

**Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México
Secretaría Académica**

Proyecto Terminal Profesional

Proyecto de intervención para la difusión de la Ventanilla de Salud como estrategia para la promoción de hábitos saludables y prevención para la salud en población migrante que acude al Consulado Mexicano de Nueva York en 2010.

Tutor: Rodolfo Mendez Vargas

Alumna: María de los Angeles Fromow Rangel

CONTENIDO

Introducción.....	4
Antecedentes de la Migración de los Mexicanos a Estados Unidos	6
1.1.Migración.....	6
1.2. Acceso a servicios.....	13
2. Problema	19
4. Metodología	21
5. Resultados del diagnóstico integral de salud	25
5.1. Factores socio-demográficos	25
5.2. Daños a la salud	27
5.3. Recursos y servicios	29
5.5. Discusión de los resultados del DIS	31
6. Problemática Central y problemas Secundarios.....	34
8. Alternativa de Solución.....	37
9. Plan Detallado de Ejecución.....	48
9.1 Indicadores y responsables de la Intervención.....	49
9.2 Hallazgos de la intervención.....	51
9.3 Resultados de la Intervención.....	54
10. Conclusiones.....	55
11. Limitaciones del Estudio.....	56
12. Bibliografía.....	58
13. Anexos.....	60

INTRODUCCIÓN

México y los Estados Unidos comparten una frontera de 3,200 Km, donde conviven 12 millones de personas de ambas naciones. El fenómeno migratorio México – Estados Unidos, se inserta en la creciente disparidad económica y social, donde ante la pobreza y falta de oportunidades. Los mexicanos salen del país en búsqueda de oportunidades laborales que les permitan mejorar sus perspectivas de vida. Se calcula que existen aproximadamente 12 millones de migrantes. México es el principal país receptor de remesas en América Latina, recibéndose cerca del 40% de los flujos que llegan a esta región por dicho concepto. (Adolfo Albo, J. L. Ordaz Díaz, 2011)

La ubicación de los migrantes mexicanos hacia el norte y el noreste de Estados Unidos se ha incrementado, ante la saturación migratoria de las regiones tradicionalmente buscadas. El Consulado de la Ciudad de Nueva York, atiende a los migrantes de los Estados de Nueva York, Nueva Jersey y Connecticut. En éstos Estados se ha incrementado la población mexicana en forma importante, siendo actualmente uno de los Consulados con mayor afluencia de migrantes, constituyendo de acuerdo al censo de 2006 un total de 597,320 migrantes mexicanos para los 3 estados que utilizan los servicios del Consulado de Nueva York. . (Córdova V, Hernández M, Fromow A, 2008)

El acceso a los servicios de salud de los mexicanos migrantes es limitada, más aún cuando su condición migratoria es irregular. En un reporte binacional realizado por CONAPO y la Universidad de California en el 2005 se describe que más de la mitad de los migrantes mexicanos ubicados en EUA, carecían de acceso a servicios de salud (CONAPO et al., 2008).

A fin de optimizar los esfuerzos para la obtención de recursos sanitarios dirigidos a la atención de los migrantes, se crearon las Ventanillas de Salud (VDS), que operan en los consulados de México en los Estados Unidos (González et al., 2008; Instituto de los mexicanos en el exterior, 2008).

Las VDS son centros de información para incrementar el conocimiento y el uso de los servicios de salud entre la población mexicana que vive en los Estados Unidos de América, así como la difusión de programas de prevención y promoción de la salud. (Córdova V, Hernández M, Fromow A, 2008)

Ante la inquietud por apoyar a ésta creciente población de mexicanos que laboran en EUA y que constituyen uno de los pilares de la economía de las remesas percibidas por las familias mexicanas, se decidió realizar un proyecto de intervención en población migrante, eligiendo Consulado de la Ciudad de Nueva York, por la gran afluencia de población mexicana a éste consulado y por existir menos información de las condiciones migrantes del noreste de EUA en comparación con aquellos ubicados la franja fronteriza.

En primer lugar, se llevó a cabo un diagnóstico integral de salud en 341 migrantes que acudieron al Consulado durante el mes de Febrero del 2010, que supieran leer y escribir y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio.

El DIS del que parte el presente proyecto de intervención, mostró una población de predominio masculino y en edad productiva. Las actividades más frecuentes fueron la industria restaurantera, la construcción y las compañías de limpieza. Las enfermedades más frecuentes fueron las infecciones respiratorias altas con en el 19.9% relacionadas con los cambios de temperatura y la contaminación del aire, seguidas por diabetes tipo II en 4.4%, infecciones intestinales en el 2.1%, obesidad en el 1.5% e hipertensión en 0.6%.

En cuanto a las necesidades sentidas más frecuentes y de mayor relevancia por los 60 migrantes entrevistados en 3 grupos focales, se encontró de manera repetida, la posibilidad de contar con acceso a seguro médico y/o atención médica de calidad a bajo costo.

Pese a los esfuerzos por difundir las acciones de las VDS como vía para fomentar el apoyo en salud. El 88% de los migrantes refirieron no contar con algún tipo de servicio médico y el 94.1% desconocían la existencia de la ventanilla de salud y los servicios proporcionados por la misma, detectándose la sub-utilización de dicho recurso.

El objetivo general de intervención fue la realización de material de difusión para fomentar un incremento en la utilización de la VDS del Consulado de Nueva York entre los migrantes a fin de promocionar hábitos de vida saludables y estrategias de prevención para la salud, así como de los recursos informativos para recibir orientación en torno a las mejores opciones de asistencia médica de dicha población.

Posterior a realizar un análisis de priorización mediante método DARE, evaluando la factibilidad del proyecto, se eligió como estrategia de difusión la utilización de medios impresos se diseñaron y colocaron carteles en el área de trámites del Consulado, invitando a los migrantes a conocer la VDS para recibir orientación en torno a su salud. Dichos carteles se mantuvieron en espacios visibles por un periodo de 3 meses.

Se realizó un registro de la asistencia de los migrantes a la VDS durante los 3 meses previos a la colocación de los carteles y se siguió el registro durante 3 meses posteriores a la maniobra de intervención para medir cambios en la asistencia de la población posterior a la permanencia de los mismos durante dicho periodo.

Se observó un incremento significativo ($p < 0.0001$) en el número de migrantes registrados que asistieron a la VDS con relación al trimestre previo a la colocación de Carteles Informativos en comparación del número de migrantes registrados durante el trimestre en que permanecieron colocados los carteles.

Sin embargo, no es posible afirmar que el incremento observado se deba de forma directa a la exposición de la información durante la asistencia al Consulado, ya que del total de los encuestados, el 90% refirió desconocer la existencia de la VDS, cifra semejante a la que respondió negativamente ante el conocimiento de las VDS previo a la realización de la intervención para la difusión y pese a que cerca de la mitad de los migrantes entrevistados afirmaron haber visto los carteles, solo un 2% habían buscado el servicio.

Se requieren estudios posteriores para evaluar el impacto de otras estrategias para la difusión de la VDS como recurso para mejorar el acceso de los migrantes a la educación y apoyo para su salud.

1. ANTECEDENTES DE LA MIGRACIÓN DE LOS MEXICANOS A ESTADOS UNIDOS Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

1.1. MIGRACIÓN

La migración internacional es uno de los fenómenos socio-demográficos y culturales más significativos de nuestro tiempo conjuntamente con otras tendencias como el envejecimiento poblacional y la urbanización descontrolada. Constituye una dimensión amplificada a la globalización y es determinante, expresión y consecuencia de la misma.

El fenómeno migratorio México – Estados Unidos, se inserta en la creciente disparidad económica y social, donde ante la pobreza y falta de oportunidades, los mexicanos salen del país en búsqueda de oportunidades laborales que les permitan mejorar sus perspectivas de vida. (Corona Rodolfo, Huerta Liliana , 2009).

La migración del mexicano al país vecino, ha estado presente desde mediados del siglo XIX hasta nuestros días (Salud del migrante, 2010), caracterizado por una creciente integración regional y la existencia de una demanda de trabajadores mexicanos en el mercado laboral de Estados Unidos.

De igual manera, las desigualdades económicas entre ambos países y la incapacidad de la economía mexicana para absorber una oferta laboral en constante crecimiento, ha repercutido en el aumento acelerado de estos flujos migratorios, y de la población mexicana que reside en dicho país (CONAPO et al., 2005).

Durante estos más de ciento cincuenta años, este fenómeno no solo se originó sino que se ha mantenido por las diferencias antes señaladas, aunado a que comparten una frontera terrestre de aproximadamente 3,000 kilómetros.

El reclutamiento de trabajadores mexicanos empezó a fines del siglo XIX, se incrementó durante la primera Guerra Mundial y toda la década de los veinte, después hubo una baja y se volvió a incrementar durante la segunda Guerra Mundial.

Una de las causas que dieron origen a la emigración mexicana hacia los Estados Unidos fue consecuencia natural derivada del insaciable expansionismo de los Estados Unidos de América, tal es el caso de muchos grupos de mexicanos residentes en los territorios anexados quienes pasaron a formar parte de Estados Unidos y posteriormente aquellos que habitaban y habitan actualmente la franja fronteriza.

Este fenómeno inició con la separación e independencia de Texas del Estado de Coahuila en 1836. Posteriormente se consuma en el más grande despojo patrimonial del que se tenga noticia en la historia de nuestro país, merced a una injusta y desigual guerra entre México y los Estados Unidos de América en 1846-1848, en el que sumando los territorios perdidos en el período transcurrido entre la batalla de San Jacinto en 1836 y la compra Gadsden en 1853, Estados Unidos anexó a su Unión, los actuales Estados de Texas, Nuevo México, Colorado, Arizona, Utah, Nevada y California. Después de 1848, tuvo lugar un importante movimiento, al tomar parte miles de mexicanos en la fiebre del oro de California (Bean, Frank D,1980).

La población mexicana en Estados Unidos de Norteamérica se ha ido conformando a partir de este núcleo inicial, que habitaba los territorios incorporados, y de los emigrantes

provenientes de México, que en distintos períodos fueron estableciéndose como ciudadanos norteamericanos. Esto sentó las bases de la migración mexicana en mayor escala en el siglo XX.

En ese siglo XX, esta frontera ha influido profundamente en la vida de los mexicanos, la cercanía y el fácil acceso a Estados Unidos hizo que una gran cantidad de emigrantes presionara constante y amenazadoramente sobre los logros económicos de los mexicanos ya radicados en ese país.

Junto a lo anterior, la caótica condición de las zonas fronterizas, impidió todo control gubernamental de los movimientos de población entre los dos países.

El control formal de este tráfico humano se inició en 1886, pero no fue sino hasta 1907 cuando se estableció una forma definitiva de control. En 1919 únicamente 151 inspectores vigilaban toda la frontera. Antes de 1910 es estadísticamente imposible analizar a los inmigrantes mexicanos.

Durante los años 1907 y 1908, los ferrocarriles mexicanos unieron el interior de México con las ciudades fronterizas. En esta forma se facilitó mucho la migración. Uno de los primeros estudios sobre este tema fue el realizado por el Dr. Manuel Gamio en 1926-1927, a petición del Social Research Council.

La inmigración a los Estados Unidos es fundamentalmente un fenómeno económico, resultado lógico de un aumento de la demanda de trabajo de un país y una reserva disponible de trabajadores en el otro.

Con gran precisión establece las causas determinantes que llevan a los mexicanos a emigrar: las malas condiciones de vida, los bajos salarios y el desempleo en México. Casi todos los inmigrantes eran trabajadores agrícolas y peones endeudados, según la costumbre que todavía prevalecía en México y obligaba a la gente a permanecer en el país. Fue durante la Revolución, después del año de 1910, al abolirse este sistema, cuando se inició un sustancial movimiento de personas hacia Estados Unidos. (Benítez R., 2006)

De 1910 a 1919, aumentó en los estados fronterizos la necesidad de mano de obra. Se había excluido a los chinos en 1882 y a los japoneses en 1907, y al principiarse la primera guerra mundial disminuyó la entrada de migrantes europeos a los Estados Unidos. (Benítez R., 2006)

La Primera Guerra Mundial aumentó la demanda y los precios de productos agrícolas y mineros, provenientes de los estados fronterizos. En 1917 se promulgaron varios reglamentos para permitir la entrada temporal a trabajadores agrícolas, trabajadores de mantenimiento de vías o caminos y mineros. Sin embargo en 1919, un informe mostró que las dos terceras partes de estos obreros permanecieron en el país. (Benítez R., 2006)

Esta primera ola de migración efectuada de 1910 a 1920 fue únicamente el principio; la siguiente década vio la llegada de migrantes mexicanos en grandes cantidades. (Garcíadiego Javier, 2009).

Unos años más tarde, las emergencias debidas a la escasez de mano de obra durante los primeros años de la Segunda Guerra Mundial, hicieron que los mexicanos fueran nuevamente bienvenidos. Subió la emigración ligeramente pero en forma continua, y de nuevo se empezó activamente a reclutar trabajadores, esta vez por medio del famoso programa de trabajo bajo contrato denominado de Braceros. (Aboites Luis, 2009).

Durante algún tiempo después de la guerra, se suspendieron estas actividades, pero los empresarios agrícolas, lograron reunir fuertes argumentos para reanudar el programa de braceros, esta vez bajo el pretexto de la Guerra de Corea. Para el trabajador mexicano, las formalidades requeridas para conseguir entrada legal eran caras e inciertas; en muchos casos penetrar ilegalmente era más rápido y barato. A los agricultores, les convenía contratar a los ilegales, porque en esta forma, se ahorran mucho trabajo administrativo y honorarios altos. El programa de braceros terminó a finales de 1964. (Bronfenbrenner, M, 1989).

Lo anterior, no acabó con el fenómeno migratorio al país vecino. Por el contrario, existen otras situaciones que han propiciado que la migración hacia Estados Unidos haya incrementado, como es la relacionada con las condiciones económicas en México, así como su dinámica demográfica. (Benítez R., 2006)

Con respecto al escenario económico, el crecimiento de las condiciones de rechazo en los lugares de origen se da como resultado de la cada vez mayor desigualdad en la distribución de los ingresos en México; del continuo declive de los negocios pequeños y medianos; de la mayor propensión a las empresas de alta productividad, caracterizadas por la poca generación de empleos; de la venta de tierras ejidales y de la disminución de la producción agrícola; lo que se constituye en la incapacidad del sector productivo de México para satisfacer la demanda de puestos de trabajo (Corona et al., 2009).

La problemática del empleo productivo que permita satisfacer las necesidades básicas de la vida moderna, no es exclusiva del sector agropecuario sino que afecta a la totalidad de la economía. El sector industrial no ofrece oportunidades de empleo suficientes para los requerimientos de la población (fuerza de trabajo), situación que parte del sector agrícola o de los sectores con tecnología atrasada.

El aparato productivo, se ve altamente restringido en su capacidad de empleador, dada la estructura de una demanda fuertemente concentrada y dadas las tecnologías que se utilizan para satisfacerla. Esta sub-utilización de fuerza de trabajo, tanto en el ámbito rural como en el urbano, es donde se debe buscar la presión más esencial y última de emigrar a Estados Unidos. (Benítez R., 2006)

Las altas metas de producción y mano de obra de Estados Unidos propician en el trabajador mexicano la inquietud de emigrar para buscar mejores fuentes de empleo, que no encuentra en su país.

México mantiene una relación económica de dependencia hacia Estados Unidos. Un esfuerzo extraordinario de millones de trabajadores mexicanos se ha traducido, junto con la renta petrolera, en una enorme transferencia de recursos al exterior, y en una disminución relativa de las inversiones productivas internas. Por otro lado, la crisis produce un conjunto de coacciones que obliga a la intervención pública a buscar la recomposición del sector industrial, mediante el recurso creciente a las fuentes externas de financiamiento. (Benítez R., 2006).

Otro factor de importancia es la devaluación monetaria, porque al devaluarse nuestra moneda, el trabajador mexicano busca irse a Estados Unidos y cobrar en dólares, que al convertirlos en moneda nacional eleva su poder adquisitivo. Así, la economía mexicana favorece la migración del mexicano a EUA, influida por su estructura monopolista, agraria y con grandes disparidades en la distribución de la riqueza, una elevada tasa de desempleo y la relación de dominio económico de los Estados Unidos, sobre México en las cuales, este último ejerce predominio.

Aunque el flujo de mano de obra hacia el norte es el principal factor del programa fronterizo, existen otros elementos importantes, como: el flujo de los salarios de los trabajadores mexicanos en las tiendas del lado estadounidense de la frontera; la mayor dependencia de este comercio al menudeo con relación a las compras de un mercado mexicano cada vez más amplio, el flujo de la producción agrícola de los estados fronterizos mexicanos hacia los Estados Unidos, la contribución de los dólares a la economía comercial, la directa dependencia tecnológica con respecto a la norteamericana y una multitud de empresas y actividades ilegales. (Benítez R., 2006)

La migración de mexicanos a Estados Unidos estaba inicialmente motivada sobre todo por factores de carácter económico, pero actualmente no son los únicos que la sustentan. En efecto, hoy las redes de familiares y amigos, los agentes laborales y reclutadores vinculan el crecimiento de la industria, el empleo y el dinamismo económico en diversas regiones de Estados Unidos con un número creciente de comunidades mexicanas que envían migrantes al vecino país.

Así pues, durante las últimas tres décadas del siglo pasado, la unión americana experimentó un vertiginoso incremento de la población nacida en el extranjero, donde de los 10.6 millones de inmigrantes registrados en 1970, se adicionaron 22.6 millones más en ese periodo, de los cuales más de la mitad llegaron entre los años 1990 y 2000 (Secretaría de Salud et al., 2006).

Como resultado de esta dinámica, desde 1980 los mexicanos se han convertido en la primera minoría en Estados Unidos, representado a mediados de la década del 2000 casi el cuatro por ciento del total de la población del país del norte y veintinueve de su población inmigrante (CONAPO, 2008).

De igual manera, considerando a la población mexicano-americana¹, se puede observar que la cantidad de inmigrantes mexicanos y de mexicano-americanos ascendía a 28.1 millones de personas en 2005, lo que representa aproximadamente el 10 por ciento de la población total de Estados Unidos (Secretaría de Salud et al. 2006).

La intensa dinámica migratoria registrada entre ambos países en los últimos años se ha caracterizado por ser mayoritariamente indocumentada, dada por las restricciones en los canales legales de la migración hacia Estados Unidos con respecto a la demanda de trabajadores migrantes que existe en su mercado laboral.

En este sentido, se estima que alrededor de 6.2 millones de personas originarias de México radican en la unión americana de manera irregular, representando más de la mitad del total (55%) (Secretaría de Salud et al., 2006).

La clandestinidad implica una situación de no ajuste a las leyes de inmigración de los países receptores lleva a una total desconsideración por la seguridad física de este tipo de personas, se favorece la explotación a menudo asociada al trabajo del migrante, que se desempeña en sectores que escapan al cumplimiento de las normas laborales.

La explotación favorece el agravamiento de riesgos para la salud, manifestados principalmente por accidentes de trabajo ocasionados por movimientos repetitivos y

¹ Personas nacidas en Estados Unidos pero que descienden de mexicanos.

exposición a sustancias tóxicas. La transculturación impacta el estilo y condiciones de vida de los migrantes.

La exclusión de los servicios y programas de salud de los países receptores, en especial de la seguridad social, y la carencia de recursos para la cobertura privada, impide recibir la atención médica necesaria para mantener un estado de salud física óptimo, mientras que la ausencia de redes de apoyo y las dificultades culturales y lingüísticas, les hacen más propensos a la exposición a estrés.

En las últimas décadas la migración ilegal, ha sido un asunto prioritario en la agenda política de migración de México a Estados Unidos. En los ochentas el Congreso aprobó la Ley para la reforma y control de la Inmigración (IRCA). La IRCA tuvo consecuencias importantes para la migración de México a Estados Unidos.

El tamaño de la población mexicana aumentó notablemente debido a las disposiciones de legalización de la IRCA. La Ley de Reforma y Control de la Inmigración (IRCA) de Estados Unidos, de 1986, impone sanciones a los empleadores que a sabiendas, contraten trabajadores no autorizados, y legaliza a dos millones de residentes no autorizados.

