamentales no fue facilitada o no existía, especialmente la epidemiológica, al momento de finalizar el trabajo de campo de este estudio.

Para conocer la disponibilidad y acceso a los servicios relacionados a la salud de las poblaciones objeto de estudio (objetivo 2), se procedió de la siguiente manera:

Revisión documental

- **Se identificó la red de servicios oficial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el tipo de unidades de salud, por nivel de atención, para determinar la oferta de infraestructura institucional de salud.**
- **Se revisaron las normativas protocolares de atención de salud para establecer los contenidos programáticos definidos para atender a la población vinculada a la migración.**

Levantado de Encuesta

Se diseñaron dos boletas de encuesta para las poblaciones seleccionadas por muestreo intencionado (no probabilístico), con el fin de establecer un primer perfil general de salud auto-referido y complementario al perfil institucional (no existente), el acceso a la atención de salud, y la reconstrucción de tipos de amenazas, riesgos y vulnerabilidades. Se levantaron cuatrocientas cuarenta y cuatro (444) boletas de encuestas, distribuidas de la manera siguiente:

Tabla 5. Distribución del número de boletas de encuesta aplicadas a personas migrantes retornadas y a familias fragmentadas por departamento. Guatemala, 2014.

Departamentos									
Guatemala		Huehuetenango		San Marcos		Quetzaltenango		Total	
Retornados	Familia	Retornados	Familia	Retornados	Familia	Retornados	Familia		
50	56	56	59	50	55	66	52	444	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Las principales dificultades encontradas en el levantado de la encuesta estuvieron relacionadas con:

- Falla en el servicio de Internet, principalmente en zonas de frontera (Huehuetenango y San Marcos), lo cual generó algunas encuestas incompletas o no cargadas a la base de datos.
- Se recurrió tanto a tabletas como a teléfonos inteligentes para ampliar la base de encuestadoras y encuestadores para el levantado de datos, considerando que fue necesario modificar la estrategia inicial (7 encuestadores levantarían en una semana por departamento 100 boletas de encuesta).
- El levantado de datos estuvo sujeta a la táctica de búsqueda activa de casos (barrido comunitario rural y de colonias urbanas) por parte del equipo de encuestadores. La experiencia de cada equipo de encuestadores para el levantado de datos de encuestas fue el factor determinante del éxito.
- El cambio de estrategia y táctica supuso reajustes administrativos al presupuesto (partidas), logísticos, de configuración de equipos, y de agendas de trabajo de cada equipo de encuestadores, y del propio equipo de FLACSO. Lo determinante fue lo táctico y no lo estratégico.

Entrevistas y grupos focales

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a funcionarios y funcionarias de salud pública, autoridades gubernamentales locales, población migrante retornada, jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas, y expertos de ONG locales involucrados en el estudio, atención y seguimiento a personas migrantes retornadas y familias fragmentadas, para conocer su condición de salud, el acceso a la oferta de salud de programas de atención y

las amenazas, riesgos y vulnerabilidades relacionadas a su experiencia migratoria.

Además, se realizaron grupos focales con la intención de conocer las distintas percepciones sobre el estado de salud, la disponibilidad, acceso y cobertura de salud y las amenazas, riesgos y vulnerabilidades de los sujetos de estudio a partir de su experiencia migratoria.

G. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS⁵

La participación de cada persona en el desarrollo del presente estudio fue absolutamente voluntaria y no recibió ningún beneficio personal. Cada persona participante tuvo la certeza de poder preguntar, expresar su opinión, comentar, sugerir de manera positiva, negativa, o a favor o en contra de algún tema conversado en cualquier momento. Además, la persona tuvo el derecho de no responder a alguna pregunta que le fue formulada o de

no participar en la conversación si así fue su deseo. También pudo interrumpir su participación cuando así lo consideró necesario. De igual manera, cada persona voluntariamente aceptó ser grabada o no. La información que la persona brindó es completamente confidencial. Cada sesión de entrevista y levantado de encuesta tuvo una duración de hasta 60 minutos y los grupos focales de hasta 120 minutos.

H. PROGRAMAS PARA RECOLECTAR LOS DATOS, MÉTODO DE CAPTURA Y DISPOSITIVOS UTILIZADOS

El sistema de encuestas de este estudio utilizó el software Limesurvey⁶. Este es un software Open Source, mediante el cual se generan encuestas publicables en la Web para ser respondidas y, al mismo tiempo, alimentar de forma directa una base de datos. Los da-

tos se exportan a formatos compatibles con hojas de cálculo tipo Excel o hacia software especializados en procesamiento y análisis estadístico, como SPSS. Mayor información en <http://www.flacso.edu.gt/encuestas>

⁵. Documento modificado de "Formulario de Consentimiento Informado Mesas de Diálogos. Protocolo y guía: Diagnóstico Comunitario Participativo en el Marco de Mujeres, Familias y Comunidad (MFC)". Enfants du Monde y Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2005.

⁶. Versión 2.05+ Build 140717, de aplicación WEB, PHP. Manejador de Base de datos: MySQL. Publicación mediante Apache server, SSL. Referencias: <https://www.limesurvey.org/es/>

Para la captura de datos se organizaron cuatro equipos de encuestadores. Cada equipo estuvo conformado por tres y hasta siete personas con el fin de visitar, previo acuerdo, a las jefas y jefes de familias fragmentadas y a personas migrantes retornadas en las áreas de estudio, mediante búsqueda activa de casos (barrido). La captura se hizo a través de dispositivos móviles tipo Tablet⁷ y teléfonos celulares con plataforma Android de diferentes marcas con capacidad de recepción de la señal de internet local contratado, y transmitieron los datos por medio del servicio de los operadores nacionales con presencia local

a una base de datos ubicada en la sede de FLACSO.

Las ventajas al utilizar encuestas electrónicas, entre otras, fueron el registro y disponibilidad de los datos en tiempo real, se redujo el riesgo de pérdida de documentos físicos, la portabilidad, almacenamiento y fácil manejo del instrumento, la eficiencia en el uso del tiempo y la reducción de tareas de digitación. Además, al no imprimir en papel cada una de las encuestas, el estudio tuvo la característica de ser amigable con el ambiente.

I. ESTRUCTURACIÓN DE BASE DE DATOS, DE LAS ENTREVISTAS Y DE LOS GRUPOS FOCALES

Con el fin de minimizar y corregir oportunamente eventuales errores de codificación o digitación, se diseñó una base de datos caracterizada por las restricciones a la entrada de valores improbables, el ingreso de datos en paralelo y la revisión de datos durante el trabajo de campo.

Con relación al análisis cualitativo-interpretativo, se codificó el discurso oral transcrito de las entrevistas y grupos focales, utilizando categorías analíticas para identificar perfiles

de morbilidad o padecimientos, de acceso y de atención de salud y de riesgos y vulnerabilidades de las personas migrantes retornadas y de las familias fragmentadas. También, para hacer comprensivos los factores y mecanismos explicativos que operan durante la experiencia migratoria de quien migra y de quienes se quedan.

7 Se utilizaron Tablets Marca NUQLEO ZINQ7 3G, fabricadas por Accvent, con un sistema operativo: Android™ 4.2.2 JellyBean, 3G HSPA+ 850/1900/2100 MHz, 2G 850/900/1800/1900 MHz, Memoria interna: 8GB ROM + 1GB RAM, microSD Pantalla táctil con teclado QWERTY, CPU Dual Core, SIM, Wi-Fi: 802.11 b/g/n, y Cámara: VGA / 2.0 MP, <http://www.nuqleo.com/gt/zinq73g>

J. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Con base en los datos obtenidos (según tipo de variable y escala de medición), y para responder al planteamiento del problema y los objetivos, se presentan tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas para la parte descriptiva de la investigación, con lo cual se facilita la observación de las tendencias de las variables estudiadas, especialmente las socio-demográficas.

Para la parte analítica del estudio, se elaboraron tablas de dos y tres dimensiones para realizar análisis bivariado y multivariado y se calcularon medidas de asociación tipo Chi² con los descriptores que el tamaño de submuestras lo permitía. Se construyeron indicadores para las variables de conocimientos de VIH, y se utilizó el análisis de respuestas múltiples en las secciones de la encuesta cuyos descriptores así lo requirieron. El nivel de significancia es de $p < 0.05$. El procesamiento electrónico de los datos se realizó con el software SPSS®, versión 19.

Los datos se presentaron en descripciones porcentuales, tablas y gráficos.

V. MARCO TEORICO

El estudio del proceso migratorio o movilidad humana remite a dos conceptos clave para identificar a dos figuras centrales: la persona en situación de movilidad humana (persona migrante retornada) y la persona en contexto de movilidad humana (familia fragmentada que queda en el origen).

De acuerdo al ACNUR (2011: 4-5)⁸, el primer concepto alude a la “persona que de manera voluntaria o forzada, regular o irregular, ha cambiado de residencia dentro o fuera de su lugar de origen, debido a un hecho y/o conjunto de factores o circunstancias durante un espacio de tiempo, en un determinado momento”. El segundo concepto identifica a “la persona que se encuentra alrededor o en

torno a la movilidad humana”. La diferencia entre ambas, aclara, es que “las primeras se encuentran dentro de la movilidad humana y las segundas se ubican en el entorno de la misma, siendo incididas mutuamente”. Este concepto es importante por cuanto a lo largo de este estudio se hace evidente dicha incidencia mutua.

A partir de esta breve aclaración conceptual, se procede al desarrollo de un planteamiento teórico que arranca desde la justicia social y los derechos humanos hasta su articulación con fundamentos de orden sociológico y psicológico enmarcados en una perspectiva de salud pública.

A. EL PROCESO MIGRATORIO

De acuerdo con Herrera (2006: 23-25), el proceso migratorio puede ser explicado desde distintas posturas. Cada postura se enfoca en algunos de los siguientes aspectos:

- i. El tiempo, transcurrido desde la partida.
- ii. La distancia, por cuanto implica el cambio de residencia permanente fuera del ámbito del vecindario.

- iii. Cambio de filiación a un marco socio-cultural.
- iv. Los objetivos o propósitos últimos del traslado, sus causas y los inconvenientes para realizarlo, enfatizando sobre la decisión económica para mejorar las condiciones de vida y el factor psicosocial implícito en ella como su dinamizador.

8. De acuerdo a ACNUR (2011) por Movilidad Humana se entiende a los procesos concretos que cualquier persona, familia o grupo humano realiza o experimenta para establecerse temporal o permanentemente en un sitio diferente a aquel en donde ha nacido o residido hasta el momento. El concepto incluye a personas emigrantes, inmigrantes, retornadas, solicitantes de refugio, refugiadas, asiladas, apátridas, migrantes y desplazadas internas, víctimas de trata de personas, tráfico ilícito de migrantes y otras formas de movilidad, desde su dimensión de género, generacional, étnica, ambiental, entre otras, ACNUR (2011), Protocolo Binacional Colombo-Ecuatoriano de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Trata de Personas, pp. 4-5, en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2011/8163.pdf?view=1>, última revisión 21/01/2015.

Más allá de tomar partido por una definición en particular, y el énfasis que en ella se hace, los resultados encontrados en este estudio son una fuente explicativa para la comprensión del fenómeno migratorio, desde la voz de los actores primarios (personas deportadas y

jefas de familias fragmentadas) y la opinión y los registros –escasos– de los actores secundarios (instituciones gubernamentales y no gubernamentales) involucrados en la atención a la población deportada.

B. JUSTICIA SOCIAL Y DERECHOS SOCIALES

De acuerdo a la concepción filosófica de Justicia Social de Rawls (1997: 17-18), cada persona es portadora de una condición prerrogativa fundada en la justicia, la cual ni siquiera el bienestar de la sociedad en su conjunto puede justificar su atropello. Para su cumplimiento, se requiere de la conformación de un determinado ordenamiento social y de la acción de un gobierno particular que asegure el mismo.

Dicho ordenamiento social supone, por un lado, una determinada forma de organización establecida para promover el bien común de sus miembros y, por otro lado, que la misma esté “eficazmente regulada por una concepción pública de justicia” (Rawls, 1997: 18). Bajo la concepción de este tipo de sociedades, se deduce que las personas aceptan mutuamente ciertos valores que son considerados como justos y que las instituciones sociales básicas están orientadas a satisfacer sus necesidades y problemas. Al hacerlo de esa manera, satisfacen dichos principios de justicia.

Desde una perspectiva jurídica (Kelsen, 2004: 15-16), la concepción de derechos a la salud se enmarcan dentro de la idea de justicia, entendida como un principio que va más allá de la garantía de la libertad individual de todos y cada uno de los ciudadanos, para convertirse en un orden social que asegura y protege los intereses que la mayoría de los ciudadanos, sujetos a un determinado orden social, reconocen como valiosos y dignos de ser protegidos.

Desde una concepción constitucionalista, el derecho a la salud se interpreta como el derecho a la atención de salud. Pero esta primera declaratoria del Estado es simbólica, un referente o una guía que representa la intencionalidad de un gobierno de proteger el derecho a la salud de sus ciudadanos. La garantía de tal protección deberá traducirse en leyes, programas y servicios específicos que den respuesta a las necesidades y problemas de la población (Roemer, 1995: 19).

Complementaria a esta postura, desde una perspectiva política que argumenta sobre el valor público que deberían tener las acciones gubernamentales, se arguye que las y los ciudadanos, a través del proceso democrático del sufragio, compra la justificación y los contenidos de las políticas públicas al elegir y votar colectivamente por un determinado ofrecimiento proselitista que se asemeja a los intereses de la mayoría. Esta elección de contenidos proselitistas que se convierten, o deberían de convertirse, en el programa de gobierno (la agenda pública) establece, a su vez, la justificación que da pie a la acción administrativo-gerencial del sector público para la prestación de servicios. En otros términos, el proceso político que define la agenda de gobierno es el resultado de la combinación de la participación de las y los ciudadanos en el proceso político-electoral y la subsecuente definición de las políticas públicas impulsadas por el gobierno electo a partir de su ofrecimiento electoral y en las cuales se establece la cantidad, distribución y calidad de la producción pública de bienes y servicios a la cual se aspira como sociedad (Moore, 1995: 62-63).

De ahí que la política pública impulsada por el gobierno de turno, en tanto autoridad pública, actúe como el árbitro o rector del valor público, por cuanto asegure satisfacer los deseos y aspiraciones de sus ciudadanas y ciudadanos y actúe, según las percepciones colectivas,

satisfaciendo imperfectamente los diferentes tipos de deseos a través de sus políticas e instituciones gubernamentales representativas, haciendo uso de su autoridad coercitiva para asegurar el uso correcto, eficiente y equitativo del dinero de los contribuyentes, generando valor público en la entrega de bienes y servicios colectivos que satisfagan las aspiraciones sociales y presente resultados concretos y medibles, así como proyecciones futuras realistas del cumplimiento de derechos a la ciudadanía (Moore, 1995: 62-63).

Además, desde la perspectiva de derechos, se incluye el derecho a la vida y se reconoce el derecho a la libertad de tránsito, de salir y regresar de cualquier país (incluido el propio), prohibiéndose expresamente, entre otros, los tratos crueles e inhumanos o degradantes y la detención arbitraria (Buergethal, 1989: 5). Para el cumplimiento de derechos, todo gobierno debería tener la capacidad de generar evidencia sobre los resultados de sus políticas, argumentar de manera convincente utilizando dicha evidencia y persuadir a los distintos actores sociales implicados en las políticas económicas y sociales, de los alcances reales de sus políticas y de la mejora de la situación de salud de las y los ciudadanos, a partir de la racionalidad legal-burocrática con la que opera (Majone, 2005: 13).

En el plano de las Convenciones Internacionales, Guatemala, como signataria del Pacto Interamericano de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ha asumido el cumplimiento del disfrute de tales derechos, a partir de concebir la dignidad inherente en cada persona humana, connotando con ello la igualdad e inalienabilidad de esos derechos. Con el cumplimiento de los mismos, se reconoce el disfrute del más alto nivel posible de salud colectiva, física y mental de toda persona y la adopción de las medidas adminis-

trativas por parte de la autoridad que hagan efectivos tales derechos. El cumplimiento de tales medidas asegurará la mejora constante del estado de salud de la población, manifestada a través de la reducción de las cifras de morbilidad y mortalidad de los distintos grupos de la población, la prevención endémico-epidémica de la población y de los grupos más vulnerables y, especialmente, el aseguramiento de las condiciones para la asistencia preventivo-curativas (Miranda, 2005: 15-16).

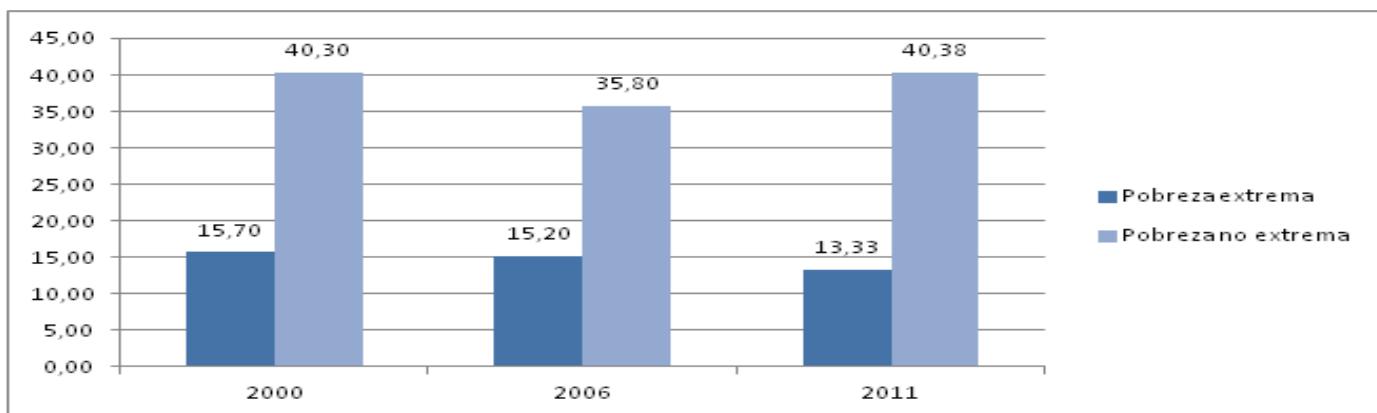
C. EL CONTEXTO DEL RETORNO FORZADO

1. EL CONTEXTO DE SALIDA: POBREZA, EXCLUSIÓN SOCIAL Y VULNERABILIDAD EN GUATEMALA

En Guatemala, la pobreza ha afectado principalmente a la clase trabajadora y a la población rural e indígena. No es casualidad que en los informes sobre desarrollo humano la categoría de “trabajadores rurales indígenas” aparezca como la más pobre del país. A medida que el lente de análisis se aleja de esta categoría, la pobreza es menos profunda. En el extremo opuesto del continuum aparece la categoría hombre ladino ciudadano. A pesar de estos matices, en Guatemala el problema no hace referencia a bolsones de miseria, sino que es una realidad omnipresente completamente extendida.

El siguiente gráfico (ver gráfico 2) muestra la evolución de la pobreza en tres mediciones llevadas a cabo en los últimos doce años (2000-2011).

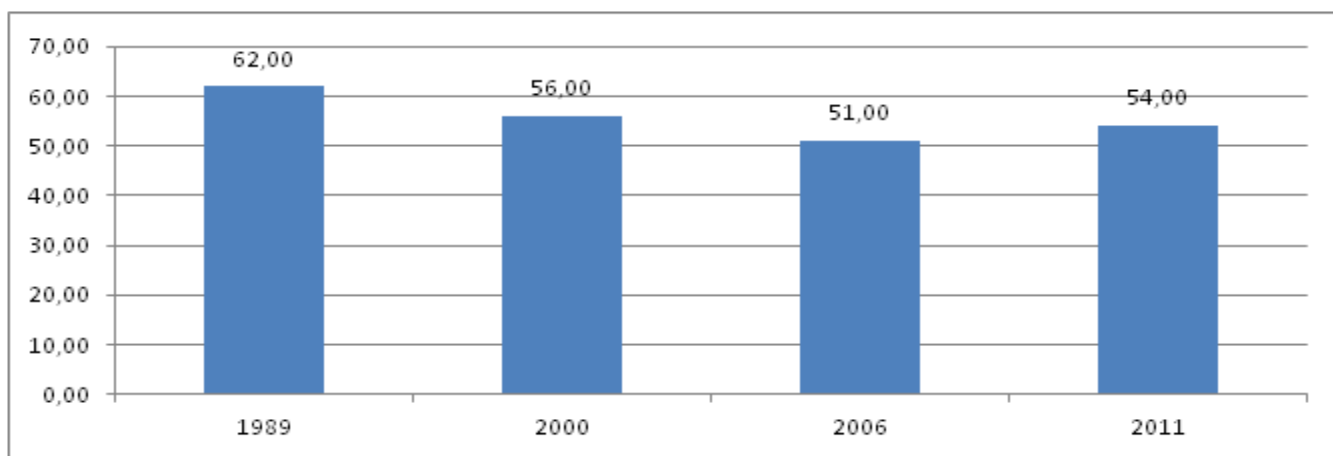
Gráfico 2. Evolución de la pobreza 2000-2011, con base en datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)



Fuente: INE, datos de ENCOVI, 2000, 2006 y 2011.

Agregando la medición de la Encuesta Socioeconómica de 1989, el Banco Mundial obtuvo el indicador de incidencia de pobreza de ese año. Así que en los veintidós años que comprenden estas cuatro mediciones, la tendencia puede observarse en el siguiente gráfico (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Evolución de la pobreza general en Guatemala entre 1989-2011 (en porcentajes)



Fuente: INE, datos de la Encuesta Socioeconómica de 1989 y ENCOVI, 2000, 2006 y 2011.

Tal como se observa y señala el Banco Mundial (2009: 11) “[e]n Guatemala hay una tendencia constante pero lenta hacia una reducción de la pobreza”. Esto equivale a decir que no se han producido cambios considerables en los índices de pobreza. La disminución de la pobreza extrema entre 2006 y 2011 se opaca ante el aumento de la pobreza general, de 51% a 54%. Es decir, la situación de más de la mitad de la población parece, históricamente, inmutable.

Se puede afirmar que la precariedad ha sido el distintivo del mercado de trabajo en Guatemala. Con la aplicación de las políticas de ajuste estructural, la precarización se ha agudizado.

2. EL MERCADO DE TRABAJO EN GUATEMALA

Las cifras sobre pobreza y pobreza extrema utilizadas en el apartado anterior se basan en el agregado de consumo, que en cierta medida expresa el ingreso obtenido por los hogares. Es decir, el consumo depende de los ingresos, y éstos de la inserción laboral de la población económicamente activa (PEA). De ahí la importancia de conocer el mercado de trabajo.

Ahora bien, las cifras relativamente bajas de desempleo que reporta la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para Guatemala, y

las correspondiente altas tasas de ocupación, apuntan a la inserción en el sector informal de la economía, en donde el trabajo por cuenta propia prevalece. En su informe de 2012, la OIT (2012: 31) sitúa la tasa de desempleo en Guatemala en 2.3%. El mismo informe señala que, en América Latina y el Caribe, alrededor de la mitad de quienes sí tienen trabajo se encuentra en la informalidad. Y aunque en el subcontinente hubo una disminución de la tasa de desempleo, eso no ocurrió en cinco países, entre los cuales se encuentra Guatemala. Además, la mayor parte de informes coincide en que la informalidad afecta a más del 70% de la población guatemalteca que se encuentra trabajando. Es decir, se trata de una población que no tiene acceso a un trabajo formal.

La gravedad de la situación se constata cuando se revisan otros datos. Por ejemplo, el trabajo formal se asocia con el salario mínimo. Sin embargo, cerca de la mitad de la población que trabaja en ese sector gana menos que el salario mínimo vigente (Mogollón, 2012: 110). Si se considera que el salario mínimo siempre ha sido inferior al costo de la canasta básica alimentaria y, por supuesto, a la canasta básica vital, entonces el escenario se torna más difícil. Nos enfrentamos a una situación en la cual la mayoría de hogares no tiene acceso ni siquiera a los satisfactores mínimos que permiten la reproducción biológica de los individuos. No es necesario mencionar

9 Más allá de que apenas en 1944 fue derogado el Decreto de Jornaleros, mediante el cual la oligarquía se hacía de mano de obra gratuita, actualmente se reedita la situación de sobreexplotación del trabajo, como lo muestran las altas cifras de informalidad existentes en el país.

otros déficits, como el acceso a la vivienda y a los servicios sociales básicos.

Entonces, se llega a una situación en donde la única opción es trabajar en el sector informal, con la precariedad que le es característica, o el desempleo. En ambos casos, no existe la garantía de ingresos mínimos que permitan el acceso a las canastas básicas. Los hogares bajo esta condición se caracterizan por el infra-consumo y están amenazados constantemente por el hambre y la pobreza.

Dentro de la discusión de la migración laboral forzada, ésta sería una de sus principales causas. La población se encuentra excluida del mercado de trabajo formal y de calidad. Por lo tanto, esa expulsión de hecho constituye la otra cara de la moneda del “proyecto migratorio”. Migrar, por tanto, es la única forma de acceder a un trabajo en el que los ingresos alcancen para cubrir el costo de la canasta básica alimentaria y el de la canasta básica vital, como efectivamente ocurre.

3. ESTADOS UNIDOS, CONTEXTO DE ENTRADA

Estados Unidos constituye un fuerte atractivo para las personas migrantes de los países situados al sur de su frontera, especialmente debido al dinamismo de su economía y a su mercado de trabajo, que todavía demanda mano de obra calificada y no calificada. Es

decir, una de las economías más grandes del mundo, que dispone de un masivo ejército de reserva de mano de obra. A pesar de los salarios más bajos que reciben respecto de la población nativa, resultan ingresos superiores a los ingresos que las personas migrantes recibirían en sus propios países, de ser contratados en ocupaciones similares.

Los contingentes de trabajadores extranjeros, cuya gran mayoría se encuentra indocumentada, dinamizan los ciclos de auge y crisis de la economía estadounidense, sobre todo, debido al hecho de pujar los salarios a la baja, creando una situación inmejorable para el capital, en consonancia con la ortodoxia económica que insiste en la competitividad y la productividad del mercado de trabajo. En otras palabras, estamos frente a una economía basada en la sobreexplotación de la mano de obra.

A pesar de la innegable desindustrialización sucedida como resultado de las reformas económicas de los años ochenta, en Estados Unidos el mercado de trabajo ha estado conformado anualmente por un contingente de entre 130 y 135 millones de empleados, según las cifras de los últimos diez años, sin incluir empleados gubernamentales, empleados en casas particulares ni trabajadores agrícolas (CES, 2013). Ésta puede ser considerada como una demanda particularmente alta de fuerza de trabajo, en comparación con la de economías pequeñas, como la guatemalteca.

Efectivamente, los reportes del INE (2012: 35) indican que la fuerza de trabajo ocupada ascendía en 2012 a un poco más de 6 millones de personas en edad de trabajar. De ahí que Estados Unidos continúe siendo “un agujero negro económico”, en lo que a captación de mano de obra se refiere, especialmente la procedente de la periferia, al sur de su frontera.

Según datos de la Current Population Survey, en mayo de 2013 la fuerza laboral civil de Estados Unidos estaba conformada por 155.734,000 personas. De este número, alrededor de 25 millones era población hispana. Es decir, que la población hispana constituye alrededor del 16% de la fuerza laboral civil en Estados Unidos (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2013).

4. LA DEPORTACIÓN COMO POLÍTICA ANTI-INMIGRANTE EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS

En cuanto a la actual división internacional del trabajo, los países desarrollados demandan mano de obra barata, calificada y no calificada. La migración laboral internacional constituye un fenómeno que se vincula directamente a esta dinámica. Se trata de lo que Delgado et al. (2009) denomina exportación de mano de obra desde países periféricos a países centrales. Es precisamente en este proceso que entra en juego el fenómeno de las deportaciones. ¿A qué obedece la enorme ola de deportaciones que se ha producido en la última década, especialmente desde Estados Unidos? Las estadísticas oficiales reportan que en los últimos diez años, entre 2004 y 2013, fueron deportadas alrededor de 266,000 personas desde Estados Unidos a Guatemala, como lo demuestran los datos de la Tabla 6.

Tabla 6. Cifras de personas migrantes deportadas de Estados Unidos hacia Guatemala y variación anual 2004-2013. Guatemala, 2014.

AÑO	Cantidad	Variación año anterior
2004	7,029	
2005	11,512	64
2006	18,305	59
2007	23,062	26
2008	28,051	22
2009	27,222	3
2010	29,095	7
2011	30,855	6
2012	40,647	32
2013	50,221	24
Total	265,999	

Fuente: Elaborado con datos de la Dirección General de Migración, en: <http://www.migracion.gob.gt/index.php/descargas/category/16-retornados.html>

La desindustrialización que ha afectado a los países centrales en las últimas décadas, aunada a la crisis económica iniciada en 2008 que aún dura, ha conducido al aumento del desempleo. Sin embargo, la economía de los países centrales no deja de requerir mano de obra barata, aunque cada vez lo hace en menores proporciones. La necesidad de regular con medios extraeconómicos el mercado laboral explica la política de deportaciones masivas. La reconfiguración del mercado internacional del trabajo tiene como uno de sus soportes principales la política de deportaciones.

Rocha (2008) se refiere a las deportaciones como “la actualización físico-geográfica de la no inclusión laboral, política y social”. Esta exclusión opera en dos sentidos. Uno de ellos, es la exclusión del mercado de trabajo en los países de origen que deviene en migración forzada, según el planteamiento de Delgado et al (2009). El otro sentido es que la deportación, a su vez, se convierte en una segunda migración forzada, derivada de un nuevo episodio de exclusión, ahora del mercado laboral de un país central, con todos los agravantes asociados a la denigración humana de que son objeto las personas deportadas.

¹⁰ Las cifras de la fuerza laboral a nivel nacional muestran el peso de la población de origen hispano. En 2011, la fuerza laboral hispana en Estados Unidos ascendía a más de 34 millones de personas. De la fuerza laboral civil hispana, conformada por 22.524.000 personas, el 87.5% estaba empleada y el 12.5%, desempleada. Mientras tanto, la fuerza laboral hispana de origen centroamericano sobrepasaba en ese año los 3 millones de personas, U.S. Census Bureau, 2012.

Siguiendo a Rocha, esta exclusión comprende múltiples dimensiones. A la exclusión económica—la exclusión del mercado laboral— se le suma la exclusión política. En efecto, la población migrante deportada, especialmente la que se encontraba empleada antes de la deportación, está impedida del goce de los derechos políticos por carecer de documentos y no poseer ni residencia ni ciudadanía en los países a los que llegan. El escenario se complejiza ante la potencial exclusión cultural, sobre todo a partir de la posibilidad asimilacionista que la sociedad nativa pueda ofrecer al otro¹¹. Para esta autora, tanto en las ciudades del norte como en los poblados rurales del Sur, se mueven fuerzas centrífugas, de tal suerte que “los retornados enfrentan fuerzas doblemente expulsoras: expulsados en el Sur, rechazados en el Norte” (Rocha, 2008).

En un sentido similar, la población migrante deportada encarna lo que Agamben (2010) llama *homo sacer*. Si antes, como migrantes indocumentados sin ciudadanía en los países de tránsito y destino, se hallaron en una zona de indeterminación legal, enfrentando situaciones de violencia, en los que su muerte podía quedar impune, como retornados, se puede decir que se encuentran en una zona de muerte social virtual, expulsados de la so-

ciudad opulenta y con escasa o nulas posibilidades de participar en el mercado de trabajo en sus propios países. Es la figura del no-ciudadano, confinado dentro de los límites de su propia miseria, situación que tampoco origina escrúpulos morales ni en las sociedades del Norte ni en las del Sur. Nadie se siente responsable de ellos porque han dejado de pertenecer a la sociedad, como es concebida en la modernidad.

10. Desde una óptica comprensiva y extrema, la persona deportada reúne todas las características de la “persona desecho”, es decir, aquella que no es necesaria en ningún lugar y que, por lo tanto, ya no debe pertenecer a ningún lugar. Simbólicamente, esto significa la muerte en vida, lo que equivale a la condena a muerte por otros medios, con lo cual se consume lo que Santos (2003) denomina la forma extrema de la exclusión social, es decir, el exterminio o genocidio. En sus límites, la deportación entraña esta posibilidad. La expulsión del mercado de trabajo puede ser definitiva, como lo comprueba la orientación de las fuerzas que empujan a las masas de migrantes indocumentados.

5. EL ENDURECIMIENTO DE LAS LEYES MIGRATORIAS EN LOS PAÍSES CENTRALES

En lo que respecta a Estados Unidos como país receptor o de destino, y como resultado de los ataques del 11 de septiembre de 2001, la política migratoria experimentó reformas acordadas con los requerimientos de la política de seguridad nacional.

Según la reseña que hace Roseblum (2011: 4), una de las primeras consecuencias de los ataques citados sobre la política migratoria fue la reestructuración organizacional de las agencias encargadas del tema.¹²

Otras consecuencias, tanto de la USA Patriot Act como de otras leyes aprobadas en la coyuntura después del 11 de septiembre, fueron mayores controles fronterizos y la adopción de nuevas medidas de seguridad con respecto a las visas, es decir, un giro hacia el endurecimiento de la política migratoria. La USA Patriot Act ordena mayores controles migratorios, así como la facilitación de registros criminales de la Oficina Federal de Investigaciones (FBI) al momento de la revisión de visas.

Mediante la Enhanced Border Security and Visa Entry Reform Act (EBSVERA), aprobada en mayo de 2002, se crearon nuevas for-

mas de compartir datos, mayores medidas de seguridad en el manejo de documentos y se implementaron sistemas para rastrear las salidas y entradas, así como para monitorear a estudiantes extranjeros. Esa misma ley ordenaba obtener registros biométricos de migrantes varones de 25 países, así como de individuos de otros países. También podía incluir entrevistas con agentes de migración e, incluso, requería que los migrantes se registrasen anualmente.¹³

Más recientemente, dentro de un pragmatismo político que podría calificarse como populismo de derecha, la administración Obama “inició el programa ‘Secure Communities’ que es visto como una enmienda a la legislación 287 (g), dirigido a detectar y deportar a los inmigrantes indocumentados que sean criminales peligrosos. También ha iniciado “e-verify” con la finalidad de que los empleadores sean más responsables al contratar trabajadores indocumentados” (Orozco, 2012).

Como señala este autor, no sólo es una forma segura de hacer que los trabajadores migrantes indocumentados caigan a la economía informal, con menores salarios y peores condiciones de trabajo, sino además alimen-

12. La aprobación por el Congreso de la Homeland Security Act de 2002, llevó a la creación del Department of Homeland Security que, en adelante aglutinó a 22 agencias federales, incluido el US Immigration and Naturalization Service (INS). Poco antes, sin embargo –en 2001–, el Congreso había aprobado la USA Patriot Act, en la cual se contemplan poderes especiales para detener indefinidamente a no ciudadanos y, además, poner límites al debido proceso en algunos casos migratorios.

13. Otra ley aprobada por el congreso fue la Intelligence Reform and Terrorism Prevention Act (IRTPA), de 2004, por la cual se destinan mayores fondos para la vigilancia de las fronteras y para ampliar la capacidad de detención de un número mayor de migrantes. Por otro lado, la Sección 287 (g), agregada en 1996 a la Immigration and Nationality Act (INA), ha permitido arreglos entre autoridades estatales y locales y el U.S. Immigration and Customs Enforcement (ICE) para realizar revisiones del estatus migratorio de personas y emitir órdenes de detención por violaciones a leyes migratorias e, incluso, detenerlos y levantarles los cargos que inician el proceso de deportación, mientras pasan a custodia de las autoridades federales (Capps et al., 2011: 1).

ta las posturas extremistas anti-inmigrantes que han llevado al aumento sostenido de las deportaciones. La seguridad nacional, tal y como presenta la legislación migratoria, tiene un claro carácter anti-inmigrante que no deja traslucir el trasfondo económico. Es indudable que la legislación también contribu-

ye a regular el mercado de trabajo en Estados Unidos, a mantener los flujos migratorios en un nivel adecuado y a desincentivar el retorno a Estados Unidos de los migrantes de mayor edad, a favor de una fuerza laboral migrante nueva y más joven, es decir, más productiva.

D. DERECHO Y EXCLUSIONES EN SALUD

1. EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud está reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, por cuanto señala que “(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)” (Buerghenthal, 1989: 6). El incumplimiento de tales derechos de manera sistemática por parte de un gobierno habrá de entenderse como el incumplimiento de su obligación de promover tal derecho

2. EXCLUSIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

En ese marco de derechos, la exclusión en salud se define como la negación del derecho a satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. La negación de tal derecho pue-

de ser total o parcial, y temporal o permanente. La exclusión tiene lugar durante la interacción social entre Sociedad y Estado, es decir, cuando un sujeto que demanda atención a sus necesidades percibidas y no percibidas de salud, no encuentra respuesta adecuada frente a la capacidad de respuesta que el sistema puede ofrecerle (OPS/OMS, 2003: 7).

En la satisfacción de tales necesidades participan tres procesos, cuya calidad de concatenación e interdependencia deberán asegurar la inclusión de los individuos a los sistemas de protección social de la salud, tal como se muestra en el gráfico 4.

