

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA



**REPERCUSIONES EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LOS
MIGRANTES HONDUREÑOS RETORNADOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
DE NORTE AMÉRICA, CENTRO DE AISLAMIENTO TEMPORAL DE LA
VILLA OLIMPICA, TEGUCIGALPA, M.D.C. JUNIO-JULIO 2020.**

PRESENTADO POR:

INGRID LORENA LAÍNEZ GALO

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESOR (A):

PhD. HECTOR ARMANDO ESCALANTE

TEGUCIGALPA, M.D.C.

MAYO, 2021 HONDURAS, C.A

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTOR
DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO a.i.

VICE RECTORA ACADÉMICA
MSC. BELINDA FLORES

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
Abg. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL
Dra. JESSICA PATRICIA SÁNCHEZ MEDINA

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
Dr. SANTIAGO JAIME RUÍZ AVAREZ

DIRECTOR DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Dr. ARMANDO EUCEDA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.

SECRETARIA ACADÉMICA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dra. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO

COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS
MÉDICAS
Dr. ARNOLDO ZELAYA

COORDINADOR ACADÉMICO DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
MSc. NORA RODRÍGUEZ

Dedicatoria

A Dios.

Por permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional, de mi vida y lograr uno de mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi Hermano Brayan (Q.D.D.G)

Aunque nuestros cuerpos estén separados siempre estaremos unidos por el corazón, has sido mi mejor compañero de vida, sé que desde el cielo me cuidas, te amo infinito.

A mis Padres y mi Esposo.

Por haberme apoyado en todo momento, darme ánimos, consejos y por su ejemplo de perseverancia y constancia, sus valores y su motivación, pero más que todo por su amor, a mi prima Andy y Derek mi sobrino al que adoro.

Al cuerpo de docentes del Posgrado en Salud Pública.

Por todo el conocimiento impartido durante este largo proceso, su apoyo, paciencia y por dedicarnos tiempo valioso de sus vidas, pero en especial al Dr. Héctor Escalante por ser mi guía en este paso tan importante y crucial.

INDICE

I.INTRODUCCIÓN	1
II.OBJETIVOS	5
2.1Objetivo General:.....	5
2.2Objetivos específicos:.....	5
III. MARCO TEÓRICO	6
3.1 MIGRACIÓN	6
3.2. SALUD Y MIGRACIÓN	9
3.3 PROCESO SALUD ENFERMEDAD EN MIGRANTES	14
3.4 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL MIGRANTE.....	19
3.5.1 SALUD SEXUAL DEL MIGRANTE RETORNADO	26
3.5.2 VIOLENCIA Y VULNERABILIDAD DEL MIGRANTE	28
3.6 RIESGO ASOCIADO ESPECIFICAMENTE AL RETORNO	30
3.6.1. RUTA MIGRATORIA.....	34
3.7 TEORIAS MIGRATORIAS	40
IV.METODOLOGÍA	45
V.RESULTADOS	54
5.1 Características sociodemográficas	54
5.2 Características del proceso Migratorio.....	60
VI.ANALISIS DE RESULTADOS	73
VII.CONCLUSIONES	86
VIII.RECOMENDACIONES	89
IX. BIBLIOGRAFÍA	92
X.ANEXOS	101

I. INTRODUCCIÓN

La población migrante en Honduras y el resto de Centroamérica se ha incrementado significativamente en la última década. Una gran parte de esta población, en su mayoría joven y con una participación cada vez más numerosa de mujeres, está sujeta a condiciones de alta vulnerabilidad. A la vez, existen grandes vacíos de información sobre el impacto que tiene la migración en la salud y el bienestar de las personas migrantes. La presente investigación busca vincular analíticamente los desafíos que enfrentan los migrantes retornados y el proceso salud enfermedad que este puede desencadenar desde el momento que migra hasta que vuelve a ingresar en su país de origen.