La Comisión Asencio de Estados Unidos recomienda el desarrollo económico para enfrentar el flujo no autorizado. México refuerza y expande su protección consular a mexicanos en el extranjero. A partir de los noventas el diálogo bilateral sobre migración aumenta.

A partir de la firma del Tratado de Libre Comercio en América del Norte (TLCAN), Estados Unidos refuerza el control fronterizo; nuevas leyes aceleran la remoción de migrantes no autorizados y restringen las prestaciones de asistencia social a los migrantes autorizados. Se acuerda la elaboración del Estudio Binacional México / Estados Unidos sobre Migración. Sin embargo, pese a las distintas acciones regulatorias no se ha logrado frenar la migración de los mexicanos a EUA.

El aumento considerable de barreras para ingresar a Estados Unidos, al igual que los mínimos estímulos para el retorno al país y de oferta de trabajo, han ayudado al desgaste de los mecanismos de circularidad migratoria, aumentando la propensión a una migración definitiva.

Asimismo, los migrantes temporales, en su mayoría sin documentos, tienden a extender el tiempo de permanencia en el país del norte, y en muchos casos estableciendo allí su residencia definitiva (CONAPO et al., 2005).

En lo que respecta a la situación demográfica, los altos niveles de fecundidad de las mexicanas hasta el inicio de los años setenta, han inducido que entre los años 2000 a 2010 se observe una mayor cantidad de jóvenes que se encuentran en edades de poder ingresar al mercado laboral, observándose durante esta década como anualmente más de dos millones de personas de ambos sexos cumplen la mayoría de edad.

De igual forma, la cantidad de hombres y mujeres de 15 a 29 años cumplidos en cualquier año del decenio supera los 30 millones (Corona et al., 2009).

Entre los principales contrastes existentes entre Estados Unidos y México se encuentra el salarial, donde en el país del norte se obtiene entre ocho y diez veces más dinero por realizar el mismo trabajo en igual periodo de tiempo; asimismo, este país (EUA) registra una

demanda continua de mano de obra de baja calificación, lo que permite a México ofertarla como resultado de la incapacidad del aparato productivo nacional para generar las ocupaciones que plantea la permanente incorporación de los jóvenes en las edades reproductivas (Corona et al., 2009).

Entre los migrantes mexicanos se da una relación de 1.2 hombres por cada mujer, con una edad que tiende a concentrarse en los grupos de edad de 20 a 45 años, esto es, los de mayor participación en la actividad económica, lo que apoya, sin lugar a dudas, que se trata de migración eminentemente laboral. (Corona et al., 2009).

En el perfil de escolaridad, se ha reportado un menor nivel de escolaridad con respecto a la población angloamericana. El 37% de los migrantes mexicanos mayores de 15 años tiene seis o menos años de escolaridad, y otro 31% no ha concluido la preparatoria. Solo un 14% cuenta con estudios universitarios. (Corona et al., 2009).

Se aprecia una mayor incorporación de la mujer migrante a las actividades económicas y en su inserción en el mercado laboral en comparación con las mujeres mexicanas que permanecen en nuestro país, calculando que casi un 50% participa activamente en el mercado laboral.

El 56% de los migrantes mexicanos se concentra en sólo seis ocupaciones diferentes: jornaleros agrícolas, operadores de máquinas, trabajadores manuales y ayudantes, cocineros, oficios diversos de la construcción y tareas de limpieza y mantenimiento. En puestos de bajos salarios, no calificados, inestables, no regulados, expuestos a formas de flexibilidad extrema, con sistemas de subcontratación y otras formas de precariedad del empleo. (González, 2002).

Alrededor de las tres cuartas partes de los indocumentados, proviene de las regiones rurales y semi-urbanas. (Jalisco, Michoacán y Guanajuato) concentraron la tercera parte de los emigrantes a Estados Unidos Sin embargo, otras entidades del país, como lo son Oaxaca, Puebla y Morelos, empiezan a tener una mayor presencia en el flujo migratorio hacia el vecino país, no tanto por el volumen absoluto de sus emigrantes, sino por el porcentaje que los migrantes representan en la población residente.

En cuanto a los estados donde más se concentran los mexicanos indocumentados, se encuentran los del sur, especialmente California (50%), Texas (21.2%) e Illinois (7.9%). Se ha incrementado la ubicación de los migrantes mexicanos hacia el norte y el noreste de Estados Unidos, por la saturación migratoria de las regiones tradicionalmente buscadas, con la existencia de redes sociales (parientes, vecinos, amigos) a través de los que encuentran trabajo y vivienda.

Entre los nuevos destinos, partes importantes se encuentran, al norte; Wyoming, Idaho y el Estado de Washington, mientras que al noreste; Nueva York, Nueva Jersey y Washington D. C.

En resumen, la migración de mexicanos a Estados Unidos es un fenómeno social que se remonta a fines del siglo XIX.

Antiguamente se caracterizaba por ser un flujo circular de mano de obra proveniente de zonas rurales que emigraba al sur de EUA, siguiendo los ciclos de temporalidad de la agricultura. No obstante, en las últimas décadas destaca el creciente asentamiento de migrantes mexicanos en pueblos y barrios urbanos de Estados Unidos.

Es a partir de la década de los noventa, que el incremento de la población mexicana residente en Estados Unidos supera al de las tres décadas previas, hasta alcanzar un elevado porcentaje de mexicanos en EUA, calculando cerca de ocho millones, constituyendo más del 8% de la población mexicana total.

En el siglo XXI, se calcula que la población migrante ha alcanzado aproximadamente 12 millones de migrantes, lo que convierte a México en el principal país receptor de remesas en América Latina, por dicho concepto. (Adolfo Albo, J. L. Ordaz Díaz, 2011)

ACCESO A SERVICIOS

Uno de los problemas más importantes que tienen los migrantes en los Estados Unidos son las bajas coberturas de acceso a los servicios de salud, a causa de la baja proporción de seguros ofrecidos por los empleadores y a la escasa cobertura por parte de los programas públicos de salud.

De acuerdo con Wallace y colaboradores, en el país del norte más de dos terceras partes de los inmigrantes mexicanos que trabajan en ocupaciones básicas carecen de seguros médicos, a diferencia de aquellos que laboran en ocupaciones que no emplean un gran número de inmigrantes mexicanos, donde la falta de aseguramiento es menos predominante.

Asimismo, en dicho país los inmigrantes mexicanos de ambos sexos cubren una parte considerable de los trabajos en la industria agrícola y de la construcción, donde se pagan los salarios más bajos, y por lo general, no ofrecen seguros médicos (Wallace et al., 2007).

Entre los inmigrantes que ingresaron a Estados Unidos durante la última década, dos terceras partes no contaban con este servicio, equivalente a 3.5 millones de personas desprotegidas.

No obstante, los migrantes que han residido un tiempo más prolongado tienen niveles de cobertura significativamente más elevados, donde poco menos de tres quintas partes (57.2 por ciento) cuenta con el seguro.

En este sentido, considerando ambos grupos, la cantidad de inmigrantes mexicanos sin seguridad médica alcanza los 5.9 millones de personas, lo que representa el 13 por ciento del total que no cuenta con esta prestación en Estados Unidos (Secretaría de Salud et al., 2006).

De acuerdo a la información del proyecto “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005” realizado por El Colegio de la Frontera Norte y donde se llevaron a cabo dos fases: la primera de ellas con la realización de entrevistas en las ciudades de Tijuana, Juárez y Nuevo Laredo para los migrantes procedentes de Estados Unidos;² y la segunda para los migrantes procedentes también de Estados

² Vale la pena mencionar que este proyecto consideró en su primera fase la realización de entrevistas en Tijuana, Juárez y Nuevo Laredo para los migrantes procedentes de Estados Unidos como los procedentes del sur de la República Mexicana, no obstante, en esta parte sobre presencia de seguro médico no se tuvieron en cuenta los migrantes procedentes del sur.

Unidos que viajaban por avión y que llegaban al Aeropuerto del Bajío(Guanajuato), se pudo identificar que de los migrantes captados en las tres ciudades antes mencionadas, 48.7 por ciento de los oriundos del estado de Guanajuato no disponían de seguro médico en dicho país, situación que se registró en 53.3 por ciento en los nativos de otras entidades.

De los migrantes que fueron entrevistados en el Aeropuerto El Bajío, 54.9 por ciento de ellos manifestaron no poseer ningún tipo de servicio médico en Estados Unidos (El Colegio de la Frontera Norte, 2006).

Por otro lado, de aquellos migrantes captados en Tijuana, Juárez y Nuevo Laredo que sí tenían cobertura médica y eran nativos de Guanajuato, 57.8 por ciento tuvieron seguro médico suministrado por el patrón, mientras que 13.6 por ciento lo tuvieron conjuntamente con el patrón y por el migrante mismo o un miembro de la familia.

De aquellos que eran oriundos de otras entidades del país, 56.7 por ciento de los migrantes recibieron el seguro por parte de su patrón, en tanto que 14.0 por ciento por ellos mismos o un miembro de la familia. Para los migrantes captados en el Aeropuerto El Bajío, 77.1 por ciento contaba con seguro médico proporcionado por el patrón, mientras que 9.7 por ciento era suministrado por el mismo o por un miembro de la familia (El Colegio de la Frontera Norte, 2006).

En otro orden de ideas, los latinos son el grupo étnico con menos posibilidades de tener seguro médico. De los 12 millones de migrantes, solo un 45 por ciento tienen acceso a alguna forma de seguro de salud en EUA. El resto contribuye con 13 por ciento al total de la población sin seguro en este país.

Del lado mexicano, 30 por ciento de los hogares con migrantes tiene algún miembro asegurado, aunque generalmente éste no es el propio migrante (Wallace et al., 2007).

Vale la pena mencionar que el sistema de salud estadounidense está basado en servicios privados y la adquisición de seguros médicos a compañías aseguradoras. Los seguros médicos públicos son mínimos, existiendo a nivel federal Medicaid y Medicare, además de otras opciones estatales y municipales; sin embargo, estos seguros públicos tienen requisitos especiales para acceder a ellos, como son la condición de pobreza y el ser pensionado, respectivamente (Salud del Migrante, 2010 b; Wallace et al., 2007).

En este sentido, alrededor de tres de cada diez (30.3 por ciento) mexicanos migrantes en Estados Unidos con seguro privado de salud tienen la mayor parte más de diez años de estancia en dicho país.

La población mexicana con mejor cobertura es la de mayores de 64 años, caracterizados por su larga estancia, quienes tienen una cobertura de 92 por ciento. Por el contrario, los más desprotegidos son los que se encuentran entre las edades de 18 a 29 años, donde tan solo poco menos de una cuarta parte (24 por ciento) cuentan con seguro médico (Salud del Migrante, 2010 b).

Dadas las bajas coberturas de los servicios médicos, gran parte de los inmigrantes mexicanos no cuenta con una fuente de atención médica regular, por lo que quienes reciben la atención médica, es difícil que den continuidad a la misma.

Se estima que el 85.9 por ciento de los inmigrantes mexicanos con 18 años de edad o más no cuentan con un lugar para recibir atención médica periódica. Este escenario muestra un posible deterioro de la salud de los migrantes mexicanos al no tener continuidad en servicios preventivos, así como la falta de atención oportuna a enfermedades, y consecuentemente, al seguimiento de las mismas (Salud del Migrante, 2010 b).

En un estudio realizado, como parte del proyecto “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005”, se pudo identificar que durante los 12 meses previos a la aplicación de la encuesta, 12.8 y 11.1 por ciento de los migrantes procedentes de Estados Unidos y del sur respectivamente señalaron haber padecido alguna enfermedad.

En los primeros, 42.1 por ciento indicaron haber sufrido diabetes mellitus, 20.7 por ciento hipertensión arterial y 13.1 por ciento ambas enfermedades. Para los procedentes del sur, 29.4 por ciento padecieron diabetes mellitus, 20.8 por ciento hipertensión arterial y 14.0 por ciento diabetes mellitus e hipertensión arterial. La tasa de prevalencia de diabetes mellitus fue mucho mayor para los migrantes procedentes de Estados Unidos que para los del sur, con 72.4 y 51.8 por cada 1,000 migrantes de manera respectiva. La prevalencia de hipertensión arterial también fue mayor en los procedentes del norte, aunque las diferencias fueron más reducidas (47.5 y 44.9 por cada 1,000 consecutivamente) (Macías et al., 2009).

Por otro lado, en cuanto a los hábitos que afectan la salud de los migrantes, pareciera que estos son más comunes en los migrantes procedentes de Estados Unidos. El 21.7 por ciento de los procedentes del norte consumían alcohol cada ocho días.

En los primeros, 47.3 por ciento tomaban entre dos y cinco copas y 32.1 por ciento entre seis y diez copas de alcohol.

Con respecto al consumo de cigarrillo, en ambos grupos fue de alrededor de 42.0 por ciento. El 73.3 por ciento fumaban entre dos y cinco cigarrillos diariamente, 13.7 por ciento entre seis y diez y 5.3 por ciento más de diez (Macías et al., 2009).

De igual forma, es importante mencionar que 3.8 por ciento de los migrantes procedentes de Estados Unidos consumieron drogas ilícitas.

Las drogas más comunes fueron la marihuana, cocaína y cristal. Asimismo, 1.5 por ciento de los migrantes procedentes del norte utilizaron una jeringa que ya había sido usada, proporción que fue de 0.6 por ciento en los provenientes del sur.

En suma, puede decirse que el fenómeno migratorio, condiciona un cambio no solo de rutinas de vida y condiciones laborales, sino que modifica la incidencia de patología crónica, así como del consumo de alcohol, marihuana, cocaína, heroína y cristal (Macías et al., 2009).

A fin de optimizar los esfuerzos para la obtención de recursos sanitarios dirigidos a la atención de los migrantes, se crearon las Ventanillas de Salud (VDS), que operan en los consulados de México en los Estados Unidos (González et al., 2008; Instituto de los mexicanos en el exterior, 2008).

Las VDS son centros de información para incrementar el conocimiento y el uso de los servicios de salud entre la población mexicana que vive en los Estados Unidos de América, así como la difusión de programas de prevención y promoción de la salud.

El Programa de VDS inicia en su fase piloto durante los años 2002–2004, en respuesta a las necesidades de atención médica que requerían las familias mexicanas en Estados Unidos, debido a que derivado de resultados de entrevistas realizadas en los Consulados de México en Los Ángeles y San Diego durante el 2003 y 2004, indicaron que el 87 por ciento y el 95 por ciento de la población entrevistada, no contaban con seguros de salud o su seguro tenía una cobertura muy limitada solo para servicios de emergencia.

Es importante resaltar que este Programa tiene una colaboración multisectorial que cuenta con la participación de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), instrumentado por el Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME), en colaboración con la Red Consular en Estados Unidos y la Secretaría de Salud de México. Asimismo, cuenta con la participación de agencias fiscales y organización de la sociedad civil de las distintas localidades donde operan.

En sus inicios, las VDS contaron con los esfuerzos de organizaciones locales que permitieron procurar los fondos necesarios para iniciar las operaciones de las Ventanillas, tal es el caso de la Fundación *The California Endowment*, que financió la fase piloto del Programa en Los Ángeles, California. Hoy en día, la Secretaría de Salud, SRE – IME y Agencias Fiscales locales son las encargadas de brindar fondos semilla a fin de fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud entre la comunidad migrante mexicana.

De igual forma, y en respuesta a las necesidades de los migrantes, desde el 2010 se encuentran en operación 45 VDS con la finalidad de establecer centros de información ubicados en los consulados de México en los Estados Unidos para incrementar el acceso de los servicios de salud disponibles en los Estados Unidos para las comunidades minoritarias.

A continuación se muestra la distribución de las 45 VDS que actualmente se encuentran en operación, así como las 5 pendientes por abrir (véase figura 1).

Figura1. Ubicación geográfica de las Ventanillas de Salud que actualmente están en operación y las pendientes por abrir



- | | | | |
|-------------------|------------------|-----------------------|--------------------|
| 1. Los Angeles | 2. San Diego | 3. Chicago | 4. El Paso |
| 5. Mc Allen | 6. Tucson | 7. Calexico | 8. Houston |
| 9. Atlanta | 10. Denver | 11. Nueva York | 12. Salt Lake City |
| 13. San José | 14. Yuma | 15. Washington, DC | 16. Albuquerque |
| 17. Austin | 18. Brownsville | 19. Dallas | 20. Eagle Pass |
| 21. Fresno | 22. Indianapolis | 23. Las Vegas | 24. Philadelphia |
| 25. Raleigh | 26. Saint Paul | 27. San Francisco | 28. Santa Ana |
| 29. Seattle | 30. Laredo | 31. Boise | 32. Del Río |
| 33. Kansas City | 34. Little Rock | 35. Miami | 36. Nogales |
| 37. Nueva Orleans | 38. Omaha | 39. Oxnard | 40. Sacramento |
| 41. Douglas | 42. Phoenix | 43. San Antonio | 44. Orlando (P) |
| 45. Presidio | 46. Portland(P) | 47. San Bernardino(P) | 48. Detroit (P) |
| | 49. Anchorage(P) | 50. Boston(P) | |

Los beneficios que proporcionan las VDS a los migrantes se basan, de acuerdo con las acciones instrumentadas para la operación de las mismas, en tres ejes rectores:

1. Facilitar la inscripción a programas públicos de salud.
2. Facilitar el acceso a los servicios médicos a clínicas u hospitales locales.
3. Hacer conciencia en la población migrante sobre la educación en los temas en salud, y otros servicios con oportunidad, calidad y eficiencia combatiendo así los principales problemas de enfermedades entre los migrantes tales como la Diabetes, Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico-Uterino, entre otros.

Existe una organización de recursos y mecanismos de interacción para el trabajo de las VDS entre la Secretaria de Salud y los Consulados, así como las distintas organizaciones y agencias involucradas, de tal forma que los componentes en la parte administrativa/operativa de las VDS es la siguiente:

Secretaría de Salud

Acciones:

- Transferir recursos a la SRE para la operación de las VDS.
- Impulsar la puesta en marcha de nuevas VDS.
- Envío y elaboración de material en materia de prevención y promoción de la salud a los Consulados de México en Estados Unidos.
- Realización de una imagen consolidada y estructurada del Programa VDS.
- Participar en la elaboración del Manual de Operaciones de las VDS.
- Elaboración de la Guía de Salud de Migrante.
- Medios impresos (2011).
- Evaluar el impacto de los servicios que las VDS brindan.

Secretaría de Relaciones Exteriores a través de Instituto de los Mexicanos en el Exterior

Acciones:

- Supervisar que las normas y calidad de servicio al usuario de la VDS sean óptimas.
- Garantizar que las actividades de las VDS estén propiamente integradas al flujo de servicios consulares y que se maximice el impacto de las mismas.
- Proveer el espacio físico, servicios de mantenimiento, teléfono, Internet, papelería, fotocopiado.
- Orientar o capacitar al personal de la VDS en las políticas consulares de trabajo relevantes.
- Integrar al personal de la VDS a reuniones periódicas con el personal del consulado.
- En colaboración con la agencia fiscal o líder que contrate al personal de la VDS, guiar el desarrollo y la búsqueda del financiamiento sostenible del programa.³
- Apoyar a las representaciones consulares en la negociación con las Agencias Fiscales a fin de que en el menor tiempo posible cuenten con el VDS, en función del potencial beneficio que este servicio representa para los connacionales que acuden a solicitar servicios consulares.

Consulado

Acciones:

- Apoyar y proteger a los ciudadanos mexicanos que viajen o residen en Estados Unidos.

Agencia Fiscal

Acciones:

- Administrar recursos asignados para las labores de difusión y promoción de la salud.
- Llevar a cabo la contratación del personal de la VDS el cual deberá de pasar por un proceso de reclutamiento, capacitación, supervisión y evaluación (especialistas en seguros de salud y temas de elegibilidad y educadores de salud).
- Realizar la recolección de datos, análisis e interpretación de actividades y redacción de reportes.
- Coordinar reuniones con otras clínicas mediante las cuales se pueda contar con el apoyo en temas específicos.