- (a) La capacidad del gobierno de producir el servicio requerido por la población
- (b) La disponibilidad y aseguramiento del mismo por parte de la institucionalidad gubernamental y pública
- (c) La posibilidad de acceder a y ser cubierto por el mismo

Gráfico 4. Relación entre los procesos que aseguran la inclusión de las personas a los sistemas de protección de la salud. Guatemala, 2014



Fuente: elaboración a partir de OPS/OMS, 2003: 7.

Sin embargo, la única limitante para el cumplimiento de los derechos de salud dependerá de la posibilidad de un gobierno de contar y asignar recursos, los cuales podrán estar disponibles o no, según se hayan asignado al cumplimiento de otros derechos.

Con respecto a la exclusión en salud, la OPS/OMS (2003: 7) ha señalado tres tipos de exclusiones en salud:

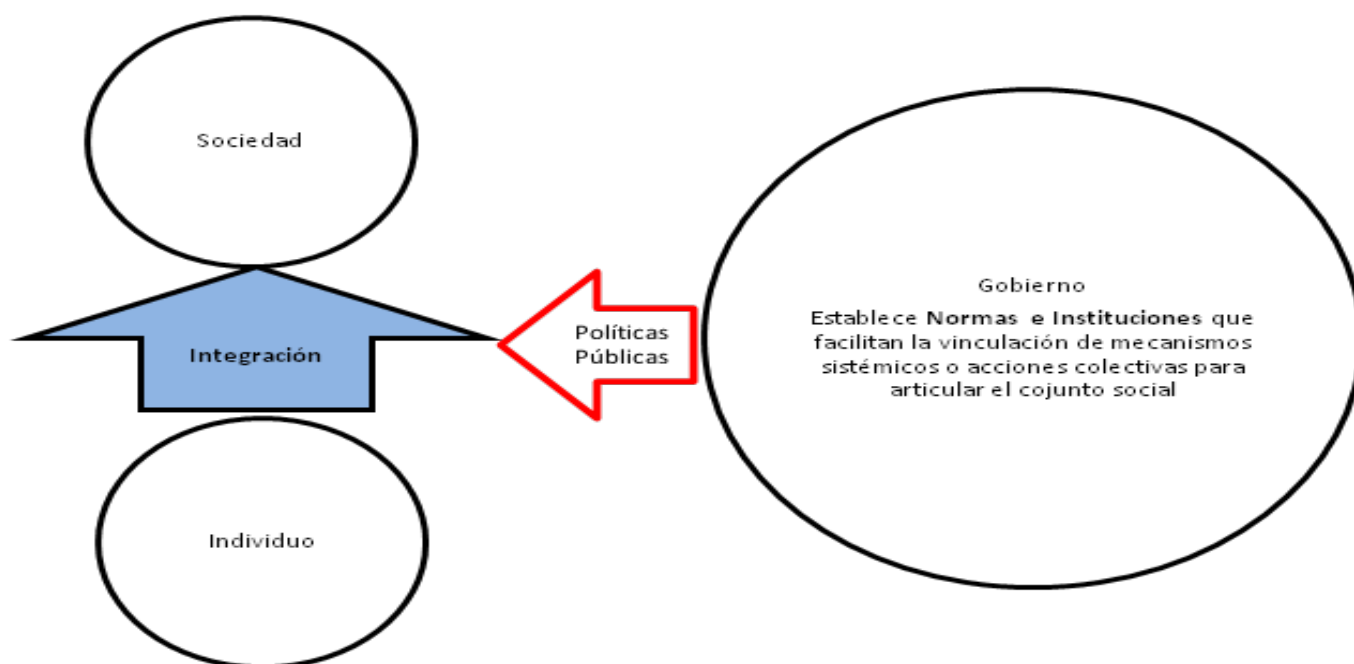
1. La falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud, tales como la infraestructura mínima que permite proveer atención, principalmente debido a cuestiones de idioma, geografía, pago, culturales, etc..

2. La falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar, es decir, no acceder a un seguro médico ante eventos catastróficos que impacten negativamente sobre el bolsillo de las familias para atender dichos eventos.

3. La falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud en condiciones de calidad, independientemente de la capacidad de pago.

En otras palabras, la integración del individuo hacia la sociedad dependerá de la existencia de mecanismos que así lo permitan y faciliten y de la calidad de los mismos (cohesión social) para lograrlo. Gráfico 5.

Gráfico 5. La definición de reglas de juego para la integración del individuo a la sociedad

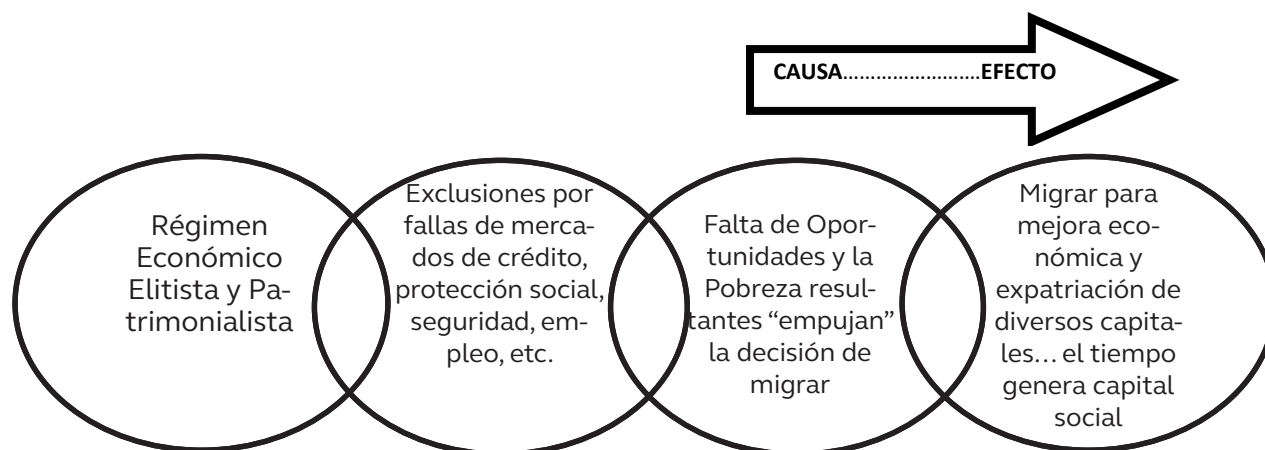


Fuente: elaboración propia, 2014.

La principal dificultad de las políticas públicas es que se diseñan para un sujeto social (persona retornada y familia fragmentada) definido y tratado de manera homogénea, es decir, con un trasfondo cultural (creencias y valores) común. Sin embargo, la sociedad guatemalteca no es homogénea. Es una sociedad fundamentada en diferencias culturales históricas, las cuales han generado condiciones de exclusión y de falta de integración social. De ahí, la importancia de superar la visión de sociedades homogéneas para replantear políticas públicas orientadas a reconocer la complejidad y diferenciación de los individuos y grupos sociales, de sus mundos de vida y sus roles sociales.

Aunque predomina la idea de que los sujetos migran por condiciones de pobreza, esta no debería ser vista como la causa sino como un efecto o resultado producto de diversos tipos de exclusiones de base. En el gráfico 6 pueden verse las diferentes causas y efectos de la migración.

Gráfico 6. Causas y efectos de la migración



Fuente: elaboración propia, 2014.

La decisión de migrar, desde una perspectiva de exclusión social, resulta de la interacción de múltiples factores estructurales, entre los que destacan:

- (i) El propio desarrollo humano, por cuanto impulsa los flujos migratorios y demandará mano de obra
- (ii) Procesos de integración social, política y económica que trascienden las fronteras
- (iii) Una demanda fuerte y persistente intrínseca de la estructura de las economías post-industriales
- (iv) Aunque hay detrás una razón económica de mejores ingresos, no se migra inicialmente para establecerse definitivamente en el destino, sino para acceder a capital monetario y repatriarlo hacia el lugar de origen

(v) El condicionamiento, no solo de los mercados laborales sino también por la falta de redes de protección social, el desempleo, dificultad de acceso a créditos y por necesidades individuales o particulares de consumo en el lugar de origen

(vi) Una vez acumulada cierta experiencia migratoria, pueden cambiar las motivaciones para quedarse de manera permanente en el destino

(vii) Con el tiempo, la migración construye su propia infraestructura de apoyo, lo cual favorece la expansión de redes de migrantes, con transformación de los vínculos ordinarios (familia, amigos) constituyéndose en sí mismo en una fuente de capital social.

La exclusión en salud está relacionada al contenido de las políticas públicas que se diseñan e implementan por parte de un régimen político-económico. Su fundamento ideológico, la calidad del fundamento, argumento y persuasión para convencer a los otros, la voluntad política expresada en el grado y orientación del financiamiento, el modelo

administrativo y programático, la capacidad administrativa inherente de la administración pública y el marco jurídico configurado para respaldarlas, son reflejo de las decisiones políticas adoptadas por un gobierno, y definen el grado y los alcances de las inequidades subsecuentes (Ver gráfico 7).

Gráfico 7. Exclusión en salud para personas deportadas y familias fragmentadas



El sistema de salud guatemalteco ha sido señalado de ser fragmentado, por cuanto cada entidad del sector funciona a partir de su propio financiamiento y con su propia infraestructura. También, de ser un sistema segmentado, según grupos poblacionales meta de cada entidad.

VI. CARACTERÍSTICAS CUANTITATIVAS DE LAS POBLACIONES DE ESTUDIO

Los resultados presentados en esta sección fueron obtenidos de la base de datos de la encuesta. La misma recoge los datos de los siguientes aspectos: (i) socio-demográficos y datos migratorios (ii) condición de salud, incluyendo salud mental y salud

sexual y reproductiva (iii) conocimientos de salud (iv) agresiones y violencia (v) acceso a servicios de salud y (vi) percepción de riesgos, amenazas y vulnerabilidades.

A. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LAS PERSONAS RETORNADAS

El número de casos de personas migrantes retornadas que participaron en el levantado de la encuesta es de 222 personas, distribuidas de la siguiente forma

Tabla 7. Distribución de los casos de estudio de personas migrantes retornadas por departamento. Guatemala, 2014

Departamento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos			
Guatemala	50	22.5	22.5
Huehuetenango	56	25.2	47.7
Quetzaltenango	66	29.7	77.5
San Marcos	50	22.5	100.0
Total	222	100.0	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

1. ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

La participación de las mujeres tras el levantado de la encuesta fue de tres de cada diez casos, de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 8. Distribución de la muestra de estudio según sexo. Guatemala, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	63	28.4
	Masculino	159	71.6
	Total	222	100.0

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Según la distribución por departamento, cuatro de cada diez personas consultadas son del departamento de Guatemala; dos de cada diez, de Huehuetenango y de San Marcos; y tres de cada diez, de Quetzaltenango.

Tabla 9. Distribución de los casos de estudio de personas migrantes retornadas por sexo y departamento. Guatemala, 2014.

Departamento:			Frecuencia	Porcentaje
Guatemala	Válidos	Femenino	19	38.0
		Masculino	31	62.0
		Total	50	100.0
Huehuetenango	Válidos	Femenino	10	17.9
		Masculino	46	82.1
		Total	56	100.0
Quetzaltenango	Válidos	Femenino	23	34.8
		Masculino	43	65.2
		Total	66	100.0
San Marcos	Válidos	Femenino	11	22.0
		Masculino	39	78.0
		Total	50	100.0

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

La mediana de edad de la población de estudio fue de 30 años. La distribución de la población de estudio por grupo etario y sexo fue la siguiente:

Tabla 10. Distribución de la población de personas migrantes retornadas por sexo y grupo etario. Guatemala, 2014.

Edad en Grupos		Frecuencia		Porcentaje
17 a 26	Válidos	Femenino	20	32.3
		Masculino	42	67.7
		Total	62	100.0
27 a 36	Válidos	Femenino	22	22.4
		Masculino	76	77.6
		Total	98	100.0
37 a 46	Válidos	Femenino	13	30.2
		Masculino	30	69.8
		Total	43	100.0
47 a 56	Válidos	Femenino	6	37.5
		Masculino	10	62.5
		Total	16	100.0
57 y más	Válidos	Femenino	2	66.7
		Masculino	1	33.3
		Total	3	100.0

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

En cuanto a la condición étnica, hecho por autodefinición, para el caso del departamento de Guatemala solamente dos de cada diez de las personas entrevistadas se declararon indígenas, mientras que en Quetzaltenango lo hicieron cinco de cada diez. Llama la atención que para los departamentos de Huehuetenango y San Marcos, ninguna persona se autodefinió como indígena.

En relación al idioma hablado en el hogar, hubo un predominio del idioma español. En el caso de San Marcos, el porcentaje de personas entrevistadas que habla español fue

del 100 por ciento y en Huehuetenango fue de un 98 por ciento. El componente urbano-rural, respectivamente, explica este aspecto. Para el caso de Guatemala, casi dos de cada diez personas hablan Kaqchikel y en Quetzaltenango tres de cada diez hablan Mam.

El estado civil muestra que en tres de cuatro departamentos hubo un predominio de casos en condición de soltería y casados. En el departamento de Guatemala fue importante la condición de personas separadas y, para el caso de Quetzaltenango, la condición de personas en unión libre.

A excepción de Huehuetenango, en donde seis de cada diez retornados cuentan con nivel primario o inferior, en el resto de departamentos hubo un predominio de población con nivel de escolaridad de básico o mayor,

con pequeñas diferencias. En el caso de Guatemala, este nivel de escolaridad se vio representado en ocho de cada diez personas. Similar situación se observa en Quetzaltenango y San Marcos.

Tabla 11. Distribución de la población de personas migrantes retornadas por nivel de escolaridad y departamento. Guatemala, 2014.

Departamento		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Guatemala	Primaria	5	10.0	10.0
	Básico	15	30.0	40.0
	Diversificado	24	48.0	88.0
	Universidad	6	12.0	100.0
	Total	50	100.0	
Huehuetenango	Ninguno	3	5.4	5.4
	Primaria	33	58.9	64.3
	Básico	12	21.4	85.7
	Diversificado	7	12.5	98.2
	Universidad	1	1.8	100.0
	Total	56	100.0	
Quetzaltenango	Ninguno	7	10.6	10.6
	Primaria	17	25.8	36.4
	Básico	18	27.3	63.6
	Diversificado	22	33.3	97.0
	Universidad	2	3.0	100.0
	Total	66	100.0	
San Marcos	Ninguno	5	10.0	10.0
	Primaria	17	34.0	44.0
	Básico	16	32.0	76.0
	Diversificado	12	24.0	100.0
	Total	50	100.0	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Con relación al número de dependientes (hijos y otros), la mitad de la población encuestada reportó tener bajo su responsabilidad dos personas económicamente dependientes como máximo. Los datos de la Tabla 12 reflejan que un 75 por ciento de las personas retornadas (167 de 222 casos) no reportó haber dejado hijos en el país destino o en el de

origen. Las 55 personas retornadas restantes (25%) reportaron haber dejado entre uno y dos hijos (18%), luego de una experiencia migratoria de un año o más. El número de personas con más de tres hijos no supera el dos por ciento. Esto puede deberse a que la muestra de población del estudio es joven, pues tiene una mediana de edad de 30 años.

Tabla 12. Distribución del número de hijos de personas migrantes retornadas encuestadas, según duración de la experiencia migratoria. Guatemala, 2014.

	N° de hijos	Duración experiencia migratoria en 3 grupos			Total	
		< 1 año	De 1 a 5 años	> 5 años		
20.1 ¿Cuántos hijos?	1	Recuento	2	10	11	23
		% del total	.9%	4.5%	5.0%	10.4%
	2	Recuento	0	5	12	17
		% del total	.0%	2.3%	5.4%	7.7%
	3	Recuento	0	4	7	11
		% del total	.0%	1.8%	3.2%	5.0%
	4	Recuento	0	1	1	2
		% del total	.0%	5%	.5%	.9%
	7	Recuento	0	0	2	2
		% del total	.0%	.0%	.9%	.9%
No dejó hijos	Recuento	39	69	59	167	
	% del total	17.6%	31.1%	26.6%	75.2%	
Total	Recuento	41	89	92	222	
	% del total	18.5%	40.1%	41.4%	100.0%	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

No se evidencia una clara tendencia entre el tiempo de la experiencia migratoria y el número de hijos menores de 15 años que dejó en el extranjero ($p > 0.05$).

Con respecto a la vivienda, seis de cada diez personas encuestadas reportaron poseer casa propia y dos de cada diez viven en casa de alquiler. El resto, la tiene en calidad de préstamo o aún la está pagando.¹⁴

¹⁴ Señalamiento recogido de 218 casos de 222 (98%).

Tabla 13. Distribución del tipo de propiedad de la vivienda de las personas migrantes retornadas encuestadas. Guatemala, 2014

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Propia, totalmente pagada	135	60.8	61.9	61.9
Propia y pagándola a plazos	13	5.9	6.0	67.9
Alquilada	44	19.8	20.2	88.1
Cedida o prestada	26	11.7	11.9	100.0
Total	218	98.2	100.0	
PerdidosNs/nr	4	1.8		
Total	222	100.0		

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

En cuanto a si actualmente están trabajando o están ocupados, poco más de la mitad (115 casos) de los 222 encuestados lo están¹⁵. De ellos, solamente 112 personas respondieron la pregunta acerca de qué profesión u oficio desempeña. Las respuestas obtenidas se agrupan en tres categorías de oficio o profesiones: el 24 por ciento (27 casos) lo hacen en el co-

mercio (¿informal?) en calidad de propietarios; el 16 por ciento como empleada o empleado público (18 casos) y el 14 por ciento (16 casos) como agricultor. La otra mitad de las personas encuestadas (53 casos) lo hacen en diversas actividades (ver tabla 14).

¹⁵ De 115 personas (52%) que reportaron estar trabajando solamente 112 de ellas respondieron a la pregunta ¿Qué oficio o profesión desempeña?

Tabla 14. Distribución de las personas migrantes retornadas encuestadas que tienen trabajo o están ocupadas actualmente, por departamento. Guatemala, 2014.

Departamento			Frecuencia	Porcentaje
Guatemala	Válidos	Sí	39	78.0
		No	11	22.0
		Total	50	100.0
Huehuetenango	Válidos	Sí	18	32.1
		No	38	67.9
		Total	56	100.0
Quetzaltenango	Válidos	Sí	30	45.5
		No	36	54.5
		Total	66	100.0
San Marcos	Válidos	Sí	28	56.0
		No	22	44.0
		Total	50	100.0

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

El ingreso percibido reportado por quienes trabajaban al momento de ser encuestados (113 de 222 casos) es de un promedio ligeramente superior a los dos mil quinientos quetzales (Q.2,582.00). La mayoría de los casos oscila entre los novecientos (Q.900.00) y los cuatro mil quetzales (Q.4000.00).

En cuanto a la percepción sobre su propia situación económica tras haber retornado al país, nueve de cada diez de los encuestados (196 de 222 casos) considera que sigue igual o ha empeorado.

De las 222 personas encuestadas, ocho de cada diez personas retornadas (84.7%) provienen de los Estados Unidos, dos de cada diez provienen de México (12.6%) y un poco más del 2 por ciento (2.7%) proviene de Canadá.

En cuanto al tiempo que duró su experiencia migratoria, respondieron solo 161 personas de las 222 entrevistadas (72.5%)¹⁶. De ellas, 120 personas (un 75%) tuvieron una experiencia migratoria promedio cercana a los cinco años (4.7 años) y los 41 casos restantes (25%) menor a un año.

¹⁶ Las razones por las cuales las 61 personas restantes no respondieron, pudieron haberlo hecho porque sabían la fecha de retorno, pero no la de ida, o viceversa. Otra posibilidad es que no hayan querido responder intencionalmente a la pregunta, por cuanto no estaban obligados a hacerla.

Con respecto a la duración de la experiencia migratoria y el nivel de escolaridad alcanzado por las personas migrantes retornadas, se encontró que 148 de las personas retornadas participantes del estudio, es decir, siete de cada diez personas (66.7%) reportó un bajo nivel de escolaridad (ninguna o primaria). En cambio, tres de cada diez personas (33.3%)

reportaron un nivel alto de escolaridad (básicos, diversificado o universidad). En otras palabras, independientemente de los años que duró su experiencia migratoria, la mayoría de la población de personas migrantes retornadas tienen un nivel bajo de escolaridad.

Tabla 15. Tiempo de duración de la experiencia migratoria distribuido según nivel de escolaridad. Guatemala, 2014.

			Escolaridad en 2 grupos		Total
			Baja escolaridad	Alta Escolaridad	
Duración experiencia migratoria	< 1 año	Recuento	31	10	41
		% dentro de < 1 año	75.6%	24.4%	100.0%
		% dentro de Escolaridad	20.9%	13.5%	18.5%
	De 1 a 5 años	Recuento	53	36	89
		% dentro de 1 a 5 años	59.6%	40.4%	100.0%
		% dentro de Escolaridad	35.8%	48.6%	40.1
	> 5 años	Recuento	64	28	92
		% dentro de > 5 años	69.6%	30.4%	100.0%
		% dentro de Escolaridad	43.2%	37.8%	41.4%
Total	Recuento	148	74	222	
	% dentro de Duración	66.7%	3.3%	100.0%	
	% dentro de Escolaridad	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

(*) Asociación no significativa.

La relación entre el tiempo de duración de la experiencia migratoria y la edad de las mujeres migrantes retornadas evidencia que cuatro de cada diez mujeres (un 39.3%) con más de cinco años de experiencia migratoria supe-

ran los 30 años de edad. Entre quienes tienen como máximo cinco años de experiencia migratoria, cinco de cada diez tienen 30 años de edad o menos (48.6%) y el resto (51.4%) supera los 30 años. Además, en seis de cada diez

mujeres mayores de 30 años (62%), la duración en el extranjero fue de 5 años máximo, comparada con cuatro de cada diez (38%) de este mismo grupo, que logró una estadía más prolongada. En el caso de los hombres se encontró que, en el grupo de mayores de 30 años de edad, no se aprecian marcadas diferencias en cuanto a la permanencia (53.6% y 60.9%).co de cada diez tienen 30 años de edad o menos (48.6%) y el resto (51.4%) supera los 30 años. Además, en seis de cada diez

mujeres mayores de 30 años (62%), la duración en el extranjero fue de 5 años máximo, comparada con cuatro de cada diez (38%) de este mismo grupo, que logró una estadía más prolongada. En el caso de los hombres se encontró que, en el grupo de mayores de 30 años de edad, no se aprecian marcadas diferencias en cuanto a la permanencia (53.6% y 60.9%).

Tabla 16. Duración de la experiencia migratoria en años (hasta 5 años y mayor de 5 años) según edad igual o menor y mayor que la mediana (30 años) *. Guatemala, 2014.

1. Sexo			Edad en 2 grupos			
			hasta 30 años	Mayores de 30 años	Total	
Femenino	Duración de experiencia migratoria	hasta 5 años	Recuento	17	18	35
			% dentro de Duración	48.6%	51.4%	100.0%
			% dentro de Edad	50.0%	62.1%	55.6%
	Más de 5 años	Recuento	17	11	28	
		% dentro de Duración	60.7%	39.3%	100.0%	
		% dentro de Edad	50.0%	37.9%	44.4%	
Total		Recuento	34	29	63	
		% dentro de Duración	54.0%	46.0%	100.0%	
		% dentro de Edad	100.0%	100.0%	100.0%	
Masculino	Duración de experiencia migratoria	hasta 5 años	Recuento	50	45	95
			% dentro de Duración	52.6%	47.4%	100.0%
			% dentro de Edad	66.7%	53.6%	59.7%
	Más de 5 años	Recuento	25	39	64	
		% dentro de Duración	39.1%	60.9%	100.0%	
		% dentro de Edad	33.3%	46.4%	40.3%	
Total		Recuento	75	84	159	
		% dentro de Duración	57.2%	52.8%	100.0%	
		% dentro de Edad	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

(*) Asociación no significativa.

En relación a la duración de la experiencia migratoria y el nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres migrantes retornadas encuestadas, se observó que 7 de cada 10 mujeres con hasta 5 años de experiencia migratoria (68.6%) tienen baja escolaridad, lo cual desciende a 6 de cada 10 (57.1%) cuando supe-

ran los 5 años de experiencia migratoria. En cuanto a la situación de los hombres en esa misma condición migratoria, ocho de cada diez (75%) con más de 5 años de experiencia migratoria tienen una baja escolaridad (sin escolaridad o primaria).

Tabla 17. Relación entre la duración de la experiencia migratoria y el nivel de escolaridad de la población de estudio*. Guatemala, 2014

1. Sexo			Escolaridad en 2 grupos			
			Baja Escolaridad	Alta escolaridad	Total	
Femenino	Duración de experiencia migratoria	hasta 5 años	Recuento	24	11	35
			% dentro de Duración	68.6%	31.4%	100.0%
			% dentro de Escolaridad	60.0%	47.8%	55.6%
	Más de 5 años	Recuento	16	12	28	
		% dentro de Duración	57.1%	42.9%	100.0%	
		% dentro de Escolaridad	40.0%	52.2%	44.4%	
Total	Recuento	40	23	63		
	% dentro de Duración	63.5%	36.5%	100.0%		
	% dentro de Escolaridad	100.0%	100.0%	100.0%		
Masculino	Duración de experiencia migratoria	hasta 5 años	Recuento	60	35	95
			% dentro de Duración	63.2%	36.8%	100.0%
			% dentro de Escolaridad	55.6%	68.6%	59.7%
	Más de 5 años	Recuento	48	16	64	
		% dentro de Duración	75.0%	25.0%	100.0%	
		% dentro de Escolaridad	44.4%	31.4%	40.3%	
Total	Recuento	108	51	159		
	% dentro de Duración	67.9%	32.1%	100.0%		
	% dentro de Escolaridad	100.0%	100.0%	100.0%		

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

(*) Asociación No significativa.

La mayoría de las personas migrantes retornadas reportan una baja escolaridad, especialmente aquellas cuya experiencia migratoria fue menor a un año (75.6%), seguida de aquella con más de 5 años (69.6%).

Tabla 18. Distribución de la duración de la experiencia migratoria según nivel de escolaridad de las personas migrantes retornadas*. Guatemala, 2014.

		Escolaridad		Total	
		Baja escolaridad	Alta Escolaridad		
Duración de la experiencia migratoria	< 1 año	Recuento	31a	10a	41
		% dentro de Duración	75.6%	24.4%	100.0%
		% dentro de Escolaridad	20.9%	13.5%	18.5%
	1 a 5 años	Recuento	53a	36a	89
		% dentro de Duración	59.6%	40.4%	100.0%
		% dentro de Escolaridad	35.8%	48.6%	40.1%
	> 5 años	Recuento	64a	28a	92
		% dentro de Duración	69.6%	30.4%	100.0%
		% dentro de Escolaridad	43.2%	37.8%	41.4%
Total	Recuento	148	74	222	
	% dentro de Duración	66.7%	33.3%	100.0%	
	% dentro de Escolaridad	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

(*) No se identificó asociación significativa entre la escolaridad y el tiempo que duró la experiencia migratoria.

Las cuatro principales actividades laborales a las que las personas retornadas se dedicaban en el país de acogida fueron la construcción (31.7%), actividades de servicios (21%), el comercio (13.8%) y la agricultura (12%).

2. CONDICIÓN DE SALUD

De las 222 personas encuestadas, solamente 57 (25.7%) respondieron que sí a la pregunta sobre si alguna vez ha padecido o padece actualmente de hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar o cardíaca. Las respuestas obtenidas indican que:

- 32 casos de los 57 que respondieron que sí han padecido alguna de estas enfermedades (56%) refieren padecer de hipertensión o presión alta.¹⁷

- Cuatro de cada diez personas encuestadas, es decir, 21 casos de los 57 que respondieron que sí sufren de algún tipo de enfermedad (que representa el 36.8%) reporta sufrir de diabetes o niveles altos de azúcar en sangre.¹⁸

- Uno de cada diez, es decir, ocho casos (14%) sufre de enfermedades pulmonares crónicas. Siete casos (que representan un 12.3% sufre de ataques cardíacos (ver Tabla 19 con la frecuencia de las enfermedades mencionadas).¹⁹

Tabla 19. Tipo y frecuencia de las enfermedades padecidas por las personas migrantes retornadas (respuestas múltiples no excluyentes). Guatemala, 2014.

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
¿Alguna vez ha padecido o padece actualmente de...?	Hipertensión/Presión alta	32	42.7%	56.1%
	¿Diabetes/Niveles altos de azúcar en sangre?	21	28.0%	36.8%
	¿Infartos/ataques cardíacos?	7	9.3%	12.3%
	¿Enfermedad pulmonar crónica?	8	10.7%	14.0%
	¿HEPATITIS (A o B)?	7	9.3%	12.3%
Total		75	100.0%	131.6%

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

(*) No se identificó asociación significativa entre la escolaridad y el tiempo que duró la experiencia migratoria. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1, sí.

¹⁷Según la ENSMI 2008-2009 (2011: 338-339) de los hombres entre 30 y 59 años de edad encuestados, el 22% se habría realizado una prueba diagnóstica de hipertensión arterial. En el caso de los triglicéridos, solamente un 12.6% había realizado una prueba diagnóstica.

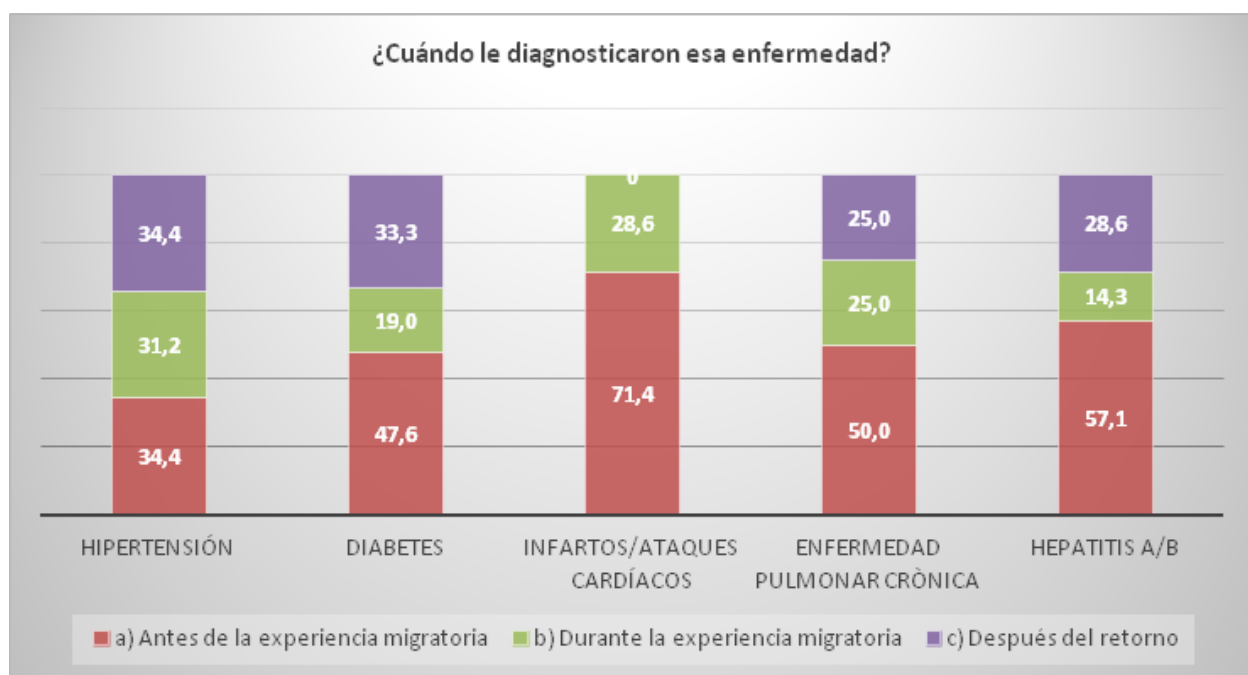
¹⁸Según la ENSMI 2008-2009 (2011: 338-339) de los hombres entre 30 y 59 años de edad encuestados, el 25% se habría realizado una prueba diagnóstica de diabetes.

¹⁹En este tipo de tabla, cada encuestado pudo responder afirmativamente "sí" de manera simultánea a dos o más enfermedades. Por lo tanto, los porcentajes a interpretar se ubican en la columna de "casos", representando la proporción de migrantes que padeció cada enfermedad con respecto al 100% (57 casos).

Con relación al momento (antes, durante o después) en el cual se enteró de su enfermedad crónica, la mayoría de las personas encuestadas sabía de su enfermedad antes de iniciar su experiencia migratoria (lo cual explicaría el por qué se viaja con medicamentos).

También, le sigue a esta mayoría aquellos quienes se enteraron de su enfermedad después del retorno, tal como se puede visualizar en el gráfico 8.

Gráfico 8. Momento de la experiencia migratoria (antes, durante o después) en el cual la persona deportada supo que sufre una enfermedad crónica. Guatemala, 2014.



El número bajo de personas que respondieron que sí han sufrido de algún tipo de enfermedad no sorprende, considerando que los promedios de edad de las poblaciones encuestadas en los cuatro departamentos estaban entre los 30 y 36 años, edades en las cuales, cabría suponer, que aún no represen-

tan este tipo de morbilidades y considerando que tales pruebas diagnósticas puedan o no ser objeto de recomendación.

En cuanto a padecimientos de salud mental, 137 de las 222 personas encuestadas (61.7%) respondieron a la pregunta ¿Alguna vez ha

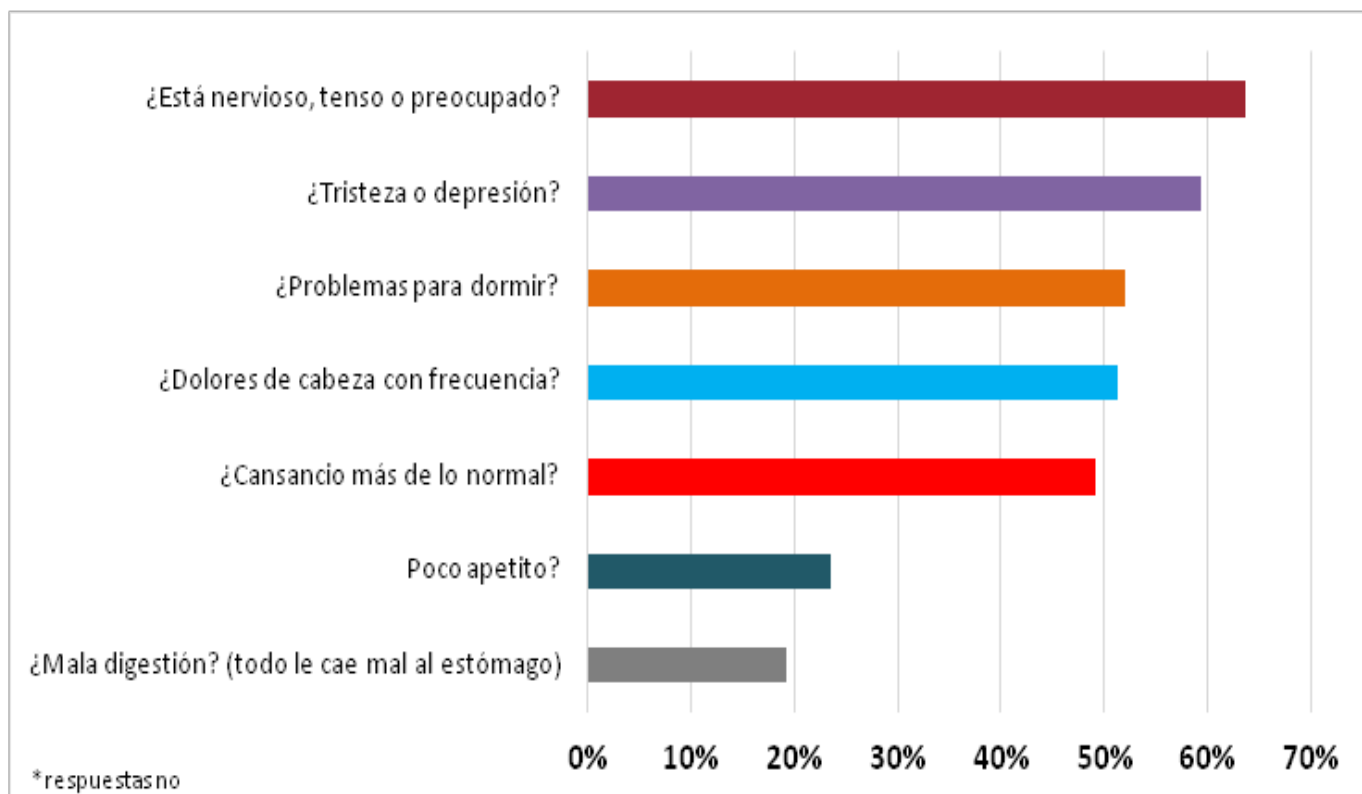
- padecido o padece actualmente de alguno de estos padecimientos? Entre las respuestas obtenidas están:
- El 51.8% (71 de 137 casos) dijo tener problemas para dormir
 - El 63.5% de los casos (87 de 137) se ñaló sentirse nervioso, tenso o preocupado
 - El 51.1% (70 de 137 casos) padece de dolores de cabeza con frecuencia
 - El 59.1% (81 de 137 casos) reportó sentir tristeza o depresión
 - El 48.9% (67 de 137 casos) siente cansancio más de lo normal

Tabla 20. Distribución de los padecimientos de salud mental de las personas migrantes retornadas. Guatemala, 2014

	Padecimientos	Respuestas		
		Nº	Porcentaje	Porcentaje de casos
¿Alguna vez ha padecido o padece actualmente de...?	¿Dolores de cabeza con frecuencia?	70	16.1%	51.1%
	¿Poco apetito?	32	7.4%	23.4%
	¿Problemas para dormir?	71	16.4%	51.8%
	¿Está nervioso, tenso o preocupado?	87	20.0%	63.5%
	¿Tiene mala digestión? (todo le cae mal al estómago)	26	6.0%	19.0%
	¿Sufre tristeza o depresión?	81	18.7%	59.1%
	¿Tiene cansancio más de lo normal?	67	15.4%	48.9%
Total		434	100.0%	316.8%

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1=sí.