Para ello se propone un marco analítico centrado en las vulnerabilidades de las personas migrantes a lo largo del ciclo migratorio. Las migraciones significan, además, un escenario de crisis para la familia que la vive, ya sea porque el jefe o los jefes de familia parten dejando atrás a sus hijos, o porque el traslado de toda la familia en búsqueda de nuevas perspectivas incluye la instalación de un nuevo medio que muchas veces es desconocido, hostil.

Esto significa que la familia, y en particular las mujeres y los niños, experimentan usualmente, en casos de migración, una situación de alta vulnerabilidad; es decir, un aumento de los riesgos y la posibilidad de que sus derechos se vean dañados, así como su integridad afectada. La migración es un fenómeno multifactorial, y ha tomado mucha importancia con respecto a las zonas como rutas migratorias; riesgos y peligros que enfrentan los migrantes al desplazarse por esa región. Los puntos centrales a examinar son lo concerniente al desarrollo desigual producidos por los determinantes sociales estructurales; los nuevos patrones y escenarios migratorios, que han estado presentándose y al mismo tiempo transformándose en el transcurso de los últimos años, especialmente con el devenir de un contexto epidemiológico.

En este documento, se definen los riesgos de enfermar que incrementan al migrar o por el hecho de sufrir algún tipo de complicación si el migrante ya se encontraba enfermo, incrementar el riesgo de sufrir un accidente y que este conlleve a discapacidad, por lo que se va generando un alto costo para el Estado y el sistema nacional de salud el poder reinsertar a la sociedad a esta población afectada. De igual forma al no tener y/o desconocer si existe atención para ellos este es un criterio sistemático para estimar la carga de morbilidad y de traumatismos debida a distintos riesgos.

El identificar y reconocer los riesgos puede proporcionar una valiosísima imagen global de los papeles relativos que desempeñan las políticas migratorias; puede poner de manifiesto el potencial de beneficios para la salud al centrarse en esos riesgos y puede contribuir en la preparación de planes para la investigación y la acción de política en salud. La ruta migratoria forma parte muy importante de esta investigación ya que según la zona por donde viaje el migrante, así serán a los riesgos que se vea sometido, además el limitado acceso a los servicios médicos tiene, entre sus principales consecuencias ciertas enfermedades entre las más comunes son enfermedades transmisibles, enfermedades no trasmisibles, Psicológicas, problemas en la salud reproductiva, riesgo y accidentes laborales.

La mayoría de estudios sobre migración y sus riesgos en el proceso salud enfermedad en Honduras se han concentrado en otras áreas como la incidencia de las remesas internacionales sobre el bienestar de los hogares, los migrantes que lograron llegar a otro país y quedarse como refugiados. Pero el sentido de esta investigación es dejar evidenciado cuantas veces aumenta el riesgo de enfermar, empeorar o sufrir un accidente y que este deje con algún tipo de discapacidad. Es por ello que la siguiente investigación tiene como objetivo conocer la repercusión del proceso salud enfermedad en los migrantes

hondureños retornados de los Estados Unidos, al centro de aislamiento temporal de la villa olímpica, junio-julio 2020.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- ✓ Conocer las repercusiones en el proceso salud-enfermedad en los migrantes hondureños retornados de los Estados Unidos de Norte América, al centro de aislamiento temporal de la Villa Olímpica, Tegucigalpa, M.D. C. entre junio-julio 2020.

2.2 Objetivos específicos:

- ✓ Describir el perfil sociodemográfico migrantes retornados mayores de 18 años.
- ✓ Identificar las enfermedades o situaciones que ponen en riesgo la salud en la población migrante retornada a Honduras.
- ✓ Determinar el riesgo específicamente asociado al evento migratorio, a la ruta migratoria y el proceso salud enfermedad de la población migrante retornada de los Estados Unidos.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 MIGRACIÓN

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), define la migración como el desplazamiento, individual o colectivo, de personas, cruzando fronteras administrativas y/o políticas en un medio geográfico para su establecimiento permanente o temporal en el área. Esta definición cobija dos vertientes: 1) aquellos que dejan sus lugares de residencia por distintas causas, son llamados emigrantes y 2) quienes están arribando para instalarse en un área distinta a la de su origen o residencia, reciben el nombre de migrantes. (OIM, 2017, págs. 10-15)