³ Estas negociaciones se darán, en todo momento, con base en las muy particulares necesidades y condiciones que cada jurisdicción consular presenta.

- Buscar fondos a través de la elaboración de propuestas para dirigirlas a potenciales patrocinadores.
- Mantener una imagen homogénea e institucional de la VDS.

Adicionalmente, en la actualidad se utiliza la plataforma de las VDS a fin de dar a conocer a los mexicanos que radican en los Estados Unidos las acciones que realiza el Gobierno Federal para que sus familias, que viven en México tengan acceso a los servicios de salud que brinda el Sistema de Protección Social en Salud.

2. PROBLEMA

El acceso a los servicios de salud de los mexicanos migrantes es limitada, más aún cuando su condición migratoria es irregular. En un reporte binacional realizado por CONAPO y la Universidad de California en el 2005 se describe que más de la mitad de los migrantes mexicanos ubicados en EUA, carecían de acceso a servicios de salud (CONAPO et al., 2008).

Es sabido que las condiciones laborales, familiares y los estilos de vida que se adoptan al salir de nuestro país, así como la falta de acceso a programas de educación y atención para la salud, condicionan prácticas inadecuadas de vida, que generan un incremento en la presencia de patología en este grupo poblacional.

La población estimada de migrantes mexicanos que tienen acceso potencial al Consulado de la Ciudad de Nueva York, son los que habitan en los Estados de Nueva York, Nueva Jersey y Connecticut, que sumados, constituyen de acuerdo al censo de 2006 un total de 597,320 mexicanos.

El estado de Nueva York es uno de los 50 estados de EUA, fundado en 1788. Su capital es Albany y la ciudad más poblada del estado es la ciudad de Nueva York. Se subdivide en 62 condados, incluidos en 8 regiones geográficas. Tiene un clima templado aunque en determinados meses se torna extremo variando de los -10° C hasta la más alta registrada de 42° C. Entre 100 a 250 días del año dependiendo de la región geográfica se presenta granizo y heladas.

Cuenta con una superficie de 141,299kms y una población total de 19, 297,729 habitantes, que lo sitúa como el estado que cuenta con el tercer lugar de densidad de población dentro de EUA.

El 60.2% de los habitantes son caucásicos, seguidos por el 16.3% de latinos, de los que la gran mayoría son mexicanos y dominicanos. El PIB per cápita es de 57.2 dólares. La Ciudad de Nueva York domina la economía del estado. Es el principal centro financiero, bancario y de telecomunicaciones de EUA y la sede del New York Stock Exchange.

Entre las principales actividades y productos industriales se encuentran el procesamiento de lácteos, la prensa, el desarrollo de material científico, equipo eléctrico, maquinaria y productos químicos. Cuenta con un sector industrial y corporativo muy importante. La minería se especializa en materiales de construcción, esmeril, granate y zinc. Exporta amplia variedad de productos alimenticios, productos minerales, diamantes y piezas automovilísticas.

Además de los servicios de consulta médica privada, el estado de Nueva York cuenta con un Departamento de Salud (NYS Department of Health) que proporciona servicios a través de las oficinas regionales; Capital District, Central Field, Buffalo, Rochester y New York Metropolitan, así como el servicio de bienestar social denominado Medicaid, para el que es menester ser menor de 65 años y mostrar comprobante de ciudadanía americana y comprobantes de ingresos.

Los principales centros asistenciales médicos con los que cuenta son; Bellevue Hospital, Coler-Goldwater Speciality Hospital, Gouverneur Healthcare Services, Harlem Hospital center, y el Metropolitan center en Manhattan. En el condado de Bronx se encuentran el Jacobi Medical center, Lincoln Medical and Medical Health Center, Morrisania Diagnostic and Treatment Center, North Central Bronx Hospital y Segundo Ruiz Belvis Diagnostic and Treatment Center. En Brooklyn se encuentran Coney island Hospital, Cumberland Diagnostic and Treatment Center, East New York Diagnostic and Treatment Center, Kings County Hospital Center, Dr. Susan Smith McKinney Nursing and Rehabilitation Center y Woodhull Medical and mental Health center. En Queens están situados el Elmhurst Hospital center y el Queens Hospital center y el Condado de Staten Island es el Sea View Hospital Rehabilitation Center and Home.

El Estado de Nueva Jersey fue fundado en 1787. Su capital es Trenton y la ciudad más poblada es Newark, cuenta con 21 condados, tiene una superficie total de 22,587 kms, con una población aproximada de 8,685,920 habitantes.

Es uno de los más ricos y avanzados de EUA, hay una gran población latina (15.6%) en la que predominan los mexicanos, ocupando el segundo lugar después de los caucásicos que constituyen el 62.3%. El PIB per cápita es de 73.6 dólares.

La economía se sustenta en la producción agrícola, la industria farmacéutica, química y el turismo. Nueva Jersey cuenta con un Departamento de salud y Servicios para Adultos mayores (DHSS) que ofrece orientación para el cuidado de la salud y asistencia médica de acuerdo a la política sanitaria de EUA. La Universidad de Princeton forma personal médico altamente calificado y cuenta con un Hospital escuela; el “University Medical Center Princeton” y para consulta externa, el McCosh Health Center.

Connecticut, es el tercer estado más pequeño de los EUA, su principal fuente de ingresos es la prestación de servicios financieros e inmobiliarios, seguidas de la agricultura y la ganadería. Su capital es Hartford (Insurance City), tiene una superficie total de 14,356 kms y una población de 3,502,309 habitantes, con un PIB per cápita de 71.5 dólares. El clima es templado con una temperatura media de 22° C. De acuerdo al último censo los latinos constituyen el segundo lugar étnico (11.2%), siendo el primer lugar de población caucásica (74.5%).

Connecticut también se rige bajo las políticas de salud de EUA, con Medicaid para los ciudadanos norteamericanos y cuenta con el plan Husky donde los funcionarios escolares y padres de familia se han unido para dar la cobertura de salud a los menores de edad de éste estado. La Universidad de Yale situada en éste estado, cuenta con una de las escuelas de medicina más prestigeadas y de ella derivan el Cancer Center, el Child Study Center, Connecticut Mental Health center, Yale-New Haven Hospital, Yale-New Haven Children's Hospital, Yale-New Haven Psychiatric Hospital y el Yale-New Haven Health System.

El grupo médico de Yale cuenta con 700 médicos preparados en más de 100 especialidades y subespecialidades y existen programas de investigación con importantes líneas, entre ellas Salud Pública, Problemas de fertilidad y Oncología.

En suma, Nueva York, Nueva Jersey y Connecticut son 3 estados de alta concentración de migrantes mexicanos. El costo de la vida en éstos Estados es elevado y pese a contar con servicios médicos de alta calidad para los ciudadanos americanos, los migrantes mexicanos, dada la elevada cotización de seguros médicos y los problemas de pobreza y discriminación, los migrantes tienen condiciones especiales, que hacen necesaria la identificación de los problemas de salud de esta población.

3. METODOLOGÍA

El Proyecto de difusión de la Ventanilla de Salud en Nueva York consistió en dos partes básicamente.

DIAGNOSTICO DE SALUD.

En primer lugar, se llevó a cabo un diagnóstico integral de salud en población migrante, mediante un estudio de tipo transversal, previa autorización del Responsable de la Ventanilla de Salud con el apoyo del personal del Consulado que colabora en dicha ventanilla. A fin de hacer la selección aleatoria, se eligieron aquellos sujetos cuya ficha de turno terminara en número par.



Como criterios de inclusión, se eligieron; migrantes mexicanos laborando en los Estados Unidos de América (EUA), mayores de 18 años, de uno u otro sexo que acudieran a solicitar atención a la ventanilla consular de la ciudad de Nueva York, en el mes de Febrero del 2010, que supieran leer y escribir y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron; sujetos que no entendieran el idioma español o tuvieran alguna discapacidad les impidiera contestar adecuadamente los instrumentos.

Se aplicaron 380 cuestionarios estructurados a la población migrante que acudió a la ventanilla de Salud de Nueva York, en un horario comprendido entre las 9 y 14 horas de lunes a viernes, coincidiendo con el horario en que los migrantes acudían a realizar trámites a las ventanillas consulares.



Posterior a solicitar un número de ficha y llenar la información que se les solicitaba para cada trámite en particular, las personas se formaban para la entrega de los formatos llenos y posteriormente esperaban un promedio de 1 a 4 horas para la entrega de los documentos solicitados en un área de espera con sillas. Todo esto en la Planta Baja del Consulado.

Previo a iniciar el estudio, la investigadora leyó a los sujetos el objetivo del mismo, solicitando su consentimiento para participar, aclarando que el beneficio de dicha participación sería la posibilidad de proponer una mejora de los servicios ofrecidos por la VDS del Consulado para los migrantes mexicanos, sin existir ninguna compensación material y aclarando que en caso de negarse a responder, esto no tendría ningún tipo de consecuencias en la atención solicitada por ellos en las distintas áreas del Consulado.



Investigadora explicando la hoja de Consentimiento

Cuatro sujetos no hablaban español. Cinco, hablaban el idioma, pero refirieron no saber leer y escribir. Una persona anciana refirió no saber cómo contestar. Además de éstos sujetos registrados, un número no cuantificado de migrantes (aproximadamente entre 20 a 30 sujetos), se negaron a contestar, pudiendo resumir en 2 las respuestas para no hacerlo.

En primer lugar, algunos sujetos suspicaces que daban una parca negativa sin desear interacción con terceros, respondiendo con frases cortas tales como; “No, ahorita no” o “No gracias”. Otros manifestaron encontrarse molestos o preocupados por el tiempo de espera para la realización de trámites y la pérdida de un día completo de trabajo para hacerlo, por lo que no se sentían con ánimo para responder más documentos.

El cuestionario comprendía los siguientes apartados; Datos socio-demográficos, economía, actividad laboral, salud, hábitos de vida, socialización y relaciones de pareja, hábitos alimentarios, Ventanilla de Salud (Ver anexos 1 y 2)

Se realizó una base de datos de SPSS donde se vaciaron los datos del cuestionario para realizar el análisis estadístico de los mismos. El análisis incluía frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Para el análisis comparativo se utilizaron Chi cuadrada y prueba T de student.

Se aplicó también el cuestionario AUDIT para detección de consumo riesgoso de alcohol, dado que de acuerdo con los antecedentes revisados en la literatura, uno de los hábitos que están descritos como en incremento de patrón de abuso en los migrantes mexicanos que viven en los Estados Unidos, junto con el aumento en la incidencia de consumo de otras sustancias de tipo ilícito. Tratándose de una población que en general responde con desconfianza por la condición de ilegalidad en las que se encuentran muchos de los migrantes, se pensó que el uso y abuso de sustancias ilícitas sería negado, por lo que solo se decidió interrogar uso de tabaco y alcohol.

El consumo de estas sustancias se relaciona a un incremento en el riesgo de enfermedades crónicas tales como el Síndrome Metabólico o la Hipertensión arterial, así como en un aumento de accidentes. Por lo que al saber que los estudios de salud en población

migrante hablan de una mayor frecuencia de accidentes y patología crónica, se decidió explorar específicamente el consumo de las 2 sustancias de abuso más comúnmente empleadas y cuyo uso es menos ocultado.

Para la aplicación del AUDIT la tesista y otra investigadora entrenada para la realización de estudios de tamizaje, leían a los migrantes entrevistados las preguntas del cuestionario tal cual estaban escritas, registrando las respuestas en los espacios correspondientes. Previo a explicar que se entendía por bebidas alcohólicas utilizando ejemplos típicos como cerveza, mezcal, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de copas o tragos, de acuerdo a las medidas de bebidas estándar (latas para cerveza, vasos con 30 mililitros en bebidas preparadas).

La calificación se realizó sumando los puntos especificados de acuerdo con el manual de calificación, partiendo 0 para nunca a 4 para diario o casi diario, a excepción de las preguntas 2 en que tanto la respuesta de 7 a 9 copas o 10 o más copas valían 3 puntos y las preguntas 9 y 10 en que se daba valor de 0 para No, 2 para “sí, pero no el último año” y 4 puntos para “Sí, el último año”.

El AUDIT ha sido validado en español y la OMS ha fijado como puntos de corte menor a 9 para considerar que el consumo de alcohol es seguro, consumo riesgoso entre 9 y 18 puntos y más de 18 puntos es consumo dañino. Con una sensibilidad de 95% y especificidad del 88%. (anexo 3)

De los 380 cuestionarios aplicados, debieron eliminarse 39 por encontrar que los instrumentos habían sido llenados en forma incompleta, quedando 341 cuestionarios, que constituyeron el total de la muestra para el análisis cuantitativo.

Además del estudio cuantitativo, se realizaron 3 grupos focales, para los cuales se invitó en forma abierta con micrófono a aquellas personas interesadas en participar en una entrevista en la ventanilla de salud, previo explicarles que el objetivo de éstas reuniones era conocer las inquietudes de los mexicanos que viven en EUA, aclarando que la duración sería de una hora y que se necesitaban 20 personas para formar el grupo, aclarando que el tiempo de las pláticas, sería menor al tiempo calculado para la espera de familiares que solicitaban algún servicio comunitario (ejemplo, mexicanos cuyas parejas eran latinos pero no mexicanos, que solicitaban pasaporte, o personas que requerían orientación legal o servicios comunitarios).

Se formaron 3 grupos, cada uno de ellos convocado en 3 martes distintos, antes de las 11am, para posteriormente a partir de las 11 horas, incluir a los primeros 20 migrantes que aceptaran participar, con lo que se obtuvo la información de 60 migrantes en total. Los grupos fueron moderados por la investigadora, quien posterior a presentarse ante los migrantes y dar inicio con las preguntas, permitió el desarrollo de los temas a lo largo de una hora y una vez transcurrido éste tiempo, se realizó el cierre y retroalimentación de las inquietudes vertidas por el grupo.

Las reuniones se realizaron en el segundo piso del Consulado en el área destinada a la ventanilla de Salud. El 60% de los participantes fueron del sexo femenino, encontrando una mayor participación al expresar opiniones del grupo de mujeres.

Para abrir la discusión se solicitó consentimiento verbal para participar, posteriormente la investigadora realizaba la lectura de ciertas preguntas preparadas con anticipación, invitando

a los participantes a dar su opinión a fin de conocer sus inquietudes en torno a su salud, a la problemática vivida por ser migrantes, así como sus necesidades y propuestas.

Se contó con una médica que participó como observadora silenciosa, grabando las entrevistas y escribiendo el relato de las opiniones vertidas. Al finalizar de cada sesión grupal la tesista realizaba anotaciones para el diario de campo, para posteriormente hacer un análisis de contenidos. (anexo 4)

No se dio compensación económica, únicamente se proporcionaron folletos de orientación de la VDS y plumas con el teléfono de la VDS. Posterior a las reuniones se proporcionó retroalimentación de sus inquietudes canalizando a la población a los servicios comunitarios para migrantes a fin de que se les proporcionara información general de los servicios accesibles.(anexo 5)

La segunda parte del proyecto comprendió la fase de intervención. Esta obedeció a la problemática encontrada en el diagnóstico, en el cual quedo claramente reflejada una subutilización de las Ventanillas de Salud. En este sentido, se llevó un registro diario de la asistencia de población migrante a las VDS durante el trimestre correspondiente a los meses de abril, mayo y junio, misma que fue realizada por la encargada de los Servicios Comunitarios, previo a la colocación de carteles en donde se invitaba a los migrantes a conocer las VDS para recibir orientación en torno a su salud, y posteriormente el registro del trimestre comprendido entre los meses de julio, agosto y septiembre, en los que la población se encontró expuesta a información impresa. (anexo 6)

Luego de la colocación de carteles en el Consulado de la Ciudad de Nueva York, a partir de mes de julio de 2010, durante la primera semana de octubre se realizó un segundo muestreo a 341 migrantes, buscando equiparar el tamaño de la muestra alcanzado en la realización del diagnóstico (DIS). Este segundo muestreo también fue aleatorio, de acuerdo al número de ficha de espera de trámites terminada en pares.

Para el diseño y producción del cartel, la investigadora buscó una frase corta con el mensaje que quería comunicar, mismo que fue planteado a 1 diseñadora gráfica dentro de la Secretaría de Salud, explicándole los colores oficiales y las características del cartel a fin de crear una imagen y realizar un diseño específico para la elaboración del mismo. Los insumos requeridos fueron; equipo de cómputo, Software de Illustrator para diseño gráfico, material de papelería, tóner y máquina para ploteo. Enviando 3 carteles por mes por vía Fed-Ex.

El trabajo de colocación de carteles y registro de asistencia de migrantes difusión se realizó en el Consulado de la Ciudad de Nueva York, donde la Coordinadora de la VDS fue la encargada de dar seguimiento a las actividades realizadas, a cargo de la responsable de Servicios a la Comunidad.

5. RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD

En este apartado se describen los resultados del Diagnóstico Integral de Salud (DIS) de la población migrante perteneciente a la población migrante radicada en los Estados de Connecticut, Nueva Jersey y Nueva York, atendida en la Ventanilla de Salud (VDS) del Consulado de la ciudad de Nueva York, por ser una de las ventanillas con mayor afluencia poblacional. Asimismo, tiene como objetivos analizar la prevalencia reportada de los principales

padecimientos de los migrantes en los EUA y analizar la oferta actual de acceso a servicios de salud en esta misma población.

5.1. FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS

La media de edad fue de 31.2+9.3. Del total de la muestra 218 (63.9%) eran varones y 123 mujeres (36.1%). Con una media de estancia como migrantes en Estados Unidos de 11.11± 7.4 años. (Cuadro 1)

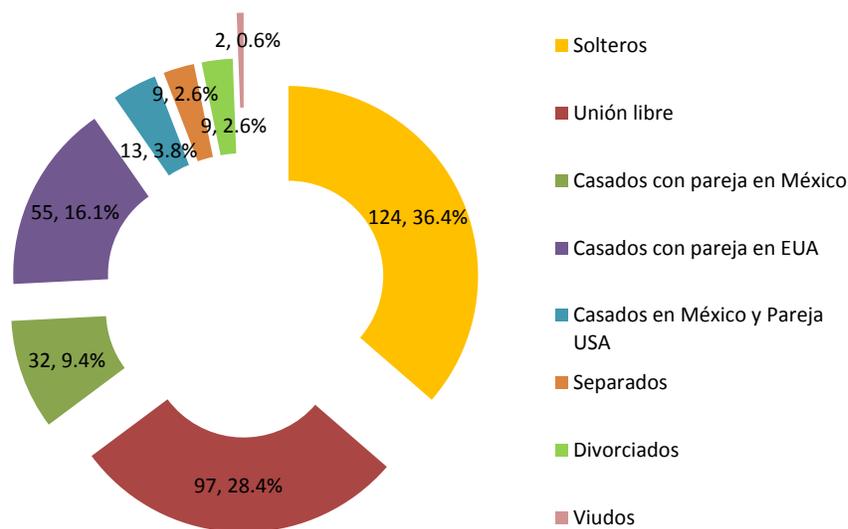
Cuadro1. Distribución de los migrantes entrevistados según algunas variables socio-demográficas

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	Media ± DS
Edad	31.2 + 9.3
Estancia en USA	11.1 + 7.4
Salario	7.8 + 8.1 dls/hr
Salario varones	9.3 dls/hr
Salario mujeres	5.13 dls/ hr
Remesas a México	230 + 318.5 dls/mes

En cuanto al estado civil, el más frecuente fue el de ser solteros con 36.4%, seguido de la unión libre con 28.4%. El 9.4% manifestaron ser casados con pareja en México y 16.1% casados con pareja en Estados Unidos, 3.8% estaban casados en México pero tenían pareja en USA, 2.6% separados, divorciados eran el 2.6% y viudos 0.6%.

Más de dos terceras partes de la muestra eran padres con hijos menores de edad (69.2%), de los cuales 168 (49.3%) vivían con los hijos en Estados Unidos y 75 (22%) habían dejado a sus hijos en México. La mayoría de los entrevistados, 295 (86.5%) contaban con familiares en el país del norte.