Gráfico 9. Padecimientos de salud en personas migrantes retornadas. Guatemala, 2014*



Al desagregar los datos por tipo de padecimiento y tiempo de experiencia migratoria, se encontró que, en todos los casos, la mayoría de los padecimientos de salud (mental) se presentaron en aquellas personas cuya experiencia migratoria duró entre 1 y 5 años, seguido de quienes tuvieron una experiencia de más de cinco años.

Tabla 21. Distribución de padecimientos de salud mental entre las personas migrantes retornadas, según tiempo de duración de la experiencia migratoria. Guatemala, 2014.

Síntomas Padecimiento		Duración experiencia migratoria en 3 grupos			Total
		< 1 año	De 1 a 5 años	> 5 años	
¿Dolores de cabeza con frecuencia?	Recuento	8	38	24	70
	% del total	5.8%	27.7%	17.5%	51.1%
¿Poco apetito?	Recuento	2	16	14	32
	% del total	1.5%	11.7%	10.2%	23.4%
¿Problemas para dormir?	Recuento	9	37	25	71
	% del total	6.6%	27.0%	18.2%	51.8%
¿Nervioso, tenso o preocupado?	Recuento	13	41	33	87
	% del total	9.5%	29.9%	24.1%	63.5%
¿Mala digestión? (todo le cae mal al estómago)	Recuento	3	14	9	26
	% del total	2.2%	10.2%	6.6%	19.0%
¿Tristeza o depresión?	Recuento	11	43	27	81
	% del total	8.0%	31.4%	19.7%	59.1%
¿Cansancio más de lo normal?	Recuento	11	36	20	67
	% del total	8.0%	26.3%	14.6%	48.9%
Total	Recuento	19	65	53	137
	% del total	13.9%	47.4%	38.7%	100.0%

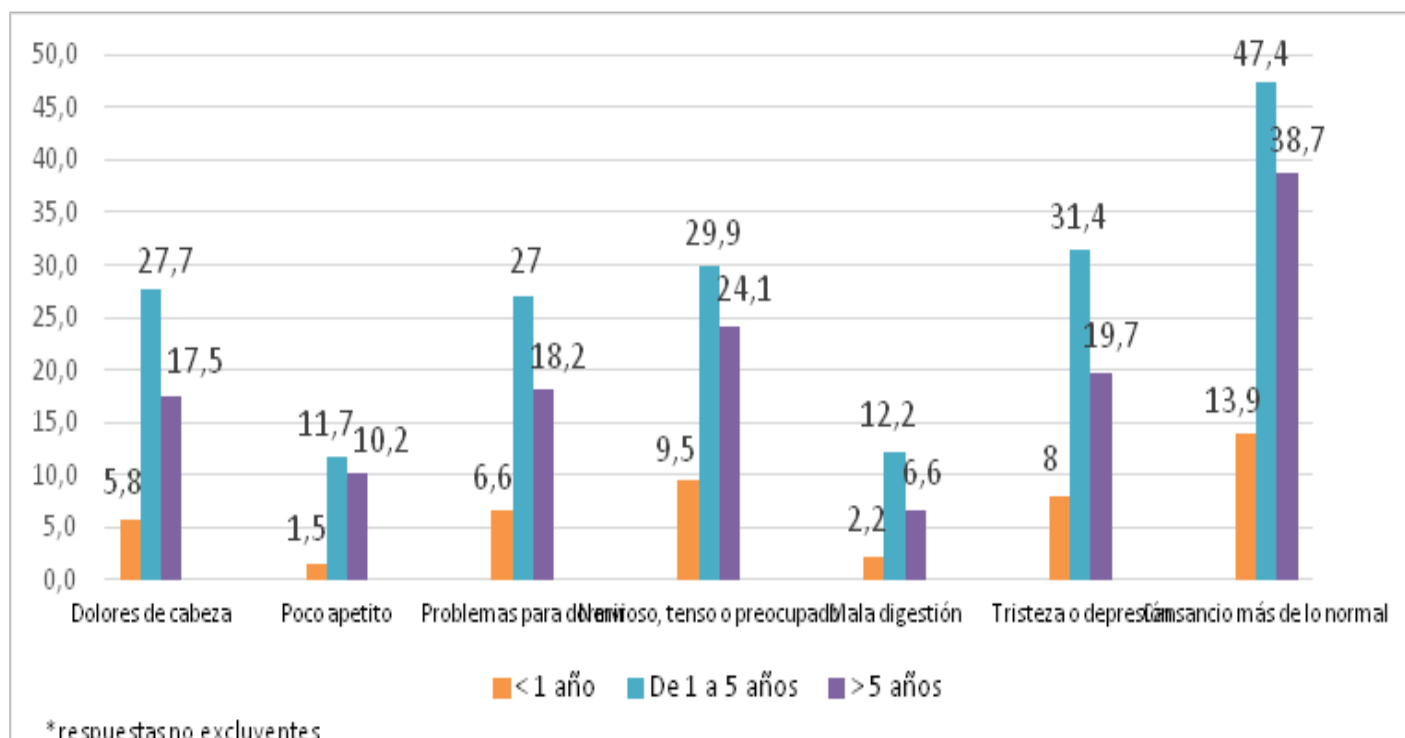
Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1=sí.

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados que sí respondieron a la pregunta.

Nota. El análisis de esta tabla debe tener la misma consideración anterior, es decir, se tabulan respuestas múltiples de los mismos individuos. Los porcentajes de “casos” están calculados sobre los 137 migrantes que respondieron “sí” a alguna o varias de las preguntas de esta sección.

Gráfico 10. Proporción de padecimientos de salud mental en personas migrantes retornadas, según duración de la experiencia migratoria. Guatemala 2014*



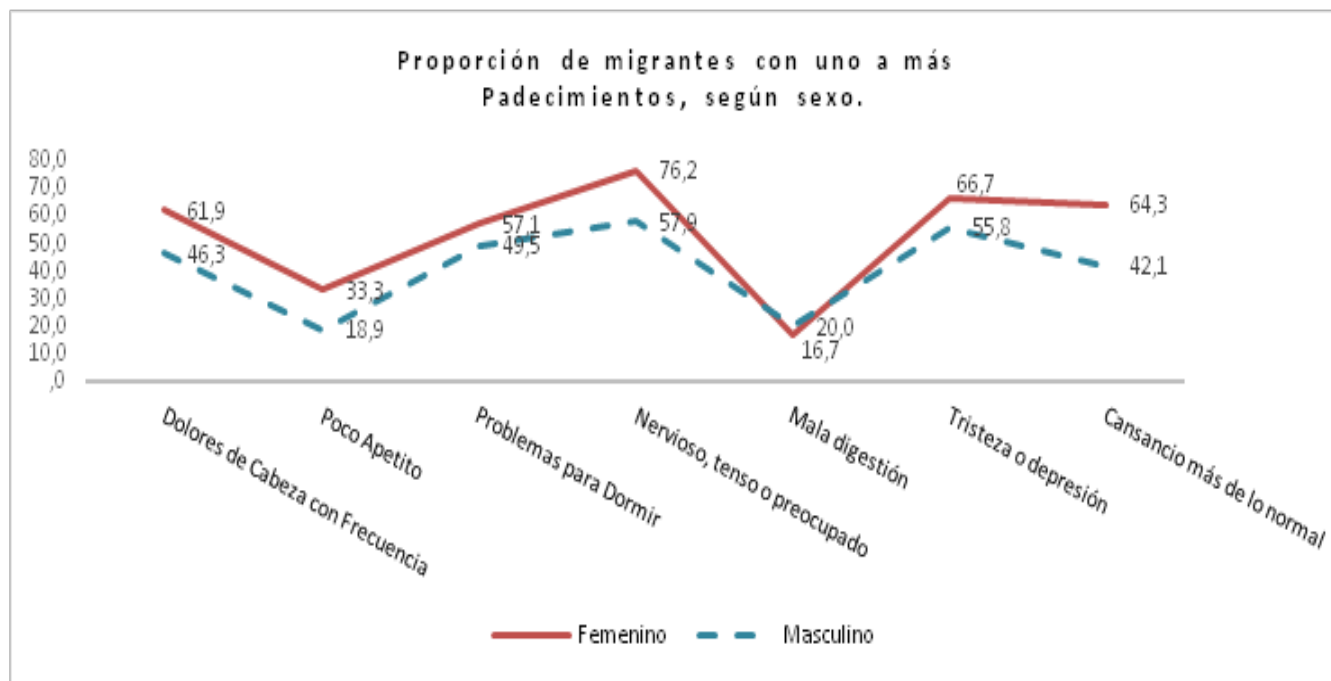
De acuerdo a la distribución de padecimientos de salud de las personas retornadas, por sexo, son las mujeres quienes con más frecuencia señalan padecimientos de salud mental.

Tabla 22. Distribución de padecimientos de salud en personas migrantes retornadas según sexo. Guatemala, 2014.

Padecimientos	Femenino (N=42)		Masculino (N=95)	
	n	%	n	%
Dolores de Cabeza con frecuencia	26	61.9	44	46.3
Poco Apetito	14	33.3	18	18.9
Problemas para Dormir	24	57.1	47	49.5
Nervioso, tenso o preocupado	32	76.2	55	57.9
Mala digestión	7	16.7	19	20.0
Tristeza o depresión	28	66.7	53	55.8
Cansancio más de lo normal	27	64.3	40	42.1

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Gráfico 11. Distribución comparativa de padecimientos en personas retornadas según sexo. Guatemala, 2014.



Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Al ser preguntados sobre las repercusiones emocionales que tienen tras retornar a Guatemala, el 63.1% de las personas encuestadas (140 de 222) señaló:

- El 75.7% siente tristeza (106 de 140 casos)
- El 69.3% refiere frustración (97 de 140 casos)
- El 56.4% dice sentir depresión (79 de 140 casos)
- El 44.3% refiere padecer de ansiedad (62 de 140 casos)

Tabla 23. Frecuencia de problemas de salud mental padecidos por personas migrantes retornadas tras regresar al origen. Guatemala, 2014.

Problema	Respuestas		Porcentaje de casos	
	Nº	Porcentaje		
¿Al regresar de su experiencia migratoria alguna vez ha sentido...?	Ansiedad	62	16.8%	44.3%
	Depresión	79	21.4%	56.4%
	Desorientación	26	7.0%	18.6%
	Tristeza	106	28.6%	75.7%
	Frustración	97	26.2%	69.3%
Total		370	100.0%	264.3%

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1, sí.

El análisis de esta tabla debe tener la misma consideración anterior, es decir, se tabulan respuestas múltiples de los mismos individuos. Los porcentajes de “casos” están calculados sobre los 137 migrantes que respondieron “sí” a una o varias de las preguntas de esta sección.

De las 222 personas encuestadas (que representan el 100%) al ser preguntadas sobre si han recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico o psicológico tras su retorno, solamente una de cada diez personas, es decir, 26 de 196 casos (que representan un 11.7%) respondió que sí.

En cuanto a la pregunta acerca de si sienten la necesidad de recibir algún tratamiento psiquiátrico o psicológico, de 215 personas que respondieron (que representan el 100%), solamente una persona de cada diez, es decir, 28 casos (13%) respondieron que sí sentían dicha necesidad.

3. CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

En cuanto al consumo de tabaco y alcohol, 144 de las 222 personas encuestadas (65%) respondieron afirmativamente, de acuerdo al siguiente detalle:

- Siete de cada diez personas que respondieron afirmativamente (70.8%) señalaron que “alguna vez fumaron o fuman actualmente”, pero solamente tres de cada diez (28.5%) consideró que su experiencia migratoria haya influido en el aumento del consumo de tabaco.²⁰

- Casi nueve de cada diez personas que respondieron afirmativamente (86.1%) reconocieron que “Alguna vez tomó o toma actualmente alcohol”, pero solamente dos de cada diez (24.3%) consideró que aumentó su consumo de alcohol a partir de su experiencia migratoria.²¹

Con respecto a la pregunta sobre “el consumo de drogas”, 216 de 222 (97.3%) personas encuestadas respondieron. De ellas:

- Ocho de cada diez (78.2%) señaló no haber consumido drogas alguna vez

- Dos de cada diez (16%) consumió mariguana

- Uno de cada diez (8.8%) consumió cocaína

- Solamente un 3.2% de las personas que respondieron afirmativamente vincula el incremento del “consumo de drogas” (mariguana, cocaína, crack y/o éxtasis) a la experiencia migratoria.

4. CONOCIMIENTOS SOBRE VIH

En cuanto al nivel general de conocimiento sobre la prevención del VIH-SIDA, seis de cada diez personas encuestadas (56.3%) tienen un nivel adecuado. Con relación a las medidas que una persona puede tomar para evitar el contagio, el 91.4% de las personas encuestadas (203 de 222 casos) identificó como medida de prevención las siguientes:

- Nueve de cada diez personas (91.6%) señalaron la importancia de “usar condón correctamente”.²²

20. Según la ENSMI 2008-2009 hombres (2011: 333) de los hombres entre 15 y 59 años de edad encuestados el 54.9% ha fumado y un 21.7% lo hace en la actualidad.

21. Según la ENSMI 2008-2009 hombres (2011: 333) de los hombres entre 15 y 59 años de edad encuestados el 70.6% ingirió bebida alcohólicas y 23.7% lo hace en la actualidad.

22. Según la ENSMI 2008-2009 hombres (2011: 261) de los hombres entre 15 y 59 años de edad encuestados el 87.6% de los hombres sabía del condón como método preventivo y en mujeres fue del 83%.

- Ocho de cada diez personas (84.2%) mencionaron como medida “no tener relaciones sexuales”²³
- Ocho de cada diez personas (84.2%) dijo que para evitar el contagio lo mejor es “tener una sola compañera”²⁴
- Ocho de cada diez personas (75.4%) mencionaron la importancia de “no utilizar jeringas usadas por personas infectadas”
- Siete de cada diez personas (72.9%) señalaron como medida de prevención el “no usar transfusiones de sangre inseguras”
- Siete de cada diez personas (65.5%) destacaron como medida el “no tener sexo oral”.

En cuanto a haberse hecho la prueba de detección del VIH, solamente un 44.7% de las personas encuestadas (93 de 208 casos) señaló haberse hecho dicha prueba “alguna vez antes de su experiencia” migratoria, mientras que el 63.7% (58 de 91 casos) refirió haberse²⁵ hecho durante su experiencia migratoria .

En cuanto al nivel de conocimientos inadecuado sobre VIH y VIH Avanzado y la edad de la población de estudio (igual o superior a 30 años), no hay diferencia significativa entre mujeres migrantes retornadas (51.7% y 48.3%). Sin embargo, hay una relación significativa en los hombres entre nivel de conocimientos de VIH y edad ($p < 0.05$). Los hombres de 30 años o menos tienen 1.5 veces más probabilidades de tener inadecuados conocimientos de la enfermedad, comparados con los hombres mayores de 30 años. Sin embargo, seis de cada diez mujeres de hasta 30 años de edad tienen un nivel adecuado de conocimientos sobre la enfermedad y descien- de a 5 de cada diez al superar los 30 años de edad. En el caso de los hombres, la situación es inversa entre los grupos de edad. Mientras que entre quienes han alcanzado hasta los 30 años apenas alcanza a cinco de cada diez (45.3%), al superar los 30 años de edad se eleva a siete de cada diez (67.9%).

23. Según la ENSMI 2008-2009 hombres (2011: 261) de los hombres entre 15 y 59 años de edad encuestados el 91.5% de los hombres señaló el “no tener relaciones sexuales” como método preventivo y en mujeres fue del 90.7%.

24. Según la ENSMI 2008-2009 hombres (2011: 261) de los hombres entre 15 y 59 años de edad encuestados el 98.1% de los hombres señaló el “tener una sola pareja” como método preventivo y en mujeres fue del 96%.

25. Un informante clave, es decir una persona retornada que participó en un grupo focal, señaló que durante la detención en Estados Unidos, todas las personas suelen estar sujetas a que le realicen la prueba de detección de VIH.

Tabla 24. Distribución de las mujeres migrantes retornadas según edad mediana (30 años) y nivel de conocimientos sobre VIH/VIH Avanzado*. Guatemala, 2014.

1. Sexo			Nivel de conocimientos sobre VIH			
			Inadecuado	Adecuado	Total	
FEMENINO	Edad	hasta 30 años	Recuento	15	19	34
			% dentro de Edad ≤30	44.1%	55.9%	100.0%
			% dentro de C.VIH	51.7%	55.9%	54.0%
		31 ó más años	Recuento	14	15	29
		% dentro de Edad ≥31	48.3%	51.7%	100.0%	
		% dentro de C.VIH	48.3%	44.1%	46.0%	
		Total	Recuento	29	34	63
			% dentro de Edad	46.0%	54.0%	100.0%
			% dentro de C.VIH	100.0%	100.0%	100.0%
MASCULINO	Edad	hasta 30 años	Recuento	41	34	75
			% dentro de Edad ≤30	54.7%	45.3%	100.0%
			% dentro de C.VIH	60.3%	37.4%	47.2%
		31 ó más años	Recuento	27	57	84
		% dentro de Edad ≥31	32.1%	67.9%	100.0%	
		% dentro de C.VIH	39.7%	62.6%	52.8%	
		Total	Recuento	68	91	159
			% dentro de Edad	42.8%	57.2%	100.0%
			% dentro de C.VIH	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

(*) Asociación significativa.

5. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Con respecto a haber padecido alguna infección de transmisión sexual, solamente 17 de 205 (7.7%) personas respondieron que sí. De ellas, seis (64.7%) refirieron haberse infectado de herpes genital, tres (35.3%) de sífilis y otras tres (29.4%) de gonorrea.

Acerca de haber recibido información sobre educación sexual durante el trayecto de la

experiencia migratoria, solamente un 33% de los encuestados (74 de 222 casos) respondió que sí. De ellos, cinco de cada diez obtuvo información a través de charlas o carteles y dos de cada diez (16.2%) la recibieron a través de la televisión. La radio no tuvo un papel significativo (5.4%).²⁶

De las personas que fueron consultadas sobre si “durante su experiencia migratoria tuvieron relaciones sexuales”, solamente 47 de 197 casos (23.9%) respondieron afirmativamente..

²⁶Según la ENSMI 2008-2009 (2011: 102) “el conocimiento de los métodos anticonceptivos es alto entre los hombres de 15 a 59 años de edad. En área urbana es del 99.1% y en la rural del 94.6%.

De ellos, en seis casos (12.8%) las relaciones fueron forzadas. En cuatro casos, el abusador fue una persona desconocida. En uno de los casos, el abusador fue otra persona del grupo de migrantes y, en otro más, fue el coyote.

En cuanto a si durante la experiencia migratoria se utilizó algún método anticonceptivo,

solamente 33 de 196 personas (16.8%) respondieron haberlo hecho. Al desglosar los datos por sexo se aprecia que las mujeres utilizan menos métodos anticonceptivos que los hombres, según los datos obtenidos y que se muestran en la tabla 25.

Tabla 25. Distribución del uso de algún método anticonceptivo durante el trayecto migratorio en personas migrantes retornadas según sexo*. Guatemala, 2014.

		Sexo			
		Femenino	Masculino	Total	
¿Durante su viaje migratorio	Sí	Recuento	8	25	33
		% dentro de Sexo	15.1%	17.5%	16.8%
usó algún método anticonceptivo?	No	Recuento	45	118	163
		% dentro de Sexo	84.9%	82.5%	83.2%
Total		Recuento	53	143	196
		% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

No se encontró asociación significativa ($p=0.691$) entre la proporción de uso de métodos anticonceptivos y el sexo.

Al preguntar sobre el tipo de anticonceptivo utilizado, solo respondieron 33 de 222 personas entrevistadas (14.9%). De ellas, 8 de cada diez personas (84.8%) respondió haber usado condón, una de cada diez (9.1%) recurrió a la píldora y otra más (9.1%) a la eyaculación externa (retiro)

Tabla 26. Distribución del método anticonceptivo utilizado durante el trayecto migratorio entre personas migrantes retornadas. Guatemala, 2014.

Métodos utilizados		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
Métodos utilizados	Píldora	3	8.1%	9.1%
	DIU	1	2.7%	3.0%
	Inyecciones	1	2.7%	3.0%
	Preservativo/ condón	28	75.7%	84.8%
	Abstinencia periódica (ritmo)	1	2.7%	3.0%
	Retiro	3	8.1%	9.1%
Total		37	100.0%	112.1%

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

No se encontró asociación significativa ($p=0.691$) entre la proporción de uso de métodos anticonceptivos y el sexo.

El análisis de esta tabla debe tener la misma consideración de las anteriores, es decir, se tabulan respuestas múltiples de los mismos individuos. Los porcentajes de “casos” están calculados sobre los 33 migrantes que respondieron “sí” a alguna o varias de las preguntas de esta sección.

Únicamente 3 mujeres -de 169 personas encuestadas- reportaron haber estado embarazadas cuando iniciaron su experiencia migratoria. Sin embargo, solamente 6 de ellas -de 165 personas encuestadas que respondieron que sí- se hizo algún control del embarazo durante su experiencia migratoria.

6. VIOLENCIA Y AGRESIONES

En cuanto a la pregunta si “durante la trayectoria alguna vez alguien le agredió”, el 52.7% (117 de 222 casos) respondió afirmativamente.

- Seis de cada diez mujeres (63.2%) señalaron haber recibido humillaciones
- Seis de cada diez mujeres (60.7%) señalaron haber sido ignoradas
- Seis de cada diez mujeres (58.1%) señalaron haber sido insultadas

- Cinco de cada diez mujeres (53%) señalaron haber recibido gritos
- Dos de cada diez mujeres (20.5%) señalaron haber sido golpeadas
- Cuatro de cada diez mujeres (39.3%) señalaron haber sido amenazadas

7. PROBLEMAS DE SALUD DURANTE EL TRAYECTO

El 98.6% de las personas encuestadas (219 de 222 casos) señalaron haber padecido problemas de salud durante el trayecto de su experiencia migratoria. Los principales problemas padecidos durante el trayecto fueron:

- Hambre (Seis de cada diez respuesta)
- Agotamiento (Cinco de cada diez respuestas)
- Deshidratación (Cinco de cada diez respuestas).
- Problemas digestivos (Tres de cada diez respuestas)

Tabla 27. Frecuencia de los problemas de salud experimentados por las personas migrantes retornadas, durante el trayecto. Guatemala, 2014.

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
Durante EL VIAJE migratorio, ¿padeció alguna de las siguientes condiciones:	Problemas digestivos	72	12.0%	32.9%
	Problemas respiratorios o pulmonares	19	3.2%	8.7%
	Dolores musculares o de los huesos	56	9.3%	25.6%
	Problemas en los pies	41	6.8%	18.7%
	Problemas de la piel	25	4.2%	11.4%
	Fractura de algún miembro	8	1.3%	3.7%
	Pérdida de algún miembro	3	.5%	1.4%
	Deshidratación	118	19.6%	53.9%
	Agotamiento	119	19.8%	54.3%
	Hambre	140	23.3%	63.9%
Total	601	100.0%	274.4%	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

El análisis de esta tabla debe tener la misma consideración de las anteriores, es decir, se tabulan respuestas múltiples de los mismos individuos. Los porcentajes de “casos” están calculados sobre los 33 migrantes que respondieron “sí” a alguna o varias de las preguntas de esta sección.

Al solicitarles que identificaran los tres principales problemas o padecimientos de salud respondieron de la siguiente forma:

- Seis de cada diez personas (63.9%) refirieron haber pasado hambre.
- Cinco de cada diez personas (54.3%) señalaron el agotamiento.
- Cinco de cada diez personas (53.9%) respondieron que fue la deshidratación.
- Tres de cada diez personas (32.9%) identificaron los problemas digestivos.
- En tres de cada diez personas (25.6%) fueron los dolores osteo-musculares.
- En dos de cada diez personas (18.7%) los problemas en los pies.

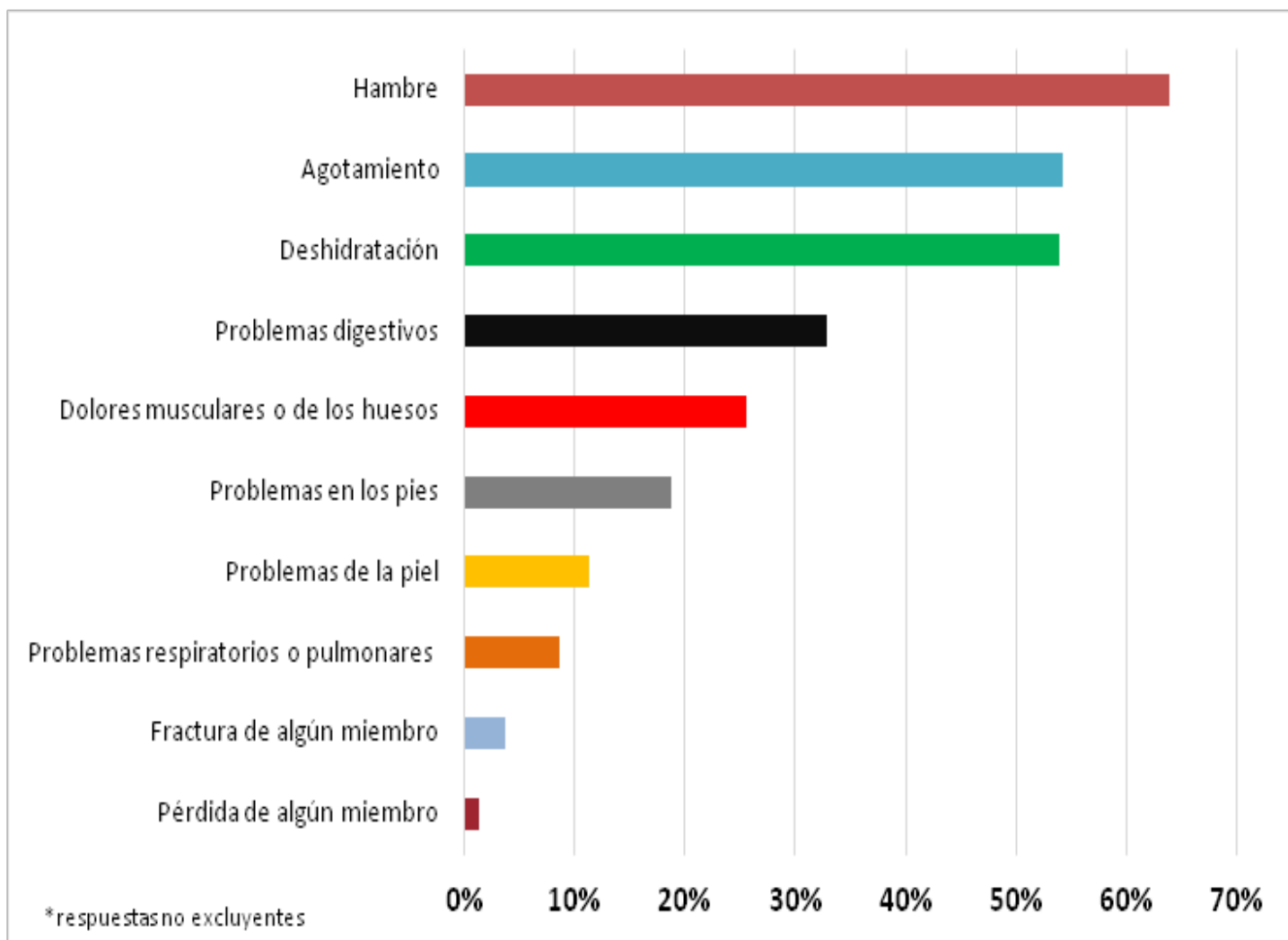
Con respecto a si recibieron alguna atención médica durante el trayecto migratorio, solamente una de cada diez (14.6%) dijo haberla recibido.

Tabla 28. Frecuencia del acceso a atención médica durante el trayecto migratorio. Guatemala, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	32	14.4	14.6	14.6
	No	187	84.2	85.4	100.0
	Total	219	98.6	100.0	
Perdidos	NS/NR	3	1.4		
Total		222	100.0		

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Gráfico 12. Problemas de salud experimentados durante el trayecto migratorio. Guatemala, 2014*



En relación a la frecuencia con la que las personas retornadas que participaron en el Estudio contaron con algún tipo de seguro de salud durante la estadía en el destino, solamente una de ellas (11.9%) lo tuvo.

Tabla 29. Frecuencia con la que las personas retornadas contaron con seguro de salud en el país destino. Guatemala, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	26	11.7	11.9	11.9
	No	193	86.9	88.1	100.0
	Total	219	98.6	100.0	
Perdidos	NS/NR	3	1.4		
Total		222	100.0		

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Sin embargo, de las personas que respondieron sí haber recibido atención médica durante la estadía en el país de destino (219 de 222 casos), solamente cuatro de cada diez (41.1%, 90 de 219 casos) la recibieron.

Tabla 30. Distribución de la atención médica recibida durante la estadía en el país destino. Guatemala, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	90	40.5	41.1	41.1
	No	129	58.1	58.9	100.0
	Total	219	98.6	100.0	
Perdidos	NS/NR	3	1.4		
Total		222	100.0		

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Al consultar acerca del lugar donde fue recibida la atención médica, durante la estadía en el país de destino, solamente 85 de 222 personas (38.2%) respondieron. De ellas, cinco de cada

diez (49.4%) dijeron que accedieron a un centro gubernamental, tres (28.2%) a un centro privado, y dos (21.1%) a una ONG o iglesia.

Tabla 31. Entidad en el país destino donde las personas retornadas recibieron atención médica. Guatemala, 2014.v

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
En un Centro de Salud Público	42	18.9	49.4	49.4
En un Centro de Salud Privado	24	10.8	28.2	77.6
En una ONG o Iglesia	18	8.1	21.1	98.7
En prisión	1	0.4	1.1	100.0
Total	85	38.2	100.0	
Perdidos NS/NR/NA	137	61.7		
Total	222	100.0		

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014

8. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD TRAS EL RETORNO

En cuanto a la posibilidad de recibir atención de salud a sus problemas o padecimientos luego de haber vuelto al país, el 98% de las personas encuestadas (219 de 222 casos), respondieron afirmativamente. Cabe mencionar que:

- El 85% de las personas encuestadas (187 de 219 casos) dijo conocer el servicio de salud más cercano a su hogar.
- Solo cuatro de diez personas encuestadas (36.5%, 80 de 219 casos) reportaron haber necesitado atención médica tras el retorno.
- Solamente una persona de cada diez (11.9%, 26 de 219 casos) dijo contar con un seguro médico. En cuanto al tipo de seguro que posee, seis de cada diez personas cuenta tanto con seguridad social como con un seguro privado o solo tienen un seguro privado. Cuatro de cada diez únicamente cuentan con seguridad social.
- Con relación al servicio de salud al cual demandan atención, solamente el 35.6% de las personas (79 de 222 casos) respondieron esta pregunta. De ellas, cinco de cada diez personas indicaron acudir a un hospital nacional, tres de cada diez a un centro de salud (segundo nivel de atención), dos de cada diez a una clínica privada y una persona de cada diez al seguro social. La atención a otras opciones de atención, incluidas las comunitarias, son mínimas.

- Con respecto a la calidez del trato recibido por parte del personal médico y de enfermería, solamente respondió un 36% (80 de 142 casos) de las personas encuestadas. De ellas, cinco de cada diez personas percibieron la atención como buena y otras cinco de cada diez personas la calificaron como regular. Muy pocos casos (4) la señalaron como mala.

- En cuanto a la pregunta sobre “si contaban con recursos económicos para cubrir las necesidades de salud de su hogar” luego del retorno, el 98% de las personas (219 de 222 casos) respondió dicha pregunta. De ellas, seis de cada diez (58%) reportó contar “algunas veces” con dinero para ello y dos de cada diez personas (16%) señalaron “no contar con ninguna posibilidad”. Solamente tres de cada diez personas dijo contar “todo el tiempo” con recursos para cubrir los costos de la atención familiar.

- Al ser cuestionados sobre qué factores consideraron como obstáculos para acceder a la atención de salud, el 94% (209 de 222 casos) respondió al cuestionamiento. De estos casos, siete de cada diez personas (67.5%) mencionaron como obstáculo “el no tener dinero”, cinco de cada diez (48%) “la falta de medicamentos”, tres de cada diez (29.2%) el que “no alcanzan los números” (cuotas restringidas de turnos), dos de cada diez (18.2%) “la falta de transporte” y dos de cada diez (16.7%) “la lejanía de las unidades de atención de salud”.

9. AUTO PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Al evaluar la apreciación que tienen acerca de su estado de salud, tanto antes como después de su experiencia migratoria, el 98.6% de las personas encuestadas (219 de 222 casos) respondió a los cuestionamientos realizados. Antes de migrar, seis de cada diez personas (62.6%) consideraban como “buena” su salud, mientras que solo cinco personas (46.1%) la consideraron de esa manera tras su retorno. Además, antes de migrar dos de cada diez personas (24.7%) consideraron el estado de su salud como “regular”, mientras que al retorno fueron cuatro de cada diez (42.9%). En otras palabras, antes de migrar, tres de cada diez personas (26.5% acumulado) consideraba entre “regular” y “muy mal” su estado de salud, mientras que tras el retorno lo hicieron cinco de cada diez (45.2% acumulado).

Se identificó asociación significativa entre la auto percepción de la salud del migrante antes de la experiencia migratoria y la auto-percepción de salud actualmente ($p < 0.05$). Alrededor del 35% de los migrantes que percibían una buena condición de salud antes del viaje migratorio, actualmente la perciben como mala. Por otro lado, se observa que un 26% de migrantes mejoraron su auto-percepción de salud, al pasar de mala a buena condición de salud.

Tabla 32. Distribución del cambio en la percepción sobre la salud, según el momento de la experiencia migratoria*. Guatemala, 2014.

		Percepción de salud ACTUAL		Total	
		Buena	Mala		
Percepción de salud ANTES	Buena	Recuento	105	56	161
		% dentro de ANTES	65.2%	34.8%	100.0%
		% dentro de ACTUAL	87.5%	56.6%	73.5%
	Mala	Recuento	15	43	58
		% dentro de ANTES	25.9%	74.1%	100.0%
		% dentro de ACTUAL	12.5%	43.4%	26.5%
Total	Recuento	120	99	219	
	% dentro de ANTES	54.8%	45.2%	100.0%	
	% dentro de ACTUAL	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

(*) Asociación significativa

En cuanto a la distribución de la auto percepción de salud, antes y después de la experiencia migratoria, se aprecia que cuatro de cada diez mujeres retornadas (39.5%) consideran que su salud se deterioró tras su experiencia migratoria, mientras que solamente dos de cada diez (20%) considera que su salud pasó de mala a mejor. En el caso de los hombres,

tres de cada diez (33%) consideran que su condición de salud empeoró tras su experiencia migratoria. Entre quienes consideraban que tenían una mala salud antes de la experiencia migratoria, tres de cada diez consideran que es mejor en la actualidad (28.9%).

Tabla 33. Distribución de las auto-percepciones (buenas y malas) de salud antes y posteriormente a la experiencia migratoria según sexo*. Guatemala, 2014.

1. Sexo				Percepción de salud ACTUAL		Total
				Buena	Mala	
FEMENINO	Percepción de salud ANTES	Buena	Recuento	26	17	43
			% dentro de ANTES	60.5%	39.5%	100.0%
			% dentro de ACTUAL	86.7%	51.5%	68.3%+
		Mala	Recuento	4	16	20
			% dentro de ANTES	20.0%	80.0%	100.0%
			% dentro de ACTUAL	13.3%	48.5%	31.7%
	Total	Recuento	30	33	63	
		% dentro de ANTES	47.6%	52.4%	100.0%	
		% dentro de ACTUAL	100.0%	100.0%	100.0%	
MASCULINO	Percepción de salud ANTES	Buena	Recuento	79	39	118
			% dentro de ANTES	66.9%	33.1%	100.0%
			% dentro de ACTUAL	87.8%	59.1%	75.6%
		Mala	Recuento	11	27	38
			% dentro de ANTES	28.9%	71.1%	100.0%
			% dentro de ACTUAL	12.2%	40.9%	24.4%
	Total	Recuento	90	66	156	
		% dentro de ANTES	57.7%	42.3%	100.0%	
		% dentro de ACTUAL	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

(*) La asociación significativa encontrada en el análisis anterior se mantiene al incluir la variable sexo, por lo cual puede afirmarse que independientemente del sexo del migrante, el cambio en la auto-percepción del estado de salud está asociado al momento ANTES-DESPUES en que se hizo dicha valoración.

10. PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN

Con respecto al hecho de haber sufrido algún tipo de discriminación por ser migrante (durante el trayecto migratorio), solamente cuatro de cada diez personas (41.5%, 90 de 217 casos) respondió que sí habían sido objeto de discriminación.