Según a lo anterior, podría decirse de forma simplista que hay más emigrantes que inmigrantes puesto que muchas personas abandonan sus países buscando un destino más afortunado, pero no todos llegan o son aceptados. Sin embargo, la realidad es más compleja porque las trayectorias de los migrantes tienen una variedad múltiple y pueden ir desde la más sencilla que implica abandonar su país de origen e instalarse definitivamente en otro sitio, hasta no lograr llegar, llegar y ser deportado o ser aceptado de forma temporal. (OIM, OMS, & Naciones Unidas Derechos Humanos, 2013, págs. 15-20)

De acuerdo a la declaratoria sobre salud de los migrantes emitida conjuntamente en 2016 por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, la migración abarca cualquier tipo de desplazamiento de la población, sea cual fuere su duración, composición o causas. Comprende el flujo de refugiados, personas desplazadas, migrantes por motivos económicos (migración voluntaria o forzada), trabajadores temporales, estudiantes, migrantes indocumentados y las personas que se mudan con otros propósitos, incluida la reunificación de la familia, con diferentes determinantes de la salud, necesidades, recursos, capacidades y niveles de vulnerabilidad. (OPS/OMS, 2008, págs. 115-118)

El Informe mundial sobre las migraciones de 2018 señala que en los últimos años se ha observado un aumento de las migraciones y los desplazamientos provocados por conflictos, persecuciones, situaciones de degradación y cambio ambiental, y una acusada falta de oportunidades y seguridad humana. (OIM, 2018, págs. 1-5)

En concordancia con los señalamientos del informe mundial, la OMS considera entre los factores favorecedores de la migración a la globalización, la baja en los costos de transporte, oportunidades de educación y empleo, las presiones económicas, la transformación demográfica, el deterioro del medio ambiente, la violencia incluyendo conflictos armados y la violación a los principios y derechos humanos. (OIM; OMS, 2013) Las situaciones señaladas ayudan a entender por qué en los últimos años se ha notado un aceleramiento en el flujo migratorio y un crecimiento de la migración internacional, incrementándose a través del tiempo de forma proporcional al crecimiento demográfico mundial.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), concibe el tema de la migración como un tema transversal, ya que dos áreas prioritarias para el programa son el desarrollo económico y productivo, y la seguridad ciudadana, cohesión social y justicia. Estas dos áreas son perfectamente articuladas por el tema de la migración. (PNUD, 2016)

La transversalidad de la migración incluye la preocupación, ocupación y relación de dimensiones como sexualidad, género, violencia, multiculturalidad de las etnias, condiciones como la discapacidad, nivel

de ingresos, oportunidades de educación y empleo, edad, situación política y económica, estatus migratorio, desigualdad social y el estado de salud, entre otras. Es decir, ver a la migración como eje transversal y no como solo un factor asociado a diferentes causas, permitirá “visibilizar las necesidades de estos grupos” para dar una mejor respuesta como lo enmarca el propio plan estratégico del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (De Castro, Sanz, & Valenzuela, 2016)

3.2. SALUD Y MIGRACIÓN

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho al acceso a la seguridad social, en donde cada estado de manera individual y mediante la cooperación internacional debe disponer de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de los derechos indispensables como el de asistencia médica. De esta manera, el acceso a la atención en salud es un derecho humano universal sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. (ONU, 1948)

Esta Declaración alude directamente a la población migrante al estipular claramente la no discriminación de las personas independiente de su nacionalidad, de lo que se desprende que estas personas deben recibir prestaciones sanitarias no como un acto de caridad, sino como un derecho humano.

La migración mundial se encuentra en un alto flujo, teniendo un total de 40 millones de migrantes internos y más de 22 millones de refugiados. La mayoría de los migrantes realizan desplazamientos internacionales, pero hay diferencias por región y la gran mayoría de la migración tiene tendencia a arribar a países con alto ingreso económico (Mc Auliffe, Kitimbo A, Goossens , & Ullah, 2018) El gran flujo migratorio internacional ha puesto a trabajar a los países y organismos internacionales en materia de colaboración entre sí que participan en este hecho.