Grafica 1. Distribución de los migrantes entrevistados según estado conyugal.



Las actividades ocupacionales más frecuentes fueron; empleo en restaurantes en 138 (40.5%) sujetos, construcción 31 (9.1%), limpieza 26 (7.6%), 22 obreros (6.5%), 17 dedicados a jardinería (5%), agricultura 11 (3.2%), empleadas domésticas 10 (2.9%), comercio 9 (2.6%), de las mujeres 39 (11.4%) eran amas de casa, estudiantes 3 (9%) y otros 5 (1.5%). Al momento 30 (8.8%) reportaron encontrarse desempleados por la época invernal.

Cuadro2. Distribución de los migrantes entrevistados según ocupación.

Ocupación	N	%
Industria restaurantera	138	40.5
Industria de la construcción	31	9.1
Compañías de limpieza	26	7.6
Obreros	22	6.5
Jardinería	17	5
Agricultura	11	3.2
Comercio	9	2.6
Empleadas domésticas	10	2.9
Amas de casa	39	11.4
Estudiantes	3	9
Desempleo temporal por época invernal	30	8.8
Otros	5	1.5

La media de salario fue de 7.8+ 8.1 dólares/hora, con diferencia significativa favor de mayor salario para los varones de 9.3 dls/hr y las mujeres 5.13 dls /hr ($p=.0001$). Con una aportación media por persona de 230.08±318.5 dólares al mes a sus familiares en nuestro país (véase cuadro 1).

Como medios de transporte utilizados para ir al trabajo; 117 (34.3%) utilizaba el metro, 67 (19.6%) usaban autobús, auto propio 62 (18.2%), 60 (17.6%) caminaban, 16 (4.7%) usaba la bicicleta y 1 en transporte de trabajo (0.3%).

La vivienda en general se compartía entre varios migrantes solteros, familiares, o bien unión libre de parejas para compartir gastos. El 90% de los migrantes habitaban en viviendas con todos los servicios, 291 personas (85.3%) afirmaron tener servicio de telefonía celular y 156 (45.7%) contaban con Internet en su domicilio.

5.2. DAÑOS A LA SALUD

Para la detección de padecimientos, se solicitó en el cuestionario, que fueran diagnósticos hechos por algún médico desde su llegada a los EUA. Las enfermedades más frecuentes reportadas fueron; infecciones respiratorias altas con 68 casos (19.9%) relacionadas con los cambios de temperatura y la contaminación del aire, seguidas por diabetes tipo II en 15 casos (4.4%), 7 infecciones intestinales (2.1%), obesidad en 5 sujetos (1.5%), hipertensión en 2 (0.6%) y como casos aislados 1 sujeto con meningitis y 1 con anemia aplásica, 1 con litiasis vesicular y 1 con Insuficiencia renal crónica terminal, cada uno de ellos correspondiente a 0.3%. Se reportaron 4 casos (1.2%) de accidentes laborales y de ellos ninguno puso en peligro la vida o la función. Dentro de los motivos de atención quirúrgica se reportaron 4 casos (1.2%) y como víctima de violencia 1 caso por herida por arma blanca (0.3%).

Cuadro 3. Distribución de los migrantes según enfermedades reportadas

Enfermedades reportadas	N	%
Infecciones respiratorias altas	68	19.9
Diabetes tipo II	15	4.4
Infecciones intestinales	7	2.1
Obesidad	5	1.5
Hipertensión	2	0.6
Meningitis	1	0.3
Anemia aplásica	1	0.3
Litiasis vesicular	1	0.3
Insuficiencia renal crónica terminal	1	0.3
Accidentes laborales	4	1.2
Herida por arma blanca	1	0.3

En cuanto a hábitos alimenticios 178 (52.2%) solo comían alimentos preparados en casa, mientras que 105 (30.8%) realizaban al menos 1 comida fuera de casa, 47 (13.8%) 2 de las comidas fuera de casa y las 3 comidas fuera de casa solo en 10 sujetos (2.9%).

El tabaquismo solo se aprecia en 32 personas (9.4%) de la población. El consumo de alcohol fue positivo en 126 (37%) de la muestra, de los cuales 109 eran varones y 17 mujeres, encontrando diferencias significativas por género ($p = .001$).

Cuadro 4. Distribución de los migrantes entrevistados según sus hábitos.

Hábitos	N	%
Consumo de alimentos solo en su hogar	178	52.2
Consumen al menos 1 comida fuera de casa	105	30.8
Consumen 2 comidas fuera de casa	47	13.8
Consumen 3 comidas fuera de casa	10	2.9
Tabaquismo	32	9.4
Alcohol	126	37.0

Excluyendo previamente al grupo de no consumidores que fueron sacados para evitar sesgos, se calculó una media del AUDIT de 4.63 ± 4.4 , lo que ubica a ésta población por debajo del punto de corte para consumo de riesgo. Solo 23 sujetos (6.7 %) presentaron puntaje de consumo riesgoso y solo 1 (0.3%) sujeto tenía puntaje correspondiente a consumo dañino de alcohol.

5.3. RECURSOS Y SERVICIOS

En cuanto a los servicios médicos, 300 (88%) refirieron no contar con algún tipo de servicio médico, la media de visitas fue de 4.8 ± 7 a lo largo de su estancia, con una media de estancia en USA de 11.1 años, lo que corresponde aproximadamente a 1 visita médica cada 2 años y medio.

Si se toma en cuenta que la asistencia durante el embarazo es gratuita, posiblemente esto explique la diferencia entre géneros, con una mayor frecuencia de asistencia al médico para las mujeres ($p = .0001$).

El 94.1% de los entrevistados refirieron desconocer la existencia de la ventanilla de salud o de la posibilidad de contar con información o servicios en torno a temas o recursos de salud accesibles para la población migrante.

5.4. NECESIDADES PERCIBIDAS SENTIDAS

En cuanto a las necesidades sentidas más frecuentes y de mayor relevancia por los 60 migrantes entrevistados en 3 grupos focales constituidos por 20 migrantes cada uno, en relación a preocupaciones en torno a la posibilidad de mejorar su salud física y mental y su calidad de vida, las quejas que se repitieron como factores determinantes para ellos en el cuidado de su salud, fueron las siguientes:

- a. Acceso a seguro médico y/o atención médica de calidad a bajo costo
- b. Educación para la práctica de hábitos alimentarios saludables
- c. Contar con espacios accesibles para la práctica de deportes
- d. Prevención del abuso de alcohol.
- e. Mejora de salarios para tener acceso a descanso y diversión

Al transcribir la información de los migrantes que participaron en los grupos, se encontraron preocupaciones comunes que se repetían;

“Tener seguro médico” queja mayoritaria, *“El seguro depende del trabajo y muchos no tiene, pagar uno es muy caro. Lo peor es que son los mismos paisanos los que nos explotan y como estamos ilegales, no se puede hacer nada, aunque ya hay ahorita un sindicato que nos está ofreciendo ayuda”* sic. varón migrante soltero de Hidalgo.

“Sería bueno tener más educación para cuidarse, que dijeran como comer más sano” sic. mujer migrante casada.

“A muchos nos gusta el futbol, pero solo se puede jugar en el verano, cuando el clima mejora, en el calor no se puede y en el frío tampoco hay donde” sic. varón migrante 28 años.

“Saber más de cómo cuidarse para no agarrar infecciones, todo eso del condón. Estaría bien que pusieran anuncios en la televisión o en internet, la mayoría solo venimos al Consulado cuando hay que renovar papeles para trabajar, pero si no, pues no” sic migrante varón Puebla.

“Está muy lejos y nadie vive en Manhattan, hay que venirse en tren o en carro y perder todo el día, pero para hacerse estudios y el check up vale la pena si supiéramos donde hacer cita” sic mujer casada Oaxaca.

“Hay discriminación, malos tratos, hasta dentro del consulado, por eso ve que la gente luego esta de malas y no quieren ni platicar. A los que no saben leer y escribir, luego les quieren cobrar pa’ llenarles los papeles, lo peor es que haya abusos entre nosotros mismos. Los que trabajan con americanos luego son mas decentes con nosotros” sic. Varón migrante casado Puebla.

“Muchos están empezando a fumar marihuana, es que hay mucha gente mal de los nervios. Todo el tiempo aquí se va en trabajar, no hay tiempo para descansar, ni para la familia, las salidas son caras y siempre hay que estar pensando en pagar bills, las rentas son muy caras y con trabajos sale para ir al día” sic. mujer migrante casada Toluca.

“Jajaja No señorita, eso de fumar sale muy caro y luego con este clima ni ganas de salir a la calle a echarse un cigarro, yo por eso mejor lo deje. Y ahora muchos tienen asma y los que tienen poco de llegar se enferman mucho de la garganta. Ya después uno se acostumbra al clima” sic. Varón Poblano casado.

“Pues los mismos parientes lo van trayendo a uno, llegamos y vivimos todos en el mismo apartamento, la mayoría ya llegan con el trabajo arreglado y tratamos de ayudarnos entre todos. Cuando uno ya se trae a la esposa pues ya hay quien cocine para todos, si no, entre nosotros hacemos de comer para no gastar fueras, en el restaurant se hace un menú para los empleados y esa es la otra comida que hacemos en el día” sic. Varón soltero Puebla.

Las mujeres expresaron inquietud por el incremento en el consumo de drogas ilícitas, particularmente entre los varones solteros, el aumento en la violencia de género, que se gesta como una reacción en cascada ante la que las mujeres sienten gran impotencia; *“Vienen hartos del trabajo y se desquitan con una y pues aquí, sola sin papeles, ni como decirle a nadie y tampoco tienes familia que te defienda” sic. Mujer migrante*

“Es más fácil para los hombres compartir gastos si consiguen una mujer aquí que esté trabajando también, pero beben, después les pegan y luego a muchas las abandonan por otras. Al rato, las ves en Staten Island en los bares, bebiendo y con uno y con otro. No las respetan y cada vez el trato es peor” sic. mujer migrante Oaxaca.

“Son unas mensas, bueno es la ignorancia, es que yo ya pasé por eso, deportaron a mi marido por segunda vez y yo no sabía pero si tienes hijos y los acusas de maltrato te ayudan, aquí las mujeres y los niños están muy protegidos, pero no nos dicen y hasta que no conoces alguien que te aconseja, si tienes suerte pues lo puedes dejar. Eso si quieres, porque a muchas así les gusta estar, aunque las ves mal” sic. Mujer migrante Estado de México

“Jajaja, si, muchos quieren abusar de una, pero yo vengo de Ixtapalapa, así que a mí no se me ponen al brinco” sic. Mujer soltera D.F

“¿No se podría hacer un seguro médico para indocumentados?” sic. varón Puebla.

5.5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL DIS

En la población estudiada, se encontró una media de edad de 31.2+9.3 años, lo que corresponde a adultos jóvenes entre 18 y 34 años, edad que corresponde a una etapa productiva para insertarse el mercado laboral. Aunque se ha reportado que los migrantes que tienen más de 10 años viviendo en Estados Unidos ostentan la concentración más alta (89%) (Wallace et al., 2007).

Dado que los estados de California y Texas eran los tradicionalmente buscados como primeras opciones laborales y que es hasta años recientes que la expansión de la población

migrante se ha volcado hacia otros estados menos accesibles a la frontera, esto pudiera explicar la concentración de adultos jóvenes en el presente estudio (Wallace et al., 2007). Esto es importante ya que quizá es por ello que la frecuencia de patología crónica se encuentra en bajos porcentajes.

Los resultados del DIS arrojaron 5.3% de sujetos con patología crónica de importancia (diabetes tipo II, hipertensión e insuficiencia renal), frecuencia menor a la descrita en la población mexicana radicada en nuestro país, donde de acuerdo al análisis realizado por Villalpando y colaboradores se reportó una prevalencia de Diabetes tipo II de 14.4% y de hipertensión arterial de 30.7% (Villalpando et al., 2006). En los resultados del proyecto “Uso y acceso a servicios de salud de los migrantes guanajuatenses 2004-2005”, los migrantes se caracterizaron por una mayor frecuencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

En contraposición, los reportes tanto del National Health Interview Survey (NHIS) como de los estudios de colaboración binacional de la Secretaría de Salud y la Universidad de Berkeley California, muestran una menor frecuencia de patología médica crónica en población migrante mexicana (Wallace et al., 2007).

El reporte del presente DIS concuerda con éstos dos últimos estudios. La baja frecuencia de enfermedades crónicas diagnosticadas, podría deberse a diversos factores; por una parte a que la permanencia del migrante en Estados Unidos, depende de su capacidad de trabajo, por lo que es probable que cuando su salud afecte la capacidad laboral, regresen nuevamente a nuestro país al presentar enfermedades catastróficas o complicaciones invalidantes de la patología crónica, lo que pudiera explicar la baja frecuencia de enfermedades crónicas en la población muestra.

Otro elemento que deberá analizarse en estudios posteriores es que las limitantes en el poder adquisitivo en estados de elevado nivel de vida, como son los que acuden al Consulado de Nueva York, impiden el consumo excesivo de alimentos no pertenecientes a los grupos básicos alimentarios, fomentando para la supervivencia la cohesión de grupos de paisanos, donde aquellos que tienen pareja, comparten la elaboración de alimentos de las mujeres para el resto del grupo, lo que permite mantener el consumo de alimentos caseros, restringiendo el consumo de alimentos “chatarra”.

Otro factor es la disminución del consumo de tabaco, ya que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), el 27.6% de los adultos mexicanos en nuestro país fuman, mientras que en la población muestreada, el tabaquismo se reportó solo en el 9.4%. Esto puede deberse al elevado costo del tabaco en la Unión Americana, así como a una mayor restricción para su consumo, lo que restringe el hábito de fumar en los migrantes posterior a su arribo a Nueva York (Villalpando et al., 2006).

No obstante, vale la pena destacar que las diferencias en las proporciones del consumo del tabaco en ambos estudios puede deberse también a las características particulares de los migrantes y de las regiones donde proceden, por ende este resultado debe de tomarse con reserva, buscándose profundizar mayormente en su análisis.

Menos de una quinta parte de los encuestados contaban con auto propio y los trabajos en los que estaban incorporados en su mayoría implicaban actividad física continua, lo que podría explicar la baja prevalencia de obesidad (1.5% de los encuestados) en la población

estudiada, en comparación con la reportada en la población mexicana que habita en nuestro país.

Se reportó el uso de alcohol en una tercera parte de la población de la muestra, cifra que fue inferior a las registradas en los migrantes guanajuatenses.

Aquí podría hablarse de una predisposición cultural, ya que el patrón de consumo típico del mexicano corresponde a la ingesta de grandes cantidades por ocasión de consumo, reportándose de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, que un aproximado de 27 millones de mexicanos presentan frecuencias de consumo elevado al menos de una vez por mes.

Este patrón cultural de ingesta etílica, aunado a la falta de oportunidades para un manejo adaptativo del estrés, como serían la práctica de deportes y actividades recreativas y de crecimiento personal, limitan los gratificantes emocionales de la población migrante, lo que puede ser un elemento perpetuador del consumo etílico en el extranjero.

Pese a ello, el porcentaje correspondiente a abuso/dependencia de la población migrante, fue de 7%, mientras que la Encuesta Nacional de Adicciones de nuestro país, reportó en 2008 problemas de abuso/dependencia en el 11.4% de la población mexicana (Secretaría de Salud, 2009).

Llama la atención que pese a no encontrar el abuso de alcohol como un problema frecuente entre los encuestados, en las entrevistas, los participantes hayan expresado preocupación por el incremento en el consumo de alcohol, principalmente entre los migrantes solteros.

Las actividades ocupacionales encontradas de manera más frecuente fueron en la industria restaurantera, seguida de la construcción y limpieza, ocupaciones que requieren de poca especialización y por tanto de baja remuneración.

En los grupos focales, los migrantes describieron un gran temor de perder su trabajo ante el elevado costo de la vida y la demanda que tienen los empleos para los migrantes, no solo mexicanos, sino de otros países, por lo que aceptan condiciones de explotación laboral. Lo anterior corresponde con lo descrito por otros autores, que encuentran que las ocupaciones de servicios de baja calificación, donde se concentran cerca del 85% de mexicanos de ingreso reciente a EUA y el 70% de los de largo arribo (CONAPO et al., 2008).

Los ingresos y remesas reportadas coinciden con los descritos por el Centro de Estudios Económicos de la fundación BBVA realizados para analizar la situación migratoria. Reflejando un ingreso menor al de la población sajona y un flujo importante de remesas por familia para nuestro país (Fundación BBVA Bancomer, 2010).

En cuanto a los servicios médicos, el 88%, refirieron no contar con algún tipo de servicios médicos. Cifra que coincide con el porcentaje de población desprotegida reportada por el programa de Salud del Migrante del Gobierno Federal Mexicano, donde se estima que el 85% de los migrantes mayores de 18 años carecen de cualquier tipo de cobertura médica. Lo que refleja la inequidad económica y la falta de oportunidades de cobertura de servicios médicos se traduce en una falta de acceso a asistencia médica (Rangel Gómez et al., 2009; Salgado de Snyder et al., 2007; Instituto Nacional de Salud Pública, 2008).

El sistema de salud estadounidense se basa en los servicios privados y la adquisición de seguros médicos por aseguradoras. Los seguros médicos públicos son mínimos, en el ámbito federal existen Medicaid y Medicare, que solo cubren a las mujeres embarazadas o a los menores de edad, por lo que la población trabajadora queda fuera de las condiciones requeridas para recibir el servicio.

La incapacidad de muchos inmigrantes para contratar de forma individual un seguro de salud, los coloca en una situación de gran fragilidad financiera en el caso de enfermarse gravemente y tener que recurrir a los centros hospitalarios.

El costo elevado de la atención médica, hacen que los migrantes no utilicen servicios preventivos y tiendan a postergar la atención médica ante alguna enfermedad, lo que incide en el detrimento de su salud. La cifra de migrantes mexicanos sin seguridad médica en el 2006, era de 5.9 millones de habitantes, superando al total de la población de 28 de las 32 entidades federativas de la república mexicana. (Salgado de Snyder et al., 2007).

El 94.1% desconocían la existencia de la ventanilla de salud o de la posibilidad de contar con información o servicios en torno a temas o recursos de salud accesibles para la población migrante, que se proporcionan en la misma. Lo que traduce un problema en la estrategia de difusión de uno de los recursos más accesibles y viables para la orientación y enlace con organizaciones civiles involucradas en el apoyo altruista para el cuidado de la salud en los Estados Unidos.

En conclusión, podría decirse que el presente diagnóstico coincide tanto en las características sociodemográficas, como en la detección de las condiciones de atención para la salud reportadas por otros autores.

Básicamente se observa una población vulnerable, pero no se detecta patología crónica en ésta muestra, lo que podría deberse al rango de edad, o bien a la falta de diagnósticos clínicos al ser una población que no acude a visitas médicas de revisión, lo que quizá enmascare la patología silenciosa, como la aterosclerosis, hipertensión o síndrome metabólico entre otras. De cualquier manera los resultados registrados, que son los únicos que pueden considerarse como datos duros para el presente estudio, muestran una población con baja prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas, por lo que es candidata a estrategias de salud preventivas, a fin de amortiguar los factores de riesgo por las condiciones de vida y la explotación laboral, que limitan un desarrollo humano pleno y satisfactorio para mantener un equilibrio en el bienestar físico, mental y social (Salgado de Snyder et al., 2007).

Al no contar con cobertura médica por parte de los seguros médicos y ser una población que se ubica fuera del alcance de las acciones curativas dentro del área de acción de las instituciones mexicanas de salud, se sitúa como necesidad fundamental la elaboración de estrategias para facilitar el acceso de los migrantes a los servicios de salud y que promuevan la prevención como estrategia prioritaria.

En el presente trabajo, se observa una sub-utilización del recurso de las ventanillas de salud, planteándose la necesidad de mejorar la difusión de los recursos existentes para permitir el planteamiento de acciones preventivas y educativas para la adquisición de hábitos de vida saludables y la minimización de exposición a riesgos.