Tabla 34. Percepción sobre discriminación por personas migrantes retornadas durante el trayecto migratorio. Guatemala, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sí	90	40.5	41.5
	No	127	57.2	58.5
	Total	217	97.7	100.0
Perdidos	NS/NR	5	2.3	
Total		222	100.0	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Sin embargo, una vez retornado vval país de origen solo lo refirió el 21.6% (47 de 218 casos).

11. PERCEPCIÓN DE RIESGOS EN LA TRAYECTORIA

Con relación a la pregunta sobre si la persona migrante retornada consideró que el trayecto de la experiencia migratoria hacia el país de destino representó riesgos para su salud, del 98% (218 de 222 casos) de las personas que sí respondieron, ocho de cada diez mujeres migrantes retornadas (79.4%) consideran que el trayecto sí representa riesgos para la salud, mientras que siete de cada diez hombres (67.3%) lo valoran de esa misma manera.

Tabla 35. Distribución del riesgo para la salud del trayecto migratorio según sexo de la persona migrante retornada. Guatemala, 2014.

Sexo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	Válidos	Sí	50	79.4	79.4	79.4
		No	13	20.6	20.6	100.0
		Total	63	100.0	100.0	
Masculino	Válidos	Sí	107	67.3	69.0	69.0
		No	48	30.2	31.0	100.0
		Total	155	97.5	100.0	
	Perdidos	NS/NR	4	2.5		
	Total		159	100.0		

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

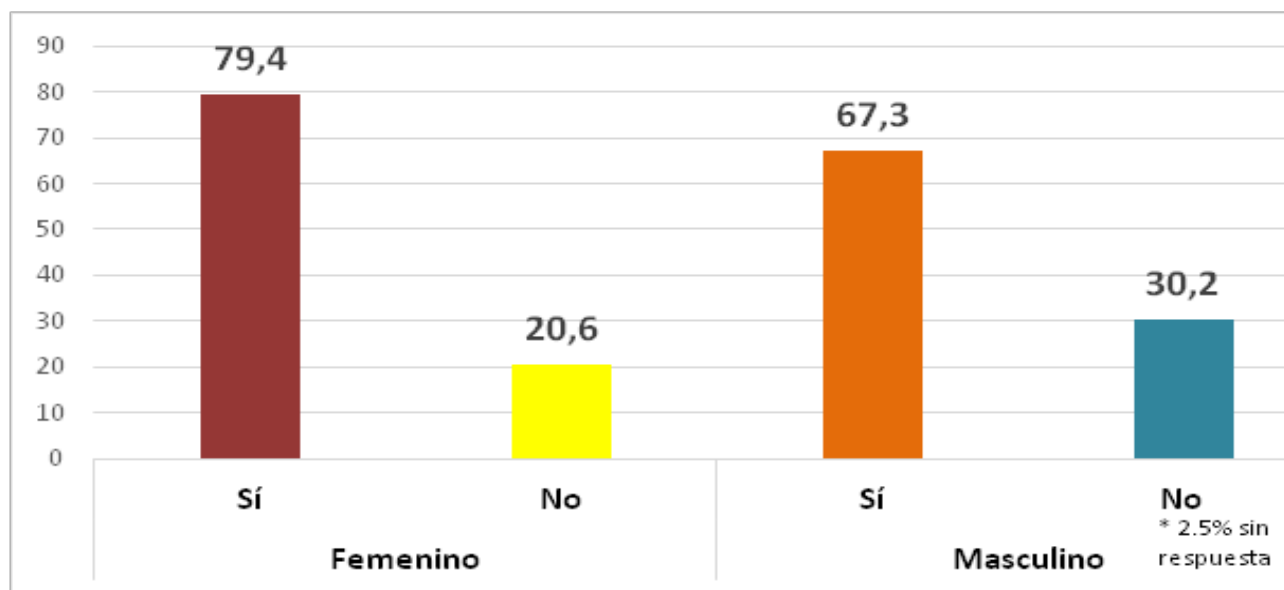
Con respecto a la percepción de la gravedad de riesgo, ocho de cada diez mujeres (76%) lo valoran como grave, mientras que solamente seis de cada diez hombres (55.1%) lo hicieron de la misma manera.

Tabla 36. Distribución de la percepción de gravedad del trayecto migratorio según sexo de las personas migrantes retornadas. Guatemala, 2014.

1. Sexo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	Válidos	Riesgo grave	38	60.3	76.0	76.0
		Riesgo No grave	12	19.0	24.0	100.0
		Total	50	79.4	100.0	
	Perdidos	NS/NR	13	20.6		
	Total		63	100.0		
Masculino	Válidos	Riesgo grave	59	37.1	55.1	55.1
		Riesgo No grave	48	30.2	44.9	100.0
		Total	107	67.3	100.0	
	Perdidos	NS/NR	52	3	2.7	
	Total		159	100.0		

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Gráfico 13. Distribución porcentual del riesgo para la salud en el trayecto migratorio, según sexo de la persona migrante retornada. Guatemala, 2014*



En cuanto a la pregunta “¿Cuáles fueron los tres principales riesgos a los que se expuso durante el trayecto?”, el 98.2% de las perso-

nas encuestadas (218 de 222 casos) la respondieron. De las respuestas obtenidas, se mencionaron los siguientes riesgos:

- Cinco de cada diez personas (53.7%) señalaron “la falta de agua” como Uno de los principales riesgos
- Cuatro de cada diez personas (44%) mencionaron “la falta de alimentos”
- Dos de cada diez personas (24.8%) destacaron “los asaltos y robos

Al desagregar los datos por sexo, los tres principales riesgos durante el trayecto de la experiencia migratoria a los cuales se expusieron las 63 mujeres migrantes retornadas encuestadas fueron la falta de agua para beber (21%), la falta de alimento (18.5%) y el abuso sexual (11.1%).

Tabla 37. Distribución de los principales riesgos del trayecto migratorio señalados por mujeres migrantes retornadas. Guatemala, 2014.

	Mujeres	Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
¿De los siguientes eventos, cuáles considera usted que fueron los tres principales riesgos a los que estuvo expuesta durante la travesía hacia (país)?	Ninguno	8	4.9%	12.7%
	Intenso calor	8	4.9%	12.7%
	Falta de alimento	30	18.5%	47.6%
	Falta de agua	34	21.0%	54.0%
	Cansancio por la caminata	9	5.6%	14.3%
	Ahogarse en río o canal	4	2.5%	6.3%
	Caerse (en una pendiente, cerro, barda, etc.)	7	4.3%	11.1%
	Caerse del tren	1	.6%	1.6%
	Atropellamiento en carretera	2	1.2%	3.2%
	Ataque por animales salvajes	3	1.9%	4.8%
	Perderse en el camino	12	7.4%	19.0%
	Accidente del vehículo	1	.6%	1.6%
	Asfixia en el vehículo	5	3.1%	7.9%
	Extorsión por parte de pandillas o autoridades	7	4.3%	11.1%
	Asalto o robo	13	8.0%	20.6%
	Abuso sexual	18	11.1%	28.6%
Total		162	100.0%	257.1%

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Con respecto a los tres principales riesgos durante el trayecto de la experiencia migratoria a los cuales se expuso el 97.5% (155 de 159 casos) de los hombres migrantes retornados encuestados que sí respondieron a la

pregunta, un 21.7% señaló la falta de agua y un 17.2% la falta de alimento. El tercer riesgo, a diferencia de las mujeres, fueron los asaltos o robos en el trayecto (10.7%).

Tabla 38. Distribución de los principales riesgos del trayecto migratorio, señalados por hombres migrantes retornados. Guatemala, 2014.

Hombres	Respuestas		Porcentaje de casos	
	Nº	Porcentaje		
De los siguientes eventos, ¿cuáles considera usted que fueron los tres principales riesgos a los que estuvo expuesto durante la travesía hacia (país)?	Ninguno	27	7.0%	17.4%
	Intenso calor	28	7.3%	18.1%
	Falta de alimento	66	17.2%	42.6%
	Falta de agua	83	21.6%	53.5%
	Cansancio por la caminata	14	3.6%	9.0%
	Ahogarse en río o canal	10	2.6%	6.5%
	Caerse (en una pendiente, cerro, barda, etc.)	9	2.3%	5.8%
	Caerse del tren	22	5.7%	14.2%
	Atropellamiento en carretera	5	1.3%	3.2%
	Ataque por animales salvajes	9	2.3%	5.8%
	Perderse en el camino	28	7.3%	18.1%
	Accidente del vehículo	10	2.6%	6.5%
	Asfixia en el vehículo	6	1.6%	3.9%
	Extorsión por parte de pandillas o autoridades	23	6.0%	14.8%
	Asalto o robo	41	10.7%	26.5%
	Abuso sexual	3	.8%	1.9%
	Total	384	100.0%	247.7%

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

- Otros riesgos señalados fueron:
- Uno de cada diez hombres (13.8%) citó las “extorsiones por parte de pandillas o autoridades”.
 - Dos de cada diez hombres (18.3%) señalaron como un riesgo “perderse en el camino”.
 - Uno de cada diez hombres (10.6%) dijo que “caerse del tren”.
 - Dos de cada diez hombres (16.5%) mencionaron el “intenso calor en la selva, cerros, etc.”.

Con respecto a la pregunta sobre “riesgos para su salud percibidos durante la estancia en el destino”, 119 de 222 casos (54%) que sí respondieron, se distribuyeron así:

- Seis de cada diez (56.3%) consideró como riesgo a “las autoridades”
- Cuatro de cada diez (42%) consideró como riesgo a los factores “relacionados con el trabajo”
- Tres de cada diez (31.1%) consideró como riesgo a los factores “relacionados con la alimentación”.
- Tres de cada diez (29.4%) consideró como riesgo a los factores “relacionados con otras personas” con las cuales interactuaban.

Tabla 39. Riesgos para la salud percibidos por las personas retornadas durante su estancia en el país de destino. Guatemala, 2014.

	Tipo de Riesgo	Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
	¿Considera que su ESTANCIA en (país) representó riesgos para su salud?	119	35.1%	100.0%
Considera que su ESTANCIA en (país) representó riesgos para su salud?	Relacionados con el trabajo	50	14.7%	42.0%
	Relacionados con la alimentación	37	10.9%	31.1%
¿Qué tipo de riesgos?	Relacionados con el tránsito	12	3.5%	10.1%
	Relacionados con el clima y la contaminación	19	5.6%	16.0%
	Relacionados con autoridades	67	19.8%	56.3%
	Relacionados con otras personas	35	10.3%	29.4%
Total		339	100.0%	284.9%

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

Nota: Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1, sí.

El análisis de esta tabla debe tener la misma consideración de las anteriores de su tipo, es decir, se tabulan respuestas múltiples de los mismos individuos. Los porcentajes de “casos” están calculados sobre los 119 migrantes que respondieron “sí” a una o varias de las preguntas de esta sección.

B. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA FAMILIA FRAGMENTADA

El número de casos de jefas y jefes de familia que permanecen en la comunidad de origen y que participaron en el levantado de la encuesta es de 222 personas, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla 40. Distribución de los casos de estudio de jefas y jefes de familia por departamento. Guatemala, 2014.

Departamento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Guatemala	56	25.2	25.2
Huehuetenango	59	26.6	51.8
Quezaltenango	52	23.4	75.2
San Marcos	55	24.8	100.0
Total	222	100.0	

Fuente: base de datos Encuesta Salud y Migración, OIM/FLACSO, 2014.

1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

En cuanto a la distribución por sexo, seis de cada diez mujeres (64%) son jefas de hogar en las familias fragmentadas. La mayoría de las personas encuestadas por departamento fueron mujeres. En Guatemala, fue un 68%; en Huehuetenango, 54%; en Quetzaltenango, 73%; y en San Marcos, fue un 62%.

Tabla 41. Distribución por sexo del encuestado de las familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Femenino	42	64.0
Masculino	80	36.0
Total	222	100.0

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

Poco más de la mitad de las y los jefes de hogar está en el rango de entre los 20 y 40 años de edad.

Tabla 42. Edad de quienes ejercen la jefatura de las familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

	Edad	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	< 20 años	17	7.7
	20 a 40 años	119	53.6
	> 40 años	86	38.7
	Total	222	100.0

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

La mediana de edad de las jefas y jefes de familia es de 37 años, en una proporción de dos mujeres por un hombre (64% y 36%, respectivamente). Además, cinco de cada diez jefas

y jefes de familia tienen entre 20 y 40 años de edad (53.6%), cuatro son mayores de 40 años (38.7%) y solamente una persona (7.7%) es menor de 20 años.

Tabla 43. Distribución de jefas y jefes de hogar según grupos etarios y sexo. Guatemala, 2014.

			1. Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Edad en 3 grupos	< 20 años	Recuento	7	10	17
		% dentro de Edad	41.2%	58.8%	100.0%
		% dentro de Sexo	4.9%	12.5%	7.7%
	20 a 40 años	Recuento	87	32	119
		% dentro de Edad	73.1%	26.9%	100.0%
		% dentro de Sexo	61.3%	40.0%	53.6%
	> 40 años	Recuento	48	38	86
		% dentro de Edad	55.8%	44.2%	100.0%
		% dentro de Sexo	33.8%	47.5%	38.7%
Total	Recuento	142	80	222	
	% dentro de Edad	64.0%	36.0%	100.0%	
	% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014. Hay una asociación significativa entre sexo y edad ($p < 0.05$).

En el grupo de 20 a 40 años, que es el mayoritario, la proporción de mujeres encuestadas como responsables de la familia es 2.7 veces mayor comparada con la de los hombres (73.1% y 26.9%, respectivamente).

Con relación al grupo étnico (en el cual las personas se auto-identificaron), la predominancia fue ladina, excepto en Quetzaltenango donde los porcentajes ladino/indígena fueron 44% y 56%, respectivamente.

Tabla 44. Distribución de jefas y jefes de hogar según departamento y condición étnica. Guatemala, 2014.

Departamento			Frecuencia	Porcentaje
Guatemala	Válidos	a) Indígena	7	12.5
		b) Ladino	49	87.5
		Total	56	100.0
Huehuetenango	Válidos	a) Indígena	2	3.4
		b) Ladino	57	96.6
		Total	59	100.0
Quezaltenango	Válidos	a) Indígena	23	44.2
		b) Ladino	29	55.8
		Total	52	100.0
San Marcos	Válidos	a) Indígena	0	
		b) Ladino	55	100.0

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

El idioma mayoritariamente hablado en los hogares de las familias fragmentadas en los cuatro departamentos es el español. Llama la atención que en el departamento de Huehuetenango, con población mayoritariamente indígena, solamente hubo un caso que señaló hablar Mam (uno de 58 casos). Para el caso del departamento de Quetzaltenango (52 casos), aparecen idiomas tales como el Mam (28%, 15 casos) y el K'iché (3.8%, dos casos).

En cuanto al estado civil, de los 222 personas jefas y jefes de hogar, la mayoría refirió tener una relación de pareja (105 casados, 47.3% y 48 unidos, 21.6%), seguido de quienes se declararon solteros (39 casos, 17.6%). Desagregados por departamento, solamente en el departamento de San Marcos predominaron las personas solteras (12 casos, 21.8%) después de las casadas (29 casos, 52.7%).

Tabla 45. Distribución de jefas y jefes de hogar según estado civil por departamento. Guatemala, 2014.

Departamento	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Guatemala	a) Soltero/a	8	14.3
	b) Casado/a	20	35.7
	c) Unido/a	14	25.0
	d) Separado/a	6	10.7
	e) Divorciado/a	2	3.6
	f) Viudo/a	6	10.7
	Total	56	100.0
Huehuetenango	a) Soltero/a	9	15.3
	b) Casado/a	35	59.3
	c) Unido/a	11	18.6
	e) Divorciado/a	1	1.7
	f) Viudo/a	3	5.1
	Total	59	100.0
Quezaltenango	a) Soltero/a	10	19.2
	b) Casado/a	21	40.4
	c) Unido/a	16	30.8
	d) Separado/a	1	1.9
	f) Viudo/a	4	7.7
	Total	52	100.0
San Marcos	a) Soltero/a	12	21.8
	b) Casado/a	29	52.7
	c) Unido/a	7	12.7
	d) Separado/a	1	1.8
	f) Viudo/a	6	10.9
	Total	55	100.0

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

Con respecto al último año de estudios obtenido por las y los jefes de familia hay diferencias importantes. Para el caso del departamento de Guatemala (50 casos), la mayoría de quienes están a cargo del hogar han aprobado algún grado del nivel diversificado (48%, 24 casos) y básico (21.4%, 15 casos), mientras que en Quetzaltenango (66 casos) han alcanzado el nivel diversificado (33.3%, 22 casos) y primaria (25.8%, 17 casos). Por su parte, en Huehuetenango (56 casos) las y los jefes de familia han aprobado, principalmente, algún grado de primaria (58.9%, 33 casos) o de básico (21.4%, 12

casos), en tanto que San Marcos (50 casos) ha sido la primaria (34%, 17 casos) y nivel básico (32%, 16 casos).

Con relación al trabajo u ocupación principal a la que se dedican actualmente las y los jefes de familia (222 casos), la mayoría de las personas encuestadas (16.2%) lo hacen en la agricultura (36 casos), 11.7% se emplea en hogares ajenos (26 casos) y 10.4% en actividades comerciales en calidad de propietarios (23 casos).

Tabla 46. Tipo de trabajo u ocupación actual de jefas y jefes de hogar. Guatemala, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Empleado público	12	5.4	5.4
	Agricultor	36	16.2	21.6
	Comerciante (propietario)	23	10.4	32.0
	Obrero de: Construcción - electricista - carpintero, otro	4	1.8	33.8
	Ventas (empleado)	19	8.6	42.3
	Operario en fábrica	1	.5	42.8
	Oficinista	11	5.0	47.7
	Piloto	8	3.6	51.4
	Maestro – profesor	17	7.7	59.0
	Empleada de casa	26	11.7	70.7
	Otro	65	29.3	100.0
	Total	222	100.0	

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

Sin embargo, al desagregar los datos por sexo, hay diferencias importantes. Mientras que las mujeres se ocupan principalmente en oficios domésticos (44.2%), los hombres lo hacen en la agricultura (31.25%). Seguidamente, tanto mujeres como hombres laboran en

las mismas tres ocupaciones (sector público, empleada o empleado en el área de ventas y como comerciante, en calidad de propietaria o propietario) y en proporciones muy parecidas.

Tabla 47. Distribución de las ocupaciones principales de jefas y jefes de hogar según sexo. Guatemala, 2014

	<i>Mujeres</i> N= 138 *		<i>Hombres</i> N=80	
	n	%	n	%
Oficios domésticos	61	44.2	3	3.75
Empleado público	20	14.5	10	12.5
Ventas (empleado)	17	12.3	9	11.25
Comerciante (propietario)	15	10.9	8	10.0
Agricultor	10	7.2	25	31.25
Oficinista	8	5.8	3	3.75
Piloto	1	0.7	6	7.5
Enfermera/o	2	1.4	1	1.25
Costurera /Sastre	1	0.7	1	1.25
Estudiante	1	0.7	1	1.25
Operario en fábrica	1	0.7	0	0
Estilista1	0	.7	0	0
Obrero de Construcción0	0.	0	4	5
Ayudante de bus	0	0.0	1	1.25
Físico-terapeuta	0	0.0	1	1.25
Jardinero	0	0.0	1	1.25
Oficial de seguridad	0	0.0	1	1.25
Encuestador	0	0.0	1	1.25
Tricicletero	0	0.0	1	1.25
Retirado	0	0.0	1	1.25
Desempleado	0	0.0	2	2.5
TOTALES	138	100%	80	100%

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014.
 (*) Cuatro casos de mujeres se registraron como NS/NR.

2. INGRESO

Al preguntar a las y los jefes de hogar sobre el monto devengado mensualmente por trabajo, solamente el 58% (128 de 222 personas) respondieron, reportando ingresos que oscilaron entre 200.00 y 7,450.00 quetzales mensuales (equivalentes a unos 26 y 968 dólares, respectivamente) y con promedio de ingresos mensuales de Q. 2,325.00 quetzales (equivalentes a unos 300 dólares).²⁷

Adicionalmente al ingreso por su trabajo, 122 de 222 casos (55%) de las y los jefes de familia respondieron que sí acceden a otra fuente de ingresos. De ellos:²⁸

- Nueve de cada diez personas encuestadas (108 de 122 casos), afirmaron recibir ingresos provenientes de remesas (88.5%).

- Una de cada diez personas (17 de 122 casos), recibe ingresos de tienda o negocio propio (13.9%).

- Una de cada diez personas (13 de 122 casos) recibe ayuda de familiares en el país de origen (10.7%).

- Una de cada diez personas (12 de 122 casos) recibe ingresos de alquileres de inmuebles (9.8%).

La Tabla 48 recoge la frecuencia temporal de la recepción de remesas por parte de las familias fragmentadas. De 196 jefas y jefes de hogar que respondieron, 115 personas sí tienen otra fuente de ingresos. Ocho de cada diez personas, reciben esos ingresos mensualmente, mientras que dos de cada diez los reciben bimestralmente.

Tabla 48. Distribución de la recepción de remesas entre las familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

Tiempo de envío	Remesas					
	Sí	%	No	%	Total	%
Mensualmente	89	77.39	42	51.85	131	66.84
Cada 2 meses	19	16.52	16	19.75	35	17.86
Cada 4 meses	1	0.87	3	3.70	4	2.04
Cada 6 meses	0	0.00	3	3.70	3	1.53
De vez en cuando	3	2.61	13	16.05	16	8.16
Semanal	2	1.74	3	3.70	5	2.55
Quincenal	1	0.87	1	1.23	2	1.02
Total	115	100.00	81	100.00	196	100.00

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

²⁷A un tipo de cambio de 7.70 quetzales por un dólar estadounidense.

²⁸Los totales de ambas preguntas no coinciden. Al hacer una tabla de contingencia de las dos respuestas es posible observar que cuando se les preguntó sobre otras fuentes de ingresos, 81 personas negaron tener otra fuente de ingreso, sin embargo, cuando se les preguntó por la frecuencia de recibo de remesas, estas 81 personas que negaron tener otro ingreso, afirmaron que reciben remesas de su familiar con diferente frecuencia. Esta discrepancia se explica por la resistencia de los encuestados a revelar con exactitud los aspectos relacionados con el ingreso familiar, ya sea omitiendo información o alterando cifras por defecto o por exceso. Para fines prácticos, es importante resaltar esta limitación de los datos.

3. TRABAJO Y ENVÍO DE REMESAS

En el 95.9% de familias fragmentadas (213 de 222 casos) el familiar que ha migrado “trabaja actualmente” en el país destino. Nueve de cada diez familiares que han migrado (196 de 222 casos, 89.6%) envían remesas. Y, en siete de cada diez casos (196 de 222 casos, 66.8%), la remesa es enviada mensualmente, y en ocho de cada diez casos, bimestralmente.

Con respecto al monto de las remesas recibidas por las familias fragmentadas (199 de 222 casos), la tabla 49 muestra dichos montos, en diferentes monedas.

Tabla 49. Montos de las REMESAS¹ en distintas monedas. Guatemala, 2014.

Moneda	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
[Q.] Quetzales	96	100	18000	3204.37	2997.660
[\$] US Dólares	97	50	2500	376.96	376.796
[\$] Pesos Mexicanos	2	2000	5000	3500.00	2121.320
[\$] Dólar Canadiense	4	150	960	502.50	393.309

Fuente: base de datos encuesta familias fragmentadas.

(¹) el salario mínimo en Guatemala para el año 2014 es de Q.74.97 quetzales diarios y de Q. 2,249.10 quetzales mensuales. Todos los montos de remesa recibidos por las familias fragmentadas están por encima del salario mínimo en Guatemala.

Ante la pregunta de si el familiar que ha migrado tiene la “intención de retornar” al país de origen, siete de cada diez personas entrevistadas (158 de 222 casos, 71.2%) señalaron que sí. Además, solamente tres de cada diez familias fragmentadas (66 de 222 casos, 29.7%) reportaron tener como antecedente, y precedente, que “algún miembro del hogar ha sido deportado”.

4. VIVIENDA

En relación a la vivienda en la cual vive la familia fragmentada, la condición es la siguiente:

- Siete de cada diez familias (67%) poseen casa propia.
- Dos de cada diez familias (16.7%) viven en casa cedida o prestada.
- Una de cada diez familias (9%) lo hace en casa alquilada.
- Una de cada diez familias (7.2%) vive en casa propia, que aún pagan.

5. TITULARIDAD DE LA JEFATURA DE HOGAR

Ante la pregunta sobre si las personas encuestadas “se asumen como jefa o jefe de familia”, solamente por autodeterminación seis de cada diez personas (141 de 222 casos, es decir, un 63.5%) se asumió como tal.

En cuanto a la pregunta sobre qué es usted de él o la jefa de hogar, solamente tres de cada diez personas respondieron al cuestionamiento (73 de 222 casos, 33%). De esta cantidad, 37 personas (51%) dijeron ser hijas o hijos, 34 personas (46.6%) dijeron ser esposas o esposos y 2 personas (2.7%) ser padres o madres.

En ambas preguntas, las esposas y esposos probablemente no se asumieron como “jefas o jefes de hogar”, por cuanto las decisiones sobre el cuidado de la familia y el destino del gasto de las remesas siguen siendo decisiones tomadas por la pareja que ha migrado. En otras palabras, se asumen los roles de cuidado y de administración.

En lo que respecta al número de dependientes, seis de cada diez de las jefas y jefes de hogar encuestados (222 de 222 casos) tienen 3 dependientes o menos. Mientras que, cinco de cada diez de los hogares de familias fragmentadas encuestadas (219 de 222 casos, 63.5%) está integrado por cuatro miembros, incluida la persona entrevistada.

Con relación al país en donde se encuentra el familiar que emigró, nueve de cada diez personas entrevistadas (196 de 222 casos, 88.3%) tienen familiares residiendo en los Estados Unidos. Tan solo en un caso el familiar que ha migrado reside en Canadá o México. El tiempo en años promedio que el familiar tiene de haber migrado es de 4.4 años.²⁹

Discapacidades

El tema de las discapacidades señaladas por las personas que fueron encuestadas, y algunos aspectos relacionados a ellas, se presentan a continuación:

- Solamente una de cada diez personas encuestadas en calidad de jefa o jefe de familia (29 de 222 casos, 13.1%) indicaron que hay un miembro de la familia con alguna discapacidad.
- De esos 29 casos, cuatro casos sufren discapacidad intelectual. Dos, por ceguera; uno, por sordera; uno, por falta de miembro inferior y otro más por falta de miembro superior.
- Solamente diez casos reciben algún tratamiento relacionado con su discapacidad.
- Además, de 6 casos reportados, cinco de ellos son tratados en centros privados (hospitales privados y clínicas de ONG e iglesia) y solamente uno es tratado en hospital nacional.

²⁹. Los valores máximos de años de haber migrado es de 28.17 y el menor de 0.17, con una desviación típica de 3.91 años.

- En cuanto al tipo de seguro que poseen las familias fragmentadas, solamente el 33% (41 casos de 222) reportaron contar con algún seguro. De ellos, menos de la mitad (19 ca-

sos) están cubiertos por el seguro social y 17 casos tienen cobertura de un seguro privado.

6. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LA FAMILIA ANTES Y DESPUÉS DE QUE EL FAMILIAR MIGRARA

Con relación a la percepción del estado de salud antes de que el familiar se fuera del país de origen, cinco de cada diez personas consultadas la consideraba buena (49%, 108 de 222 casos), cuatro de cada diez entrevistados la califica como regular (36%, 80 de 222 casos) y solamente una persona la califica como muy buena (8%, 18 de 222 casos).

Tabla 50. Percepción sobre el estado de salud de la familia antes de que su familiar migrara. Guatemala, 2014.

Condición de salud		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a) Muy buena	18	8.1	8.1	8.1
	b) Buena	108	48.6	48.6	56.8
	c) Regular	80	36.0	36.0	92.8
	d) Mala	11	5.0	5.0	97.7
	e) Muy mala	5	2.3	2.3	100.0
Total		222	100.0	100.0	

Fuente: base de datos encuesta familias fragmentadas

Sobre la pregunta ¿Cómo considera la salud de su familia actualmente?, el 100% de las personas encuestadas (222 de 222 casos) la respondieron. En las respuestas obtenidas, cinco de cada diez personas valoraron como “buena” la salud familiar (47.7%), cuatro personas (38.3%) como “regular” y solamente una la consideró muy buena (9.5%).

Tabla 51. Percepción sobre el estado de salud de la familia actualmente. Guatemala, 2014.

Condición de salud		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	a) Muy buena	21	9.5	9.5	9.5
	b) Buena	106	47.7	47.7	57.2
	c) Regular	85	38.3	38.3	95.5
	d) Mala	10	4.5	4.5	100.0
	Total	222	100.0	100.0	

Fuente: base de datos encuesta familias fragmentadas.

En conclusión, no se aprecian diferencias en la percepción del estado de salud de la familia por parte de las y los jefes de familia antes o después de que el familiar migrara.

7. CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS

Con relación al consumo de tabaco y alcohol, solo el 51.8% (115 de 222 casos) respondió a la pregunta. De las respuestas dadas, destacan las siguientes:

- Cuatro de cada diez jefas o jefes de hogar (40.9%) ha fumado alguna vez o fuma en la actualidad.
- Solamente una de cada diez jefas o jefes de hogar (7%) señalaron que fuma más ahora que antes de que su familiar migrara.
- Cuatro de cada diez jefas o jefes de hogar (40.9%) refirieron que algún otro miembro de la familia ha fumado o lo hace actualmente.
- Siete de cada diez jefas o jefes de ho

gar (65.2%) señalaron que alguna vez tomaron o toma actualmente bebidas alcohólicas.

- Solamente una de cada diez jefas o jefes de hogar (10.4%) reconoce que ha incrementado su consumo desde que su familiar migró.
- En cinco de cada diez casos (53%) al algún otro miembro de la familia fragmentada toma actualmente, o ha tomado alguna vez bebidas alcohólicas.

En cuanto a la pregunta sobre el consumo de drogas, el 100% de las y los jefes de hogar encuestados (222 casos) la respondió. El 95.9% señaló no consumir ninguna droga. Solamente el 4.5% consume marihuana y, en menor frecuencia, se consume cocaína (1.8%), crack (0.5%) o éxtasis (0.5%).

8. ATENCIÓN DE NECESIDADES DE SALUD

Al consultar acerca de si se enfrentan dificultades para atender las necesidades en salud, el 98% (217 de 222 personas) respondió la pregunta. De 139 mujeres jefas de hogar que respondieron que sí, solo 42 personas (30%) aceptaron tener alguna dificultad para atender su salud. Los hombres, en cambio, de 78 que respondieron a la pregunta, solamente 13 (17%), casi la mitad, lo afirmaron.

Con respecto a los grupos etarios según sexo, de 42 mujeres jefas de hogar que respondieron afirmativamente, 29 de ellas (69%) tienen entre 20 y 40 años de edad. En el caso de los hombres jefes de hogar, de 13 casos que respondieron afirmativamente, la mayoría de ellos (7 casos, 53.8%) tiene la misma edad que las jefas de familia.

Tabla 52. Dificultades enfrentadas por las jefas y jefes de hogar para atender las necesidades de salud, luego de migrar la pareja, según distribución por sexo y grupos de edad. Guatemala, 2014.

Sexo				Edad en 3 grupos			Total
				< 20	20 a 40	> 40	
Femenino	Después de que su familiar se fue a (país), ¿han tenido alguna dificultad para atender sus necesidades de salud?	Sí	Recuento	1	29	12	42
			% dentro de Sí	2.4%	69.0%	28.6%	100.0%
	No		% dentro de	14.3%	34.1%	25.5%	30.2%
		Recuento	6	56	35	97	
	Total		% dentro de No	6.2%	57.7%	36.1%	100.0%
			% dentro de Edad	85.7%	65.9%	74.5%	69.8%
		Recuento	7	85	47	139	
		% Sí/No	5.0%	61.2%	33.8%	100.0%	
		% dentro de Edad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	Masculino	Después de que su familiar se fue a (país), ¿han tenido alguna dificultad para atender sus necesidades de salud?	Sí	Recuento	1	7	5
			% dentro de Sí	7.7%	53.8%	38.5%	100.0%
No			% dentro de Edad	11.1%	21.9%	13.5%	16.7%
		Recuento	8	25	32	65	
Total			% dentro de Sí	12.3%	38.5%	49.2%	100.0%
			% dentro de Edad	88.9%	78.1%	86.5%	83.3%
		Recuento	9	32	37	78	
		% dentro Sí/No	11.5%	41.0%	47.4%	100.0%	
	% dentro de	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

(*) No se identificó asociación significativa entre la variable edad y dificultad para atender las necesidades de salud de la familia, segmentando por sexo.

9. PADECIMIENTOS DE SALUD MENTAL

El 82% de las y los jefes de familia encuestados (182 de 222 casos) respondió que sí a la pregunta sobre si existe un padecimiento de salud mental en la familia, después de la partida del familiar que migró.. De las respuestas obtenidas se deriva que:

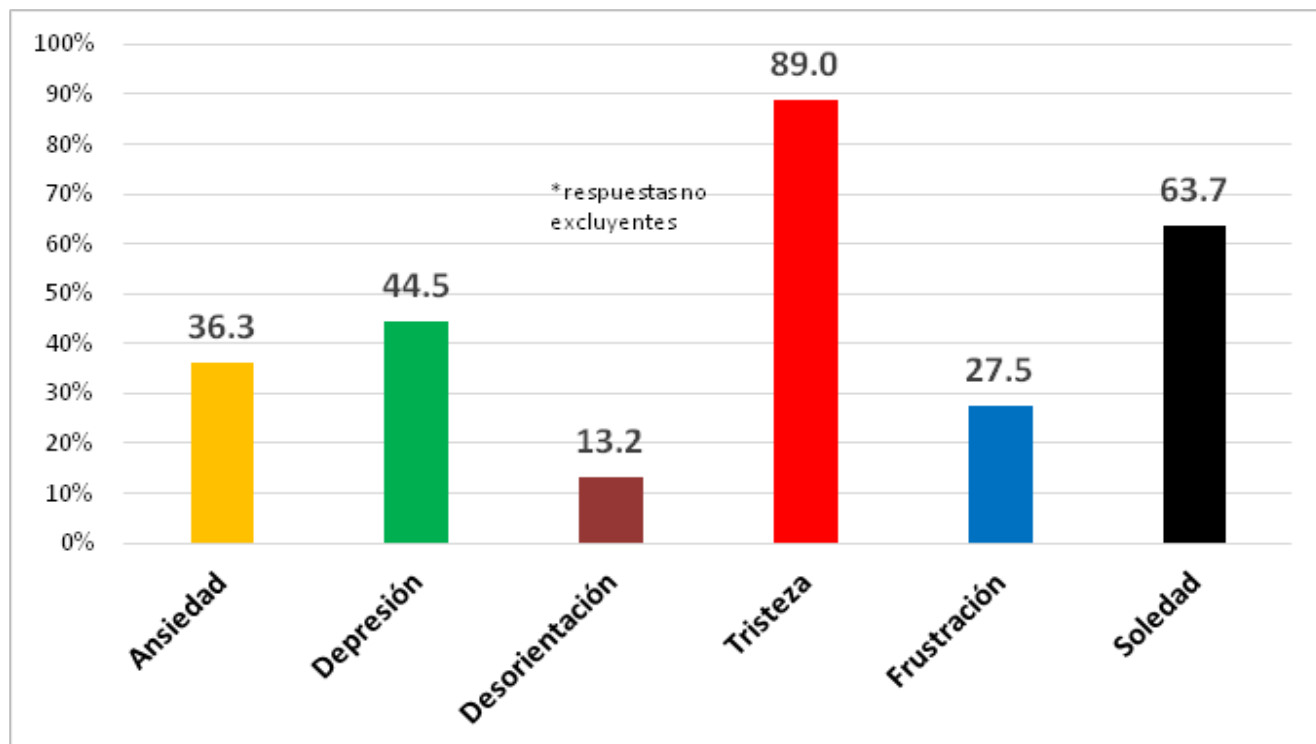
- En nueve de cada diez personas encuestadas (89%, 162 casos) se presenta tristeza.
- En seis de cada diez personas encuestadas (63.7%, 116 casos) hay soledad.
- Cuatro de cada diez personas (44.5%, 81 casos) sufre depresión.
- En cuatro de cada diez personas (36.3%, 66 casos) hay ansiedad.
- En tres de cada diez personas (27.5%, 50 casos) hay frustración

Tabla 53. Padecimientos sentidos por algún miembro de la familia después de la partida de la persona migrante. Guatemala, 2014.

Padecimientos	Respuestas		Porcentaje de casos	
	Nº	Porcentaje		
Después de la partida de su familiar a otro país, usted o algún miembro de su familia ha sentido:	Ansiedad	66	13.2%	36.3%
	Depresión	81	16.2%	44.5%
	Desorientación	24	4.8%	13.2%
	Tristeza	162	32.5%	89.0%
	Frustración	50	10.0%	27.5%
	Soledad	116	23.2%	63.7%
Total	499	100.0%	274.2%	

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1, sí.