Un tema relevante para los organismos internacionales en materia de migración es el de la salud; esta información resulta ser insuficiente ya que varios directivos de organismos internacionales como el Relator Especial sobre los Derechos Humanos de los Migrantes y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) han declarado una enorme falta de información demográfica desglosada. Esta información es esencial para facilitar la investigación y la

formulación de políticas basadas en datos científicos lo cual incluye el tema de la salud.

La OIM, a través de su Programa de Migración y Salud, en la 61° Asamblea Mundial de la Salud, generó una resolución en la que exhorta a las naciones para que a través de políticas y programas den respuesta a las necesidades de la salud de los migrantes. Parte de las acciones emprendidas internacionalmente es la Consulta Mundial sobre la Salud de los Migrantes en donde se enuncian cuatro áreas prioritarias de actuación: 1) Monitoreo de la salud de las personas migrantes, 2) Marco político y jurídico para la promoción del desarrollo de políticas; 3) Fortalecimiento de la coordinación y de las alianzas nacionales, regionales e internacionales y 4) Suministro de servicios de salud y fortalecimiento institucional para facilitar y promover un acceso equitativo de las personas migrantes a servicios de atención en salud. (OIM, 2018)

Las áreas señaladas muestran la preocupación extendida ya no solo a brindar atención en salud de manera inmediata y puntual a las personas migrantes, sino también en transformar estas acciones en políticas públicas regionales e internacionales que garanticen la continuidad de las acciones, así como la presencia de los recursos necesarios para

que ello ocurra en un marco de derechos y no solo como una política asistencial. (OIM, 2018)

Los señalamientos de la OMS refuerzan el hecho de que la salud de los migrantes se convierte cada vez más en un reto mayor para los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil que enfrentan la complejidad de los determinantes sociales, políticos, jurídicos, económicos, éticos y morales de cada uno de los países y que se ve reflejado en la falta de infraestructura, personal capacitado y otros elementos que conforman los servicios sanitarios y que permiten garantizar la suficiencia respecto a su cantidad y calidad. (OMS, 2017)

Considerando que el acceso a la atención sanitaria y los medicamentos esenciales suele tener un alto costo, la presencia de barreras sociales como la multiculturalidad y las barreras de comunicación, merman la oportunidad de brindar atención de salud que cubra de forma óptima las necesidades de la población migrante. Datos relacionados con lo anterior, son aportados por investigaciones desarrolladas en Estados Unidos que muestran evidencias de que los migrantes presentan una trayectoria de salud negativa debido a la interacción entre las políticas restrictivas que potencian las disparidades en salud limitando las oportunidades de acceso de acceso a la salud y la experiencia de ser migrante en un contexto al que hay que adaptarse.

Si bien es cierto una proporción importante de las afectaciones a la salud de los migrantes tienen que ver con patologías físicas crónicas, la salud del migrante no solo se refiere a la salud física, sino también a la salud mental donde la espiritualidad, la religión y la cultura juegan un papel muy importante y que en un contexto restrictivo y adverso pueden potenciar la aparición de afecciones mentales. (Thomson , Chaze F, George , & Guruge , 2015, págs. 1895-1905)

A pesar de los múltiples riesgos a la salud identificados en este grupo, otras revisiones identifican factores protectores y apuntan por ejemplo que el apoyo social puede tener un efecto muy positivo en la salud mental y el bienestar de mujeres migrantes y puede facilitarles su inclusión social y la utilización de los servicios de salud. (Guruge , Thomson , George, & Chaze, 2015, págs. 655-667)

Otro ejemplo del efecto del apoyo social es lo documentado por Tankimovich y Zúñiga, quienes a través de sus trabajos han evidenciado las dificultades para el control de enfermedades como la tuberculosis en población sin techo y migrante, así como la falta de investigación en la identificación de los factores sociales que influyen en el incumplimiento de los tratamientos terapéuticos en migrantes con infección latente. (Tankimovich, 2013, págs. 83-95)