6. Problemática Central y Problemas Secundarios.

Al realizar el análisis del problema central elegido, se encontró que los migrantes tienen dificultades para acceder a los servicios de salud, esto se debe tanto a factores de discriminación racial, como a la carencia de servicios de salud, al estado de ilegalidad de los migrantes y a un sistema de salud en los Estados Unidos basado en seguros médicos de altos costos y la exclusión de la población migrante en la Reforma de salud.

La carencia de servicios de salud, la falta de oportunidades para acceder a programas de educación para la adquisición de hábitos de vida saludables, la enajenación del cuidado de su salud ante las presiones cotidianas y la dificultad para acceder a programas preventivos y de educación en salud, conlleva una mayor predisposición de los migrantes mexicanos para presentar enfermedades crónicas, tales como obesidad, hipertensión o diabetes.

La discriminación racial y las políticas xenofóbicas que prevalecen en el presente gobierno de los Estados Unidos, excluyen a los migrantes mexicanos de la posibilidad de insertarse en el programa de Reforma Asistencial, perpetuándose la explotación y el maltrato que se da a los migrantes y las condiciones laborales desventajosas para un desarrollo humano integral, siendo la segregación racial una causa del aislamiento y a la falta de búsqueda proactiva de redes sociales de apoyo, ante la desesperanza en que están acostumbrados a vivir nuestros migrantes.

La adopción de hábitos higiénico dietéticos poco saludables, el elevado costo de vida y bajo poder adquisitivo, aunada a restricciones en la práctica de deportes, el exceso de trabajo y pocas oportunidades de esparcimiento, condicionan exposición a niveles de estrés elevados, con pocas redes de afrontamiento y les predisponen a ser proclives a accidentes, fatiga crónica y patología mental, como depresión y desarrollo de consumo de sustancias adictivas.

La Ventanilla de Salud ubicada en el Consulado Mexicano, es uno de los pocos mecanismos institucionales estructurados para que los migrantes mexicanos puedan contar con orientación y brindar acceso a atención a bajo costo para la atención primaria y secundaria para el cuidado de su salud. Sin embargo se observó de acuerdo al presente diagnóstico, que la VDS se encuentra subutilizada.

Este factor, se relaciona con el hecho de que el contacto con el Consulado y los servicios que en éste se brindan es esporádico, el que la necesidad económica y el trabajo extenuante impidan a los migrante dedicar tiempo al cuidado de su salud y la ausencia de difusión de instancias a las que podrían acceder en caso de enfermedad física o mental, así como para la prevención de las mismas.

7. REPORTE DE PRIORIZACIÓN

Posterior a la realización del DIS, que permitió la identificación de las necesidades de salud de la población estudiada, se realizó un análisis mediante método de DARE para el establecimiento de prioridades a fin de evaluar las alternativas de solución a las necesidades detectadas en la comunidad migrante.

El método DARE es una técnica de clasificación de alternativas en función de criterios previamente definidos por orden de importancia, la evaluación se realizó con el equipo de trabajo en un taller de priorización durante la maestría. (Asua José, Taboada Jorge)

De las 5 necesidades percibidas con mayor frecuencia en los grupos focales y vividas por los participantes como las más importantes, se encontraron las siguientes:

- 1.- acceso a seguro médico y/o atención médica de calidad a bajo costo
- 2.- educación para la práctica de hábitos alimentarios saludables
- 3.- contar con espacios accesibles para la práctica de deportes
- 4.- prevención del abuso de alcohol y mejora de salarios para poder tener tiempo de descanso
- 5.- acceso a actividades de esparcimiento.

Durante la ejecución de un taller de la maestría, se realizó la calificación grupal, otorgando a cada una de las alternativas un valor numérico en función de la importancia conferida a cada uno de ellos, para después obtener el valor relativo de cada alternativa en relación a cada uno de los criterios y finalmente obtener el valor total de cada alternativa. La fórmula empleada fue: " $X = C1P1 + C2P2 + \dots + CnPn$ ", donde C era el valor que se confirió a cada criterio y P el peso relativo asignado a cada criterio. La alternativa que obtuvo mayor puntuación fue la de acceso a atención médica a bajo costo.

Por tratarse de intervenciones que son apoyadas por nuestro país, pero que deben respetar las políticas gubernamentales del país vecino (EUA), donde los migrantes mexicanos laboran, se pensó que la forma más viable para buscar incidir sobre el acceso a atención médica a bajo costo, al no poder ofrecerles dicha atención de manera directa, una acción viable para lograr éste apoyo a la salud de los migrantes es la búsqueda de mecanismos para incrementar el uso de la VDS de la Ciudad de Nueva York, donde los migrantes pueden encontrar orientación y promoción para la salud, estrategias educativas para la práctica de hábitos saludables y la posibilidad de canalizar a quienes lo necesiten a atención médica a bajo costo. Por lo que la difusión de la VDS se consideró una manera factible para intervenir en el problema del mayor acceso a servicios de salud.

La promoción de la VDS se consideró importante, dada la posibilidad que se tiene a través de la VDS de establecer acciones preventivas para evitar la emergencia de enfermedades crónicas en ésta población, como por la dificultad de realizar intervenciones orientadas a la creación de servicios asistenciales o programas de atención para el tratamiento de patología, al encontrarse la población migrante fuera de la jurisdicción de nuestro sistema de salud federal.

Como se menciona en los antecedentes, los beneficios de la VDS para los migrantes se basan en tres ejes rectores:

- a) Facilitar la inscripción a programas públicos de salud.
- b) Facilitar el acceso a los servicios médicos a clínicas u hospitales locales.
- c) Hacer conciencia sobre la educación en los temas en salud y brindar servicios de detección temprana en forma oportuna, con calidad y eficiencia, para combatir la emergencia de enfermedades crónicas que pongan en peligro la vida y/o la función de los migrantes.

Dentro de los servicios que promueve la VDS del Consulado de Nueva York a bajo costo o sin costo se encuentran los siguientes; AIDforAIDS, Ralph Lauren Center para prevención y tratamiento de cáncer que realiza colonoscopías, mamografías, examen de próstata y Papanicolaou para aquellas personas que tienen la edad requerida para dichos estudios y que no cuentan con seguro médico.

También se cuenta en la VDS con la colaboración del American Hearth Association, el Metropolitan Hospital center, Alzheimer Association, Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Planned Parenthood para planificación de embarazo y control de enfermedades de transmisión sexual, línea directa de 24 hrs para la Violencia Doméstica, Center for Immigrant Health que orienta a migrantes con cáncer y les pone en contacto para ayuda legal, servicios, transporte, etc. y el Hospital Bellevue, que cuenta con todas las especialidades médicas con un costo en función del ingreso salarial y los Servicios de Salud Gouverneur para consulta externa por especialidades.

La VDS tiene actividades en horario de 8 a 14 hrs de lunes a viernes. Cada día acude personal sanitario de los centros antes mencionados para contactar o canalizar a los migrantes que lo requieran a los servicios más viables de acuerdo a la problemática encontrada y los días jueves se realizan tomas de presión arterial, niveles de glucosa en sangre y pruebas de HIV gratuitas para quienes así lo soliciten.

Adicionalmente, en la actualidad se utiliza la plataforma de las VDS a fin de dar a conocer a los mexicanos que radican en los Estados Unidos las acciones que realiza el Gobierno Federal para que sus familias, que viven en México tengan acceso a los servicios de salud que brinda el Sistema de Protección Social en Salud. De igual manera, el análisis también fue concordante con las posibilidades reales de intervención, ya que de acuerdo a lo observado en el DIS, se trata de una población en edad productiva y básicamente sana.

Ante las dificultades encontradas para la atención en salud y el precio elevado de los seguros médicos, la difusión de la VDS mediante carteles se visualizó como una intervención sencilla, de bajo costo y con posible impacto para mejorar la afluencia de los migrantes a ésta instancia, como una plataforma viable para fomentar la prevención y promoción de la salud entre los migrantes mexicanos, brindando también la posibilidad para la derivación a servicios de asistencia médica gratuita o a bajo costo.

8. Alternativa de Solución

Se eligió como maniobra de intervención, la difusión de la VDS por medio de material impreso informativo en cartel, dado su bajo costo y la posibilidad de ser accesible a una población importante de migrantes que acuden al Consulado.

El beneficio potencial visualizado fue la posibilidad de incrementar la asistencia de los migrantes a la Ventanilla de Salud, como fortalezas se pensó en la gran afluencia de migrantes al Consulado de la ciudad de Nueva York para la realización de trámites obligados. El principal obstáculo planteado era que la población acude al Consulado solo cuando es indispensable para evitar perder horas de salario descontado, por lo que la posibilidad de que la población busque los orientación en salud a partir de conocer la opción de asistir a la VDS es baja, ya que el día utilizado para trámites les toma prácticamente toda la mañana y la posibilidad de regresar al Consulado para asistir a la VDS requeriría de otro día de trabajo perdido.

El bajo costo y la posibilidad de tener un impacto de difusión a la gran cantidad de migrantes que acuden por día (en promedio 300) y tomando en cuenta que la permanencia de los migrantes en la Planta Baja del Consulado es de por lo menos 4 a 5 horas, tiempo en el que estarían expuestos a la imagen del cartel, hizo considerar la utilización de difusión impresa en cartel, como la alternativa más barata, sencilla, de fácil acceso a los migrantes y que pudiera sensibilizarlos con la asistencia para recibir apoyo en la VDS.

Por otra parte, si bien, dentro de los obstáculos se contempló el que la población expuesta al cartel no acudiera con frecuencia al Consulado, el hacerles saber que se cuenta con una posibilidad para acceder a servicios de orientación y prevención de salud a través del Consulado, podría ser de utilidad para la transmisión de información boca a boca entre los migrantes, en caso de saber que alguien más llegara a interesarse o a requerir de algún tipo de orientación o apoyo.

Justificación

Dentro de los hallazgos del DIS se encontró como necesidad percibida de los migrantes, la necesidad de contar con acceso y orientación para la salud a bajo costo.

Los cuestionarios auto-aplicables arrojaron como uno de los datos registrados la sub utilización de la VDS como el sitio donde pueden acceder para insertarse en acciones de promoción, prevención y orientación para canalización a servicios médicos gratuitos o de bajo costo de los que podría beneficiarse la población mexicana en EUA.

Dadas las restricciones para realizar acciones de terapéutica médica en EUA, el diseño de estrategias para fomentar la utilización de la VDS Consular, se plantea como una intervención encaminada a la promoción y prevención de la salud de los migrantes mexicanos radicados en el país vecino.

Se espera que al aumentar la demanda de servicios de la VDS, esto contribuya a la mejora de hábitos de vida saludables a través de una optimización de los servicios de prevención y atención asistencial a los que pueden acceder en la ventanilla para el cuidado de su salud, evitando así el desarrollo de patología física y mental crónica en los migrantes mexicanos.

Objetivo General

Diseñar estrategias para fomentar la utilización de la VDS del Consulado de Nueva York entre los migrantes a fin de promocionar hábitos de vida saludables y estrategias de prevención para la salud, así como de los recursos informativos para recibir orientación en torno a las mejores opciones de asistencia médica de dicha población

Objetivos Específicos

1.- Diseñar material de comunicación en salud para la promoción y difusión de los servicios de la VDS del Consulado de Nueva York, durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre del 2010.

2.- Registro diario de asistencia para solicitar orientación en la VDS durante el trimestre previo a la colocación de carteles informativos para la difusión de la ventanilla y durante los 3 meses en que se mantuvieron dichos carteles pegados en las áreas de trámites del Consulado mexicano de la Ciudad de Nueva York.

3.- Realización de cuestionario estructurado auto-aplicable para evaluar el impacto de la maniobra de intervención informativa para la difusión de la VDS del Consulado de Nueva York a 341 migrantes (anexo 7).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO
<p>1. Diseñar material de comunicación visual para la promoción y difusión de los servicios de la VDS del Consulado de Nueva York, durante los meses de Julio, Agosto y septiembre de 2010.</p>	<p>- Difusión de la VDS para la promoción de los servicios de las VDS en los migrantes que acuden al Consulado Mexicano de Nueva York, en un esfuerzo conjunto entre la SS, el SME y la SER para fomentar las acciones de promoción, prevención y atención temprana para la salud</p>	<p>-Elaboración y colocación de Carteles para informar a los migrantes de la posibilidad de asistir a la VDS del Consulado Mexicano de Nueva York</p>	<p>- Incremento en la asistencia a la VDS de los migrantes mexicanos que acuden al Consulado.</p>
<p>2.- Registro diario de asistencia para solicitar orientación en la VDS durante el trimestre previo a la colocación de carteles informativos para la difusión de la ventanilla y durante los 3 meses en que se mantuvieron dichos carteles pegados en las áreas de trámites del Consulado mexicano de la Ciudad de Nueva York.</p>	<p>- Trabajo conjunto de la SS con la coordinadora de la VDS para el registro diario de los migrantes que asisten a la VDS del Consulado Mexicano de Nueva York.</p>	<p>- Creación de base de datos en Excel para obtener la frecuencia con que asisten los migrantes a solicitar conocer los distintos servicios de salud, toma de estudios o realización de pruebas en la VDS del Consulado Mexicano de Nueva York.</p>	<p>-Incremento en la asistencia a talleres de promoción educativa a la salud de los migrantes mexicanos que acuden al Consulado Mexicano de Nueva York.</p> <p>-Incremento en el número de migrantes mexicanos referidos a otras organizaciones de salud por parte de la VDS del Consulado Mexicano de Nueva York.</p> <p>-Incremento de realización de pruebas sanguíneas realizadas en el trimestre de exposición de los carteles de difusión de la VDS del Consulado Mexicano de Nueva York.</p>
<p>3.- Realización de cuestionario estructurado auto-aplicable para evaluar el impacto de la maniobra de intervención informativa para la difusión de la VDS del Consulado de Nueva York a 341 migrantes</p>	<p>Elaboración de cuestionario específico para investigar el conocimiento de los migrantes que acuden al Consulado de Nueva York en torno a la existencia de la VDS y el conocimiento de los servicios que se brindan en la misma.</p>	<p>- Encuesta a migrantes que acuden al Consulado Mexicano de la Ciudad de Nueva York posterior a 3 meses de exhibición de carteles de difusión para la VDS del Consulado.</p>	<p>-Incremento en la respuesta afirmativa en torno al conocimiento de la existencia de la VDS del Consulado Mexicano de la Ciudad de Nueva York, por la población migrante encuestada.</p>

Producto

La VDS es un servicio que ofrecen en conjunto la Secretaría de Salud, la Secretaría de Relaciones Exteriores y las Agencias Fiscales para los migrantes mexicanos radicados en los Estados de Nueva York, Connecticut y Nueva Jersey, para el desarrollo de acciones preventivas para evitar la emergencia de enfermedades crónicas en ésta población, brindando orientación para la inscripción a programas públicos de salud y para facilitar el acceso a los servicios médicos a clínicas u hospitales locales de manera gratuita o a bajo costo.

La intervención plantea el incremento en la asistencia y participación de los migrantes a las actividades de la VDS ubicada en el Consulado de la Ciudad de Nueva York a fin de buscar cambiar a hábitos de vida saludables y conocer medidas de prevención para la salud, por medio del empleo de Carteles Impresos de Difusión.



Oferta

Como se menciona en los antecedentes, los migrantes mexicanos se encuentran en una situación de inequidad y falta de protección en el campo de la salud. La mayoría son ilegales y su salario apenas permite afrontar el alto costo de vida en EUA y ahorrar para enviar remesas a los familiares que aún están en nuestro país. Las alternativas con que cuentan los migrantes en la actualidad son los seguros médicos, que resultan costosos e inaccesibles para la población. Existen algunos apoyos para atención a la salud proporcionados por organizaciones civiles, éstos últimos son proporcionados a pequeños grupos, por lo que tienen una cobertura poblacional limitada y la duración es inconstante.

Por tanto, no existen opciones institucionales gubernamentales por parte de los Estados Unidos para lograr acceso a la salud para la población migrante mexicana que habita en los Estados de Nueva York, Nueva Jersey y Connecticut.

Cabe señalar que después de la reforma legal que en Materia de salud, la oferta de servicios médicos y programas de salud locales para los connacionales, se ha visto aún más limitada para la población indocumentada, lo que ha provocado que los connacionales se acerquen cada menos a los servicios preventivos por temor.

La VDS se encuentra localizada en el 2º piso de las instalaciones del Consulado y cuenta con un área con asientos para talleres, un biombo para realización de pruebas y toma de signos vitales y un espacio con folletos para prevención a la salud y un escritorio para atención al público, donde se encuentran dependiendo del día de la semana distintos representantes de hospitales y organizaciones civiles, por lo que no es un área visible al público que ingresa a realizar trámites, pues las ventanillas para obtención de los diversos documentos requeridos se encuentran localizadas en la planta baja.

Dentro de los objetivos de la VDS se pueden citar los siguientes: Brindar información a los migrantes mexicanos y sus familias que visitan el Consulado Mexicano incrementando el acceso a los servicios de salud mejorando su bienestar físico y mental, fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud entre los migrantes y sus familias, mejorar las condiciones de salud y fortalecer los mecanismos de prevención de enfermedades de las familias mexicanas que viven en Estados Unidos, difundir los conocimientos y la utilización de programas públicos de salud y crear un espacio de información confiable para brindar referencias y materiales en torno a la salud para las familias mexicanas que viven en Estados Unidos.

No existen otras instancias para el apoyo a la salud del migrante que cuenten con recursos de la Secretaría de Salud y la SER y que posean la estructura administrativa de las VDS que pudiera competir con éste sitio para el acceso de la salud de los migrantes.



ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Factibilidad de Mercado

En promedio acuden 300 migrantes por día, por lo que en un mes la información colocada estratégicamente sería vista por 900 migrantes por mes, lo que constituye una cifra importante de población. Este número puede variar dependiendo de las estaciones del año que modulan la cantidad de trabajo y las condiciones climatológicas que pueden impedir el viajar hasta el Consulado (granizo o nevadas que se presentan en promedio 150 días al año).

Por otra parte la afluencia de migrantes depende de la necesidad de realizar trámites consulares, por lo que no es una actividad que realicen en forma frecuente, lo que se considera una de las principales amenazas al proyecto.



Factibilidad Técnica

Se considera que los recursos requeridos para la elaboración de material informativo en cartel para fomentar la utilización de la Ventanilla de Salud (VDS) en el Consulado Mexicano ubicado en la ciudad de Nueva York en los Estados Unidos de América (EUA), son de bajo costo y el material es de fácil realización, por lo que ésta alternativa puede ser contemplada como un recurso viable para lograr un incremento en la accesibilidad de alternativas para la prevención y promoción de la salud de la población migrante mexicana, así como para lograr la canalización y enlace con otras organizaciones civiles y servicios de salud que pudieran contribuir a la atención de los migrantes.

La VDS cuenta con el personal necesario y la vinculación con las diversas instituciones para cubrir con la demanda de los migrantes en prevención y asistencia para la salud.



Se calcula que en EUA habitan aproximadamente cerca de 12 millones de migrantes nativos de México y alrededor de 21 millones de mexicanos de segunda generación o más. En su mayoría con desventajas socio-económicas, dentro de las que se encuentran el pobre acceso a servicios de salud.

La utilización de la VDS constituye un recurso para el apoyo a la resolución de la problemática de salud de la población migrante que habita en EUA y que no cuenta con otras alternativas para la prevención o promoción a la salud.

Dado que el Estado de Nueva York es uno de los estados en los que se ha incrementado de forma exponencial el número de migrantes mexicanos, y que el Consulado mexicano tiene una afluencia diaria calculada de 500 migrantes, la zona de trámites en las ventanillas consulares del primer piso del Consulado, se consideró un sitio estratégico para realizar una intervención de difusión por cartel para difundir la VDS como una forma de apoyar el acceso a servicios de salud para los migrantes, dentro de los que se encuentran; la realización de talleres para promoción de la salud, exámenes gratuitos para detección temprana de hipertensión, diabetes y HIV, así como la orientación personalizada a aquellos migrantes que así lo requieren y canalización a servicios de salud a bajo costo o gratuitos para recibir atención médica.