Gráfico 14. Padecimientos sentidos por algún miembro de la familia después de la partida de la persona migrante. Guatemala, 2014*



10. PROCEDENCIA DEL DINERO DESTINADO A GASTOS EN SALUD

En relación a la procedencia del dinero utilizado para el pago de los servicios de salud, el 94% de las personas encuestadas señaló las siguientes fuentes de ingreso:

- Nueve de cada diez casos (86.5%, 180 casos) reciben de las remesas el dinero que es utilizado para el pago de servicios de salud.
- Cinco de cada diez personas (51.9%, 108 casos) utilizan recursos provenientes de su trabajo o negocio propio.
- Cuatro de cada diez encuestados (36.1%, 75 casos) reciben la ayuda de algún familiar en el país.
- Una de cada diez personas encuestadas (6.7%, 14 casos) recibe dinero de la ayuda de iglesias u ONG.

Con respecto a si han recibido algún tratamiento psiquiátrico o psicológico, solamente 19 de 222 jefas o jefes de hogar respondieron que sí, es decir, una de cada diez personas (8.6%).

Sobre la necesidad de recibir algún tratamiento psicológico, solamente una de cada diez jefas o jefes de hogar (14.9%, 33 de 222 casos) percibe esta necesidad.

Con relación a la necesidad de cuidar más de la salud de la familia luego de que el familiar migró, cinco de cada diez jefas o jefes de hogar (54.1%, 120 de 222 casos) dijeron si sentir dicha necesidad.

Accesibilidad a servicios de salud

Con respecto a si en la familia se ha tenido alguna dificultad para atender las necesidades de salud después de la partida del familiar que migró, solo el 25% de las personas encuestadas (55 de 222 casos) respondió a la pregunta. A continuación, se citan algunas de las dificultades citadas por las personas encuestadas.

- En nueve de cada diez casos (87.3%), la principal dificultad para atender las necesidades de salud es no tener dinero.
- En cuatro de cada diez casos (36.4%), se mencionó que no hay medicamentos en el centro asistencial.
- Dos de cada diez personas (23.6%) citan la lejanía del hospital o centro de salud como una dificultad.

- En uno de cada diez casos (12.7%) a falta de transporte es una dificultad porque no tienen a alguien que los acompañe (12.7%), otra dificultad es que no alcanzan los turnos (10.9%) y el horario del centro asistencial no es el adecuado (9.1%).

Con relación al tipo de unidad asistencial al cual acuden para atender su salud, el 97% de las jefas y jefes de familia encuestada, respondió:

- Cinco de cada diez casos (49.5%) acuden a un hospital nacional.
- Tres de cada diez casos (31.5%) acuden a un centro de salud.
- Tres de cada diez casos (27.8%) visitan una clínica privada.
- Uno de cada diez casos (13%) es atendido en un hospital privado.
- Uno de cada diez casos (7.4%) consulta en la seguridad social.

En casos de emergencias de salud, el 97% de las personas encuestadas (216 de 222 casos), respondió. Entre las respuestas obtenidas, destaca que siete de cada diez de las y los jefes de familia encuestados (69.9% acumulado) acude a un centro asistencial público (hospital, centro de salud, centro de convergencia y puesto de salud). Mientras que solo dos de cada diez (22.7%) acude a algún centro asistencial privado (hospital o clínica privada).

11. PATRONES DE ALIMENTACIÓN

En lo relacionado al tipo de alimentación que las familias fragmentadas consumen en la actualidad y que antes de que el familiar migrara no lo hacía, el 87% (192 de 222 casos) dijo:

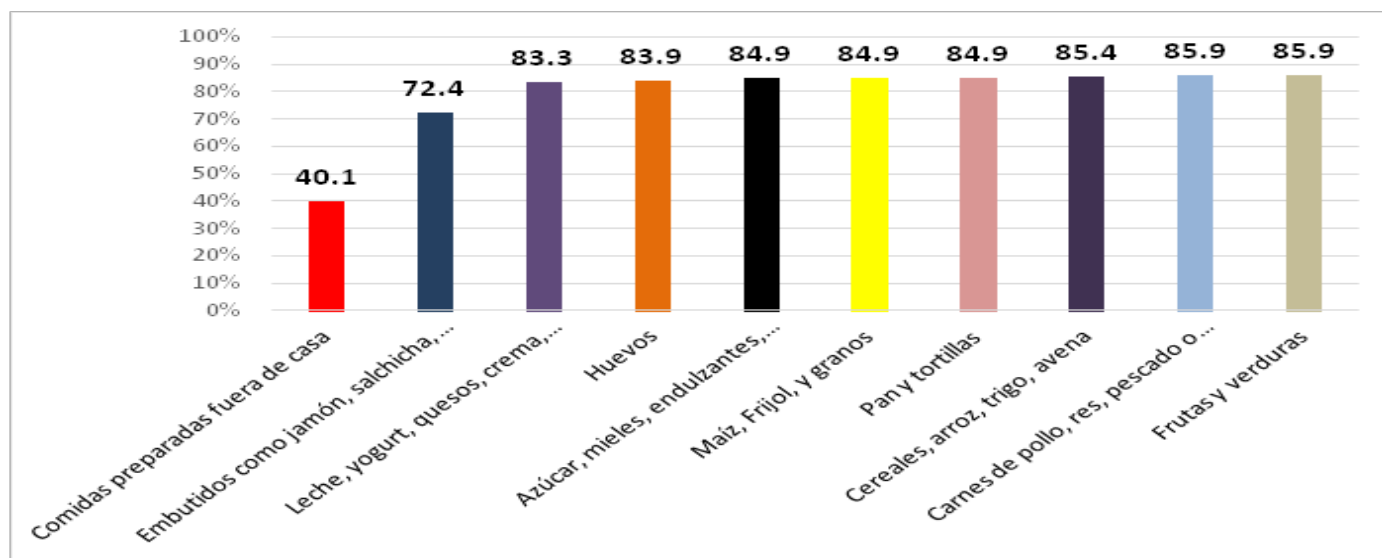
- En nueve de cada diez casos, ahora las familias fragmentadas consumen más carnes y mariscos (85.9%), frutas y verduras (85.9%) y cereales (85.4%).
- En ocho de cada diez casos, consumen maíz, frijol y granos (84.9%), pany tortillas (84.9%), azúcar, miel, especias y aderezos (84.9%) y leche y sus derivados (83.3%).
- El consumo de comidas fuera de casa solamente se presentó en cuatro de cada diez casos (40.1%).

Tabla 54. Distribución de la frecuencia del consumo actual de alimentos entre las familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

	Tipo de alimento	Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
Desde que su familiar está en (país), ¿consumen ahora otros tipos de alimentos que antes no podían comprar?	Comidas preparadas fuera de casa	77	5.1%	40.1%
	Carnes de pollo, res, pescado o mariscos	165	10.9%	85.9%
	Leche, yogurt, quesos, crema, aceites, margarinas	160	10.5%	83.3%
	Embutidos como jamón, salchicha, salami, etc.	139	9.1%	72.4%
	Cereales, arroz, trigo, avena	164	10.8%	85.4%
	Azúcar, mieles, endulzantes, especias y aderezos	163	10.7%	84.9%
	Frutas y verduras	165	10.9%	85.9%
	Huevos	161	10.6%	83.9%
	Maíz, Frijol, y granos	163	10.7%	84.9%
	Pan y tortillas	163	10.7%	84.9%
Total		1520	100.0%	791.7%

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1, sí.

Gráfico 15. Frecuencia del consumo actual de alimentos entre las familias fragmentadas y que no eran consumidos antes de que un familiar migrara. Guatemala 2014.



Con respecto al consumo de comida rápida entre las familias fragmentadas luego de que el familiar migró, siete de cada diez jefas o jefes de hogar respondieron que la consumen una vez al mes (73.3%), dos de cada diez

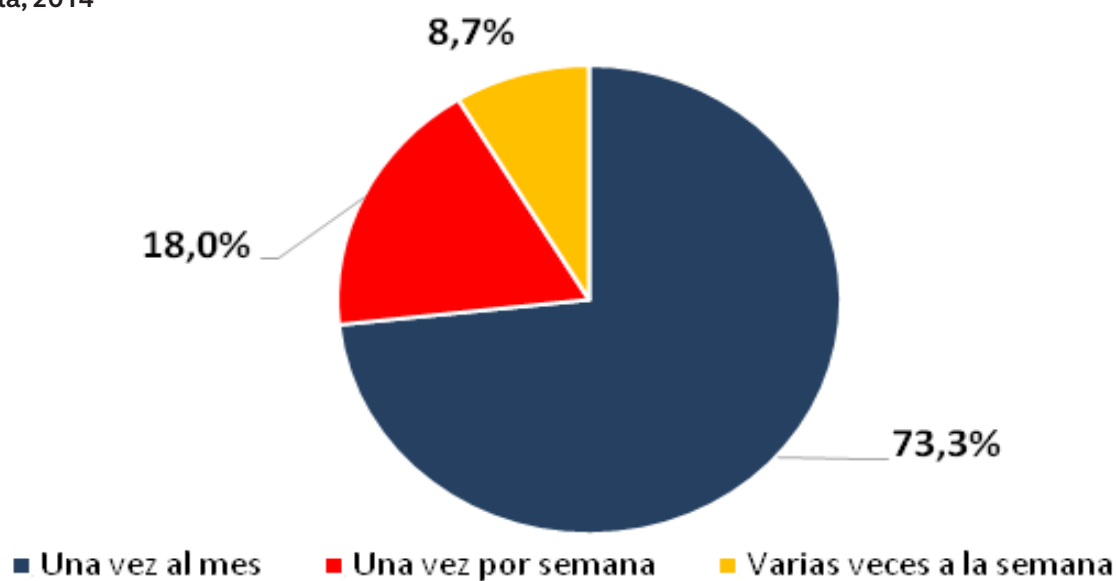
casos afirman que consumen comida rápida una vez por semana (18%) y solamente una de cada diez familias lo hace varias veces a la semana (8.7%).

Tabla 55. Frecuencia con la cual las familias fragmentadas comen en restaurantes o puestos de comida rápida. Guatemala, 2014.

Frecuencia	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Una vez al mes	110	73.3%	73.3%
Una vez por semana	27	18.0%	18.0%
Varias veces a la semana	13	8.7%	8.7%
Total	150	100.0%	100.0%

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014. Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor 1, sí.

Gráfico 16. Frecuencia de consumo de alimentos en restaurantes o en puestos de comida rápida. Guatemala, 2014



12. PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS Y VULNERABILIDADES

Con relación a la pregunta sobre si la migración representa un riesgo para la integridad y salud del familiar (jefe de familia) que migró, el 97% (215 de 222 casos) de las y los jefes de hogar la respondieron. De ellos, 158 casos (73.5%) lo hizo afirmativamente y, de éstos, el 62% (98 casos) son mujeres.

- Cuatro de cada diez personas encuestadas (39.2%) consideran que la migración tiene regular gravedad para la integridad y salud de su familiar.
- Tres de cada diez personas (33.5%) la consideran muy grave.
- Dos de cada diez (20.9%) la califican como demasiado grave.
- Solamente una persona la considera poco grave o muy poco grave.

En cuanto al tipo de riesgo en la salud del familiar que migró, el 97% (215 de 222 casos) de las y los jefes de familia encuestados dijeron:

- Nueve de cada diez personas encuestadas (89.3%) mencionó la prostitución como un riesgo.
- Ocho de cada diez (84.2%) destacó el abuso sexual.
- Ocho de cada diez (76.7%) mencionó la drogadicción.
- Seis de cada diez (58.6%) citó a la delincuencia o el conflicto con autoridades.
- Seis de cada diez (57.2%) dijo que la discapacidad física o mental.
- Seis de cada diez personas (57.2%) refirió el aislamiento social.

13. RIESGOS DE LA MIGRACIÓN PARA LA INTEGRIDAD Y SALUD DE LA PERSONA MIGRANTE

Siete de cada diez mujeres encuestadas (71%) consideran que la migración representa un riesgo. Mientras que ocho de cada diez hombres consultados (77,9%) opinan lo mismo.

Tabla 56. Distribución del riesgo para la integridad y la salud del familiar que migró. Guatemala, 2014.

¿Piensa usted que la migración representa un riesgo para la integridad y salud de su(s) familiar(es) en (país)?*			1. Sexo		
			Femenino	Masculino	Total
¿Piensa usted que la migración representa un riesgo para la integridad y salud de su(s) familiar(es) en (país)?	Sí	Recuento	98	60	158
		% dentro de Sí	62.0%	38.0%	100.0%
		% dentro de Sexo	71.0%	.9%	73.5%
	No	Recuento	40	17	57
		% dentro de No	70.2%	29.8%	100.0%
		% dentro de Sexo	29.0%	22.1%	26.5%
Total	Recuento	138	77	215	
	% dentro de Sí/No	64.2%	35.8%	100.0%	
	% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

(*) No se identificó diferencias significativas ($p > 0.05$) entre las proporciones de encuestados de familias fragmentadas según sexo.

Con respecto a la gravedad del riesgo según sexo, seis de cada diez mujeres (58.2%) jefas de hogar y cinco de cada diez hombres (48.3%) jefes de hogar consideraron a la migración como un grave riesgo.

Tabla 57. Distribución de la percepción de gravedad del riesgo por sexo. Guatemala, 2014.

P	ercepción de gravedad del riesgo*		Sexo		
			Femenino	Masculino	Total
Percepción de gravedad del riesgo	Riesgo grave	Recuento	57	29	86
		% dentro de Riesgo	66.3%	33.7%	100.0%
		% dentro de Sexo	58.2%	48.3%	54.4%
	Riesgo No grave	Recuento	41	31	72
		% dentro Riesgo	56.9%	43.1%	100.0%
		% dentro de Sexo	41.8%	51.7%	45.6%
Total	Recuento	98	60	158	
	% dentro de Riesgo	62.0%	38.0%	100.0%	
	% dentro de Sexo	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Base de datos de Encuesta de jefas y jefes de hogar de familias fragmentadas. Guatemala, 2014.

(*) No se encontró diferencias significativas ($p > 0.05$) entre las proporciones de hombres y mujeres según su percepción de la gravedad del riesgo para sus familiares migrantes.

VII. DATOS CUALITATIVOS DE LAS VOCES DE LOS ACTORES ALREDEDOR DE LA MOVILIDAD HUMANA

Este apartado recoge la interpretación sobre la experiencia migratoria de las personas retornadas de forma involuntaria y de las y los jefes de familias fragmentadas, así como la de

actores institucionales gubernamentales y de la sociedad civil organizada sobre las consecuencias de la movilidad humana.

A. LAS CONDICIONES DE LA INTERACCIÓN SOCIAL ALREDEDOR DE LA MIGRACIÓN

La decisión de migrar de forma irregular pasa por la posibilidad de contratar los servicios de un coyote a nivel comunitario. De ahí la tendencia a reducir el proceso migratorio a una relación social entre esta figura y la persona que decide migrar (migrante) utilizando sus servicios. Sin embargo, es importante señalar que la migración guatemalteca es un proceso que se da en un contexto histórico caracterizado por la exclusión social y económica de la mayoría de la población, y sujeta a débiles procesos de cohesión social. Esta condición sigue estructurando muchas de las decisiones y condiciones en las que se dan las migraciones voluntarias y forzadas. (IC-7; IC-9; IC-16)³⁰

En este contexto, la decisión de migrar de una persona supone el pago del servicio de transporte ofrecido por un coyote. Para ello, el migrante contrae una deuda mediante relación contractual con prestamistas, o por convención (con el coyote vecino), bajo las figuras de venta o hipoteca de propiedad inmueble o de semovientes, o préstamo monetario. La deuda oscila entre los 45 y 65 mil

quetzales, con una tasa de interés que fluctúa entre el 15% y 20%. A mayor pago se otorga un número mayor de oportunidades o intentos de migración, y, a menor pago, hay más probabilidades de que la persona migrante sea abandonada a la suerte de bandas que operan en el trayecto migratorio. (IC-12 ; IC-16; IC-17)³¹

Toda iniciativa migratoria que utiliza los servicios de un coyote supone tres resultados posibles:

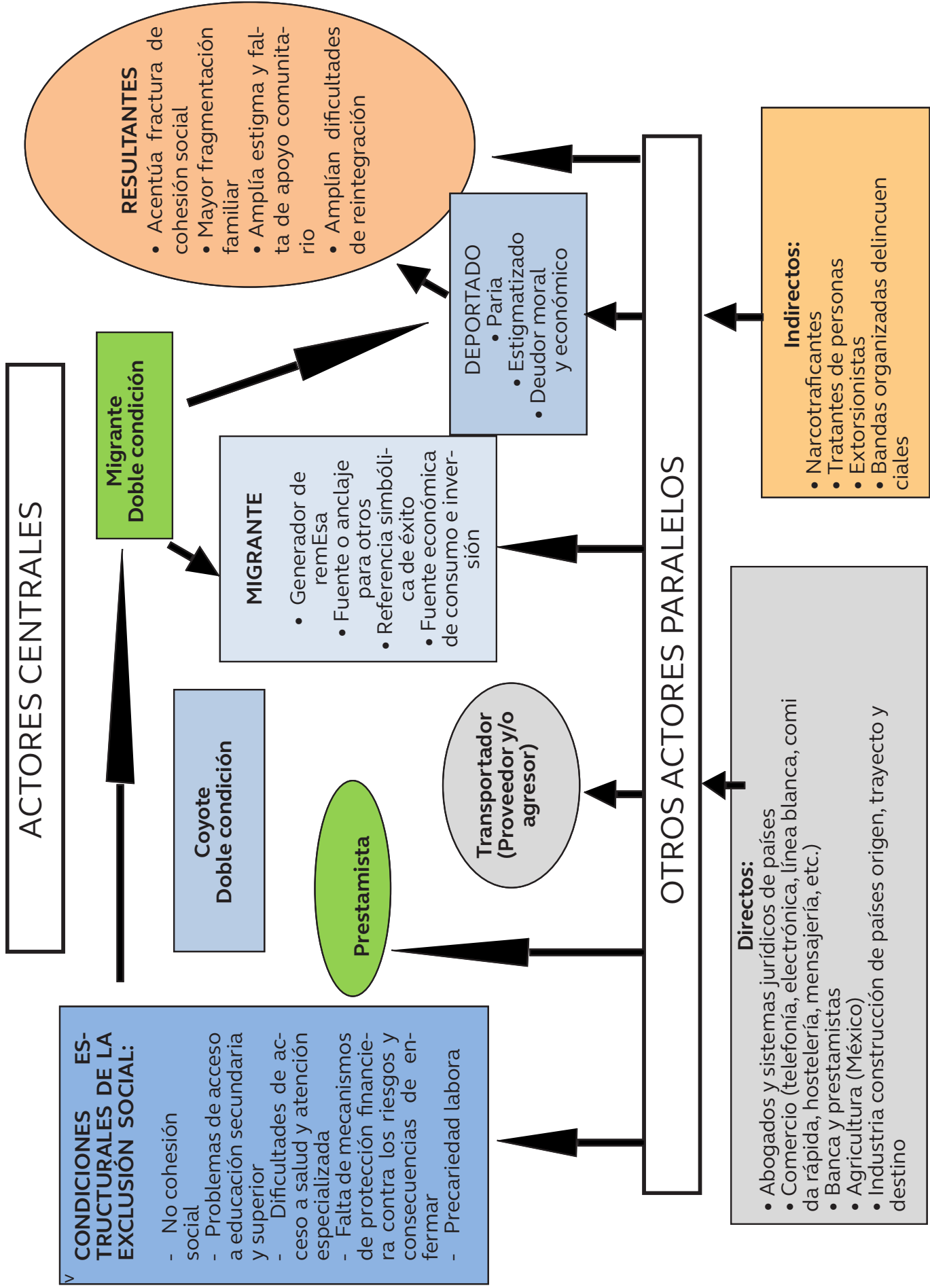
1. El primer resultado es que la persona migrante llegue a su destino. Esto supone la condición de migrante con opciones de trabajo, generación de ingreso monetario, envío de remesas, ser referente simbólico y económico de consumo e inversión.
2. Otro resultado es que la persona migrante se mantenga en tránsito, es decir, que haga una estadía temporal a mitad de camino, de forma voluntaria o por abandono. Bajo esta condición, no genera remesas y queda sujeto a violencia de diverso tipo.

³⁰ IC-16, Grupo focal hombres retornados.

³¹ IC-12, Grupo focal con personal comunitario vinculado a la iglesia católica.

3. También, se da el caso en el que la persona migrante no alcanza su destino y es deportado. Esta condición connota el ser paria, estigmatizado y sujeto a una especie de segunda exclusión social (comunitaria por estigma y falta de (re)integración y administrativa por cuanto no existen programas de atención efectivos para responder a sus necesidades y problemas de salud). Adquirir una deuda moral ante la comunidad supone una vergüenza social si la misma no es pagada. En los últimos dos casos, no existe la posibilidad del pago de la deuda contraída y será la familia que queda en el lugar de origen quien deberá asumir el pago de la misma o afrontar la vergüenza social. (IC-3; IC-7; IC-8; IC-12; IC-17)

Una pregunta interesante es qué otros actores siguen dinamizando los actuales procesos de migración en Guatemala. Es posible afirmar que todo proceso de migración implica la activación de otras dinámicas sociales y económicas. Hay dinámicas positivas como las del sector jurídico mercantil, el comercio, la banca, los prestamistas locales, los servicios de mensajería, etc. que se activan cuando se da la migración. También, hay dinámicas negativas que también se activan como la trata de personas, el narcotráfico y las extorsiones.



B. LA VOZ DE LAS PERSONAS RETORNADAS

1. CONTEXTO DE ORIGEN DE LA MIGRACIÓN

La decisión de migrar presenta distintos factores causales. Uno de ellos, el principal, remite al factor económico derivado de la exclusión social a la cual está sometida la población en general, debido a la falta de igualdad de oportunidades de desarrollo, malos salarios y la falta de posibilidades o dificultades para seguir con los estudios. (IC-2; IC-11; IC-16; IC-17)³²

Otras personas, en cambio, migran para integrarse al lugar de destino del familiar que ya ha migrado, lo cual supone que éste asuma una deuda monetaria que permitiría dicha re-integración (IC-11; IC-17).

Factores como la violencia común, las extorsiones, la violencia vinculada al narcotráfico y la violencia intrafamiliar son parte del contexto social, comunitario y familiar y suelen ser motivo de decisiones para migrar. (IC-2)

Existe la percepción, entre algunos migrantes retornados, de que el tema migratorio no es motivo de preocupación importante para las autoridades guatemaltecas. (IC-16)³³

Expectativas

³²IC-17, Grupo focal con hombre y mujeres.

³³IC-16, Grupo focal con hombres. vv

³⁴IC-11, mujer deportada que migró llevando a sus hijos.

Las condiciones de vida marcadas por las limitadas oportunidades de superación personal y familiar, originadas por la falta de trabajo y las precarias condiciones en las que este se desarrolla, generan determinadas expectativas entre quienes toman la decisión de migrar. (IC-17).

Un participante de los focus group realizados como parte de este estudio, reconoce que:

“Con el Coyote, antes de viajar, a uno le habla sobre cómo se va a viajar y todo se lo pintan bonito, aunque no se habla del dinero en ese momento” (IC-16).

Condiciones de salud

Por lo general, las personas que deciden migrar hacia Estados Unidos suelen estar o sentirse sanas, es decir, están físicamente bien. Otras personas suelen tener de base algunos problemas crónicos de salud (hipertensión, alergias), lo cual supone, en ocasiones, ir preparadas con los medicamentos prescritos o llevar algunos de potencial uso ante posibles contagios, debido a la aglomeración y al hacinamiento que comparten las personas migrantes durante el trayecto con otras que pueden estar enfermas. (IC-11³⁴; IC-16; IC-17).

“Además de alimentarse bien, es importante orientarse [informarse] para que no pase lo que a otros” (IC-1; IC-2; IC-16; IC-17)

Riesgos, amenazas y vulnerabilidades en el origen

Las personas que deciden migrar parten de un contexto caracterizado por condiciones de inseguridad, extorsiones, amenazas de bandas organizadas delincuenciales y del narcotráfico y la pobreza como resultado de la exclusión. Todos estos factores conforman una amalgama que “empuja” a muchas personas a tomar la decisión de migrar, con la intención de generar condiciones de bienestar para sus familiares. (IC-2; IC-16; IC-17).

La decisión de migrar suele darse con cierto conocimiento de los riesgos y amenazas que supone la migración. Entre los riesgos destacan los secuestros, riesgos en el camino, muerte por enfermedad, entre otros. Esta información proviene de la televisión, de familiares y amistades que han logrado llegar a su destino, así como de rumores y comentarios de personas que fueron deportadas (IC-1; IC-2; IC-16; IC-17). Otro de los participantes de uno de los grupos focales realizados como parte de este estudio señaló:

“Uno ya sabe a lo que se va. No creo que haya alguien que diga que no sabía y se va. Quizá en algunos tiempos anteriores sí, no se sabía tanto como ahora. Pero ahora ya se escucha de todo, de las mafias y eso.” (IC-16)

Para algunas personas migrantes retornadas hay un desconocimiento total sobre la atención que las autoridades nacionales están dando a la migración, lo cual connota un desconocimiento de derechos y oportunidades a los cuales pueden acceder o demandar. (IC-1; IC-16)

Sin embargo, existen espacios de encuentro entre autoridades guatemaltecas y mexicanas e instituciones de la sociedad civil guatemalteca, orientadas hacia la construcción de diálogos en torno a las personas migrantes, particularmente de aquellas que laboran temporalmente en Chiapas (México). (IC-10)

Disponibilidad y acceso a servicios de salud en el origen

Algunas personas retornadas, que fueron deportadas, señalan haber tenido acceso a servicios sobre salud sexual y reproductiva en su lugar de origen, particularmente a métodos anticonceptivos tales como la vasectomía y el uso del condón (IC-1) y las pastillas e inyecciones para evitar los embarazos, principalmente cuando una mujer ha decidido migrar (IC-2; IC-12).

Algunas personas que retornaron señalaron haber accedido a hacerse la prueba para detección del VIH/VIH Avanzado por distintas razones, tales como la decisión voluntaria o al donar sangre (IC-1), mientras que otras no supieron ni buscaron el hacerse la prueba (IC-2). Sin embargo, algunas personas migrantes retornadas señalan que la búsqueda y uso de los servicios de atención médica, en general, es muy poco frecuente en el origen debido, principalmente, a la falta de medicamentos y a que solo se accede a recetas (IC-17).

Otro participante de los grupos focales dijo:

“La verdad es que si uno va, le dan una receta, pero no hay medicamentos. Entonces casi no voy, porque no sirve de nada.” (IC-17)

2. LAS CONDICIONES EN EL TRAYECTO Y DESTINO

Manteniendo las expectativas durante el trayecto

Habiendo tomado la decisión de migrar, la motivación suele ser alta, sobre todo, por la expectativa de superación, principalmente económica y social (IC-16; IC-17). Un participante de uno de los grupos focales afirma:

“Uno dice ‘bueno, la primera necesidad es llegar. Si llego, voy a hacer esto, voy a hacer lo otro, cosas así. Que le dicen a uno que va dis-que a superarse. En el trayecto uno va con esa mentalidad, entonces, eso es lo que lo motiva a ir a un país nuevo.” (IC-16)

Regularmente, las personas migrantes ya han sido advertidas previamente por algún familiar o amigo retornado, o se han enterado por la televisión sobre las difíciles condiciones que supone la experiencia migratoria (IC-16; IC-17).

“Uno corre peligro con su vida, pero por la necesidad tiene uno que luchar para

poder salir adelante y tiene uno que tomar riesgos. De ahí que todos sabemos, la mayoría de gente sabe, que irse uno por tierra es peligroso, puede perder la vida.” (IC-17)

Otro participante del mismo grupo focal señaló que, a pesar de los riesgos, la expectativa de superarse económicamente motiva a seguir el trayecto y lograr cruzar la frontera.

“De que hay peligro, sabemos que sí, está peligroso. Pero la necesidad lo hace a uno querer llegar, porque a veces unas personas que llegan, se superan también. Ese es el deseo, pues, porque en el país [de origen] ni trabajo tenemos.” (IC-17).

En cuanto al estado de ánimo durante el trayecto, al parecer, no es lo mismo emprender la decisión de migrar por su propia cuenta que hacerlo a través del servicio del coyote.

Al decidir migrar sólo, el trayecto se vive como algo semejante a una aventura, la cual tiene su razón de ser a partir de tener un sueño o una esperanza de una mejor condición de vida para sí y para su familia. Se lleva consigo cierta ilusión por la expectativa que ello conlleva. (IC-1)

En cambio, migrar utilizando los servicios de un coyote es diferente, por cuanto que el tiempo de traslado (días) es el principal elemento que presiona al coyote para ir completando los tramos del trayecto migratorio. (IC-1)

La persona que migra puede llegar a experimentar una mezcla de sensaciones, de emoción y de tristeza durante el trayecto, aunque con un destino final no previsto (IC-16; IC-17), tal y como lo señaló una de las personas entrevistadas:

“(...) se va uno contento por una parte y triste por otra, también. Se va uno y ahí sí que salió uno del hogar y deja todo, a la mujer también. Entonces se quedan los niños tristes y todo y eso lo lleva uno en mente, en el camino. Uno se dice, voy a llegar allá y tengo que llegar allá y voy a ser feliz... y no. Allá es diferente.” (IC-16)

Sin embargo, estando en el destino, algunas personas migrantes parecen no sólo desconocer sus derechos como migrantes, sino también justificar las acciones migratorias de las autoridades estadounidenses si llegan a ser capturados y devueltos a su país. En un grupo focal, un participante dijo:

“Es un riesgo para nosotros andar ahí en el monte [en la frontera]. También cuando es su trabajo [de los agentes estadounidenses de migración], uno no mira. Para qué, si es su trabajo de ellos, de los países de ellos. Uno se va a meter a su país. Entonces por ese lado también uno tiene que aceptar lo que ellos dicen y hacen, porque uno está en sus terrenos. Está invadiendo uno su terreno, entonces si mucha gente está entrando por eso hacen eso, porque hay muchos. Entonces no hay que verlos como malos a ellos, es uno el que se está yendo...”

uno porque se va a trabajar, pero ellos porque ya no quieren ver gente latina allá.” (IC-6)

Las medidas de auto-cuidado

El auto-cuidado durante el trayecto -y en el destino- supone tres medidas básicas: descansar, alimentarse y vitaminarse (IC 1; IC-2; IC-11; IC-16). También, es importante llevar los medicamentos, tanto los prescritos cuando se padece de ciertas enfermedades de base principalmente crónicas, como aquellos que servirán ante potenciales contagios derivados de la aglomeración y convivencia con otras personas migrantes que vayan enfermas, o puedan enfermarse en el trayecto (IC-11).

Otra forma de auto-cuidado es no excederse en el trabajo y descansar para no enfermarse. El llevar abrigo permite mantenerse protegido del clima, especialmente del frío (IC 1; IC-2).

Aunque una persona migrante pueda acceder a información sobre salud sexual y reproductiva, la misma proviene de diversas fuentes. Por un lado, algunas personas aplican los ‘conocimientos’ aprendidos a través de amigos y familiares en el lugar de origen. Además, aunque existe acceso tecnológico a información sobre riesgos en salud sexual y reproductiva, es una fuente utilizada sola

mente por algunas personas que acceden a tales medios y deciden migrar. (IC-1)

Acceso a la atención de salud en el trayecto y destino

Durante el trayecto no se tiene acceso a información sobre salud sexual y reproductiva y el VIH/VIH Avanzado (IC-1; IC-2).

Por lo regular, cuando existen condiciones de abuso sexual, tampoco es fácil buscar y encontrar ayuda, dado que mantienen al grupo de migrantes juntos y aislados para evitar ser detectados (IC-11).

En el lugar de destino (Estados Unidos) la persona migrante puede o no acceder sin costo alguno a métodos de salud sexual o reproductiva o a pruebas de VIH/VIH Avanzado en alguna clínica de atención pública cuando no se tiene seguro médico (IC-11). Sin embargo, para algunas personas migrantes que laboraban en empresas, la atención era contratada por éstas, pero los costos de la misma, al parecer, eran cargados al trabajador migrante. El costo era de cinco dólares (IC-16).

El acceso al condón es fácil, debido a su gratuidad (IC-1). Las farmacias son una fuente proveedora principal de los mismos (IC-16). Sin embargo, hay cierta dificultad para acceder a la atención médica ya sea por carecer de documentación legal o bien por el miedo a

ser capturado y deportado si se asiste a centros de atención. Un participante de grupo focal señaló:

“Usted tiene que cuidar su salud por su propia cuenta. Si usted no se protege y anda con mujeres, puede tener problemas tanto de salud como de transmisiones sexuales y cosas así. Mucha gente, como no tienen papeles, por eso no van al médico o tienen miedo de que los pueda agarrar [migración]. Quizá por eso no se cuidan y por eso vuelven enfermos o cosas así.” (IC-16).

También el idioma inglés es un factor disuasivo a la hora de buscar atención: “(...) allá es puro inglés todo, pero en los hospitales siempre tienen un intérprete, una persona que es bilingüe. Entonces mucha gente no sabe eso. Tienen una dolencia por dentro, un dolor fuerte de cabeza o cosas así, serias, y piensan que no van a entender lo que dicen y si de inglés no saben nada, entonces sienten pena y no van; por falta de orientación, siento yo.” (IC-16)

Riesgos para la salud durante el trayecto y en el destino

Para las personas retornadas que decidieron migrar, las condiciones del trayecto pueden implicar diferentes grados de bienestar o de dificultad.

La posibilidad de padecer náuseas, sufrir golpes y contraer una infección de transmisión sexual debido a violaciones sexuales, fatiga y dolores osteo-musculares (de los pies) por las largas y extenuantes caminatas en el desierto y hasta la posibilidad de muerte (IC-2; IC-12; IC-16) son los riesgos de salud que enfrentan las personas que migran durante el trayecto.

Otro riesgo se genera al pernoctar al descampado en el desierto durante el trayecto migratorio y exponerse a los cambios de clima, teniendo que comer, beber y descansar de cualquier manera, pudiendo enfermarse con mayor probabilidad (IC-1; IC-16). Todo ello puede ser causa de problemas respiratorios (neumonías, resfríos) o alérgicos (IC 1 ; IC-2; IC-11; IC.16) debido al escaso abrigo con el cual se emprende el trayecto.³⁵

El tipo de alimentación durante el trayecto al que acceden las personas que deciden migrar, las condiciones de higiene en las cuales se preparan estos alimentos y la escasez de ellos representa un riesgo de contraer y padecer enfermedades gastrointestinales (IC-11; IC-16).

Igualmente, también hay riesgos sociales a los cuales se ven sometidos, tales como las

agresiones físicas y psicológicas, los secuestros y quedarse sin dinero a mitad de camino, tal y como lo señala una persona retornada que participó de un grupo focal:

“Lo que pasa es que cuando uno sale a veces aquí no lleva uno suficiente dinero en la bolsa. A veces no se prepara uno y se queda a la mitad del camino; se puede quedar sin dinero, y luego se queda perdido... y ya sin dinero lo dejan tirado por cualquier cosa. Ahí en ese momento empieza a sufrir y es donde empieza “que una llamadita” “¿quién me va a venir aquí?” y nadie se aparece.” (IC-16)

Otro participante de ese mismo grupo focal señaló:

“Sí, se puede morir. Por muy feo que está eso, está la matanza, los secuestros. En los secuestros piden unos seis mil dólares (USD \$6,000.00) y si no los dan ya, ahí quedó, de un tiro en la cabeza.” (IC-16)

Pero son los niños y niñas quienes afrontan mayores riesgos, debido a las condiciones que le impone la migración: la inseguridad, las cansadas caminatas y las dificultades para tomar transportes (IC-2; IC-16; IC-17).

De igual manera, cada persona que migra parece ser consciente que enfermarse en el trayecto supone aguantarse o ir preparado con algunos medicamentos, debido a que el coyote no se detendrá por esa razón, prefiriendo abandonarlo antes que poner en riesgo al resto (IC-11).

³⁵ IC-1, hombre, deportado, padre de familia.

De igual manera, cada persona que migra parece ser consciente que enfermarse en el trayecto supone aguantarse o ir preparado con algunos medicamentos, debido a que el coyote no se detendrá por esa razón, prefiriendo abandonarlo antes que poner en riesgo al resto (IC-11).

En cuanto a riesgos y peligros para la salud biofísica y emocional que toda persona que decide migrar sabe o debería saber, son importantes aquellos derivados de la violencia física, sexual y emocional durante el trayecto.

Para algunas personas que deciden migrar, parte del aprendizaje sobre los riesgos de la experiencia migratoria gira alrededor de la figura del coyote.

“...muchas veces se oyen cosas que suceden con los coyotes; que violan a los niños, a las mujeres, a los hombres...” (IC-1). Sin embargo, esos rumores también se mezclan con las expectativas que generan las amistades que han migrado, enfatizando la parte color rosa, o exitosa, de su experiencia migratoria (IC-3), y diciéndoles “...en el camino no te va a pasar nada, y cuando llegues allá vas a recoger el dinero con pala...” (IC-1).