Factibilidad Financiera

La factibilidad financiera de la intervención propuesta para fomentar la salud de los migrantes de los Estados de Nueva York, Nueva Jersey y Connecticut, mediante la promoción de la utilización de la VDS, se sustenta en que el programa de Ventanillas de Salud forma parte del Programa de Acción Específico 2007-2012 “Salud del Migrante” el cual se deriva del Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La Estrategia 7 de dicho Programa de Acción Específico, se refiere a Fomentar y consolidar las Ventanillas de Salud a la población migrante y señala que a fin de mejorar el acceso a los servicios de salud de nuestros connacionales, se requiere de una estrecha colaboración, a nivel binacional, entre las instituciones involucradas en la atención de la salud.

La creación de las Ventanillas de Salud busca facilitar el acceso a los migrantes mexicanos en Estados Unidos proporcionándoles información y educación en salud, con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud disponibles para dicha población y compatibilizar el conocimiento de los dos sistemas de salud diferentes sobre un mismo paciente.

Asimismo, señala como líneas de acción: a) Consolidar el programa estratégico de Ventanillas de Salud, en coordinación con el Instituto de los Mexicanos en el Exterior de la Secretaría de Relaciones Exteriores; b) Incrementar los recursos financieros con el fin de poder operar este proyecto en todos los Consulados de los Estados Unidos; c) Supervisar y evaluar los servicios en los Consulados que están en funcionamiento; d) Conducir y promocionar el modelo VDS en todos los Consulados en Estados Unidos, entre otros.

La Secretaría de Salud suscribe con en conjunto con la SRE (a través del IME), proyectos anuales de colaboración, para apoyar y fortalecer el desarrollo del programa VDS entre otros, con el objeto de apoyar la operación de las 40 VDS que actualmente funcionan en Consulados de México en los Estados Unidos de América, así como las acciones y programas que propiamente se desarrollan de manera permanente en las VDS en donde la Secretaría de Salud apoya con recursos financieros dicho Programa.

Particularmente para el proyecto de intervención planteado en la presente investigación, los recursos requeridos para operar el medio de difusión impreso elegido fueron mínimos, ya que únicamente se erogaron aproximadamente \$1000 para la impresión y ploteo de 6 carteles, \$500 de papelería y \$ 500 de tóner para la impresión de hojas de registro y encuestas y \$400 de envío por mes vía Fed-Ex.

En total el presupuesto calculado para los 3 meses en que se realizó la intervención de difusión de la VDS fue de \$5000M.N.

El presupuesto para el transporte y hospedaje para el muestreo se realizó en forma personal por la investigadora.

Por lo anterior, puede decirse que haciendo un análisis costo-beneficio, el apoyo para la difusión al acceso para atención y promoción de la salud, de los migrantes que habitan en los estados de Nueva York, Connecticut y Nueva Jersey, a través de la VDS por medio de Carteles colocados en el Consulado al que acuden los mexicanos que habitan en los 3 estados mencionados, es una maniobra de intervención de muy bajo costo, para el alcance potencial de

aproximadamente 300 a 500 migrantes por día, que pueden observar los carteles para difusión de la VDS en el área de trámites consulares.

Factibilidad Administrativa

Se cuenta con el apoyo para realizar maniobras de intervención, como la propuesta en el presente trabajo en pro de buscar un incremento en la asistencia a la VDS, como una forma para apoyar el acceso a servicios de prevención y atención para la salud de los migrantes mexicanos que acuden al Consulado de México en Nueva York.



Esto se sustenta en que existe una adecuada organización de recursos y mecanismos de interacción y sinergia, en tanto que existe una comunicación estrecha y continua para apoyar la intervención de difusión propuesta en el presente proyecto.

En el entendido que la elaboración de medios impresos para la difusión de la VDS como una alternativa de apoyo de salud al migrante sería realizada por la titular de éste proyecto, quien participaría en el diseño de una estrategia de intervención para la difusión de la VDS del Consulado de Nueva York a fin de evaluar el impacto de dicha maniobra al cabo de 3 meses, mientras que la Coordinadora dependiente de la Secretaría de Relaciones Exteriores a través de Instituto de los Mexicanos en el Exterior, proporcionaría el espacio físico donde sería colocado el material de difusión y la agencia fiscal correspondiente realizaría la recolección de datos para el registro de asistencia.

Derivado de lo anterior y al existir claramente funciones y acciones específicas a desarrollar por los distintos actores involucrados en la difusión para el apoyo de la salud del migrante mexicano en EUA a través de la VDS, se hicieron viables las acciones relativas para el desarrollo y colocación del material informativo y el registro de asistencia como marcador del impacto de la maniobra implementada, debido a que es plenamente congruente y coincidente con los fines y objetivos que persigue el programa de apoyo para la salud contemplado en los acuerdos binacionales.

Factibilidad Política

El sistema de salud estadounidense se basa en los servicios privados y la adquisición de seguros médicos a aseguradoras, que en caso de trabajadores legales en ocasiones son otorgados por los empleadores. La discriminación y relegación de los migrantes dentro del sistema de salud americano, así como la irregularidad de su situación laboral, se refleja en la falta de atención médica de la población migrante mexicana.

Se calcula que el 85.9% de los migrantes mayores de 18 años no cuentan con centros de atención médica periódica, lo que conlleva el riesgo de un posible deterioro de la salud ante la falta de servicios preventivos, así como la falta de atención oportuna de enfermedades.

Los niveles de pobreza de los migrantes mexicanos en los Estados Unidos de América, se ubica dentro de los más elevados en dicho país.

La pobreza restringe las oportunidades de desarrollo humano, dentro de las que se incluyen el acceso a los sistemas de salud, colocando a los migrantes mexicanos en una situación de vulnerabilidad.

La problemática de la migración de los mexicanos a los EUA, obedece a la falta de fuentes de trabajo en nuestro país y constituye la segunda fuente de remesas que ingresan a México. Ante ésta situación de desprotección en materia de salud por parte de los migrantes y en congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo, uno de los objetivos del sector salud es el desarrollo de programas de salud y apoyo a los mexicanos que laboran en los Estados Unidos de América.

Por otra parte, el Gobierno Mexicano ha hecho patente en diversos foros, el deseo de brindar protección en salud a los migrantes mexicanos que viajan o radican en los Estados Unidos, lo cual ha sido bien recibido por las autoridades del vecino país del norte, de ahí que se visualizó viable en proyecto desde el punto de vista político.

Adicionalmente, el programa VDS ha demostrado ser exitoso, prueba de ello es el número de ventanillas que se han puesto en operación desde que dio inicio el programa, y el número de migrantes atendidos por lo cual, las acciones para fortalecer dichas ventanillas, como lo son las actividades de monitoreo y difusión de las VDS son plenamente factibles pues se insertan en la inquietud de fortalecer uno de los programas más importantes para el apoyo en la atención a la salud del migrante mexicano en los EUA.

Lo anterior, sustenta el que la intervención planteada en el presente proyecto para lograr la difusión impresa de las VDS como un medio para brindar acceso a los migrantes a los servicios de prevención, promoción y asistencia a la salud, es acorde con la voluntad política tanto de nuestro país como de los actores involucrados en EUA.

Factibilidad social

Ante la situación de desprotección en materia de salud por parte de los migrantes y en congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo, uno de los objetivos del sector salud es el desarrollo de programas de salud y apoyo a los mexicanos que laboran en los Estados Unidos de América.

Desde una perspectiva social, la marginación al migrante mexicano, ha despertado una respuesta social, incrementando la cohesión grupal por la defensa de sus derechos, por lo que en éste momento la población migrante se encuentra sensible a tomar una postura más activa para la defensa de sus derechos.

La mayor receptividad de los migrantes para una vida digna y con defensa de los derechos humanos, puede abrir una coyuntura para la difusión en torno a oportunidades para un mejor desarrollo pueda ser permeada en la conciencia de una población deseosa de ayuda, entre los que puede encontrar un sitio la utilización de la VDS.

9. PLAN DETALLADO DE EJECUCIÓN.

Una vez realizado un análisis de priorización y eligiendo una intervención factible y a bajo costo, se decidió incidir sobre la falta de acceso a los servicios de salud de la población migrante, que acude al Consulado Mexicano de la Ciudad de Nueva York, a través de una estrategia de comunicación visual para incrementar la asistencia a la VDS dirigida a la población por considerar la ventanilla como la opción existente más viable para apoyar a ésta población en riesgo para enfermar.

Durante el mes de Junio de 2010, la investigadora creó un lema para el mensaje que deseaba transmitir y posteriormente solicitó a una diseñadora gráfica el diseño y elaboración de Carteles para la difusión de la VDS.

Previa aprobación de la SS y del Cónsul. Los carteles fueron enviados vía Fed-Ex al Consulado Mexicano, donde fueron colocado bajo supervisión de la coordinadora de la VDS en sitios estratégicos en la Planta Baja del Consulado en el periodo comprendido entre el 1 Julio al Septiembre 2010. Posteriormente se realizó una encuesta para detectar el conocimiento de la existencia de la VDS y los servicios que ofrece para los migrantes que asisten al Consulado.

9.1. INDICADORES Y RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN

Indicadores de Proceso:

- Registro diario de asistencia a la VDS del 1° de Abril al 30 de Septiembre del 2010, periodo que abarca 3 meses antes de la colocación de carteles para la difusión de la VDS y 3 meses posteriores a la exposición de los mismos en la Planta baja del Consulado mexicano en la Ciudad de Nueva York, colocación de carteles.
- Promedio comparativo de migrantes que asistieron a la VDS para solicitar referencia a otras instituciones, antes y después de la colocación de cartel.
- Promedio comparativo de migrantes que asistieron a la VDS para realización de pruebas sanguíneas antes y después de la colocación de cartel.
- Promedio comparativo de migrantes que asistieron a la VDS para solicitar orientación personalizada en torno a su salud antes y después de la colocación de cartel
- Respuestas positivas en el cuestionario para evaluar intervención de los migrantes de haber observado el cartel.
- Respuestas afirmativas de los migrantes en torno al conocimiento de la VDS después de observar el cartel.

Indicadores de Impacto:

Número de migrantes mexicanos atendidos por la VDS antes y después de la difusión de la VDS.

Fuentes de información para medir lo realizado:

- Registro diario de asistencia para solicitar orientación en la VDS durante el trimestre previo a la colocación de carteles informativos para la difusión de la ventanilla y durante los 3 meses en que se mantuvieron dichos carteles pegados en las áreas de trámites del Consulado mexicano de la Ciudad de Nueva York.
- Realización de cuestionario estructurado auto-aplicable para evaluar el impacto de la maniobra de intervención informativa para la difusión de la VDS del Consulado de Nueva York a 341 migrantes. (anexo 7)

Responsables del control del proyecto y tiempos de evaluación:

- a) La responsable del diseño y evaluación funge como Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social de la SS.
- b) La responsable del registro diario de asistencia fue la coordinadora de la VDS del Consulado mexicano en NY.

El control de actividades, la evaluación del cumplimiento del objetivo y de los recursos utilizados se realizó al inicio y a los 3 meses de iniciado el proyecto de intervención.



Acceso a la escalera que lleva al 2º piso donde se encuentra ubicada la VDS previo colocación de carteles



Cartel en el acceso a la escalera que lleva al 2º piso donde se encuentra ubicada la VDS

9.2. HALLAZGOS DE LA INTERVENCIÓN

De acuerdo con el registro diario de la Ventanilla de Salud, durante los 3 meses previos a la colocación de carteles informativos, se reportó la asistencia de 8,970 migrantes a la VDS, con una media mensual de 3,773.3 \pm 51migrantes.

De éstos, 4,246 (47.3%) se incluyeron en participación en promoción educativa a la salud, 262 (2.9%) para búsqueda de referencias a otras organizaciones, 340 (3.7%) para realización de pruebas sanguíneas (glucosa y HIV), 2,667 (29.7%) para información personalizada y 1,455 (16.2%) fueron canalizados a grupos de apoyo (AA y neuróticos anónimos).

Durante el trimestre comprendido entre los meses de Julio, Agosto y Septiembre del 2010, período en que se mantuvieron los Carteles Informativos en torno a la existencia de la VDS se cuantificó la asistencia de 10,446 migrantes. Con una media mensual de 3,482 \pm 595.6.



De éstos, 6,277 (60.08%) se incluyeron en participación en promoción educativa a la salud, 416 (3.9%) para referencias a otras organizaciones, 350(3.35%) para realización de pruebas sanguíneas (glucosa y HIV), 2,227 (21.3%) para información personalizada y 1,176 (11.2%) fueron canalizados a grupos de apoyo (AA y neuróticos anónimos).

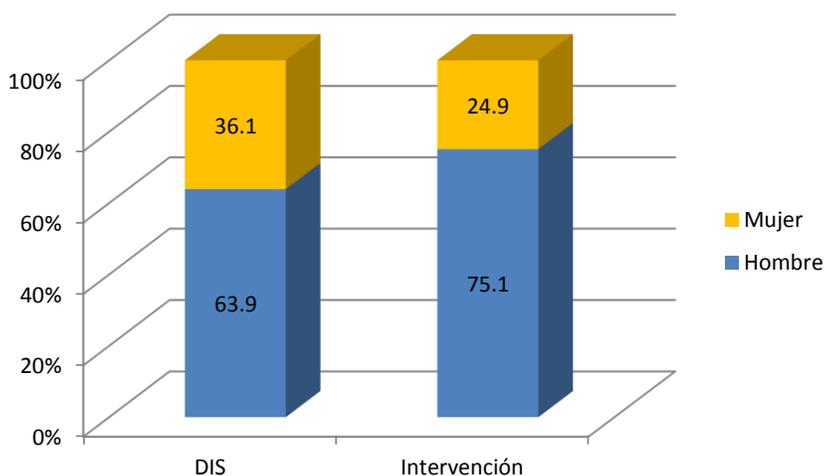
Puede percibirse un incremento de 1,476 solicitudes de asistencia a la VDS del trimestre previo a la exposición a la información, con respecto al trimestre en que fueron expuestos a la maniobra.



A la comparación de las medias de asistencia a la VDS del trimestre previo a la exposición de la maniobra informativa en comparación con los 3 meses posteriores a la exposición de carteles, se encontró una diferencia del valor de $p < 0.0001$ a 2 colas, con un intervalo de confianza de 95% ($t = 6.85$, $df = 680$, $ES = 42.49$), lo que se considera estadísticamente significativo.

Del total de los encuestados, 256 sujetos (75.1%) eran varones, mientras que 85 (24.9%) eran mujeres, observándose un cambio de frecuencias con respecto al primer muestreo, con un incremento de porcentaje de varones, que previamente constituían el 63.9% y una disminución del porcentaje de mujeres, que en el muestreo previo constituían el 36.1% (véase gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución porcentual de migrantes entrevistados por sexo.



La media de edad fue de 30.6 ± 9.7 , lo que constituye a población en edad productiva y semejante a la de la muestra previa. Del total de la muestra solo 34 migrantes (10%), refirieron conocer la existencia de la VDS previa a su llegada al Consulado. Y solo 24 (7%) de ellos, mencionaron conocer la utilidad de la VDS y la respuesta de utilización de servicios de la misma fue positiva en solo 7 (2%) migrantes.

En cuanto a los Carteles de Publicidad colocados en 4 puntos del Consulado para hacer promoción a la VDS, solo 2 se encontraban en la sala de espera del área de trámites consulares para migrantes, situada en la Planta Baja.

De la población entrevistada, 150 migrantes (44%), reconocieron haber observado los carteles anunciando la VDS en la planta baja del Consulado durante la realización de sus trámites. De éstos, 140 (41%) reconocieron que les había llamado la atención voltear a observar el contenido de los carteles, pese a ello, la búsqueda del servicio se presentó solo en un 2% del total de los sujetos encuestados.



Posterior a responder las preguntas anteriores y al recibir información verbal y un folleto conteniendo los servicios de la Ventanilla de Salud, 263 sujetos (77%), respondieron que si gustarían visitar la VDS para recibir orientación.

9.3. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Se observó un incremento significativo del registro de los migrantes que asistieron a la VDS con relación al trimestre previo a la colocación de Carteles Informativos en relación a la asistencia observada posterior a la colocación de los mismos.

Sin embargo, del total de la muestra solo un 10%, refirieron conocer la existencia de la VDS previa a su llegada al Consulado, lo que no difiere significativamente de los resultados recabados previos a la colocación de carteles, donde un 6% respondieron afirmativamente al cuestionarse su conocimiento previo de la existencia de la VDS.

Cerca de la mitad de los migrantes había observado los carteles informativos en torno a la existencia de la VDS y reconoció que les “eran llamativos”. Pese a ello, el porcentaje de migrantes encuestados que respondieron afirmativamente ante la posibilidad de considerar útil la asistencia la VDS, posterior a ser expuestos a la publicidad de los carteles fue solo del 7% y del total de la población muestreada, solo el 2% había utilizado los servicios de la misma.

Por otra parte, el hecho de que la estrategia se haya realizado dentro del Consulado, limita la posibilidad de difundir la VDS fuera de dicho espacio y debe tomarse en cuenta que la población migrante acude al consulado solo cuando requiere de renovación de trámites para ellos o familiares, lo que sucede aproximadamente cada 3 años.

Llama la atención que posterior a recibir información verbal, al preguntar nuevamente la utilidad de la asistencia a la VDS, el 75% tuvieron una postura más receptiva en torno a la posibilidad de visitar la VDS y solicitar distintos servicios, por lo que deberá evaluarse en estudios posteriores si el bajo impacto de los carteles de difusión se debe a cuestiones inherentes al diseño del material, (dibujo, tamaño, etc.), a la localización de los mismos, la falta de interés en la lectura de material de difusión o la presión a la que se sienten sometidos cuando visitan las instalaciones consulares, ante la necesidad de ausentarse de sus labores, con la consecutiva pérdida de ingresos del día y el trato que algunos de ellos viven como poco amable o la frustración de la espera ante la gran cantidad de migrantes que son atendidos por día en el Consulado.

10. CONCLUSIONES

En el presente trabajo, se pretendía fue evaluar el efecto de una campaña por medio de Carteles para la difusión de la VDS del Consulado de Nueva York, a fin de buscar un mayor acercamiento de la población para la utilización de la misma, como recurso para favorecer el acceso a la VDS con el fin de recibir orientación para la prevención y promoción de la salud, así como para la canalización oportuna de los migrantes a las instituciones o servicios disponibles de manera gratuita o a bajo costo para recibir atención médica y/o psicológica.

Comparando el promedio de asistencia previo y posterior a la exposición de los Carteles, se encontró una diferencia significativa al comparar la media mensual de asistencia durante el trimestre previo a la exposición, en comparación con la media mensual de registro del trimestre posterior a la exposición de la maniobra ($p=0.0001$).

Sin embargo, no es posible afirmar que el incremento observado se deba de forma directa a la exposición de la información durante la asistencia al Consulado, ya que debemos tomar otras variables que pudieran resultar confusas, como lo es la relación estacional de la afluencia al Consulado, lo que pudo modificar la asistencia durante los trimestres a comparar, ya que es de esperar que por cuestiones laborales y climatológicas, se incremente la asistencia durante el verano, ya que el porcentaje de migrantes que refirieron conocer la VDS fue el mismo que el que respondió afirmativamente el cuestionario inicial.

Lo anterior nos obliga a realizar nuevas preguntas en torno a la discrepancia que existe entre la realidad social de inequidad en los migrantes mexicanos, que se refleja en la ausencia de servicios para su desarrollo pleno, entre ellos, el derecho a la atención para la salud, la necesidad percibida de contar con medios para acceder a instancias de prevención o atención accesible para la salud y las actitudes ante la oferta de servicios para la salud de la VDS, pese a dichas carencias.

Es importante mencionar que a partir de los hallazgos del diagnóstico y resultados de la intervención en este proyecto específico implementado en la VDS del Consulado de Nueva York, ha apoyado a en la Secretaría de Salud Federal en coordinación con el Instituto de los Mexicanos en el Exterior se despierte la inquietud por buscar otras posibles acciones de difusión sobre el conocimiento y uso de las VDS, así como el desarrollo de procedimientos que garanticen que los servicios que prestan las ventanillas sean eficientes y de calidad, pero sobre todo que los migrantes mexicanos puedan tener mayor conocimiento sobre la existencia de las VDS y la posibilidad de mejorar y/o prevenir cuestiones referentes al proceso salud-enfermedad incrementando la demanda de servicios que se prestan por la VDS.

11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las limitaciones que podrían mencionarse para el presente diseño es que la población migrante que acude al Consulado es cambiante, por lo que pese a no encontrarse diferencias significativas en edad o sexo de los participantes en las encuestas, sabemos que los sujetos que respondieron a los instrumentos en la primera encuesta no eran los mismos que respondieron la segunda ocasión, lo que no permite evaluar un cambio de actitud posterior a la exposición al material de difusión, como hubiese sucedido con población cautiva o en un seguimiento longitudinal de los sujetos que participaron en la primera encuesta.

Por otra parte, no se controlaron los factores climatológicos y las características de las actividades laborales que realizan los migrantes y que modifican la afluencia al Consulado de la Ciudad de Nueva York, que sigue un patrón heterogéneo.

Al realizarse las 2 encuestas una en invierno y la otra en verano y situando la exposición de carteles y el registro previo a la exposición de carteles de difusión en los meses de mayor calor en que disminuye la afluencia al Consulado y el registro posterior en los meses de verano en que se incrementa la posibilidad de trasladarse al Consulado, existe un sesgo en la interpretación de resultados, al existir variables no controladas de tipo independiente que influyen de forma importante la asistencia al Consulado.

Por otra parte, aún cuando se registró la asistencia diaria a la VDS de los migrantes, no se cuenta con el registro del total de migrantes atendidos en el consulado antes y después de la intervención realizada, por lo que no conocemos el porcentaje de migrantes que asistieron al Consulado para evaluar el promedio de asistencia a la VDS no en función de la población total que asistió a la Ventanilla, sino en relación del total de migrantes que acudieron al Consulado, lo que nos permitiría identificar si la diferencia de asistencia a la VDS está directamente relacionada a la afluencia migrante a las oficinas consulares o pudiera relacionarse directamente con la intervención.

Por lo anterior, no se puede concluir en el presente estudio, que la estrategia del proyecto de intervención, utilizando como medio de difusión masiva el cartel, sea un instrumento útil para promover la asistencia de los migrantes a solicitar apoyo para la salud a la VDS para favorecer el acceso a las instancias de prevención y tratamiento para la salud con que cuenta la VDS.

Surgen del presente estudio las siguientes propuestas para nuevas intervenciones, de las que ya se encuentran en desarrollo las siguientes:

1. Diagnóstico de la situación actual de las VDS
2. Elaboración de un Manual de Operaciones para las Ventanillas de Salud que describa los objetivos, actividades diarias, administración, tipo de información y estrategias de trabajo a fin de homologar la acciones que realice cada una de las VDS.
3. Creación del portal www.ventanillasdesalud.org con el objeto de contar con la información disponible de cada una de las VDS.
4. Plan de Comunicación y Capacitación con las VDS.
5. Elaboración de la Guía Salud del Migrante, como elemento de difusión, para el cuidado de la salud del migrante en los Estados Unidos y México
6. Realización de spots de radio y televisivos a fin de informar sobre el Programa VDS, dentro de los Estados Unidos y en los principales estados de la República Mexicana expulsores de migrantes.

Posterior al desarrollo de las nuevas intervenciones planteadas, se planea realizar una evaluación del impacto que tienen otras ventanillas de salud en la comunidad migrante en Estados Unidos.

Se espera que estas acciones permitan que los servicios que se ofrecen en las VDS en Estados Unidos, incrementen significativamente la demanda de dichos servicios por los migrantes mexicanos y sus familias. Contribuyendo así al cuidado de la salud del migrante a través de la promoción de hábitos saludables.

BIBLIOGRAFÍA

Adolfo Albo y Juan Luis Ordaz Díaz(2011): La Migración Mexicana hacia los Estados Unidos: Una breve radiografía.; pags1-11. Consultado en <http://www.bbvaresearch.com>

Annad, Sudhir y Sen, Amartya (1996). Sustainable Human Development: Concept and Priorities. Discussion Papers Series. Office Development Studies. United Nations Development Program (UNDP). Nueva York.

Asua José, Taboada Jorge. “Experiencias e Instrumentos de Priorización” Red de Investigación de Resultados en Salud y Servicios Sanitarios. www.rediryss.net

Aboites Luis. El Ultimo Tramo, 1929-2000. Nueva Historia mínima de México. El Colegio de México, 2009.

Bronfenbrenner, Martin, en Richard R. Hofstetter, La Política de Inmigración de los Estados Unidos, Gernika, México, 1989.

Bean, Frank D., Barry Edmonston y Jeffrey S. Passel (eds.), Undocumented migration to the United States. IRCA and the experience of the 1980s, Rand Corporation, Santa Monica, California, The Urban Institute, Washington D. C., 1990.

Benitez Manaut R. México-Estados Unidos: paradigmas de una inevitable y conflictiva relación. Nueva Sociedad, No 206, Nov-Dic;140-145, 2006.

Castañeda Xochitl, Wallace Steve “Inmigrantes mexicanos y centroamericanos en estados Unidos” Acceso a la Salud,Julio, 2006

Consejo Nacional de Población y Universidad de California (2005). Migración México - Estados Unidos. Temas de Salud. ISBN: 970-628-840-6.

Consejo Nacional de Población (2008). Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México. Comité Especial sobre Población y Desarrollo. XXXII Periodo de Sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santo Domingo, República Dominicana, del 9 al 13 de junio de 2008.

Consejo Nacional de la Población de México, Universidad de California (2008). Migración y Salud. Latinos en los Estados Unidos “Características de la migración mexicana a Estados Unidos” 1” Ed. Oct. 2008, 7-15.

Córdova Villalobos A, Hernández Mauricio, Fromow Ángeles. Programa de Acción Específico 2007-2012.Salud del Migrante. Unidad Coordinadora de Vinculación y participación Social. Secretaría de Salud (2008).

Corona Vázquez, Rodolfo y Huerta Rodríguez, Liliana (2009). Notas sobre la emigración de mexicanos a Estados Unidos. En: **Rangel Gómez, Gudelia y Hernández, Mauricio (2009).** Condiciones de salud en la frontera norte de México. Secretaría de Salud, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de la Frontera Norte. México, febrero de 2009. ISBN: 978-607-479-000-9.

El Colegio de la Frontera Norte (2006). Encuesta sobre servicios de salud de los migrantes guanajuatenses. Reporte de investigación.

Fundación BBVA Bancomer (2010). Servicio de Estudios Económicos Grupo BBVA. Situación Migración México; 3-39.

Garcíadiego Javier. La Revolución. Nueva Historia mínima de México. El Colegio de México, 2009.

González Block Miguel Ángel, et al. "Salud migrante Propuesta de un seguro binacional de salud" 1ª Edición, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2008.

González, B., J. G. *Migración laboral internacional del Estado de México*, Universidad Autónoma del Estado de México: Coordinación General de Investigación y Estudios Avanzados, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, Toluca, México

Instituto de los Mexicanos en el exterior. "Informes y documentos diagnósticos de Ventanillas de Salud 2007-2008".

Instituto Nacional de Salud Pública. "Salud y Migrante. Perspectiva en Salud Pública", 1ª Edición, 2008, México.

Macías Suárez, Giovanni; Rangel Gómez, Gudelia y Corona Vásquez, Rodolfo (2009). Servicios de salud de los migrantes mexicanos. En: Rangel Gómez, Gudelia y Hernández, Mauricio (2009). Condiciones de salud en la frontera norte de México. Secretaría de Salud, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de la Frontera Norte. México, febrero de 2009. ISBN: 978-607-479-000-9.

Rangel Gómez, Gudelia y Hernández, Mauricio (2009). Condiciones de salud en la frontera norte de México. Secretaría de Salud, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de la Frontera Norte. México, febrero de 2009. ISBN: 978-607-479-000-9.

Salgado de Snyder, Nelly, et. al. (2007). "Migración México – Estados Unidos: consecuencias para la salud" 1a Edición, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Salud del Migrante (2010). Problemática: Evolución de la situación migratoria. Consultado en <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/interior1/evolucion.html>

Salud del Migrante (2010 b). Problemática: Características de salud de los migrantes mexicanos. Consultado en <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/interior1/carSalud.html>

Secretaría de Salud, Universidad de California y Fundación California (2006). Inmigrantes Mexicanos y Centroamericanos en Estados Unidos. Acceso a Salud. ISBN: 970-721-331-0.

Secretaría de Salud (2009). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Instituto Nacional de Salud Pública.

The California Endowment. Suffering in Silence: Who are California's Agricultural Workers?, 2001.

Villalpando, Salvador; Olaíz, Gustavo; Rivera, Juan; Shamah, Teresa; Rojas, Rosalba; Hernández, Mauricio; Sepúlveda, Jaime (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México. Instituto Nacional de Salud Pública.

Wallace, Steve; Castañeda, Xóchitl, et al., "Migración, Salud y Trabajo. Datos Frente a los Mitos" 1ª Edición, Universidad de California, UC Berkeley. Escuela de salud Pública. Iniciativa de Salud de las Américas, 2007, Oct. 2007

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Febrero de 2010.

Por medio de la presente, firmo de enterado(a), de que la información que se me ha explicado que la entrevista y los cuestionarios que se me ha pedido contestar son parte de un estudio llamado **““Diagnóstico de Salud en una muestra de población migrante en los Estados Unidos de América en la ciudad de Nueva York en el año 2010”**

Este estudio busca conocer las condiciones de vida y de salud de los mexicanos que se encuentran viviendo como migrantes en los Estados Unidos de América.

Si acepto participar, la información será confidencial y No se hará uso legal, ni comercial de la información personal que yo decida responder.

En caso de que decida no responder a los cuestionarios, esto tampoco cambiara la atención que se me proporciona en el Consulado, ni los servicios que se me proporcionan.

Se me aclara que la participación en éste estudio es libre y voluntaria y que los datos solo se usarán para el análisis de las estadísticas de las condiciones de los migrantes, sin hacer público mi nombre.

Las respuestas a éste cuestionario no se darán a conocer a ningún agente de migración o funcionario Norteamericano y solo se usarán para hacer un estudio de las condiciones de vida y salud general de los mexicanos que vivimos en los Estados Unidos.

Anexo 2.

CUESTIONARIO PARA DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

“Diagnóstico de Salud en Migrantes mexicanos radicados en los Estados Unidos de América en la ciudad de Nueva York en el año 2010”

Porfavor lea con cuidado las preguntas y responda las preguntas que se presentan en éstas hojas. Escoja la opción que más se acerque a lo que usted es o a las actividades que hace tanto en su casa como en el trabajo. No es necesario poner su nombre.

Datos socio-demográficos:

Responda o marque con una cruz las respuestas que más se acerquen a lo que usted es y hace:

1. Es usted hombre () o mujer ()

2. Edad _____

3. Estado civil

() soltero

() unión libre

() casado y viviendo con su pareja en estados unidos

() casado y la pareja permanece en México

() casado en México y actualmente nueva pareja en Estados Unidos

() separado

() divorciado

() viudo

Tiene hijos Si() No ()

Número de hijos _____

Tiene hijos menores de edad en los Estados Unidos Si() No ()

Tiene hijos menores de edad en México? Si() No ()

Es usted nacido en México? Si () No ()

¿Estado de la República Mexicana donde nació? _____

¿En qué estado radica aquí en los Estados Unidos?

() Connecticut

() New York

() New Jersey

¿En qué año entró usted a los Estados Unidos por primera vez? _____

¿Tiene usted familia en los Estados Unidos? Si() No ()

Si vive algún familiar con usted en los Estados Unidos, tache con una cruz el parentesco de las personas que viven con usted:

Madre ()

Padre ()

Hermanos ()

Esposa (o): ()

Hijos ()

Primos u otros parientes ()

Economía

¿Manda usted dinero a su familia en México? Si() No ()

¿Cada cuando les manda dinero?

() 1 vez a la quincena

() 1 vez al mes

() Cada 2 meses o más

() No les manda casi nunca

Si acostumbra mandar regularmente cada mes dinero a su país, cuanto manda en dólares aproximadamente por mes? _____

Cuánto paga de renta por mes en dólares? _____

Cuánto gasta aproximadamente en alimentación al mes?

Trabajo:

¿Cuánto gana por hora en dólares?

¿Actualmente tiene trabajo en los Estados Unidos? Si () No ()

¿Ha trabajado en Estados Unidos antes? Si () o No ()

¿Cuántas veces ha entrado a trabajar a Estados Unidos? _____

¿Antes de llegar a Estados Unidos ya tenía arreglado un trabajo? Si () No ()

Actualmente tiene trabajo en los Estados Unidos? Si () No ()

Si está desempleado pase a la sección de acceso a la salud.

Tache la actividad que usted realiza como trabajo en los Estados Unidos:

En el campo (agricultura) ()

En la construcción ()

Jardinería, pintura, plomería u otros oficios para servicio a casas ()

Empleada doméstica ()

Empleados de hoteles, negocios o restaurantes ()

En servicios de limpieza ()

Como obrero en fábricas ()

Comercio y ventas ()

Profesionista ()

Otro trabajo ()

Si es así, por favor diga en que trabaja

Cuantos turnos trabaja por día?

Un turno ()

2 turnos ()

Cuantas horas trabaja en total al día?

Menos de 8 horas ()

De 8 a 10 horas ()

Más de 10 horas? ()

No hay horario fijo ()

Cuantos meses lleva en su último trabajo? _____

Salud

¿Tiene servicio médico para usted y su familia? Si () No ()

¿Si necesitara atención médica tendría que pagar médico particular para ser atendido? Si ()
No ()

¿Ha contratado servicio médico para usted y su familia? Si () No ()

¿Cuántas veces ha visitado al dentista desde su llegada a los Estados Unidos? _____ -

¿Cuántas veces ha visitado al médico desde su llegada a Estados Unidos? _____

¿Padece alguna enfermedad por la que se sienta “disminuido” o que no lo deje trabajar o hacer sus actividades? Si() No ()

Si algún médico le ha diagnosticado alguna enfermedad desde su llegada a los Estados Unidos o usted recuerda las enfermedades que ha padecido desde que llegó a éste país, Porfavor escríbalas en éstos renglones:

Hábitos:

¿Fuma usted? No () Si ()

¿Cuántos cigarros fuma a la semana? _____

¿Toma alcohol? No() Si ()

¿A qué edad empezó a tomar? _____

Cuántas veces al mes toma alcohol _____

() 1 vez al mes

() Cada 15 días

() 1 vez a la semana

() casi diario (más de 1 vez por semana)

() diario

¿Vive en cuarto rentado o departamento? _____

¿Con cuántas personas comparte departamento? _____

¿Con cuántas personas comparte el cuarto donde duerme? _____

¿Donde vive tiene baño propio? No() Si ()

¿Donde vive tiene cocina? No() Si ()

¿Tiene televisión en su hogar? No() Si ()

¿Cuántas horas de televisión ve al día? _____

¿Tiene internet en su hogar? No() Si ()

¿Tiene usted teléfono celular? No() Si ()

¿Qué transporte utiliza para ir a su trabajo?

¿Cuánto tiempo usa para transportarse a su trabajo? _____

Además del tiempo que camine en el trabajo, ¿cuánto tiempo camina en un día sin pararse a descansar? _____

¿Hace algún otro ejercicio o deporte que no sea el esfuerzo físico de su trabajo o caminar?

¿Cuánto tiempo al día o a la semana hace éste deporte?

Socialización y pareja

Desde que llego a los Estados Unidos ha tenido pareja estable? Si() No ()

Si no es así, por favor mencione aproximadamente cuantas parejas ha tenido desde que vive en USA? _____

Durante el último mes, cuantas veces salió con sus amigos de parranda o a una fiesta?

- () 1 vez al mes
- () 2 a 4 veces al mes
- () 1 vez a la semana
- () De 2 a 4 veces a la semana
- () nunca

Durante el último mes, cuantas veces salió de paseo con amigos o familia?

- () 1 vez al mes
- () 2 a 4 veces al mes
- () 1 vez a la semana
- () nunca

Alimentación:

¿Cuántas comidas hace al día? ()

¿Cuántas de estas comidas las hace en la calle ()

¿Cuántas veces al día come en la calle _____

¿Cuántas comidas hace en su lugar de trabajo? _____

¿Tiene esposa o parientes que preparen sus alimentos? No() Si ()

¿Cuántas veces a la semana toma refrescos?

- () diario
- () de 4 a 6 veces por semana
- () 2 a 3 veces por semana
- () 1 vez por semana
- () nunca

¿Cuántas veces a la semana toma café?

- () diario
- () de 4 a 6 veces por semana
- () 2 a 3 veces por semana
- () 1 vez por semana
- () nunca

¿A la semana, cuantas veces compra comida rápida en puestos de la calle para comer?

- () diario
- () de 4 a 6 veces por semana
- () 2 a 3 veces por semana
- () 1 vez por semana
- () nunca

¿A la semana, qué tan seguido compra usted comida preparada rápida en tiendas, restaurantes o supers o “food-markets”?

- () diario
- () de 4 a 6 veces por semana
- () 2 a 3 veces por semana
- () 1 vez por semana
- () nunca

¿A la semana cuantos días come comida hecha en casa con amigos o familia?

- () diario
- () de 4 a 6 veces por semana
- () 2 a 3 veces por semana
- () 1 vez por semana
- () nunca

Servicios de salud:

¿Ha oído hablar de la Ventanilla de Salud que se encuentra en este Consulado?

Si () No ()

¿Sabe que servicios ofrece la Ventanilla de Salud del Consulado para los mexicanos que trabajan en los Estado Unidos o sus familias?

Si () No ()

¿Alguna vez ha usado los servicios de la Ventanilla de Salud?

Si () No ()

GRACIAS

Anexo 3

AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- Nunca ()
- Menos de 1 vez al mes ()
- Entre 2 a 4 veces por mes ()
- De 2 a 3 veces a la semana ()
- 4 o mas veces a la semana ()

2. ¿Cuántos tragos acostumbra tomar en un día de consumo normal?

- De 1 a 2 copas ()
- De 3 a 4 copas ()
- De 5 a 6 copas ()
- De 7 a 9 copas ()
- 10 o más copas ()

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca ()
- Menos de una vez al mes ()
- Una vez al mes ()
- Una vez a la semana ()
- Casi diario o diario ()

4. ¿Con qué frecuencia a lo largo del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- Nunca ()
- Menos de una vez al mes ()
- Una vez al mes ()
- Una vez a la semana ()
- Casi diario o diario ()

5. ¿Con qué frecuencia a lo largo del último año no hizo las cosas que tenía que hacer por haber bebido?

- Nunca ()
- Menos de una vez al mes ()
- Una vez al mes ()
- Una vez a la semana ()
- Casi diario o diario ()

6. ¿Cuántas veces en el último año tuvo que beber en ayunas para cortarse la cruda o sentirse mejor al día siguiente de haber bebido?

- Nunca ()
- Menos de una vez al mes ()
- Una vez al mes ()
- Una vez a la semana ()
- Casi diario o diario ()

7. ¿En el último año, que tan seguido ha sentido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- Nunca ()
- Menos de una vez al mes ()
- Una vez al mes ()
- Una vez a la semana ()
- Casi diario o diario ()

8. ¿Cuántas veces en el último año no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior porque había estado bebiendo?

- Nunca ()
- Menos de una vez al mes ()
- Una vez al mes ()
- Una vez a la semana ()
- Casi diario o diario ()

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado lastimadas o heridas como consecuencia de que usted había bebido?

- No ()
- Si, pero no en el último año ()
- Si, esto paso en éste último año ()

10. ¿Algún familiar o amigo, médico o alguna otra persona le ha dicho que está preocupada por su forma de beber o le han dicho que sería bueno que dejara de beber?

- No ()
- Si, pero no en el último año ()
- Si, esto paso en éste último año ()

Anexo 4

PREGUNTAS PARA ENTREVISTA EN GRUPO FOCAL

¿Cuales creen ustedes que son los principales problemas de salud que padecen los mexicanos que vienen como ustedes a trabajar a los Estados Unidos?