Para algunas mujeres la decisión de migrar resulta en una tragedia. Un participante del grupo focal contó la experiencia de una mu-

jer embarazada -quien supuestamente abortó en el trayecto- y cuyo propósito al migrar era encontrarse con su marido, quien recientemente había llegado a los Estados Unidos:

“Sí, yo vi que sufrió mucho la chava. Y la mandó a traer el marido, porque la ilusión de ellos era que el niño naciera en los Estados Unidos... Más que todo se quedó ahí, y nadie hacía nada por ella. El coyote, que era el responsable tampoco. Cuando la muchacha perdió su niño de cinco meses, tenía fiebre y ahí la cubrimos con unos sus abrigos, pero al otro día él la entregó para que se la llevaran... Y la regresaron los de migración de México. Ellos hicieron así para que no se muriera de la caminata que habíamos hecho.” (IC-16)

Por otro lado, el riesgo de agresiones a la persona que migra durante el trayecto está relacionado con la alta probabilidad de ser engañados, especialmente cuando se detecta en ellos desorientación, nerviosismo y miedo.

“...uno se pone nervioso y piensa: ‘aquí no conozco’ ¿Qué hago? ¿Para dónde agarro? En ese momento es cuando la gente llega a aprovecharse diciendo yo te ayudaré, vente conmigo y lo engañan...” (IC-1).

Cuando se viaja por cuenta propia, la mejor estrategia para no llamar la atención y ser objeto de agresiones es estar alerta, no mostrar nerviosismo y procurar pasar desapercibido

³⁶IC-3, personal de ONG local regional.

(IC-1). De igual manera, cuando se migra con familia y se hace a través de coyote, se debe procurar mostrar serenidad y exigir respeto, aunque para ellos, en estos tiempos, lo que cuenta es el dinero y no la vida de las personas. No obstante, el mismo coyote evita que uno deambule o hable con extraños ajenos al grupo, para evitar ser detectados como migrantes (IC-11).

Pero el engaño por parte de los coyotes se hace más patente cuando las mujeres viajan solas. Las vejaciones pueden pasar a violaciones sexuales bajo la intimidación o amenaza de abandonarlas en el trayecto, o también bajo promesas incumplidas de asegurarles el “pasarlas al otro lado”, a pesar de tener un “acuerdo” y haber pagado el servicio (IC-2; IC-12).

Debido a que la agresión se hace en un país extraño, las mujeres desestiman cualquier denuncia no solo por miedo o desinformación, sino por “el qué dirá la gente” si se entera (IC-2; IC-11). El estigma para una mujer si se sabe que ha sido violada favorece la impunidad. Al final de cuentas, parece que permanecer “invisible” y procurar llegar a salvo al destino es la única consigna válida que motiva la continuidad del trayecto. (IC-2; IC-8; IC-12).
condición de migrante:

Gráfico 18. El círculo vicioso de la impunidad frente a la violencia sexual contra las mujeres migrantes



Fuente: Elaboración propia. Guatemala, 2014.

El maltrato, bajo la forma de humillaciones dado por parte de algunas autoridades migratorias, también forma parte de la dinámica de interacción social durante la captura en el trayecto así como el maltrato por desatención o negligencia en los puestos de migración donde resguardan a las personas capturadas (IC-2). En otras ocasiones, es debido a la propia condición de migrante:

“...tratan la manera de humillarlo a uno, de hacerlo sentir menos... y eso merma el estado de ánimo del migrante, y uno dice: no vuelvo a regresar, no vuelvo a hacer esto...” (IC-1), o se los detiene de manera injusta sin mediar explicación verdadera (IC-11).

Aún dentro de este escenario, también existe la probabilidad de recibir cierta consideración por parte de algunos guardias durante la retención, debido a que tienen cierto grado de conciencia de las condiciones en las cuales las personas deciden migrar. (IC-1; IC- 10). Este último hecho representa para algunas autoridades consulares mexicanas, un resultado de las acciones de prevención y sensibilización que el gobierno mexicano viene realizando con su propio personal policíaco-migratorio dentro del Programa Paisano al nivel municipal, el cual se espera sea replicado como un programa orientador y no de amenaza a nivel centroamericano, a partir de los foros bilaterales transnacionales Guatemala-México. (IC-10)

Estando en el destino, como medida de auto-cuidado y para mantenerse saludables, para algunas personas es importante mantenerse descansado, alimentado y vitaminado (IC-1; IC-16), tal y como lo señaló un entrevistado:

“Yo trabajaba dos turnos: trabajaba de diez de la noche a seis de la mañana, y de siete de la mañana a una de la tarde. Yo me quedaba durmiendo, prácticamente, seis horas..., por tres años. Pero yo me vitaminaba, no era que yo solo así [como así], no, me alimentaba, pero tenía mi vitamina C.” (IC-16)

Estas medidas de auto-cuidado parecen responder a las condiciones laborales extenuantes que generaban fatiga y malestar, y a las cuales se ven sometidas algunas personas migrantes:

“Un día sentía yo que ya no, ya no [daba más]. Entonces abandoné mi turno de la noche y ya me sentí yo bien...Tenía mucho trabajo, fíjese. No era el trabajo, sino lo pesado que era... Las horas que yo me dormía, las dormía casi que sin despertar.” (IC-16).

En cuanto al tema de salud sexual y reproductiva, la abstinencia puede ser una buena medida preventiva, considerando que la persona que migra desconoce las condiciones de los lugares que puede visitar (bares, cantinas) y las circunstancias de los encuentros sociales (riesgosos o violentos) en los que pueda participar tanto en los del trayecto como en los del destino. (IC-1; IC-2) contratados por las empresas donde laboran, tal y como fue señalado en un grupo focal:

Además, en ocasiones ni en el origen, el trayecto o en el destino la persona retornada consideró necesario hacerse controles de salud sexual, teniendo como premisa el que si se ha abstenido de encuentros sexuales, no será necesario hacerse chequeos (pruebas diagnósticas de VIH). (IC-1)

Otras personas retornadas señalan la existencia, al parecer, de programas educativos y de atención sobre salud sexual y reproductiva contratados por las empresas donde laboran, tal y como fue señalado en un grupo focal:

“En el trabajo más que todo. Nos hablaron de cómo protegerse uno, los hombres y también las mujeres. Médicos, que los contrataban las compañías.” (IC-16)

Para algunas personas migrantes retornadas pareciera que hay mayores posibilidades de hacerse pruebas diagnósticas de VIH estando en el país de destino que en el país de origen (IC-16). La razón de ello, obedece a que estando en el país de origen no ven la importancia de hacerse dicha prueba, mientras que estando en el país destino, existe la posibilidad de vincularse laboralmente a organizaciones que facilitan la información preventiva en salud sexual y reproductiva, incluido el VIH. (IC-16)

Otra dificultad en el destino para acceder a cuidados de salud es la falta de seguro médico. Sin embargo, siempre existe la posibilidad de encontrar personas conscientes sobre la situación migratoria (personal sanitario, autoridades) y que deciden ayudar. Otra dificultad puede surgir cuando un migrante se expone a reacciones negligentes de algunas personas que valoran negativamente tal condición, negando cualquier tipo de ayuda que facilite el acceso a la atención médica. (IC-1)

Alcanzar el lugar de destino, también supone consecuencias en cuanto al estado anímico principalmente si se tiene acceso a redes de apoyo, o no. Cuando una persona decide migrar y no tiene quien lo reciba en el lugar de destino, constantemente se está preguntando ¿A dónde voy a ir? ¿Con quién me voy a quedar? ¿Será que conseguiré trabajo? Sin embargo, teniendo familiares o amigos que lo puedan recibir a uno implica encontrar cierta tranquilidad, por cuanto que uno se dice a sí mismo “...tengo donde estar, y tarde o temprano encontraré trabajo...” (IC-1). Y, en efecto, algunas personas rápidamente comienzan a trabajar y a ganar dinero (IC-11).

Además, una vez llegado a los Estados Unidos, empieza el desánimo, especialmente porque hay una diferencia importante entre la expectativa generada a partir de lo prometido e imaginado y lo que realmente se encuentra al llegar al destino planteado. Soledad, estrés, alegría y angustias son algunas de las emociones o condiciones que vive la persona que migró. (IC-17)

Una forma de manejar la soledad y esta especie de auto-enclaustramiento debido al reacomodo personal a la nueva vida y sus condiciones y temores a la captura y deportación, es el consumir alcohol. Un participante del grupo focal dijo:

“¿Cómo lo maneja uno? Pues, en mi persona, más que todo, ponerme a tomar. Tomando digamos.” (IC-16)

3. LAS CONDICIONES EN EL RETORNO

Acceso a la atención de salud en el retorno

Para algunas mujeres retornadas, el acceso y uso de los servicios de salud es algo que hacen incluso luego de retornar, aunque ya lo hacían desde antes de decidir migrar (IC-2). En el caso de algunos hombres, señalaron que casi no hacían uso de los servicios de salud antes de migrar y que, tras el retorno, acuden por problemas de salud como fiebre, alergias, catarros, o por acompañar a su esposa e hijos. Además, el trato recibido fue señalado como bueno (IC-16).

Tras el retorno, algunas mujeres han buscado atención psicológica o psiquiátrica (IC-2), o han sido apoyadas para la búsqueda de la misma (IC-6³⁸; IC-7³⁹; IC-8⁴⁰). Sin embargo, para algunos hombres la deportación trae consigo aspectos negativos que redundan sobre la salud y el acceso a los servicios de atención médica, al no disponer de dinero para afrontar una enfermedad catastrófica, dada su condición de desprotección social tras el retorno (IC-16).

En la mayoría de los casos, tanto hombres como mujeres que han sido deportados, no reciben ningún tipo de atención médica o psicológica aunque hayan estado sujetos a

violencia de diverso tipo, como haber sufrido violaciones, extorsiones, amenazas de bandas organizadas o, sencillamente, por querer mantener ocultas las consecuencias de estas amenazas por vergüenza o miedo. De ahí que prefieran que estas amenazas pasen desapercibidas o permanezcan invisibles, según lo expresado por varios IC. (IC-6; IC-7; IC8; IC-9⁴¹).

Los cuadros más frecuentemente señalados son depresión, ansiedad, miedo, hermetismo, fuga mental⁴² o autismo, tendencia al suicidio, crisis de ansiedad y síndrome de persecución (IC-1; IC-2; IC-6; IC-7; IC-8).

Por otra parte, llama la atención que algunas de las personas deportadas (IC-2) hablan en tercera persona cuando se aborda el tema de la violencia sexual ocurrida en el trayecto. Esto parece ser una respuesta evasiva autorreferencial.

Situación socioeconómica, condiciones de riesgos y vulnerabilidad en el retorno

El retorno forzado supone el paso por la detención y encierro (prisión) en el cual no se hace distinción entre personas migrantes y delincuentes (IC-17). El maltrato que se puede recibir en esos lugares se manifiesta en la

38. IC-6, profesional de organización religiosa.

39. C-7, trabajadora de organización religiosa que acompaña y atiende a migrantes.

40. IC-8, trabajadora de organización religiosa que atiende a migrantes.

41. IC-9, trabajadora de red religiosa que atiende a migrantes.

42. Según una profesional a cargo de la atención psicológica, durante la estancia en un lugar de acogida, una mujer que sufrió abuso sexual se dedicaba a tejer todo el tiempo, como una medida de evasión.

comida (escasa), la dilación de 24 a 72 horas para la atención de malestares o enfermedades (la burocracia requiere llenado de solicitudes), soportar frío (particularmente en un centro de detención conocido como “la hielera”). (IC-17)

La opción de contratar a un abogado para llevar el caso ante el juzgado supone un gasto oneroso que no asegura ningún resultado positivo para la persona migrante detenida. Más bien, para algunas personas migrantes retornadas, el pago de abogado es un negocio más que una certeza administrativa para pelear los casos ante los juzgados:

“(...) pero ya si lo agarra la migración a uno [en Estados Unidos], ¿qué hace uno? Si uno paga un abogado, le quitan el dinero y siempre lo meten para atrás [lo deportan]...el abogado se llevó los \$3,000.00 que le pagué y la respuesta es que tenía que venir de regreso [a Guatemala].” (IC-17)

El retorno como deportación connota distintos significados para personas que retornaron bien estando en el lugar de destino o bien durante el trayecto. Para unos, el retorno ha significado una mezcla de felicidad por la emoción de la reintegración familiar (IC-1) y de dolor por lo que se perdió al dejar el país donde se residía y ser deportado, especialmente cuando se ha vivido por mucho tiempo en el país destino (IC-11), mientras que para

otros connota frustración, por la interrupción del ansiado sueño de llegar a los Estados Unidos y acceder a otros recursos que en el país de origen no se podrán tener (IC-2⁴³).

En el primer caso, para las personas deportadas supuso romper emocionalmente con la “soledad inmensa” con la cual vivió durante el tiempo de estadía en el lugar de destino (IC-1; IC-2), mientras que para el segundo caso, supuso decepción, llanto y tristeza, al ver truncada la oportunidad de acceder a una fuente económica para mejorar la situación de la familia que quedó en el lugar de origen (IC-2; IC-17).

En el plano emocional las repercusiones financieras del retorno implican encontrarse ante un escenario lleno de desventajas para reincorporarse al mercado laboral, aportar a lo familiar y reintegrarse a la comunidad (IC-17). La intención inicial tras la deportación es dirigirse a la casa de su familia, luego llega la soledad y la decepción que supone un cuadro depresivo, tanto por truncarse la continuidad de seguir viviendo en el lugar de destino (IC-11), como por perder la esperanza de alcanzar el sueño de llegar a los Estados Unidos y lo que ello representa: la intención fallida de no aliviar las penurias familiares que motiva a algunas personas a migrar (IC-2). Ante el intento fallido de volver o de poder migrar de algunas personas deportadas, el acercamiento a lo religioso se convierte en un bálsamo

⁴³IC-2, mujer deportada.

que permite seguir buscando alternativas de sobrevivencia ante la soledad y la incertidumbre cotidiana (IC-2; IC-11).

En lo laboral, se está en desventaja independientemente de la edad, el tener o no nivel escolar y en ocasiones el tener como precedente la deportación. Lo más frecuente es estar desempleado y ocasionalmente tomar cualquier trabajo que vaya saliendo, aún y cuando sea temporal y mal remunerado, excepto cuando logran vincularse a trabajos en Call Center. Esta situación hace que el estado anímico-emocional fluctúe entre la difícil lucha cotidiana por la sobrevivencia y la sensación de desamparo (IC-1; IC-2; IC-11). A ello, se agrega el hecho de estar bajo estrés constante a causa de la preocupación por el pago de la deuda, el atender a los hijos y el tener que buscar la comida (IC-17).

En el plano familiar puede haber tanto apoyo emocional por parte de familiares cercanos, como algunas ayudas monetarias o en especie, especialmente cuando recién el jefe de familia se ha marchado (IC-1). Pero también la deportación provoca desdén, distanciamientos o cuestionamientos por parte de familiares (padres, tíos, primos, sobrinos) (IC-2; IC-11), y hasta la fragmentación y desintegración familiar a pesar de haber alcanzado algunos logros materiales (IC-11).

En el plano social hay estigma hacia la persona retornada deportada, lo cual supone no solo un distanciamiento social por su condición de fracasado (IC-3), sino también la exclusión de la dinámica comunitaria. En el vecindario la respuesta a la persona migrante retornada oscila entre la comprensión y el estigma: “A veces lo miran a uno como, cómo le dijera yo, como con mucha tristeza...uno tiene tristeza por lo que uno ha sufrido y regresa al mismo lugar. Uno viene desconsolado. Entonces mucha gente lo que hace es burlarse... Otros dirán que fue mala suerte y lo apoyan a uno...” (IC-16). La respuesta ante tal situación oscila entre hacerse el indiferente y pensar en intentar volverse a los Estados Unidos (IC-16).

Por otro lado, también se ha señalado que mientras en algunas ocasiones las autoridades migratorias mexicanas ofrecen información sobre cómo migrar de manera más segura, del lado migratorio guatemalteco algunas autoridades, en cambio, piden dinero (soborno) para “no manchar el nombre” (IC-2)⁴⁴

Las expectativas de reintegración o no tras el retorno, entre la reintegración y el reintento de migrar

La deportación para algunas de las personas que decidieron migrar por su cuenta y riesgo, como para quienes lo intentaron a través de coyote, no supone la renuncia a intentar migrar de nuevo. La decisión de hacerlo

⁴⁴ El señalamiento se hizo particularmente para la Frontera de La Mesilla.

nuevamente dependerá de, al menos, cuatro factores: la calidad de recepción familiar, la comunicación tenida desde la partida hasta el retorno obligado, las oportunidades económico-laborales en el país de origen y las condiciones de vida y las expectativas sociales, familiares y laborales logradas en el país receptor hasta antes de la deportación.

Para algunos, la reintegración a la familia supone un factor disuasivo, al menos inicialmente, para desistir de involucrarse en la aventura nuevamente. La calidez del recibimiento, el apoyo moral, la solidaridad, la ayuda financiera familiar (micro transferencias monetarias) y el amor percibido son factores positivos que disuaden, al menos temporalmente, el intento de volver a migrar. Sin embargo, la desesperada condición personal ante la falta de trabajo, la falta de oportunidades para mejorar la condición familiar y la situación de baja autoestima personal son factores latentes para seguir pensando en un nuevo intento por migrar (IC-1; IC-2; IC-3).

Para las personas que migraron y fueron deportadas desde el destino, las expectativas difieren si se tiene o no familia propia. En el caso de aquellas personas que no tienen pareja o dependientes, no se entiende el por qué se ha de permanecer en el lugar de origen. La referencia de haber tenido un trabajo, de haber gozado de autonomía económica y de movilidad geográfica y de la posesión de objetos mate-

riales vinculados al bienestar personal que se tuvo en el lugar de destino (automóvil, casa, televisor, etc.) frente a la exclusión, la carencia y la difícil movilidad que supone la vuelta al lugar de origen tras la deportación, representan factores que motivan el reintentar migrar. (IC-1)

Quienes ya eran jefes de familia y habían dejado familia propia, el retorno se vive como la recuperación de la familia y su rol de jefe de familia, como parte de la reintegración, aún a pesar de tener dudas temporales. En un grupo focal, un participante dijo:

“No hay nada más lindo que estar en su tierra, como le dijera yo, y no estar uno pensando allá [en Estados Unidos] sobre ¿Cómo estará mi mamá o mis hermanos? Pero, uno allá dice ¡cómo extraño a mis hijos! Sí, por teléfono usted puede saber que están bien, pero tal vez están enfermos. Si no me hubiera venido [vuelto], hubiera perdido tal vez a un mi hijo, o tal vez a los dos, yo no sé. Como a veces fracasan los hogares también... Entonces uno tiene que ver mucho más allá, ver la vida de los nenes, la vida de su mamá, la de uno y la de su esposa. Allá a veces uno dice ‘me vale’. Hay momentos en que uno tal vez dice así, pero en realidad está uno pensando en eso [todo ello]. Ya cuando uno viene aquí, feliz uno. Al menos tiene a los hijos.” (IC-16)

Una fórmula importante para lograr una ‘reintegración’ menos traumática al medio social parece ser la combinación entre la reinserción familiar como un factor que vuelve a dar sentido a la vida de la persona retornada⁴⁵ y la vinculación a alguna actividad laboral propia o no ‘aunque se gane en quetzales’, ‘aprender a vivir la vida como es’ y ‘tener algunas cosas’ [bienes materiales]. (IC-16)

Para otros, la deportación supone solamente una pausa obligada, hasta que sea avisado por el coyote para tomar otra de sus opciones para migrar. Esta decisión está supeditada a la deuda contraída que la persona ha adquirido para poder comprar los servicios de traslado del coyote hacia el lugar de destino y, con ello, contar con la posibilidad de pago de la misma. (IC-3)

En cambio, cuando se tiene una familia fragmentada la persona deportada añora la reunificación, aún cuando la misma es imposible, dado que en la dinámica de vida que cada miembro –adulto– ha asumido para sí mismo, el retorno voluntario no guarda ninguna expectativa (IC-11). Cuando se tiene

familia en el lugar de origen, la intensidad de la comunicación que se haya mantenido facilita la reinserción familiar y representa una forma de arropar al retornado que le permite “...volverse a acostumbrar a que todo lo que uno tenía allá [en el lugar de destino], no lo tendrá aquí (nuevamente en el lugar de origen).” (IC-1)

Aunque el asunto de la migración suele ser un tema importante de campaña electoral, o ahora que ha salido a luz pública lo de la Niñez No Acompañada (NNA), al final de cuentas no solo los políticos no hacen nada (IC-2), sino que también surgen “expertos en migración” (IC-9).

Así, ante la indiferencia política y social hacia la condición en la cual se da la migración de hombres y mujeres, adultos, adolescentes y niños (IC-3; IC-6; IC-7; IC-8; IC-9; IC-16), lo que resta es centrarse en luchar porque la persona que decida migrar lo haga en condiciones de una salud mental adecuada, y que la migración se fundamente en la prevalencia de valores humanísticos (IC-2; IC-9).

45. Actitud autorreferencial comparativa al contrastar el ingreso actual con el que se tenía en el lugar de destino.

C. LA VOZ DE LAS PERSONAS JEFASY JEFES DE FAMILIAS FRAGMENTADAS

La separación

La partida de la pareja jefe de familia supone una serie de nuevas dinámicas personales y familiares tanto para el familiar que queda en la comunidad de origen como para el familiar que emigra. La partida de la pareja masculina y el vacío de su presencia física pueden llegar a suponer una serie de dinámicas perversas en contra de la salud física, psicológica y social para la nueva jefa de familia y los hijos (IC-4; IC-14; IC-15). Sin embargo, también es cierto que para algunas mujeres jefas de hogar la figura paterna deberá mantenerse como el referente del hogar ante sus hijas e hijos. Una IC señalaba:

“Depende cómo usted críe a sus hijos, cómo fomenta ese faltante [el esposo], porque hay unos que se van y la esposa mira todo y dice a sus hijos ‘aquí no está tu papá, aquí mando yo’. Pero, en mi caso, siempre está presente mi esposo. En las calificaciones [de la escuela] él está presente y los apunta y los está regañando. En mi caso, es como si él estuviera aquí. Tiene que decir uno: aquí está él, presente y si él nos mantiene hay que darle su lugar en la familia siempre. Cuando regrese, que encuentre su hogar como lo dejó.” (IC-4) [Corchetes nuestros]

Otras mujeres, en cambio, matizan su derecho a la toma de decisiones a pesar de estar solas a cargo del hogar. Una IC decía:

“Yo pienso que sigue siendo el mismo papel de madre, porque el papel de padre no se le puede quitar a ellos, aunque estén lejos se les deja el papel. Sí, es más responsabilidad mía, antes eran ellos los que se encargaban de todo y una se encargaba solamente de ser madre.” (IC-5)

Para algunas mujeres, la partida del esposo significa cierto grado de libertad en las relaciones de género para entablar relaciones sociales y para tomar decisiones sobre la conducción de la familia y su vida propia, y que de otro modo serían casi imposibles, debido a la presencia del marido (IC-5). Pese a ello, también hay espacio para el consenso:

“Siempre se trata de estar todos de acuerdo en lo que se haga, aunque ellos [los maridos que han migrado] estén lejos en algo estaremos de acuerdo... [hay que] comunicarles todo para saber qué papel le toca a cada quien para que todo salga bien.” (IC-5) [Corchetes nuestros]

Una de las peores consecuencias de la separación, debido a la ausencia de uno de los jefes de familia especialmente cuando quien migra es “la cabeza de familia”, es la desintegración de los hogares. Cuando esto se da hay un desequilibrio en todo” (IC-4),. Una IC señalaba:

“Debido a que se van y se van por muchos años, una de dos: o falla la esposa aquí [en el país origen] o falla el esposo allá [país destino]. Prácticamente dejan abandonadas a sus familias.” (IC-14)

“(...) cuando el papá se olvida de sus hijos, las mamás, al ya no tener lo económico para que los hijos sigan estudiando, lo que hacen es retirarlos de las escuelas y ponerlos a trabajar, cosa que no deberían hacer porque los niños todavía son menores de edad”. (IC-14)

E incluso, cuando la que viaja es una mujer jefa de familia materna que tiene como dependientes a su madre, padre o hermanos, al llegar al destino, aún y cuando supone alcanzar el propósito o la razón de migrar, éste puede llegar a representar un éxito relativo y temporal, debido a lo extenuante de las jornadas a las que se somete la persona que migra, lo que le genera contrariedad y le hace pensar en el retorno. Una IC señalaba:

“En un mes mandé a pagar el préstamo. Pero trabajaba muchas horas. Entraba a las ocho de la mañana hasta las nueve de la noche. Yo, a las cuatro semanas, ya no aguantaba pero uno sabe que a trabajar va [al país destino]. Cuando uno ya está allá, se arrepiente. Yo decía ¿por qué me vine? Pero uno se va a hacer algo” (IC-15).

La razón de contrapeso a esa situación de incertidumbre y deseos de volver al país de origen la representa la expectativa de poder cumplir con tres propósitos fundamentales: (IC-15)

(a) Alcanzar la meta personal con trasfondo familiar. Una IC dijo: “No se va uno por gusto, sino por la ambición de ir a hacer algo, de ir a superar algo que aquí no se puede hacer” (IC-15).

(b) Cumplir con la expectativa de generar fondos para inversiones para mejorar las condiciones de vida familiares (construir una casa propia, alimento, abrigo, ocio, salud, educación). Una IC lo resumía así: “Por eso uno arriesga su vida y dice “me voy para allá [hacia los Estados Unidos], porque uno sabe que allá puede hacer algo que aquí no puede hacer” (IC-15).

(c) Trabajar para pagar la deuda contraída tanto ante un prestamista en el origen como ante los propios familiares en el destino.

La distancia geográfica y la ausencia de uno de los jefes de familia, o cualquier otro miembro debido a la migración, representa soledad, tristeza y llanto para las mujeres esposas o madres que quedan en el origen, llegando, en algunos casos, a intentos de suicidio, sobre todo por el abandono del marido (IC-14). Y en los hijos e hijas la ausencia del padre se ma-

nifiesta como cuadros de cambios de humor, alternando episodios de agresividad y de llanto, así como el abandono de la escuela, especialmente en los varones (IC-4 ; IC-14; IC-15). Se ha señalado que la afectación de los hijos puede deberse a la falta de la presencia del padre y de cariño de éste (IC-14).⁴⁶

Es frecuente que, en muchos casos, la religión se convierta en un factor al cual se aferran para buscar consuelo y esperanza. En otros casos, no queda más que las palabras de aliento que los familiares más cercanos ofrecen a quienes se quedan. (IC-4; IC-14; IC-15)

Sin embargo, la telefonía se ha convertido en un medio tecnológico que ayuda a mitigar la tristeza, al permitir continuar la comunicación auditiva y visual con el familiar migrante (IC-4; IC-14; IC-15) y la búsqueda de consenso en algunas decisiones familiares (IC-5).

Quienes quedan en el origen, reconocen el esfuerzo que su familiar migrado hace durante el trayecto migratorio, por cuanto supone pasar hambre, temor a la captura y a la deportación, agotamiento por largas jornadas de caminata, sed, insolación, pérdida de peso y padecimientos en las extremidades inferiores tales como hinchazones y dolores osteo-musculares (IC-14; IC-15). A eso deben agregarse otros riesgos como el de ser acechado por la policía o ser secuestrado y extorsionado:

“A mi hermano lo secuestraron dos veces. Le preguntaban ¿Quién es tu coyote? Ochenta mil pesos pidieron por el rescate de dos personas que llevaba el coyote, a quien golpearon y volvió [a Guatemala] quebrado de la rodilla. La segunda vez, como la misma policía los secuestra, le preguntaron ¿Tú tienes familiares en México? ¿Tú tienes familiares en Estados Unidos? Él siempre dijo que no. Al final le dijeron ‘Yo sé que tú tienes familiares en Estados Unidos, pero vete’” (IC-14).

La existencia de redes familiares extendidas tanto en el origen como en el destino se convierte en un factor que facilita la estadía de la familia en el origen (IC-4; IC-5), como la recepción por parte de los familiares y personas conocidas que decidieron migrar (IC-15). Aún cuando el hecho de migrar no asegura encontrar trabajo inmediatamente, tales redes se ocupan de procurar alimento, abrigo y contactos para encontrar trabajo al nuevo migrante en el país destino.

Ya estando en el lugar de destino, en algunos casos, el familiar que ha migrado se enferma, pudiendo requerir de tratamientos de larga prescripción y caros, aún y cuando puedan ganar algún dinero que les permita acceder a una atención de calidad. Una jefa de familia decía:

⁴⁶IC-4, jefa de familia fragmentada entrevistada, urbana.

“(...) al mes de estar allá [Estados Unidos], se enfermó [de Tuberculosis]”. Al final se curó, pero pagó 15 mil dólares”. (IC-14)

En raras ocasiones, las personas migrantes que recién llegan al país de destino (Estados Unidos) encuentran oportunidades de trabajo no previstas, al toparse con algún conacional guatemalteco que emigró y que ya radica en el país destino, quien los contrata para algún negocio propio. Una IC señalaba que...

“Una señora de San Marcos (Guatemala) que ya era residente allá [en Estados Unidos] me dio trabajo”. (IC-15)

Roles

Una posible condición resultante de la migración de uno de los jefes de familia, y de la cual es consciente el otro, es el riesgo de la desintegración familiar. Bajo esta perspectiva, la separación de la pareja que ha migrado supone la redefinición de roles familiares y sociales de la persona que queda. Aunque pueda haber gasto compartido (remesa más salario), entre las responsabilidades que se redefinen en algunas parejas está la provisión material, espiritual y psicológica que hace la persona que queda para sí misma y para los hijos (IC-13).⁴⁷

En otras parejas, en cambio, se intentan pre-

servar los roles de género. Una IC se refería en éstos términos en cuanto al rol que ella y su marido migrado tendrían si éste retornara:

“Darle el papel que le toca después de tantos años; no seguir uno en el papel de jefa de familia, que los haría sentir mal; darle el papel que siempre le ha correspondido en la familia” (IC-5).

La migración de uno de los jefes de familia, y la ausencia por razones laborales del otro, supone para los hijos asumir y combinar labores de estudio y hogareñas, aún a pesar de quedar al cuidado temporal de algún otro familiar. Sin embargo, la integración hacia el vecindario no resulta fácil, debido a la ausencia de la figura paterna que suele ser la que asume el rol preponderante frente a la comunidad, especialmente en el área rural. En este sentido, la figura femenina puede terminar asumiendo roles otorgados a la figura del padre: proveedor, defensa, protección y representación. Esto, sin embargo, supone riesgos nuevos para una mujer, por cuanto queda sujeta a potenciales actos de violencia física y psicológica. (IC-13)

Tal situación queda sujeta a la fiscalización social que los vecinos hacen sobre los roles de la jefa de familia fragmentada, particularmente cuando los hijos quedan solos debido a su ausencia por motivos de trabajo y cuando se conoce que se recibe alguna remesa. (IC-13)

⁴⁷IC-13, mujer jefa familia urbana.

Aunque al nivel urbano la participación de las mujeres jefas de familias fragmentadas puede ser muy poca, aunque manteniendo buenas relaciones con el vecindario (IC-5), en el área rural puede ser más extensiva al asumir los roles y las tareas comunitarias, asignadas a los esposos (IC-4; IC-14). Una IC decía:

“(...) en una aldea es diferente a estar en el pueblo [cabecera municipal]. Allá, cuando hay una reunión uno tiene que ir. Y en los trabajos, si necesitan un trabajo porque van a hacer tal cosa, uno tiene que ir. Tal vez uno no va a trabajar igual que un hombre, pero uno busca a un trabajador que vaya [a sustituirla]. Como el esposo no está, uno se tiene que encargar de ver cómo llegar para hacer el trabajo que necesitan en la aldea.” (IC-14)

Otro recurso local que ha ayudado a algunas mujeres a superar la ausencia de la pareja o de algún familiar que ha migrado, es la presencia y el trabajo de ONG locales que desarrollan proyectos de atención para las mujeres. La participación de mujeres en las actividades de estas organizaciones les ha permitido tomar conciencia de género (empoderarse) y romper con sus roles tradicionales vinculados al sexo (guardiana y protectora de la familia) que permiten la continuidad de la violencia doméstica, particularmente del maltrato derivado del alcoholismo y de la cultura machista. (IC-14)

⁴⁸ IC-14, grupo focal de mujeres jefas de familia fragmentada de área rural.

⁴⁹ IC-15, grupo focal de mujeres jefas de familia fragmentada de área rural.

Situación de salud

Cuando la decisión de migrar no ha sido del todo producto del consenso, la separación puede llegar a suponer episodios de tristeza, depresión, llanto, enfado y actitudes de indiferencia recíproca hacia la pareja que migró. (IC-13)

Frecuentemente, la jefa de familia fragmentada vive con un sentido de incertidumbre, por cuanto se llega a cuestionar para quién y para qué se lucha. Ella termina por encontrar sentido en los hijos y no en la pareja y centra sus esfuerzos para asegurarles cierto nivel de bienestar e independencia económica. (IC-13)

En ocasiones, los familiares en Guatemala enviaban medicamentos a sus familiares que han migrado hacia Estados Unidos, debido a la gravedad del problema de salud que tienen (Por ejemplo, Epilepsia, diabetes o tiroides), o porque el costo de la atención en el país destino suele ser muy alto, debido a que se hace en organizaciones privadas.^{48 49} (IC-14; IC-15)

El cuadro de malestares familiares se amplía al contemplar problemas como las alergias y el cuidado de familiares con discapacidades. La dificultad para acceder a una atención psicológica y de terapia se debe a la falta de dinero o porque no existe dicho servicio en la organización local del sector público. Además, una expectativa de atención de salud impor-

tante es la cobertura y atención del aspecto psicológico familiar para atender el llanto, la tristeza o los sentimientos de soledad. (IC-13; IC-14; IC-15)

Acceso y cobertura de los servicios de salud pública

El acceso a la atención médica terminará siendo un asunto complicado que deberá atender una mujer jefa de familia, por cuanto connota un conflicto entre la responsabilidad laboral y la familiar debido a la incompatibilidad de los horarios.

Debido a la jornada laboral que debe atender una madre jefa de familia fragmentada, la búsqueda de atención de salud en servicios públicos para ella o algunos de los hijos se hace difícil porque los horarios son incompatibles. Esta situación obliga a que los procesos mórbidos se prolonguen y se empuja a la búsqueda de atención privada los fines de semana. Esto implica no solo el gasto de bolsillo para el pago de médico, sino también el de tecnologías de la salud (pruebas diagnósticas de laboratorio y medicamentos), además de la inversión de tiempo y gastos de traslado. (IC-4; IC-13; IC-14; IC-15)

Desde el plano de la atención psicológica hay demanda individual o familiar debido a la carga emocional que supone la fragmentación familiar, la soledad personal de la jefa

de familia y el desamparo y búsqueda de un referente paterno por parte de los hijos. (IC-4; IC-13; IC-14; IC-15)

La demanda por una atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios públicos, incluida la búsqueda de pruebas de VIH/VIH Avanzado es ambigua. Algunas mujeres, jefas de familia fragmentada, acuden especialmente durante algún embarazo. Otras, en cambio, no suelen hacerlo. (IC-4; IC-5)

La remesa se constituye en un recurso de mucha utilidad para acceder a una atención diagnóstica y curativa rápida que, por lo general, se realiza en organizaciones privadas, no obstante, en muchas ocasiones el monto no alcanza para cubrir todos los padecimientos (IC-5; IC-14; IC-15). En algunas familias, el dinero destinado para la atención médica de hijos y adolescentes siempre será priorizada antes que para la del adulto, incluida la persona que funciona como jefa de familia responsable (IC-4; IC-15), debido a que la búsqueda de atención de salud en los adultos se hace solamente cuando están enfermos (IC-14). El pago se hace por servicios pediátricos (niñas, niños y adolescentes), ginecológicos (mujeres) y por problemas crónicos (adulto mayor) (IC-4; IC-14). En las familias no hay cultura de búsqueda de atención preventiva.

El pago por consulta médica, medicamentos y cirugías se constituye en rubros de gasto importantes, considerando el costo elevado de los mismos (IC-4; IC-14). Sin embargo, la cobertura financiera del costo de la atención de salud se hace en cadena y es amplificada:

“Mi hermano [que migró] nos ayudaba. Le enviaba dinero a mi mamá y, de alguna manera, ella me ayudaba a mí. Es una cadena que, al final de cuentas en el caso de las remesas, nos ha ayudado bastante, no solo para lo que es salud, sino también para educación y alimentación.” (IC-14)

Sin embargo, en ocasiones, gastar en salud implica dejar de hacerlo en la educación de los hijos e hijas. (IC-15)

Aunque las jefas de familia conozcan la existencia y ubicación de los servicios públicos gubernamentales en sus comunidades (los puestos de salud) o fuera de ellas (hospitales), su uso se desestima considerando la mala atención, la falta de medicamentos, la carencia de pruebas diagnósticas (ultrasonidos), la falta de resultados posteriores a hacerse las pruebas de laboratorio de salud sexual y reproductiva (Papanicolaou) y por dificultades administrativas (huelgas). (IC-14; IC-15)

Al final, es una cadena de eventos negativos que contribuyen al desgaste de la imagen de los servicios públicos gubernamentales. Tal y

como lo señaló una IC sobre el tema de las pruebas diagnósticas del Papanicolaou:

“La respuesta en el puesto de salud es que [las pruebas diagnósticas] se van [al laboratorio central] y nunca vuelven [con el diagnóstico]” (IC-15). [Corchetes nuestros]

A ello se agrega que en los servicios de salud se da prioridad de la atención a niñas y niños, pero no a la atención de los adultos, especialmente de adultos mayores con enfermedades crónicas que requieren de medicamentos caros (IC-15). Esta situación, entre otras, “hace que” la búsqueda de atención se haga en servicios privados”. (IC-14)

Alimentación

La remesa representa un recurso importante para mejorar la atención de los problemas y necesidades de alimento, al acceder a mayores cantidades de cereales, de carne –la más barata-, de verduras y de vitaminas. También implica dejar la cocina familiar tradicional y acceder a otro tipo de consumo, en algunos casos perjudicial para la salud, tal como la comida rápida, el pollo frito, tacos, salsas industriales, refrescos instantáneos, sopas y pastas instantáneas, productos empaquetados y enlatados y las golosinas y frituras industriales para los niños. La consecuencia es que se enferman de problemas gastrointestinales por el tipo de comida que se les da. (IC-14; IC-15)

A eso habrá que agregar que las niñas, niños y adolescentes pueden pasarse frente al televisor casi todo el día porque no tienen otra actividad que hacer, o porque han dejado la escuela porque la jefa de hogar ha dejado de recibir la remesa. Además, algunas jefas de hogar gastan en productos suntuarios como la compra de macetas, a pesar de que la remesa se ha reducido un poco porque el trabajo en Estados Unidos ha bajado. (IC-14)

En este aspecto hay una doble lectura por parte de algunas mujeres jefas de familia. Por un lado, es cierto que se accede a comida industrial, que es denominada por algunas personas como “ahorra pereza” (IC-14), por cuanto supone una preparación rápida y es barata, mientras que la cocina hogareña, basada en frutas y verduras, suele ser igual e incluso más cara que la comida rápida y requiere tiempo para su preparación. (IC-15)

Riesgos y vulnerabilidades

Riesgos físicos

La separación de la pareja puede suponer una mayor vulnerabilidad personal, especialmente en el área urbana, lo cual incrementa la probabilidad de sufrir agresiones físicas como atracos constantes, amenazas de diverso tipo y extorsiones (IC-4). Una IC decía:

“Ahora que salgo sola a la calle para hacer mandados, la gente se da cuenta que uno está sola. Se siente el riesgo a asaltos. La delincuencia ha subido mucho y en este tiempo asaltan por donde sea, hasta en los centros comerciales.” E incluso, la falta de confianza en las autoridades policíacas es motivo de inseguridad y pérdida de confianza (IC-4).

Riesgos para la salud psicológica

La partida de un miembro de la familia puede vivirse de manera distinta, dependiendo de quién migra. Cuando migra la pareja jefa de hogar puede haber sensación de separación y los factores vinculantes se restringen al apoyo financiero y a la comunicación. (IC-13) En otras ocasiones, muy raras, puede conllevar a intentos de suicidio, sobre todo, si el hombre abandona intencionalmente a la esposa (IC-14).

La forma en que uno de los miembros de la pareja migró, la distancia y la calidad de la comunicación que se tenga pueden llegar a afectar la dinámica afectiva, a tal punto de considerar la relación entre la pareja como una amistad (IC-13), o bien como un soporte familiar que está pendiente de la situación económica de la familia (IC-14; IC-15).

La fragmentación familiar también supone, en el plano personal, una sensación constante de vivir en soledad, de desintegración y de abandono, las cuales se magnifican si

también concurre una condición de empobrecimiento de la familia. Aunque son frecuentes los sentimientos de culpabilidad, los mismos contrastan con actitudes de autosuficiencia como posible mecanismo de defensa (IC-13). Además, ante la ausencia de una figura masculina protectora, el refugio en la figura divina termina siendo un recurso al que se recurre para llenar el vacío del desamparo.

Sin embargo, la posibilidad de tener una nueva pareja supone un dilema personal para la jefa de familia fragmentada, por cuanto pueda generar un conflicto de intereses con sus hijos. Dicho escenario potencial hace que se desestime continuar con la vida afectiva personal. (IC-13)

Riesgos Sociales

Según las condiciones que sustentaron la migración de la pareja, el distanciar a los hijos de los familiares paternos supone un distanciamiento explícito que reduce el apoyo de la red familiar aún cuando se pueda mantener cierto apoyo moral. Lo único que al final se preserva son ciertos ritos como reflejo de las convenciones sociales. (IC-13)

Pese a la fiscalización social que la jefa de familia fragmentada pueda vivir, a raíz de la nueva dinámica familiar, mantiene cierto apoyo de algunos vecinos, lo cual ayuda a mantenerse integrado a la dinámica del barrio

(IC-13). Esto es particularmente significativo en el área rural, en donde la jefa de familia fragmentada asume los roles comunitarios que tenía el esposo antes de migrar (IC-14).

Por otra parte, la separación connota la exposición y efectos de los riesgos, vulnerabilidades y amenazas para la vida familiar. Aunque existe la posibilidad de denunciar a los agresores, en el caso de que la familia sufra alguna agresión, se vive con la certeza de la colusión entre autoridades y agresores (particularmente, la policía nacional), especialmente en zonas urbanas periféricas. (IC-13)

Ahora bien, ante un escenario de retorno de la pareja que migró, se tiene claridad de que la situación económica del país no ofrece oportunidades de trabajo fáciles para quienes lo hacen.

Riesgos en el trabajo

Las mujeres invierten mucho tiempo (días) en la búsqueda de trabajo y, casi siempre, sin ningún éxito. Cuando logran algún trabajo temporal, el pago por la jornada no supera los cincuenta quetzales. El escenario laboral en el campo no solo se ha agravado por la epidemia de la roya que ha afectado a las plantaciones de café, sino se prevé también un contexto sin el trabajo estacional de este cultivo que repercutirá sobre la economía familiar. (IC-15)

La triple jornada de la mujer (que consiste en hacer las tareas del hogar, atender y cuidar de los miembros de la familia y buscar trabajo) dificulta su vinculación con trabajos formales así como la decisión de migrar.

No obstante, las jefas de hogar fragmentado mantienen la expectativa de que se generen nuevas oportunidades de trabajo que les permitan acceder a ingresos extraordinarios para el pago de servicios sociales (salud y educación) y para alimentación. (IC-4; IC-14; IC-15).

D. LOS ACTORES SOCIALES FRENTE A LAS PERSONAS MIGRANTES RETORNADAS Y LAS FAMILIAS FRAGMENTADAS

El papel que han venido desempeñando organizaciones de la sociedad civil (asociaciones comunitarias, iglesia, ONG, entre otras) con relación a la atención de poblaciones vulnerables tiene distintos rostros, enfoques, ex-

periencias, alcances y resultados. La atención a poblaciones inmigrantes y emigrantes, particularmente en la salud, ha sido importante.

E. EL PERFIL DE LAS ORGANIZACIONES CIVILES Y EL CONTEXTO DE SU TRABAJO

En el trabajo de movilidad humana hay dos grandes vertientes, derivadas del contenido programático de instituciones religiosas, de organizaciones no gubernamentales y de organizaciones de base comunitaria. Históricamente, estas instituciones han tenido dos roles importantes:

(a) El de actor asistencial social, cuyas acciones son complementarias a las acciones del gobierno

(b) El de actor generador de propuestas operativas innovadoras, frente a la parcialidad de las políticas sociales gubernamentales.

En la actualidad, estas organizaciones siguen contribuyendo a cofinanciar la política social, sin que se haya llegado a estimar de manera formal el verdadero aporte.

El bregar de estas organizaciones tiene a la base las condiciones de exclusión de la mayoría de la población guatemalteca, principalmente la población maya y las mujeres, niñas

y niños del área rural. El trabajo desarrollado con poblaciones vinculadas a la migración tiene tres características: (IC-22)

- (i) Se ha enfocado a grupos de población vinculados a la movilidad humana, con diferente grado de experiencia y capacidad instalada.
- (ii) Han ido configurando, con muchas dificultades, un trabajo interinstitucional y transdisciplinario.
- (iii) Su trabajo aún lo consideran paralelo al trabajo gubernamental, aunque hay puntos de articulación.⁵⁰

En cuanto al acceso a los servicios de salud, y a los otros servicios gubernamentales, se necesita mayor comprensión y conocimiento por parte del funcionariado acerca de cómo la condición migratoria que arrastra la persona puede impactar en la salud de las personas migrantes. El reto es pasar de intervenciones individualistas y de carácter asistencialista a ofrecer intervenciones que atiendan lo estructural de fondo (trabajo, participación y empoderamiento). (IC-23)

Objetivos de las organizaciones civiles

Estas organizaciones cubren un amplio espectro de actividades que van desde la asistencia social y el cumplimiento de derechos hasta la construcción de espacios de partici-

pación e incidencia ante autoridades locales, departamentales y nacionales, con el fin de influir sobre el desarrollo integral social, cultural, político y económico de adultos y jóvenes de las áreas de influencia de su quehacer. (IC-24)⁵¹

Atendiendo a su misión, procuran hacer visible el drama humano, familiar y social detrás de cada persona migrante retornada, señalando con ello que todo abordaje deberá ser de orden integral.

El perfil de los grupos meta

Estas organizaciones con frecuencia atienden a personas migrantes retornadas con dos tipos de perfil. Por un lado, aquellos retornados que, pese a sus deterioradas condiciones de salud luego del retorno forzado, insistirán en luchar por llegar a los Estados Unidos y, por otro lado, están los migrantes retornados que se lamentan por la pérdida de su dinero invertido en el viaje, el cual no repetirán, se sienten desgraciados y muchos de ellos hasta han perdido sus trabajos. (Montes, 2014: 1-2)

Las personas adultas y jóvenes retornados a quienes las organizaciones civiles han orientado su trabajo de atención asistencial (IC-8; IC-24) se caracterizan por:

⁵⁰IC-22, trabajador vinculado al trabajo de pastoral humana.

⁵¹IC-24, grupo focal con asociación de jóvenes Quetzaltenango.

- Ser personas extranjeras (El Salvador y Honduras, especialmente) y nacionales provenientes de todos los departamentos del país.
- Ser de diferentes etnias mayas y también no mayas.
- Enfrentar deudas de entre los 40 y 70 mil quetzales (entre cinco y nueve mil dólares estadounidenses).
- No lograr acceder a un trabajo remunerado y ser sujetos a explotación laboral.
- Tener conocimientos vagos sobre el significado de la migración.
- Ignorar las implicaciones de la migración, considerando que el abuso y la explotación sexual forma parte de la experiencia.
- Estar influenciados por convicciones religiosas sobre la salvación.
- No saber de derechos nacionales y mucho menos de los internacionales.
- Es frecuente que muchas mujeres viajen embarazadas de hasta dos meses, como una especie de seguro ante potenciales violaciones sexuales en el trayecto.
- Una buena parte de mujeres proceden de hogares y comunidades donde hubo violencia sexual y otros maltratos.
- Ser objetivos de asaltantes, incluidos los mismos coyotes.
- Cargar con un estigma de delincuente, sobre todo, cuando están en el trayecto, lo cual les genera la posibilidad de ser agredidos por los pobladores al considerarlos como delincuentes.
- Ser víctimas de criminales, principalmente de aquellos vinculados al narcotráfico y a las maras.

- Quienes viajan en la denominada “bestia”, corren el riesgo de ser objeto de asaltos, recibir agresiones de narcotraficantes, ser obligados al trabajo forzoso en algunas fincas o a ser torturados por extorsionistas.
- Suelen acudir con cuadros caracterizados por la soledad, el miedo, la frustración y contusiones.

Desde la experiencia de trabajo de estas organizaciones, los grupos de adolescentes, niñas y niños que migran, y que han retornado tras ser deportados, se caracterizan por: (IC-24)

- Volver traumatados y frustrados.
- Enfrentar una deuda de entre 25 y 40 mil quetzales.
- Su familia ha empeñado algún bien, regularmente una propiedad, o ha hecho un préstamo para financiar la experiencia migratoria.
- Arrastran, con frecuencia, experiencias familiares y migratorias traumáticas.
- Psicológicamente no superan la experiencia vivida, o les es difícil hacerlo, dejando consecuencias de diverso tipo y gravedad.
- Son motivo de tachas y burlas en su comunidad, por sus amistades y familiares.

Además, estas organizaciones han detectado que adolescentes y jóvenes que deciden migrar provienen de dos clases de familias. Por un lado, están aquellas familias que no reciben remesas y, por lo tanto, no tienen poder de ningún tipo, son dependientes de la si-

tuación de subsistencia con todas las consecuencias que ello supone. Estas familias son nichos importantes para el coyote, pues les vende la idea de prosperidad como contraste con la realidad que vive la familia. En algunas comunidades, los mensajes religiosos influyen de manera negativa al reforzar ciertos roles tradicionales de la familia y vincula la captura, deportación y fracaso migratorio con el hecho de “no haber tenido fe”.

Por otro lado, hay adolescentes y jóvenes que forman parte de familias que reciben remesas y que, por lo regular, dejan la tierra, no aprenden ningún oficio y no tienen ningún

tipo de orientación política y social, pero sí mantienen un consumo importante y generan un efecto de demostración perverso para los otros. Además, en algunas comunidades rurales, a las familias se les mide por lo económico. Este tipo de familias ya no siembran sus tierras sino, en cambio, le ponen cerca con la intención de revalorizarla y comercializarla. (IC-23)

Las condiciones de salud de estas personas retornadas que acuden en busca de apoyo y alivio a algunas instituciones, principalmente religiosas, se caracterizan por un pronunciado deterioro físico y mental (IC-8⁵²; IC-9⁵³; IC-22; Montes, 2014: 2).

Tabla 58. Problemas de salud psicológicos y físicos identificados por organizaciones que atienden a personas retornadas. Guatemala, 2014.

Problemas psicológicos	Problemas físicos
<ul style="list-style-type: none"> • Angustia • Confusión • Depresión • Bloqueos psicológicos o fugas mentales • Hermetismo • Baja autoestima • Psicosis • Paranoia • Esquizofrenia • Soledad • Miedo • Frustración 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones físicas permanentes • Desnutrición • Contusiones • Deshidratación • Problemas respiratorios • Dermatitis

Fuente: elaboración propia con base en trabajo de campo

⁵².IC-8, autoridad de organización religiosa que atiende a migrantes.

⁵³.IC-9, autoridad de movilidad humana.

Entre las principales causas de estas enfermedades están las condiciones del viaje que emprenden y las agresiones de las cuales son objeto. Entre los principales agresores están las autoridades policíacas, guatemaltecas⁵⁴ y mexicanas, bandas organizadas de delincuencia, organizaciones de narcotráfico, coyotes, lugareños e incluso compañeros de viaje (IC-8; IC-9). Aunque parte de este cuadro de problemas también se explica por historias de violencia o de sufrimiento que hay detrás de cada una de las personas que son recibidas y atendidas en las organizaciones de acogida (IC-22).

En el caso del trabajo con familias fragmentadas, algunas organizaciones civiles y religiosas trabajan con redes de mujeres, desarrollando actividades agrícolas, de organización, de desarrollo e iniciativas ecológicas para generar ingresos. (IC-22)

Metodología de trabajo

Algunas organizaciones civiles que trabajan con poblaciones vinculadas a la migración, asientan su trabajo sobre la cultura local e indígena y sobre la atención psicosocial a jóvenes y familias en áreas rurales⁵⁵. Entre sus áreas de trabajo están la consejería y asesoría, el trabajo con familias para la reunifi-

cación, el conocimiento de lo cultural como herramienta de valores, actividades de capacitaciones regionales, el impulso de prácticas de reinserción laboral y la (re)integración a centros educativos. (IC-23)

Para una ONG de base comunitaria, cuyo trabajo se enfoca en adolescentes y jóvenes migrantes retornados, la búsqueda de oportunidades para mejorar la calidad de vida, especialmente entre jóvenes, es fundamental. Este trabajo se da a través del fortalecimiento de sus capacidades y su participación, de propuesta y exigencia de cumplimiento de derechos al Estado guatemalteco, de su capacidad para sensibilizar a líderes comunitarios y para aportar líderes emprendedores de las propuestas comunitarias. (IC-24)

Por su parte, algunas organizaciones religiosas que se dedican a la atención de poblaciones migrantes (inmigrantes y emigrantes) enfocan sus esfuerzos en brindar asistencia social, esto es, que ofrecen albergue, alimento, ayuda monetaria para transporte y protección, señalando la complejidad de la interacción social alrededor de la atención de cada caso (IC-9). Dadas las condiciones de pobreza y deterioro físico en las que acuden las personas migrantes retornadas, implementan programas financiados por sus autoridades

⁵⁴ Esta situación ha sido señalada por personas de la región Huista (Huehuetenango), por cuanto que en el recorrido que los grupos de migrantes centroamericanos hacen hacia la frontera con Chiapas (México) son objeto de múltiples detenciones por parte de agentes de la policía, quienes coordinada y sistemáticamente exigen dinero a cada migrante para dejarlos transitar hacia el siguiente puesto de detención policíaca (patrulla). (IC-12)

⁵⁵ IC-23, entrevista a expertos directivos de la ONG.

provinciales, cuyo objetivo parte de considerar las necesidades que muchos migrantes tienen al llegar voluntariamente a buscar atención o por ser referidos por otras organizaciones. (IC-8)

Las aportaciones de trabajo a la política social

El trabajo asistencial desarrollado por estos tres tipos de organizaciones civiles, ha sido dirigido, con diferentes énfasis y alcances, hacia población migrante retornada, familias fragmentadas y la niñez y adolescencia migrante no acompañada. Cada organización ha definido la amplitud o la focalización de su trabajo, de acuerdo al grupo o grupos de interés, o a su propia mística de trabajo.

Con mayor o menor énfasis en cada actividad, estas organizaciones han venido ofreciendo a las personas migrantes retornadas cuatro tipos de intervenciones:

(a) De consuelo, consejería y fortaleza moral, sobre todo, por la confianza que suelen tener hacia las instituciones de la iglesia católica considerando los valores cristianos que promueven.

(b) De coordinación con estudiantes del último año de psicología de la Universidad Nacional San Carlos de Guatemala, quienes realizan su Ejercicio Profesional Supervisado

(EPS) para ofrecer opciones de atención psicológica y de referencia al sistema público de salud.

(c) De coordinación con otras instancias (diocesanas en el caso de las organizaciones religiosas e interinstitucionales en el caso de ONG y de base comunitaria) para brindar una asistencia integral, que incluye alojamiento, alimentación, abrigo y atención médico-psicológica.

(d) De coordinación con organizaciones gubernamentales (Procuraduría de los Derechos Humanos y Ministerio de Relaciones Exteriores) e internacionales (Organización Internacional para las Migraciones y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia⁵⁶) para la protección de los derechos humanos de las personas migrantes.

Las condiciones que enfrentan los trabajadores que bregan en los programas de asistencia social para personas retornadas suponen un grado de dificultad importante, principalmente por las condiciones psicológicas y físicas de éstas. Un entrevistado dijo: (IC-9)

“Hay todo un proceso, un primer día a lo mejor, están muy herméticos y no quieren decir nada... hay gente que no se abre en todo el tiempo, porque quién sabe qué historia tienen. Vienen hechos nada. Para ellos es hasta una manera de protegerse el aparecer como ‘na-

56. Con UNICEF desarrollaron un trabajo conjunto entre los años 2011 y 2012, en el cual había asesoría jurídica a través de un abogado, y se desarrollaban actividades de sensibilización, visualizar la problemática, coordinación interinstitucional y acompañamiento de casos. (IC-22)

die'; el pasar invisibles en la casa. Algunos de ellos lo hacen para no ser localizados, no ser identificados, como una táctica de protección, porque vienen huyendo de situaciones de violencia tremendas, con unos traumas psicológicos tremendos..." (IC-9)

Frente a casos complejos, estas organizaciones se ven superadas en su capacidad, teniendo que referir los casos hacia las unidades de salud común y psiquiátrica del gobierno, principalmente hospitalarias. Sin embargo, se encuentran con situaciones que limitan la efectividad de sus acciones y la mejora del estado de salud de las personas retornadas que son referidas: (IC-9)

- i. Demora en la atención, teniendo que esperar varias horas para recibir algún tratamiento o no recibir ninguna atención porque no se alcanzan números para ello.
- ii. Respuesta parcial, porque puede no haber medicamentos y solamente se egresa con receta.
- iii. El personal de trabajo social muchas veces no está capacitado para detectar e identificar el trasfondo de los casos al momento de la entrevista, reduciendo las posibilidades de acceder a una atención especializada e integral.

iv. Dificultades para darle seguimiento a cada caso una vez egresado del centro asistencial del gobierno.

Los retos

El quehacer de estas organizaciones ha sido una respuesta complementaria a la política social de gobierno en cuanto a la atención de salud de las personas migrantes retornadas, las familias fragmentadas y la niñez no acompañada. La atención gubernamental, en muchas áreas, termina teniendo cobertura reducida, paliativa, coyuntural, de corto plazo y, en muchas ocasiones, desconectada de la legislación internacional que el país ha firmado. (IC-9)

Los principales retos que enfrentan estas organizaciones para seguir brindando atención a las personas migrante retornadas parten del siguiente escenario:

- La atención se ha ido incrementando año tras año.
- El principal rubro de gasto son los destinados al pago de transporte, abrigo, medicación y alimentación.
- La mayoría de personas migrantes retornadas que demandan apoyo son hombres jóvenes (entre 21 y 40 años de edad) y con algún grado de educación.

- El principal motivo migratorio es la mejora económica.
- Los principales problemas de salud que se presentan son respiratorios, gastrointestinales y lesiones por agresiones físicas.

Un reto central es cómo influir sobre la orientación actual de las políticas de desarrollo del país y en la mejora de los mecanismos de inclusión y de cohesión social. Además, la acción interinstitucional gubernamental debe realizarse desde una mejor coordinación, según la opinión de un entrevistado:

“Creo que necesita un mayor esfuerzo, que se verifiquen de nuevo estos protocolos, muchos de los cuales ya están escritos pero que, en el

momento de la práctica, no se respetan estos asuntos, mayor coordinación con ellos que deberían estar al tanto para hacerle la vida menos pesada a los que vienen, que no se vean como competencia, que garantice la atención.” (IC-9)

Tras este perfil institucional gubernamental señalado, aparecen dos tipos de limitaciones en las capacidades estatales en salud. Por un lado, las limitaciones políticas, por cuanto que las autoridades tienden a diseñar políticas y regulaciones de corto alcance y sujetas a la agenda internacional y, por otro lado, limitaciones administrativas que se reflejan en la implementación de programas sin financiamiento, entidades sin capacidad de ejecución del presupuesto y manejo presupuestario sin transparencia. (IC-9)

F. LOS ACTORES GUBERNAMENTALES FRENTE A LAS PERSONAS MIGRANTES RETORNADAS

1. LA DIRECCIÓN GENERAL DE MIGRACIÓN⁵⁷ FRENTE A LAS PERSONAS MIGRANTES RETORNADAS

Para trabajadores de la Dirección General de Migración (IC-21) se deberá tener claridad de que ésta actúa conforme a su mandato legal, y la ley no habla de retornados, solo indica velar por las entradas y salidas de nacionales y extranjeros. De ahí que la DGM debería de

operar, legalmente, velando por la normalidad migratoria de las personas deportadas por las autoridades mexicanas, a partir del listado oficial. Sin embargo, ha ido más allá de su responsabilidad:

⁵⁷. IC-21, grupo focal con trabajadores de migración.

- Extendiendo sus funciones a algunas intervenciones en albergues, aunque no está obligada a hacerlo.
- Contribuyendo con una pequeña parte humana del proceso migratorio de las personas retornadas deportadas, y lo hace aunque la ley no la faculta para ello en temas de capacitaciones, planificando un proyecto para la apertura y funcionamiento de una escuela migratoria para institucionalizar las capacitaciones de funcionarios y ofreciendo charlas motivacionales e información orientativa verbal para las personas retornadas en los albergues.

Con respecto a su mandato, hay que tomar en cuenta que cuando se formuló y sancionó la actual ley que la respalda, el fenómeno del migrante retornado no existía en la dimensión actual ni tampoco era sujeto de atención interinstitucional. Lastimosamente, más allá de la obligación del registro de datos, aún no se tiene información sobre el porcentaje de su presupuesto destinado para la atención. (IC-21)

El costo de oportunidad por no tener una ley migratoria más efectiva, es que se opera conforme a la ley vigente y eso tiene como costo que no se pueden emprender acciones más integrales, especialmente para los retornados de forma involuntaria. (IC-21)

La coordinación interinstitucional para la atención de las personas retornadas debe ser fortalecida. Cada organización gubernamental atiende a grupos específicos de población, incluida la DGM, y la coordinación puede llegar a ser más coyuntural que sistemática.

En lo que corresponde a las actividades migratorias con México, la coordinación se mantiene a un nivel adecuado. Eso ha permitido implementar exitosamente algunos programas bilaterales de atención a personas migrantes. A nivel regional centroamericano no existe aún una política integral regional migratoria. Esto se debe a que las incompatibilidades entre los criterios migratorios entre los países son muchas veces de orden político y no técnicos.

2. LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN FRENTE A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA MIGRANTE NO ACOMPAÑADA

La atención interinstitucional conjunta entre la Secretaría de Bienestar Social (SBS) y la Procuraduría General de la Nación de la Niñez y Adolescencia Migrante No Acompañada (NAMNA) se basa en un Plan de Contención bien estructurado y un reglamento, de reciente elaboración, orientado a ordenar las acciones.

La atención se lleva a cabo en dos albergues ubicados en los departamentos de Guatemala y Quetzaltenango, conocidos como “Nuestras Raíces”. La acción conjunta interinstitucional se basa en cuatro ejes de trabajo:

- Protección consular y repatriación
- Recepción y atención psicosocial
- Integración social
- Prevención

La SBS tiene construido un perfil de morbilidad que se presenta en la niñez no acompañada, luego de su experiencia migratoria, y que repercute en su estado emocional: (SBS, s/f: 2)

- Ataques de ansiedad
- Depresión
- Somatización
- Hostilidad
- Sentimientos de culpa tras el fracaso

- Problemas gastrointestinales (IC-25)⁵⁸
- Cuadros alérgicos (IC-25)

Las actividades de atención que se llevan a cabo en los albergues consisten en proporcionar alimentación, entrega de kits de higiene personal, atención médica, psicológica y de trabajo social, así como las referencias respectivas. Posteriormente, en las siguientes 72 horas, se ha de establecer el proceso de reunificación familiar, a cargo de la Procuraduría General de la Nación. Para ello, se lleva a cabo un proceso que articula cinco pasos: (SBS, s/f: 2; IC-25)

1. La recepción por parte de los equipos de SBS, incluye las acciones primarias de atención de salud, en coordinación con la Cruz Roja y OIM (Proyecto de asistencia integral a niños, niñas y adolescentes no acompañados retornados). Toda derivación se hace hacia las unidades asistenciales del Ministerio de Salud más cercanas a los puestos de recepción de las niñas y niños. (IC-25)
2. Se ofrece hospedaje a los padres por parte de OIM.
3. Se realiza una entrevista, en la que se evalúa y se establecen riesgos familiares para cada caso por parte de SBS.

⁵⁸ IC-25, funcionaria que atiende niñez no acompañada.

4. Se realiza la reunificación familiar con el apoyo de la PGN
5. Se financia el traslado de niños y niñas hacia sus comunidades por OIM.

Como parte del seguimiento que se hace a la niñez migrante no acompañada, se desarrollan tres acciones: (SBS, s/f: 2; IC-25)

1. Buscar la reinserción de estas niñas y niños en centros educativos gubernamentales, en coordinación con el Ministerio de Educación de Guatemala y, si es posible, que accedan a oportunidades de formación técnica a través del Instituto Técnico de Capacitación y productividad de Guatemala (INTECAP).
2. Desarrollar programas de protección social, derivando los casos hacia otros programas de gobierno a los que puedan calificar.
3. Apoyar programas de protección especial, orientados a asegurar una inserción familiar realizando acciones de contención emocional, evaluaciones de riesgo familiar y haciendo las derivaciones respectivas hacia plataformas comunitarias donde se ubican las ONG.

Por su parte, la PGN realiza también acciones de seguimiento de casos especiales. Sus autoridades en Quetzaltenango atienden entre siete u ocho audiencias judiciales diarias relacionadas con la niñez no acompañada. (IC-19⁵⁹)

Para lograr sus objetivos, la SBS realiza convenios y cartas de entendimiento con la cooperación internacional y con ONG que operan al nivel comunitario, con la intención de articular las acciones y reorientar los presupuestos. (IC-25)

Diariamente, la SBS atiende a un promedio de 90 niños, niñas y adolescentes. De este promedio, entre el 80 por ciento y el 90 por ciento tienen entre 14 y 17 años de edad.

Para algunos funcionarios de la administración pública vinculados a la atención de este grupo de población, la atención interinstitucional coordinada recién comienza a cobrar fuerza, especialmente a raíz de la cobertura mediática de la que ha sido objeto la niñez no acompañada (IC-25). Para otros funcionarios, el rumbo que tomará el tema y la respuesta institucional aún no es clara. Incluso, pese a la cierta conciencia que hay entre las autoridades municipales, no hay capacidad de convocatoria para otros actores sociales que trabajan el tema, especialmente, a nivel departamental (IC-19).

Un IC vinculado al trabajo de movilidad humana dijo:

“Los migrantes no son sólo números sin nombres... por cuanto son vidas que no se conocen. Para nosotros, detrás de cada migrante hay una vida, una historia de vida, una historia de sufrimiento y una historia de vida de familia. El migrante no se va [viaja] solo.” (IC-22)

⁵⁹IC-19, funcionaria vinculada al trabajo con niñez migrante no acompañada.

VIII. DISCUSIÓN

A. EXCLUSIONES, INTEGRACIÓN SOCIAL Y SEGURIDAD HUMANA

La condición de salud de las personas migrantes retornadas y la de las familias fragmentadas, vistas desde una concepción amplia de **la Seguridad Humana**⁶⁰ (PNUD, 1994: 4), hace hincapié en la satisfacción de las necesidades básicas y el afrontamiento de los problemas ligados a la pobreza y el desarrollo, a partir de “una situación en la que las personas están libres de todo tipo de amenazas a la integridad humana, de forma que pueda garantizar el desarrollo humano, la vida y la dignidad.” (Mendía y Pérez, 2013: 11)

Desde esta perspectiva, las condiciones de vida de las personas retornadas y familias fragmentadas, siguen colocando a estas poblaciones en una situación de exclusión social, la cual dio origen a la migración misma. Los motivos, especialmente de orden económico, siguen empujando a las personas a tomar la decisión de emigrar en busca de diferentes incentivos, debido a las precarias condiciones de vida en el origen. Otras familias, en cambio, se reacomodan en lo familiar y social para afrontar en lo cotidiano las nuevas condiciones de consumo y desafíos en la sobrevivencia.

Si las personas migrantes logran alcanzar el destino, se produce una mejora en el nivel de consumo al lograr invertir en bienes materiales para asegurar cierta estabilidad económica para el futuro familiar. Sin embargo, esta

situación no necesariamente se traduce siempre en bienestar y desarrollo humano, ligado al concepto de seguridad humana.

A este marco general, se agrega el desconocimiento de los derechos y oportunidades de las personas migrantes y retornadas, lo cual contribuye a su vulnerabilidad frente a las amenazas y riesgos del trayecto, así como también permite que lleguen a “justificar” los abusos en ciertos actos administrativos (detención y encierro en “la hielera”) y las violencias psicológicas (trato como delincuente e indiferencia) y simbólicas (mezcla con delincuentes) cuando se está detenido tras ser capturado en el país de destino (Estados Unidos, principalmente).

La exigencia de vivir dignamente, requiere asegurar ciertas libertades: vivir sin temor y sin miseria. Para ello, el espíritu de las políticas públicas y los programas de salud –y sociales en general- dirigidos a estos dos tipos de población migrante requieren de una visión integral que considere a las personas como el centro del análisis.

⁶⁰La seguridad humana significa estar libres de las constantes amenazas del hambre, la enfermedad, el delito y la represión, PNUD, 1994: 4.

B. LA MIGRACIÓN Y SUS MERCADOS

A las condiciones históricas de exclusión social y económica que han caracterizado las condiciones de vida de las y los guatemaltecos, se agregan las exclusiones y estigmas propios de la migración internacional, especialmente las aplicadas por los países del norte de América. Paralelamente, a la criminalización de la persona migrante en condición administrativa irregular, el tránsito y el destino desnudan otras realidades rebosantes de riesgos, amenazas y vulnerabilidades que se suman a las exclusiones en el origen y que, al igual que ésta, son generadoras de efectos perversos que se hacen manifiestos tanto al llegar al destino como al retornar al origen.

La figura de la persona migrante está sujeta a los intereses de los mercados de bienes de consumo y de servicios financieros que operan alrededor suyo y de su familia, especialmente cuando la tentativa migratoria es exitosa. En cambio, todo fracaso connota una especie de segunda exclusión, la del retorno dentro de la exclusión de origen.

Esta dualidad no permite intermedios. Mientras que los casos 'exitosos' (?) son, en la mayoría de casos, generadores de mejores opciones de consumo e inversión que beneficia directamente a la familia que queda en el país de origen, el retorno significa, nuevamente,

volver a la falta de acceso a mecanismos de protección social y de satisfacción de necesidades básicas y que en, el mejor de los casos obliga a re-aprender a vivir en quetzales, mientras que en el peor escenario, a reintentar de nuevo alcanzar el país destino.

C. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

El perfil socio-demográfico de las personas retornadas se caracteriza por ser joven y fuerte con una mediana de 30 años, supuestamente sana aunque algunas de ellas, especialmente las mujeres y aquellos de mayor edad, podrían acarrear problemas crónicos de salud, por cuanto que la mayoría de las personas encuestadas se encuentra en edades importantes para el bono demográfico del país, es decir, económicamente productivas y con un nivel educativo (primaria y secundaria) que los vincularía a trabajos semi-calificados. La mayoría de los casos son hombres, con relación formal de pareja y con dependientes (casados y unidos), autodefinidos como ladinos.

Las familias fragmentadas, por su parte, se caracterizan por un predominio de mujeres jefas de hogar, que se autodefinieron como ladinas. Son mujeres dedicadas, principalmente, a ser amas de casa, a la agricultura y a atender micro-negocios propios, con niveles educativos entre secundaria (Guatemala) y ninguno y primaria (Huehuetenango).

La mayoría de estas familias vive con el ingreso de las remesas, seguido del ingreso proveniente de micro-negocios y de transferencias de otros familiares. Habitan en casa propia. En la mayoría de casos, la jefa de hogar es la esposa, seguida de alguna hija o hijo. La figura patriarcal sigue predominando al momento de especificar quién es la jefa o jefe del hogar, recayendo en la pareja masculina que migró.

En la mayoría de casos encuestados (seis de cada diez), el número de dependientes es de hasta tres personas y alcanza hasta 5-6 dependientes en nueve de diez casos. En la mayoría de las familias (siete de diez casos) el número de integrantes, incluida la jefa o jefe de hogar, es de cinco miembros.

Casi la totalidad de familiares migrados radicados en los Estados Unidos (nueve de cada diez casos), quienes en su mayoría trabajan en la actualidad y envían remesas mensualmente.

D. CONDICIONES DE SALUD

Las condiciones de salud de la población retornada que fue encuestada reporta, tras la experiencia migratoria, el padecimiento de problemas de salud, especialmente de carácter psicológico (originados por el maltrato, la violencia y la angustia vividas) y físico (pérdida de peso y lesiones permanentes) sin cobertura específica. Además, las experiencias migratorias de deportación y ausencia del fa-

miliar que ha migrado no han supuesto para la mayoría de las personas retornadas como de las familias fragmentadas un efecto negativo asociado al incremento del consumo de alcohol, tabaco o drogas. Sin embargo, en algunos casos exitosos de alcanzar el destino (Estados Unidos) el consumo de alcohol como medio de fuga ante el auto-enclaustramiento, la soledad y la tristeza ocurre con cierta frecuencia.

Para las jefas y jefes de hogar de las familias fragmentadas encuestadas, la distancia geográfica y la ausencia de uno de los jefes de familia -o de cualquier otro miembro de la familia- debido a la migración, implica una importante carga de soledad, tristeza, depresión y llanto.

Por otro lado, llama la atención que para las personas retornadas la auto-percepción sobre el deterioro del estado de salud individual se duplicó tras la experiencia migratoria. Esto supone que las consecuencias tanto de las condiciones del trayecto como las de vida en el destino imponen condiciones extremas o difíciles capaces de generar deterioro físico y psicológico. Debido a las nuevas condiciones de vida y al tipo de consumo que podría estar dando dentro del núcleo familiar fragmentado en el cual se reintegra una persona retornada, las condiciones de salud no tienen mejores expectativas que las tenidas antes de la partida.

De igual manera, la mayoría de las jefas y jefes de familias fragmentadas consideran que el estado de salud familiar es regular o bueno y que la migración del familiar no ha generado incremento en el consumo de alcohol, tabaco o drogas entre los miembros de la familia. El patrón de consumo orientado por la comida rápida (grasas, carbohidratos, harina y sal) no favorece un estado de salud y nutricional adecuado, generándose gastos de bolsillo importantes para resolverlos. Esto ha sido señalado como algo importante, especialmente, entre la niñez.

Los problemas de discapacidades en las familias fragmentadas encuestadas solo fueron reportados en pocos casos de la muestra (uno de cada diez casos) y los principales problemas señalados fueron el retraso mental y problemas de sordera y ceguera. Para la atención de este tipo de problemas, las familias pueden acceder a la atención gubernamental a través de los programas regulares de salud del Ministerio de salud.