¿Porque piensan que se presentan éstas enfermedades?

¿Cuando se enferman, como se atienden y donde?

¿Qué sienten que necesitan para ser atendidos o prevenir enfermedades aquí en los Estados Unidos?

¿Cómo se han sentido de los nervios, de sus emociones desde que viven en los Estados Unidos?

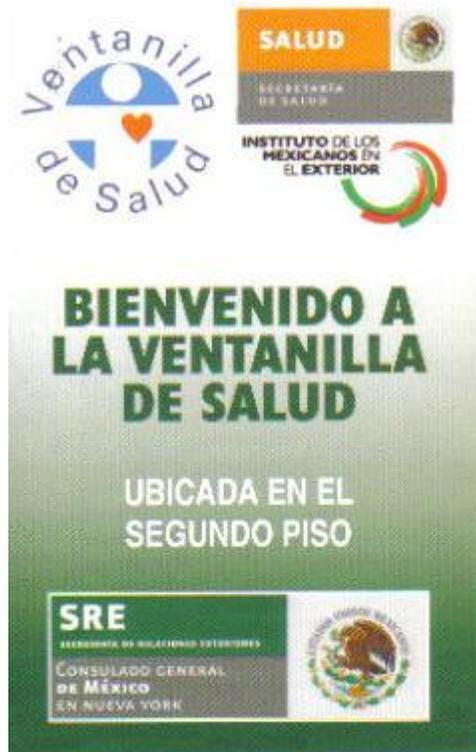
¿Qué cosas cambian en su vida para bien o para mal en su estado de ánimo?

¿Si pudieran hacer algo para mejorar su salud física, que cosas cambiarían?

¿Si pudieran hacer algo para mejorar su estado de ánimo y bajar la tensión o los nervios por los problemas que viven, que cosas podrían hacer o cambiar?

Anexo 5

FOLLETO DE VENTANILLA DE SALUD



Tu salud y la de tu familia están primero.



La Ventanilla de Salud... es para ti.

¡Acércate, Infórmate, Cuidate!

¿Tienes preguntas relacionadas con tu salud y la de tu familia? ¿Tienen seguro médico tus hijos? ¿Conoces las clínicas a las que puedes acudir y recibir atención médica a bajo costo? ¿Necesitas información sobre algún servicio de salud?

TE ESPERAMOS EN EL SEGUNDO PISO



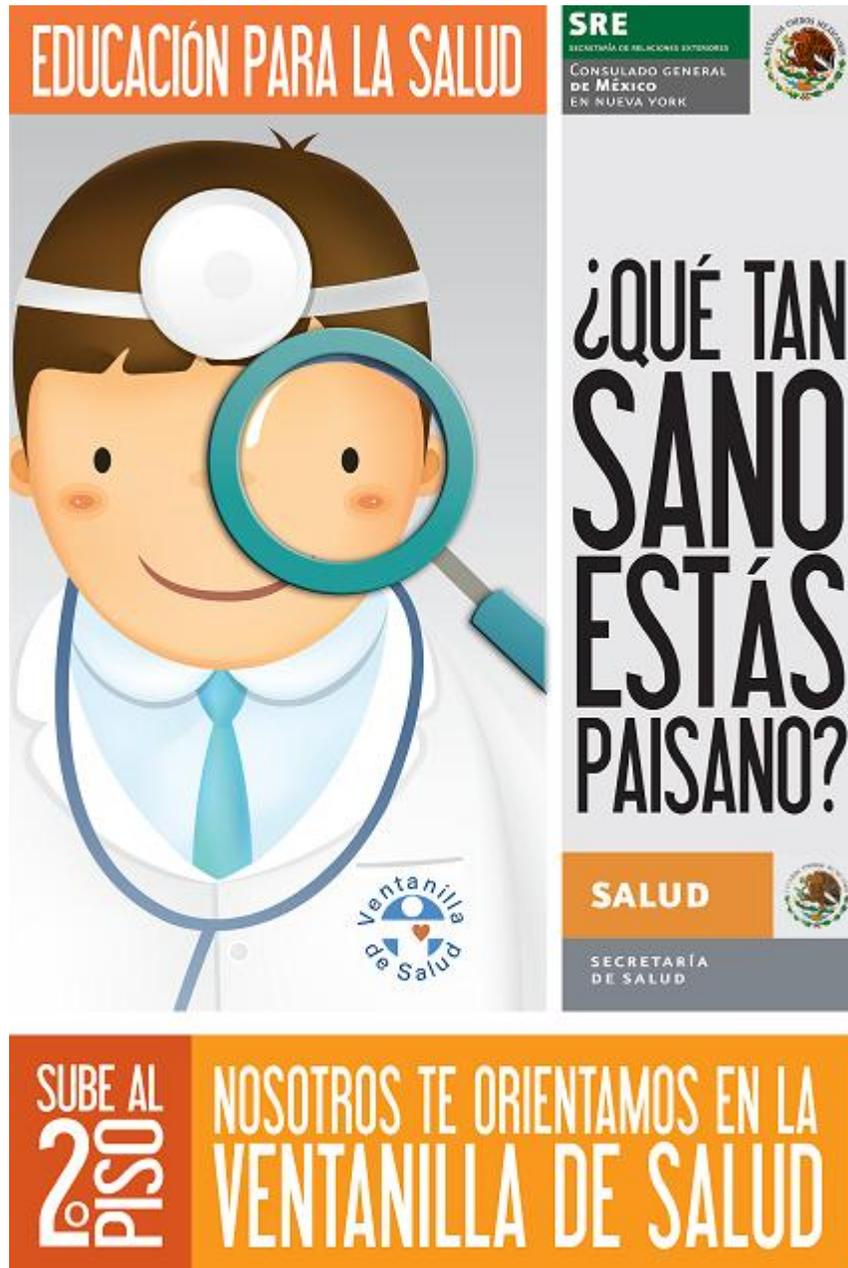
En caso de emergencia acude a la sala de emergencia del hospital mas cercano, y después de que te atiendan busca a la trabajadora social del hospital.

(No importa tu condición migratoria)

No olvides de llevar contigo una identificación y un comprobante de domicilio cuando visites algún hospital o clínica.

También es útil llevar contigo un comprobante de ingresos.

Anexo 6



Anexo 7



CUESTIONARIO PARA CONOCER LA INFORMACION DE LA VENTANILLA DE SALUD DE NUEVA YORK

El presente cuestionario es anónimo. No necesita decir su nombre ni datos personales. Solo queremos conocer las necesidades de Salud de nuestros compatriotas mexicanos que residen en los Estados Unidos de América.

Le pedimos que se tome por favor 10 minutos para contestar estas preguntas. Responda o marque con una cruz sus respuestas:

1. Es usted Hombre () o Mujer ()

2. Edad _____ años

3.- Sabe que es la Ventanilla de Salud? SI () NO ()

4.- Alguna vez ha usado los servicios de la Ventanilla de Salud? SI () NO ()

5.- Sabe que servicios ofrece la Ventanilla de Salud? SI () NO ()

6.- Ha visto algún cartel anunciando la Ventanilla de Salud en el Consulado?
SI () NO ()

7.- Si ha visto los carteles de la ventanilla de salud ¿le llamó la atención leerlos?:
SI () NO ()

8.- Si ha visto los carteles de la Ventanilla de salud, por favor escriba que mensaje entiende de lo que dicen los carteles?:

9.- ¿Considera que la Ventanilla de Salud puede ayudar a mejorar su salud?

SI () NO ()

10.- ¿Cómo piensa que la ventanilla de salud puede ayudarle al cuidado de su salud?

11.- ¿Cuál cree usted que sería la mejor forma de que los mexicanos que están en los Estados de Nueva York, Nueva Jersey o Connecticut pudieran conocer la Ventanilla de Salud?:

12.- ¿Qué servicios le gustaría que se dieran en la Ventanilla de Salud?

13.- ¿Después de ver los carteles de la Ventanilla de salud, comentaría con su familia y paisanos sobre los servicios de ésta Ventanilla? Si() NO ()

14.- Que podría proponernos para mejorar su salud física o su estado emocional en los Estados Unidos?

GRACIAS

CONSECUENCIAS DEL PROBLEMA CENTRAL Y SECUNDARIOS

Problema /Consecuencias	Individuales	Poblacionales	A nivel de sistemas y servicios de salud
PROBLEMA CENTRAL			
Falta de acceso a servicios de salud de la población migrante	Riesgo de presentar problemas de salud agudos que puedan tornarse crónicos ante la falta de atención temprana.	Una población migrante que sale sana de nuestro país se puede enfermar durante su estancia en el extranjero y se incrementa la morbilidad de ésta población.	Una vez que la población migrante enferma, México absorbe el gasto de salud por el desgaste de salud, laboral y social de los mexicanos que radican en EUA mientras son productivos y que regresan a nuestro país como portadores de patología crónica.
PROBLEMAS SECUNDARIOS	Individuales	Poblacionales	A nivel de sistemas y servicios de salud
Falta de estrategias preventivas a través de educación para la salud	Falla en el cuidado para la salud, negligencia o desconocimiento de la necesidad de realización de estudios de rutina para prevención . Ej: Cacu, Ca próstata, etc. en población de riesgo y diagnóstico tardío de las enfermedades.	Incremento en las tasas de morbilidad, con merma en la población económicamente activa y por tanto deterioro de la economía de los migrantes y de sus familias en México	Incremento en costos de atención médica en nuestro país, una vez que los migrantes enferman y pierden su potencial laboral.
Falta de conocimiento de los migrantes de la posibilidad de acceder a la ventanilla de salud	Los sujetos pierden la oportunidad de recibir asesoría o exámenes preventivos gratuitos, ej; PAP, HIV, examen mamario, etc)	Se pierde la posibilidad de realizar educación y detección oportuna para la salud.	La inversión binacional para el mantenimiento de las ventanillas es alto y su uso es mínimo.
Discriminación racial de los migrantes mexicanos con exclusión de los programas de reforma asistencial.	Falta de confianza para acudir a solicitar orientación institucional ante síntomas tempranos que indiquen alguna posible enfermedad y esto puede retrasar a agravar diagnósticos	Se pierde la posibilidad de vincularse con redes sociales de apoyo que ayuden a la preservación de la salud física y mental	La xenofobia limita la posibilidad de realizar acuerdos binacionales que permitan favorecer la prestación de servicios a la población mexicana
Adopción de hábitos higiénico dietéticos poco saludables		Tendencia al incremento de morbilidad en enfermedades crónicas	Mayor costo para nuestro sistema de salud cuando la población migrante regresa para el tratamiento de complicaciones crónicas y falta de recursos para ampliar la cobertura de los nuevos enfermos que no han cotizado durante sus años productivos

ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

ALTERNATIVAS	BENEFICIOS POTENCIALES	ELEMENTOS FAVORABLES	OBSTÁCULOS A ENFRENTAR
Diseño por la SS de material impreso en carteles promocionales para la difusión de la Ventanilla de Salud (VDS) y su función de orientación en salud para promover la VDS entre los migrantes que acudan al Consulado de Nueva York.	Incrementar la asistencia de los migrantes a la Ventanilla de Salud	El consulado es un sitio de asistencia necesaria para la población migrante cuando se requiere de realización de trámites.	La población acude al Consulado solo cuando es indispensable para evitar perder horas de salario descontado.
Mensajes elaborados por la S.S en torno a los servicios de la VDS y cápsulas informativas acerca de acciones de prevención para la salud, para proyección en las pantallas de TV que se encuentran en el área de espera del Consulado.	Sensibilizar a la población migrante que acude al Consulado acerca de la necesidad de tener hábitos saludables y difundir las acciones preventivas más comunes para evitar la presencia de enfermedades	Los tiempos de espera en el Consulado son prolongados, es poca la gente que lleva libros o algún pasatiempo, por lo que es atractivo observar material audiovisual mientras son atendidos	Los mensajes en torno a acciones preventivas en general deben ser repetidos en varias ocasiones antes de lograr un cambio de conducta. La población que acude esporádicamente al Consulado no tendrá oportunidad de escuchar la información en forma repetida.
Folletos colocados en la sala de espera de la VDS con mensajes de invitación a asistir a los eventos calendarizados para el cuidado o prevención en salud de acuerdo a los temas a tratar en la ventanilla de salud	Enterar a la población de los temas de educación para la salud que se proporcionan cada mes, a fin de buscar interesarles en la asistencia a los mismos.	Muchas personas quisieran información en salud o tienen dudas de cómo prevenir ciertas enfermedades, pero no cuentan con opciones	La población migrante tiene un nivel de escolaridad bajo, algunos no saben leer y escribir y los que lo hacen, no gustan de leer textos largos o complicados, por lo que es mayor el gasto y poca su utilidad. La población migrante no tiene cultura de prevención en salud.

ACCION	ENCARGADO	TIEMPO
Realización de reuniones de coordinación por Skype entre encargada de la VDS, agencia fiscal y representante Secretaría de Salud (SS) para solicitar la autorización para la utilización de medios de comunicación para difundir las actividades de la VDS.	Estudiante de maestría en Salud Pública por medio de la Secretaría de Salud	1 semana
Diseño por la SS de material impreso en carteles promocionales para la difusión de la VDS y los temas asignados dentro del programa mensual de actividades de la VDS para difusión y prevención.	Personal de Secretaría de Salud de área de comunicación social	1 semana al mes para diseño e impresión
Envío por FedEx de material impreso de 6 carteles por mes con distintos temas de salud en función de las actividades programadas por la VDS.	Estudiante de maestría en Salud Pública	2 días
Colocación por el personal de la ventanilla de los carteles informativos dentro del área de espera de trámites para migrantes en el Consulado de la ciudad de Nueva York.	Encargada de la VDS	1 día
Permanencia de carteles y en la sala de espera de la VDS	Encargada de la VDS	3 meses de exposición de los carteles
Encuesta para evaluar comprensión, aceptación e impacto de los mensajes en la asistencia a la VDS y búsqueda activa de prevención a la salud por la población	Estudiante de maestría en Salud Pública	1 semana

AREA	VARIABLE A CONTROLAR	TECNICA E INSTRUMENTOS
ACTIVIDADES PROYECTO	TIEMPO	Gráfica de Gantt 3 meses
ENCARGADA DE PROYECTO	PROCEDIMIENTOS	Supervisión de colocación de materiales por la coordinadora de la VDS
Ventanilla de Salud (VDS)	CUMPLIMIENTO	Registro de actividades por encargada de VDS Reporte de número de asistentes a las actividades a difundir.
EVALUACION POR LA ENCARGADA DE PROYECTO DE CUMPLIMIENTO OBJETIVOS Y METAS	EFECTIVIDAD	- Evaluación por encuestas a migrantes acerca de los temas de difusión propuestos -Registro diario de asistentes a la VDS antes vs después de la colocación de carteles de difusión.

PARRILLA DE RESPONSABILIDADES

- **A = autoridad tomador de decisiones= SS y Cónsul de NY.**
- **R= Responsable de la actividad**
- **I= Integrante del equipo**

Actividad	Unidad Coordinadora de vinculación y participación social (UCVPS) de la Secretaría de Salud (SS)	Consul del Consulado de la Ciudad de Nueva York.	Titular de la UCVPS y coordinadora del equipo de salud	Equipo de salud (2 médicos especialistas, la titular de UCVPS y 1 diseñadora gráfica)	Coordinadora de la VDS del Consulado de NY
Autorización del proyecto	A	A	R	I	I
Cálculo de presupuesto	A	A	A	I	I
Elaboración de material	A	A	I	R	I
Envío de material	A	A	R	I	I
Colocación de material	A	A	I	I	R
Registro de asistencia a VDS	A	A	I	I	R
Aplicación de encuestas	A	A	R	I	I
Elaboración y entrega de resultados	A	A	R	I	I

RECURSOS HUMANOS

ETAPAS	PRINCIPIOS
Organización conjunta entre Consulado NY y SS	Integración del equipo de SS y Consulado (servicios a la comunidad)
Autorización y acuerdos sobre el material de difusión	Comunicación por Skype para lograr un acuerdo de material
Asignación de funciones para desempeño organizado	División de trabajo: Planeación Ejecución
Evaluación de la implementación de la estrategia	Motivaciones de mejora de servicio

RECURSOS MATERIALES

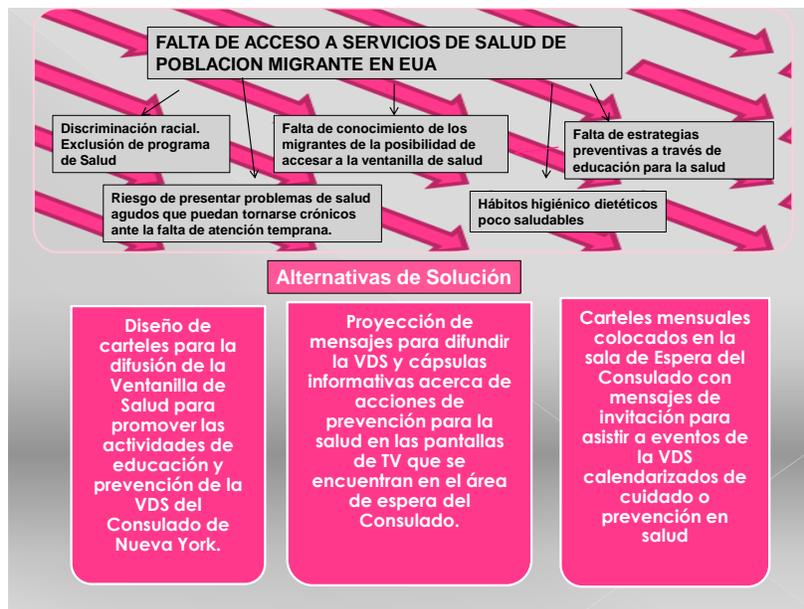
ETAPAS	PRINCIPIOS
Elaboración material impreso en cartel para la difusión de las actividades de la VDS del Consulado Mexicano en Nueva York	Diseño, aprobación e impresión del material de difusión por la S.S.
Envío	Envío por Federal-Exp de SS al Consulado Mexicano de N.Y
Colocación del material	Planta Principal del Consulado
Evaluación a lo largo del tiempo de permanencia del material de difusión en la VDS	Registro diario de asistencia de migrantes a solicitar orientación a la VDS, realizado por el personal del área de servicio comunitario del Consulado coordinado por la encargada de la VDS
Evaluación de resultados	La encargada del proyecto realizó trabajo de encuesta y análisis del registro comparativo de asistencia de migrantes previa y posterior a la exposición del material de difusión de la VDS.

TABLERO GENERAL DE CONTROL

Áreas críticas	VARIABLES A CONTROLAR	Técnicas e instrumentos
actividades	Tiempos	Diagrama de Gant
	Procedimientos	Supervisión por encargada de proyecto y coordinadora de la VDS
	Cumplimiento	Evaluación por encargada de proyecto
Recursos humanos	Desempeño de personal por coordinadora	Supervisión por coordinadora de la VDS.
Recursos financieros	Cumplimiento de costos. Vigilar asignación de recursos y presupuestos	Control de presupuesto por programa de Money. La encargada de proyecto va a encargarse del pago de diseño, impresión y envío de material a la VDS con el presupuesto asignado para apoyo a VDS por la SS.
Recursos materiales	Equipo de cómputo, papelería, plotter.	Material impreso elaborado por diseñadora, plotteo en casa comercial y envío por equipo de trabajo.
Objetivos y logro de metas	Medición por encuesta y aumento de asistencia	Realización de registros por personal de VDS bajo supervisión de coordinadora de la VDS . Encuestas y análisis comparativo por encargada de proyecto

Actividad	Julio			Agosto			Septiembre			
Semanas	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
Impresión de Carteles		X								
Envío y colocación de material de difusión en cartel		X								
Permanencia de carteles para difusión de las actividades de la VDS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Colocación de carteles con temas de salud específicos				X	X	X	X	X	X	X
Registro de migrantes que acuden a la VDS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encuesta por encargada del proyecto de conocimiento en torno a la VDS										X

DIAGRAMA DE PERT



ORGANIGRAMA