E. AUTO-CUIDADO

Existe un acervo colectivo de medidas de auto-cuidado para mantener cierto nivel de salud y que se transmiten verbalmente a partir de la experiencia vivida por quienes ya han migrado exitosamente, o han sido deportados. A ello se agrega la posibilidad de

acceder a información disponible en medios electrónicos.

Estar bien alimentados y vitaminados y llevar consigo tanto los medicamentos que actualmente toman así como aquellos otros de potencial utilidad (antiinflamatorios y antibióticos) son recomendaciones del auto-cuidado que toda persona que decide migrar debe tener en cuenta.

Sin embargo, pese a estas recomendaciones, el auto-cuidado durante el trayecto tendrá poco impacto sobre la salud de la persona migrante, dado que se expone a diferentes actores (redes delincuenciales vinculadas o no al coyote) y medio ambientes (selva, desierto, medio urbano, pernoctar, largas caminatas) fuera de su control, lo cual los vuelve más vulnerables a las amenazas y riesgos (violencias, mala alimentación y falta de abrigo), cuyas consecuencias son importantes para su salud física y emocional, tanto presente como futura.

El dinero proveniente de las remesas ha mejorado la alimentación de las familias fragmentadas. La mayoría de jefas y jefes de familia reporta que con ese dinero se ha mejorado el consumo, en calidad y cantidad, de alimentos de la canasta básica (carnes, leche y derivados, frutas, cereales y huevos). Pero también, se ha señalado el incremento de comida rápida, especialmente entre la niñez, los ado-

lescentes y los jóvenes, que representa una carga de carbohidratos, sal, grasas y harinas industriales.

F. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Pese a la dificultad de acceso, los servicios públicos gubernamentales siguen siendo los principales centros de búsqueda de atención de salud por parte de las personas retornadas y las familias fragmentadas. Esto puede explicarse porque, al no haber programas específicos que puedan captar, registrar y reportar los problemas y necesidades de estos grupos de población, se les atiende como parte de la población general. Es decir, se diluyen entre la consulta por morbilidad general.

Desde la postura de las personas retornadas, las principales limitaciones para acceder a los servicios de salud gubernamentales o privados, radican en la falta de dinero, la existencia de cuotas de turnos que reduce el acceso administrativo, la falta de medicamentos a la hora de consultar y la distancia geográfica. Este perfil coincide con la actual dinámica de los servicios gubernamentales.

La mayoría de los problemas de discapacidades en las familias fragmentadas son atendidos en la seguridad social.

En cuanto a la búsqueda de atención profesional para atender problemas psicológicos y

de salud general, más de la mitad de las jefas y jefes de hogar encuestados reportaron hacerlo y pagarlo del dinero proveniente de las remesas. Los principales centros de atención a los cuales han acudido para recibir atención han sido los servicios públicos gubernamentales (hospitales, centros y puestos de salud) y clínicas privadas.

G. SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y VIH

El principal problema de salud sexual identificado fue el herpes genital. Aunque casi la mitad de las personas encuestadas señaló haber accedido a información sobre salud sexual y reproductiva a través de charlas y carteles (en parte facilitado por el nivel educativo reportado). Una alta cifra de casos reportó haber tenido relaciones sexuales voluntarias durante la experiencia migratoria y pocos casos reportaron haber sido forzados por desconocidos durante el trayecto. Sin embargo, llama la atención que la mayoría de casos reportó haber tenido las relaciones sexuales sin ningún método de protección.

La mitad de las personas encuestadas señaló haber accedido a pruebas de VIH durante la experiencia migratoria, probablemente debido a las mayores facilidades de acceso en el país destino y durante la retención migratoria ineludible.

H. REINTEGRACIÓN

Se ha señalado que la interacción de tres factores podría explicar una reintegración al lugar de origen menos traumática: la calidad de recepción familiar, la comunicación tenida desde la partida hasta el retorno obligado y las oportunidades económico-laborales en el origen tras el retorno. La persona que decida reiniciar su proceso de vida deberá reajustarse a las nuevas condiciones sociales, familiares y laborales. Sin embargo, aunque cada una de esas variables opere de manera óptima, no supone la renuncia a intentar migrar de nuevo.

Los casos de familiares deportados han sido bajos en las familias fragmentadas encuestadas, aunque la mayoría refiere que su familiar migrado tiene la intención de regresar a vivir a Guatemala. Esto supone que los jefes de familia que migran mantienen, al menos en etapas tempranas del arribo al destino, la convicción de temporalidad de la estancia que les permita generar una determinada capacidad financiera que posibilite mejoras en las condiciones de vida y capacidad de inversión en el país de origen.

La reintegración también se da en medios culturales muy disímiles. Al parecer, la migración en relaciones de pareja muy patriarcales, la figura y los roles de “jefe de familia” y “resto de la familia” se mantendrá a pesar de la

distancia. La figura proveedora y los roles de género basados en el sexo tienen un peso y significado poderoso.

I. RIESGOS Y VULNERABILIDADES

Entre los principales riesgos y amenazas que enfrentan las personas retornadas está la violencia verbal, física y emocional y los problemas relacionados con las condiciones de la movilidad terrestre tales como el hambre, la deshidratación, el agotamiento y problemas digestivos.

Además, una alta proporción de las personas retornadas señaló haber sido objeto de actos discriminatorios, exposición a hacinamiento y a condiciones de intemperie (frío y calor extremos) en el trayecto. En el destino, en cambio, quedan sujetos al miedo hacia las autoridades, riesgos laborales, problemas con el tipo de alimentación, entre otros.

La mayoría de las jefes y jefes de hogar consideran que la migración representa un riesgo importante para el familiar que decidió migrar. Los principales riesgos y amenazas a las que se podrían ver expuestos tanto en el trayecto como en el destino son el abuso sexual, robos, problemas con la justicia y el aislamiento social.

Sin embargo, es válida la pregunta acerca de qué hace que, pese a los riesgos y amenazas conocidos de la migración no documentados, las personas continúen tomando la decisión de migrar en esas condiciones.

Para responder a esta interrogante, nos avocamos al concepto de Coherencia de Antonovsky⁶¹ (citado por Palacios-Espinosa y Restrepo-Espinosa, 2008: 277), el cual integra una dimensión cognoscitiva, que permite a la persona migrante comprender, estructurar, predecir y explicar las implicaciones de los estímulos ambientales e internos que enfrenta en su experiencia migratoria. La dimensión instrumental, permite a la persona migrante utilizar los recursos propios de los que dispone y de los que puede echar mano yendo en grupo –dentro de una condición de vulnerabilidad– para enfrentar los riesgos y amenazas que la experiencia migratoria supone y, finalmente, una dimensión motivacional, en la cual la decisión de migrar supone un reto valioso a pesar de sus implicaciones, princi-

palmente porque alcanzar el destino conlleva una serie de incentivos –sopesados con los desincentivos– por los cuales vale la pena invertir esfuerzo y tiempo.

Está claro que, cada caso de las personas que deciden migrar en condiciones de vulnerabilidad, se ajusta en mayor o menor medida a cada dimensión señalada, sobre todo, porque dichas condiciones se originan y preservan en condiciones ambientales peligrosas en el origen, trayecto y destino que las sociedades toleran. (Buck, 1996: 10)

J. ESTIGMA

En este sentido, la desinformación y la carga social del estigma tienen un peso abrumador a la hora de decidir hacer o no la denuncia ante violaciones a sus derechos humanos ante las agresiones físicas o sexuales sufridas. La actitud ante el estigma de “el qué dirán” ante las violencias sexuales, tanto para hombres como mujeres, justifica una cultura del

⁶¹Se define por sentido de coherencia “una orientación global que expresa el alcance en el que el individuo tiene un sentimiento de confianza dominante, duradero y dinámico, caracterizado por una alta probabilidad de predecir los entornos internos y externos y de que los eventos se desarrollen tan bien como puede razonablemente ser esperado”, Antonovsky, 1979 citado por Palacios-Espinosa y Restrepo-Espinosa, 2008: 277. Como constructo, integra tres dimensiones: (i) la comprensibilidad (lo cognoscitivo), que permite que los individuos perciban los estímulos a los que se enfrentan dotándolos de un marco cognoscitivo y considerando la información como ordenada, consistente, estructurada y clara, (ii) manejabilidad (lo instrumental), como el grado en que los individuos entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del medio se encuentra a su disposición, bien bajo su control o el de otros, y (iii) la significatividad (lo motivacional), a través del cual las demandas son vistas como retos valiosos para involucrarse e invertir valor en ellos, Antonovsky, 1979 citado por Palacios-Espinosa y Restrepo-Espinosa, 2008: 277.

silencio que es sopesada como el mal menor cuando se alcanza el objetivo de la decisión de migrar: llegar al destino y acceder a un bienestar financiero. Sin embargo, las consecuencias son muy distintas cuando se es capturado y deportado. Las vejaciones y violencias se expresan en un espectro de males como auto-culpa, depresión, ansiedad, miedo, hermetismo, fuga mental o autismo, tendencia al suicidio, crisis de ansiedad y síndrome de persecución.

La mayoría de las jefas y jefes de hogar consideran que la migración representa un riesgo. En este sentido, la desinformación y la carga social del estigma tienen un peso abrumador a la hora de decidir hacer o no la denuncia ante violaciones a sus derechos humanos ante las agresiones físicas o sexuales sufridas. La actitud ante el estigma de “el qué dirán” ante las violencias sexuales, tanto para hombres como mujeres, justifica una cultura del silencio que es sopesada como el mal menor cuando se alcanza el objetivo de la decisión de migrar: llegar al destino y acceder a un bienestar financiero. Sin embargo, las consecuencias son muy distintas cuando se es capturado y deportado. Las vejaciones y violencias se expresan en un espectro de males como auto-culpa, depresión, ansiedad, miedo, hermetismo, fuga mental o autismo, tendencia al suicidio, crisis de ansiedad y síndrome de persecución.

K. ROLES FAMILIARES Y SOCIALES

En relación a los roles dentro de la familia, si la decisión de migrar de los hombres fue unilateral o el tiempo de separación es prolongado, las mujeres jefas de hogar terminarán asumiendo ambos roles (padre y madre), aunque con vulnerabilidades ampliadas: susceptibilidad a extorsiones y agresiones verbales y físicas dentro de la comunidad, especialmente en el área urbana, o asumir responsabilidades de trabajo comunitario en el área rural.

En algunos casos, cuando las mujeres jefas de familia están empoderadas, el tener cierto grado de libertad en las relaciones de género les permite tomar decisiones sobre la conducción de la familia y su vida propia entablando nuevas relaciones sociales y de pareja, a pesar del inminente conflicto con los hijos y los familiares.

La redefinición de la provisión material, espiritual y psicológica que hace la pareja que se queda para sí misma y para los hijos supone cambios importantes en las relaciones familiares y sociales, generándose posibilidades de desintegración familiar. Tener acceso a remesas o no definirá, de manera importante, la dirección e intensidad de los nuevos roles y la integridad de la familia en su comunidad. El tipo de sujeción de la jefa de hogar a la fiscalización social que hacen los vecinos, especialmente en el área rural, marcará el estigma y

grado con que se vivirá la “vergüenza social”, sobre todo, ante la deuda familiar contraída con la migración.

L. REDES

En algunas ocasiones, la existencia de redes familiares extendidas tanto en el origen como en el destino parece favorecer la expectativa de éxito de la persona que migra y facilita la estadía de la familia en el origen. Dichas redes se ocuparían de proveer alguna dotación de alimento, abrigo y contactos para encontrar trabajo y para paliar algunas carencias en las familias fragmentadas, especialmente en

etapas tempranas de la migración del familiar. La presencia de paisanos en el destino y que ya radican en el país pueden constituirse en una fuente de oportunidades de contacto y de trabajo.

La presencia y trabajo de ONG locales también se han convertido en un factor protector para algunas personas retornadas y familias fragmentadas. La asistencia social y la transferencia de algunos bienes materiales (alimento, abrigo y atención de salud) y espirituales (comprensión divina del proceso migratorio) forman parte de las redes de atención paralelas a las del Estado

M. APORTES NO CONTABILIZADOS AÚN DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Las limitaciones de los alcances de las reglas de juego (políticas públicas, leyes, normativas, protocolos) y la fragmentación de las acciones que en conjunto desarrollan las organizaciones gubernamentales, parecen obedecer a la novedad de aristas que en la actualidad presenta la deportación migratoria masiva, pero que no ha sido documentado y escudriñado en su mecánica y consecuencias inherentes en la salud.

Sin embargo, paralelamente, existe una gama de experiencias de atención a la población retornada y a las familias fragmentadas desde

organizaciones de orientación asistencialista no gubernamental (religiosas, de base comunitaria y de asistencia internacional).

Cabe resaltar el trabajo de las pastorales en torno a las poblaciones desplazadas a lo largo de los 36 años de conflicto armado interno en Guatemala.

Las acciones de asistencia social realizadas por estas organizaciones se caracterizan por su atomización geográfica y su focalización poblacional. Esto obedece no solo a los límites presupuestarios con los que operan, sino

también a la dispersión de los grupos meta con los cuales trabajan.

Desde una perspectiva de política pública, las ONG también contribuyen a financiar parte de las políticas y programas migratorios, al transferir recursos materiales (financieros, de infraestructura, insumos) y no materiales (humanos y simbólicos) en la atención económico-social de las personas retornadas y las familias fragmentadas.

El trabajo con estos grupos de población, especialmente con personas retornadas, ha supuesto develar una realidad trágica alrededor suyo, el desarrollo de ciertos mecanismos muy limitados todavía en cobertura y financiación y de denuncia e incidencia en ciertos círculos sociales y políticos, pero sin la fuerza suficiente para lograr cambios en la agenda gubernamental y los programas sociales y de salud.

Las respuestas e intervenciones de carácter débil en lo laboral, sanitario, especialmente en lo psicológico en torno a las condiciones en las cuales se da la movilidad humana migratoria estudiada, refleja un objeto de estudio insuficientemente definido. Por un lado, no existen sistemas de información que capten todas las dimensiones socio-demográficas, económicas y epidemiológicas que den cuenta de quiénes son esas dos poblaciones sujeto de intervención.

Parte de la explicación del por qué los problemas y necesidades de estos dos grupos de población son mal estudiados y conocidos pasa por su mezcla y diseminación dentro de la morbilidad de la población general, pasando desapercibidas ante los programas de salud. Otro elemento explicativo es que suele ser considerado como un gasto fijo para cualquier presupuesto institucional, no previsto en su dimensión y demandas.



IX. CONCLUSIONES



A. CONTEXTO

Este estudio propuso un abordaje teórico-metodológico que permitió un acercamiento a la situación de salud de las personas migrantes retornadas y de las familias fragmentadas. Para ello, ofrece elementos para una interpretación propia y diferente sobre las lecturas que sobre la movilidad humana se han planteado en el país y, por consiguiente, devela las prioridades que deberían recogerse en las políticas públicas para atender a estos grupos de población.

Se reconoce que los actuales espacios y condiciones materiales y simbólicas donde se insertan los actores vinculados a la movilidad humana (comunidad, servicios de salud, servicios de atención a migrantes y fronteras) son (re) definidas por el Estado, a través de dispositivos de diverso orden y bajo la denominación de necesidades y problemas circunscritos a la seguridad nacional. Esta perspectiva limita, por consecuencia, los alcances de la atención gubernamental, particularmente de salud, a los fenómenos derivados del proceso migratorio, dejando de lado abordajes más integrales vinculados al desarrollo social y humano y que influirían de mejor manera para mejorar las condiciones de desigualdad social imperantes en la sociedad guatemalteca.

B. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y LA ATENCIÓN DE SALUD

El perfil epidemiológico de morbilidad que presentan tanto las personas retornadas así como los miembros de familias fragmentadas se caracteriza por problemas y malestares generales que van desde dolores de cabeza, falta de apetito, problemas para dormir, nerviosismo, tensión o preocupación, mala digestión, hasta marcados problemas psicológicos que demandan una atención especializada y sub-especializada tales como tristeza, depresión, cansancio más de lo normal, ansiedad, desorientación, tristeza y frustración.

Ante este espectro de malestares y problemas de salud, siguen persistiendo dificultades para el acceso y uso de los servicios de salud a lo largo de la experiencia migratoria.

Está documentado que el acceso a la atención de salud en el origen en el actual modelo de atención (sustentado en canasta básica, focalizado) pese a su desconcentración, es limitado y no resuelve la mayoría de los problemas y necesidades de salud de la población general, en donde se inserta toda persona potencial migrante.

Tras el retorno, la persona como sujeto social está condenado a diluirse en la dinámica de la población general y a que sus problemas y necesidades sean invisibles y, por ende, no se perciba la urgencia de programas específicos para su atención de salud. Tributan a esa

condición, los sistemas de información, por cuanto su estructuración se ve limitada a la generación de estadísticas cuantitativas, sin permitir la configuración de un perfil socio-demográfico, económico y de salud más completo de las personas migrantes retornadas y de las familias fragmentadas. A esta situación se agrega que cada institución posee un sistema de registro que no se compatibiliza con el de los otros, ni existe un ente único que los gestione y utilice para la formulación de los dispositivos (ideológicos, políticos, jurídicos, financieros y administrativos) que configuran una política pública.

El acceso a servicios de salud en el trayecto resulta difícil por diversas razones. La condición de clandestinidad del grupo ante el riesgo de detección por parte de las autoridades o de grupos delincuenciales así como el desconocimiento de las regiones geográficas y las rutas de trasiego son los principales factores que hacen que las personas migrantes desistan de buscar atención de salud. El acceso a información de salud, particularmente la relacionada a la salud sexual y reproductiva, se logra a través de carteles con los que la persona se pueda topar en el camino y mediante las opiniones de personas que atienden farmacias cuando logran acceder a ellas. Una estrategia útil para las mujeres es inyectarse anticonceptivos antes de emprender el viaje, logrando con ello no quedar embarazadas frente a un contexto altamente riesgoso de violaciones sexuales.

En el destino puede haber más opciones de acceso a la atención de salud. Las personas migrantes que logran insertarse en el mercado laboral acceden a servicios de atención e información de salud, incluida la sexual y reproductiva y el VIH, a través de seguros médicos, pago directo o servicio social. Quienes no trabajan solamente acceden a servicios sociales. Cierta grado de acceso también es posible si son detenidos por autoridades migratorias y corren el riesgo de ser deportados. En los centros de detención hay opciones de atención de salud y acceso a información, aunque con cierta dilación.

En el caso de las familias fragmentadas, el acceso a servicios de salud no difiere del que tiene la población general, debido a que sus problemas y necesidades se diluyen dentro de la problemática de salud poblacional.

Otro factor disuasivo para acceder a la atención de salud, especialmente a pruebas rápidas de VIH, es administrativo. Cuando una ONG realiza dichas pruebas, las mismas son rechazadas por los centros asistenciales del Ministerio de Salud, lo cual desestimula la demanda de jóvenes en comunidades donde operan dichas organizaciones.

C. AMENAZAS, RIESGOS Y VULNERABILIDADES

La experiencia migratoria vivida tanto por las personas que migraron y fueron deportadas como por las familias fragmentadas que quedan en el origen, termina representando, en muchas ocasiones, un suplicio con graves consecuencias para la salud, la dinámica y re-integración familiar y la vida.

Para quienes decidieron migrar, las violencias, especialmente las sexuales y de extorsiones derivadas del trayecto en sus distintas expresiones, se han convertido en el principal factor en contra de los derechos humanos, comprometiendo, en muchas ocasiones, a la propia vida. A pesar de la vigencia de algunos acuerdos internacionales ninguno de los países involucrados en la actual dinámica migratoria (expulsor, tránsito y receptor) ha podido asegurar que la movilidad humana sea segura para quienes deciden asumir dicha empresa.

En el caso de las jefas y jefes de hogares fragmentados, las múltiples expresiones de violencia se centran sobre las mujeres que quedan en calidad de “mujeres desprotegidas” ante la ausencia de la pareja masculina. Este factor las convierte en personas vulnerables por cuanto que, en la realidad cotidiana a pesar de poder tener acceso a una remesa, deben separarse de la familia para buscar o mantener un trabajo, desplazarse a grandes distancias para ello, volver por las noches a sus hogares, alterar la dinámica de funcionamiento y de alimentación familiar y cumplir con una triple o cuádruple jornada laboral que integra lo personal, familiar y comunitario. Además, una parte importante de personas retornadas y de familias fragmentadas tiene la auto-percepción de tener un deterioro del estado salud tras la experiencia migratoria.

D. LA MOVILIDAD HUMANA DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Promoción de la Salud, como un proceso político y social global, significa “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (OMS/ MSC, 1998: 10) y para lograrlo es importante desarrollar acciones que no solo fortalezcan las habilidades y capacidades de los individuos y grupos para incrementar el control sobre las determinantes de la salud, sino también modificar las condiciones sociales,

ambientales y económicas para reducir los impactos negativos sobre la salud pública e individual.

Recientemente, la OMS en la Declaración de Helsinki (2013) centró su enfoque en procurar la Salud en Todas las Políticas (STP), considerando que “la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario”⁵². (Martínez, 2013: 2). Dicha Decla-

52. Al respecto, en el año 2010, la OMS (2010: 1) en su Declaratoria de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas (2010), hizo hincapié en que “la mejor forma de alcanzar los objetivos de un gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas.”

ratoria planteó, entre otras, tres acciones de interés para este estudio:

- (a) Comprometer la salud y la equidad en salud como prioridad política, incorporando los principios de la STP y tomando acciones sobre los determinantes sociales de la salud
- (b) Fortalecer la capacidad de los Ministerios de Salud para involucrar a otros sectores de gobierno mediante su liderazgo, colaboración, apoyo y mediación para alcanzar la mejora de los resultados de salud
- (c) Construir capacidades y habilidades institucionales para hacer posible la implementación de STP y proveer evidencia sobre los determinantes de la salud y la equidad y sobre la efectividad de su respuesta institucional. (WHO, 2013: 1)

Las evidencias del estudio sobre las capacidades estatales y la orientación de las políticas migratorias y de salud relacionadas con estas tres acciones, presentan un escenario aún por construir.

Estamos lejos aún de que, al menos, estas tres acciones lleguen a ser parte del quehacer del gobierno. Aún y cuando reconocemos los esfuerzos que han venido realizando las distintas organizaciones que configuran la administración pública guatemalteca, debemos separar dos niveles que caminan por

senderos fraccionados. Mientras el nivel político estratégico no formule políticas integrales, destine mayores presupuestos e impulse mejores regulaciones, todas coherentes con la realidad migratoria de Guatemala, el nivel táctico-operativo, históricamente precarizado y sin mejores incentivos para operar los programas sociales, seguirá sin responder de manera óptima (eficiente y efectiva y sostenible) a las demandas de estos dos grupos de población.

X. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados del presente estudio, las recomendaciones propuestas se dirigen hacia tres procesos concatenados: el fomento de la investigación para la generación de evidencia, el desarrollo de procesos de incidencia política para influir sobre la agenda pública y la conformación de políticas sociales y programas de salud más coherentes con la realidad migratoria nacional y la articulación de agendas público-privadas entre organizaciones gubernamentales, civiles y de cooperación internacional para el desarrollo e impulso de procesos y metodologías ajustadas a cada contexto local.

Las recomendaciones son:

(a) Continuar y profundizar en la investigación sobre esta forma particular de movilidad humana y la salud individual y colectiva:

(i) Avanzar en la construcción de mejores perfiles socio-demográficos y epidemiológicos de las personas retornadas y las familias fragmentadas.

(ii) Profundizar en el conocimiento de las condiciones de salud de las personas retornadas y de las familias fragmentadas.

(iii) Estudiar los distintos impactos de esta forma de migración sobre la salud mental individual, familiar y comunitaria.

(iv) Profundizar en las configuraciones y dinámicas territoriales y los impactos de las violencias desde un enfoque de salud pública.

(v) Progresar en el conocimiento sobre las influencias mutuas entre la dinámica migratoria y los mercados alrededor de la misma.

(b) Desarrollar una incidencia académica más asertiva, generando y utilizando evidencias para una argumentación orientada a:

(i) (Re) formular de manera constante las políticas sociales y particularmente la política de salud.

(ii) Mejorar y actualizar la legislación en torno a la movilidad humana, de acuerdo a la realidad social, nacional e internacional.

(iii) Proponer mecanismos de fortalecimiento institucional tanto para justificar la asignación financiera como para mejorar la capacidad de ejecutoría de los programas destinados a atender a estos dos grupos de población.

(c) Favorecer la articulación de agendas público-privadas entre organizaciones gubernamentales, civiles, de asistencia y de cooperación internacional para el desarrollo a fin de impulsar metodologías efectivas ajustadas a cada contexto local:

(i) Fomentando las transferencias teórico-metodológicas probadas en campo de organizaciones civiles para mejorar la calidad de la entrega de los servicios públicos.

(ii) Articulando los distintos sistemas de información institucionales para identificar problemas y necesidades de estos dos sujetos sociales.

(iii) Desarrollando procesos de formación académica, que combinen enfoques de la seguridad humana y la salud pública y que articulen la dinámica demográfica y epidemiológica, bono demográfico y políticas de desarrollo.

(iv) Ampliando las alianzas al nivel local entre instituciones gubernamentales, organizaciones sociales y cooperación internacional, para realizar mejores ejercicios de auditoría social.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Achotegui, Joseba

- 2009 Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Zerbitzuan, pág. 163-169.
- 2004 Migrar en condiciones extremas: El síndrome de Ulises. Revista Norte de salud mental No. 21, 2004, pág 39-52.

ACNUR

- 2011 Protocolo Binacional Colombo-Ecuatoriano de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Trata de Personas, pp. 4-5, en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2011/8163.pdf?view=1>, última revisión 21/01/2015.

Agamben, Giorgio

- 2010 Homo Sacer. El poder soberano y la vida nuda. Pre-textos, Valencia, España.

Alexander Jeffrey y Bernhard Giesen

- 1994 De la reducción a la vinculación: la visión a largo plazo del debate micro-macro en Jeffrey Alexander, Bernhard Giesen, Richard Münch y Neil Smelser (Comps.). El vínculo micro-macro, Guadalajara, GAMMA, pp. 9-58.

American Psychological Association (APA)

- (Sin año) Access to Health care by immigrants in detention facilities

Añez Esther et.al.

- 2010 Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud. Venezuela, Maracay, VDP Soluciones Gráficas C.A. En: http://www.bvs.org.ve/libros/manual_ASiS.pdf, última revisión 07 de julio de 2014.

Argimón Pallás J.M. y J.L. de Pera y Baiges

- 2003 Análisis de Situación de Salud, en A. Martín Zurro y JF Cano Pérez, Atención Primaria. Volumen I. España, ELSEVIER, pp. 327-344.

Banco Mundial

- 2009 Guatemala evaluación de la pobreza. Buen desempeño a bajo nivel, Departamento América Central, Unidad de Reducción de la Pobreza y Gestión Económica, Región de América Latina y el Caribe, Washington, D.C.
Bourdieu, Pierre
- 1991 El sentido práctico, Madrid, Taurus.
- Buergenthal, Thomas
- 1989 Derecho e instituciones internacionales sobre derechos humanos, en OPS/OMS, El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado. Washington DC. OPS/OMS, pp. 3-15.

Buck Carol

- 1996 Después de Lalonde: la creación de la salud en OPS/OMS, Promoción de la salud: una antología. Washington DC. OPS, pp. 10-16.

Capps, Randy et.al.

- 2011 Delegation and Divergence: A Study of 287(g) State and Local Immigration Enforcement. Migration Policy Institute, Washington, DC.

Cavalcanti, Leonardo y Sonia Parela

- 2014a El retorno desde una perspectiva tradicional, en REMHU, Año XXI, No 41, Brasilia, Brasil, en línea: <http://www.csem.org.br/remhu/index.php/remhu/article/viewFile/401/340>

2014b El retorno desde una perspectiva transnacional, en REMHU, Año XXI, No. 41, Brasilia, Brasil.

Crozier Michel y Erhard Friedberg

1990 El actor y el sistema. Las restricciones de la acción colectiva. México DF. Alianza Editorial Mexicana.

CES (Current Employment Statistics)

2013 Currentpeak-troughtables for published. CES time series, en línea <http://www.bls.gov/ces/cespeaktrough.htm>, consultado el 10 de junio de 2013.

Davies, Anita et. al

2011 The Dynamics of Health and Return Migration

Delgado Wise, Raúl; Márquez, Humberto y Héctor Rodríguez

2009 Seis tesis para desmitificar el nexo entre migración y desarrollo. Revista Migración y desarrollo, Número 12, en línea <http://rimd.reduaz.mx/revista/rev12/2.pdf>, consultado el 18 de febrero de 2013.

Dever Alan

1993 Epidemiología y administración de servicios de salud. Estados Unidos, OPS/OMS.

ENSMI

2011 V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2008-2009, Hombres, Guatemala. Óscar de León Palacios.

2010 Guatemala: V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2008-2009, Mujeres. Guatemala. Óscar de León Palacios.

Facultad de Salud Pública

1997 Notas del curso de Análisis de Situación de Salud. La Habana.

Gómez-Jáuregui, Jesica et. al.

2013 Contexto de las organizaciones civiles centroamericanas en la atención al Sida en poblaciones móviles, en Salud Pública de México, Vol. 55, suplemento 1. Instituto de Salud Pública de México.

Hall Edward T.

1994 [1966] La dimensión oculta. México, Siglo XXI editores. pp. 139-159.

Instituto Nacional de Estadística (INE)

2012 Encuesta Nacional del empleo e ingresos (ENEI) 2012. Guatemala, en línea: http://www.ine.gob.gt/np/enei/enei%202012/publicaciones/Publicacion_ENEI2012.pdf, consultado el 17 de mayo de 2013.

Instancia Nacional de Salud

2002 Hacia un modelo de atención incluyente. Bases y lineamientos. Guatemala, Magna Terra Editores.

Kelsen Hans

2004 ¿Qué es la Justicia? México, Fontamara.

Lipsky Michael

1980 Street level bureaucracy. Dilemas of the individual in public services. New York, Russell Sage Foundation.

López M.

- 1988 Diagnóstico de la situación de salud. Guía para la recogida de información en el área sanitaria. España, Instituto Nacional de Sanidad.

Majone Giandomenico

- 2005 Evidencia, argumentación y persuasión de la formulación de políticas. México DF, FCE.

Martínez Fuensanta

- 2013 Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: desde Ottawa hasta Helsinki. Consejería de sanidad y política social. Murcia. Disponible en: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/>, última consulta, 05/01/2015.

Martínez Silvia

- 1995 Modelo formativo-capacitante para el análisis de situación de salud. Cuba, Facultad de Salud Pública.

Mendia, Azkue Irantzu y Karlos Pérez de Armiño

- 2013 ¿Es la seguridad humana un concepto aún útil para la análisis crítico y la transformación social? En Karlos Pérez de Armiño e Irantzu Mendia Azkue (Editores), Seguridad humana. Aportes críticos al debate teórico y político. España, TECNOS, pp. 11-20.
Miranda, José

- 2005 El impacto del Tratado de Libre Comercio en la salud materno-infantil y del adulto mayor, en CONGOOP Y CIIDH EL DR-CAFTA: Impactos probables en salud y educación en Guatemala. Guatemala, Magna Terra Editores.
Miranda, J. y Carlos Arriola

- 2006 Estudio de caso de prestadora privada de servicios de salud en el primer nivel de atención en salud Guatemala, en Jean Macq y Patrick Martiny (coordinadores) ¿Es la contratación gubernamental de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en Centroamérica una opción para asegurar una atención Eficiente, Equitativa y Sostenible?, Bruselas, Universidad Libre de Bruselas. (<http://www.ulb.ac.be/esp/capubpriv/> y <http://www.ulb.ac.be/esp/psd/publications.html>). Mogollón, Cecilia (Ed.)
- 2012 Informe alternativo del derecho a la alimentación en Guatemala. Monitoreo de las directrices voluntarias para el derecho a la alimentación 2012, Magna Terra Editores, Guatemala.

Montes Narváez, Sor Rebeca Araceli

- 2014 Proyecto para migrantes. Quetzaltenango. Compañía de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl.

Moore, Marc

- 1995 Creating Public Value. Strategic management in government. Cambridge, Harvard University Express.

MoratóGriera, J., J. Pertiñez Mena y T. Clusa Gironela

- 2003 Migración y atención primaria, en A. Martín Zurro y JF Cano Pérez, Atención Primaria. Volumen I. España, ELSEVIER, pp. 141-156.

Münch Richard y Neil Smelser

- 1994 Los niveles micro-macro, en Jeffrey Alexander, Bernhard Giesen, Richard Münch y Neil Smelser (Comps.), El vínculo micro-macro, Guadalajara, GAMMA, pp. 429-465

Ochoa Mangado, E. et. al.

2005 Síndromes depresivos en población inmigrante. Revista Clínica Española, 205 (3)116-118.

OIM

2012 Perfil Migratorio de Guatemala.

OIT

2012 Panorama laboral 2012. América Latina y el Caribe, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, en línea http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_195884.pdf, consultado el 7 de enero de 2013.

OMS

2010 Declaratoria de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Australia.

OMS/Ministerio de Sanidad y Consumo

1998 Glosario de Promoción de la Salud. España.

OMS

2010 Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Adelaida.

OPS/OMS

2003 Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Washington DC. OPS.

Orozco, Manuel

2012 Deportaciones como política migratoria, en línea: <http://www.m.plazapublica.com.gt/content/deportaciones-como-politica-migratoria>, consultado el 15 de mayo de 2013.

Pacheco Ángel, Nidia Lucca y Seymour Wapner

- 1984 El estudio de la migración: retos para la psicología social y la psicología ambiental. Revista Latinoamericana de Psicología, año /volumen 16, número 002, Colombia.

Palacios-Espinosa Ximena y María H. Restrepo-Espinosa

- 2008 Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: ¿Una alternativa para abordar el tema de la salud mental? Informes Psicológicos, vol. 10, N°11(2008) 275:300.

PNUD

- 2003 Guatemala: una agenda para el desarrollo humano, 2003. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2003. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, Guatemala, editorial Sur S.A.
- 1999 Guatemala: el rostro rural del desarrollo humano. Guatemala, Magna Terra Editores.
- 1994 Informe sobre Desarrollo Humano, 1994. México, FCE.

Polanco Hernández, Graciela

- 2013 Mujer y familia migrante: un programa para contribuir a la salud emocional, en Encuentro No. 96

Pría Barros María del Carmen et. al.

- 2005 Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria, Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22(3). En http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi02306.htm, última revisión 07 de julio de 2014.

Pumariiega, Andrés, et.al

2005 Mental Health of immigrants and refugees, Community Mental Health Journal, Vol. 41, No. 5, Octubre 2005.

Repetto Fabián

2003 Capacidad estatal: requisito necesario para una mejor política social en América Latina. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, 28-31 Oct. 2003, 29 páginas. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0047522.pdf>, fecha de última revisión 04/01/2015.

Rocha, José Luis

2008 Retornados: sin papeles, sin derechos y con fronteras, en Revista Envío, en línea: www.envio.org.ni/articulo/3897, consultado el 13 de mayo de 2013.

Roemer Ruth

1989 El derecho a la atención de salud, en OPS/OMS, El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado. Washington DC. OPS/OMS, pp. 16-22.

Rosemblum, Marc

2011 US Immigration Policy Since 9/11: Understanding the Stalemate over Comprehensive Immigration Reform. Migration Policy Institute, Washington, DC Estados Unidos.

Rawls John

1997 Teoría de la justicia. México DF, Fondo de Cultura Económica.

Ruiz Marrujo, Olivia

- 2001 Los riesgos de cruzar: la migración centroamericana en la frontera México-Guatemala. Revista Frontera Norte, enero-julio, volumen 13, Número 25, El Colegio de la frontera norte, México.

Santos, Boaventura de Sousa

- 2003 La caída del Angelus Novus. Ensayos para una nueva teoría social y una práctica política. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

SBS (s/f)

Plan de contención en el abordaje de la crisis humanitaria niñez migrante no acompañada. Guatemala.

Sewell William H., Jr.

- 1992 A theory of structure: duality, agency and transformation. The American Journal of Sociology”, Vol. 98, N° 1, pp. 1-29.

Tobar Estrada, Anneliza

- 2012 Subjetividad y reacciones psicológicas en la migración. Los casos de migrantes guatemaltecos retornados. FLACSO, Guatemala. Documento de trabajo inédito. Ullman et. al.

- 2011 Healthier Before They Migrate, Less Healthy when they return, en Soc. SciMed, No. 73 (3)

UNFPA

- 2010 Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas. Organización de Naciones Unidas, octubre de 2010.

Unidad de Política Migratoria

- 2014 Relatoría General del IV Coloquio de Migración Internacional. San Cristóbal de las Casas, 13 al 15 de noviembre de 2013.
U.S. Bureau of Labor Statistics
- 2013 Labor Force Statistics from the Current Population Survey, en línea: <http://data.bls.gov/pdq/SurveyOutputServlet>, consultado el 28 de junio de 2013.
U.S. Census Bureau
- 2012 The Hispanic Population in the United States: 2011, en línea: <http://www.census.gov/population/hispanic/data/2011.html>, consultado el 10 de mayo de 2013.
- WHO
- 2013 The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. Finlandia. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1, última revisión, 05/01/2015.



Fondo de la OIM para el Desarrollo
FOMENTO DE CAPACIDADES EN GESTIÓN DE LA MIGRACIÓN