3.3 PROCESO SALUD ENFERMEDAD EN MIGRANTES

El derecho a la salud surge con la Revolución Francesa en 1791 y es la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el principio 2° de su Carta Fundacional y en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) que generaliza ese derecho para todas las personas, sin distinción de raza, religión, ideología política y condición económica o social. (Hernández-Agudo, y otros, 2005, págs. 3-6)

Es en 1946, cuando la OMS define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades". Posteriormente, en 1986 se suscribe la Carta de Ottawa, la cual especifica que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

La Declaración de Yakarta en el año de 1997, se reconoce que es solo sobre la base del diálogo entre gobierno y ciudadanos, entre expertos y legos, entre pobres y ricos, que puede pretenderse a tan colosal aspiración de cambio de conducta para el desarrollo; y articular esta conversación universal para el mejoramiento de la salud, que es un delicado compromiso que todos debemos asumir. (Libreros Piñeros, 2012)

La enfermedad es una dolencia personal, también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico.

La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar. Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina científica y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos. (Kornblit & Mendes Diz, 2000)

La construcción del concepto salud enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad y cada grupo familiar resuelve cotidianamente cómo cuidar la salud y

cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que lo determina. (Gómez López L & Rabanaque Hernández , 2000)

A pesar de diversos avances en la concepción del proceso salud enfermedad, podemos observar, que aún sigue persistiendo la concepción moderna que visualiza el paradigma orgánico funcionalista del saber médico, que define la estructura corporal como una suma de procesos bioquímicos y fisiológicos. Se trata de un dato objetivamente definido en términos de magnitudes observables y cuantificables y no como un objeto producido en condiciones sociales y del conocimiento humano dadas. (Libreros Piñeros, El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad, 2012)

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la primera fase es el estado de salud con que parten los migrantes. Esta etapa refleja las condiciones en los lugares de origen. La segunda fase cubre los riesgos a los cuales los migrantes están sometidos en su trayecto, entre los lugares de origen y destino. El último aspecto refleja los riesgos a los que son sometidos en los lugares de destino.

El problema principal con respecto a esas enfermedades es la interrupción de la atención, bien por falta de acceso a ella o a quienes la dispensan o por el desmoronamiento de los sistemas de atención sanitaria; el desplazamiento desemboca en la interrupción del tratamiento continuo, crucial para las afecciones crónicas. (OIT, 2016)

Pese al desarrollo científico y tecnológico verificado en la medicina durante los últimos treinta años, la expansión de las enfermedades infecciosas no ha sido contenida. Es sabido que cada tipo de enfermedad posee su canal de transferencia, pero fenómenos socioeconómicos tan importantes como la migración internacional contribuyen, de forma inexorable, al aumento de los riesgos de contagio. (Foladori, Moctezuma , & Márquez, 2004)

Los problemas de salud más frecuentes entre los migrantes son las lesiones accidentales, la hipotermia, las quemaduras, los accidentes cardiovasculares, las complicaciones del embarazo y el parto, la diabetes y la hipertensión, además de enfermedades de tipo infecciosas, tuberculosis, infección de transmisión sexual y el VIH/SIDA, así como trastornos anímicos como depresión y ansiedad al igual que problemas psicosociales como uso indebido de drogas, el alcoholismo.

Las mujeres migrantes se enfrentan muchas veces a dificultades específicas, particularmente en el ámbito de la salud materna, del recién nacido y mayor mortalidad neonatal, la salud sexual y reproductiva, de igual forma la violencia. (OIM;, 2018)

La OMS hace una serie de recomendaciones sobre todo encarecidamente ofrecer y efectuar controles de salud para velar por que todos los refugiados y migrantes que necesiten protección sanitaria tengan acceso a cuidados de salud. Tales controles deben efectuarse para detectar tanto enfermedades transmisibles como no transmisibles y siempre respetando los derechos humanos y la dignidad de los migrantes. Los resultados de los reconocimientos nunca deben utilizarse como excusa o justificación para expulsar a un refugiado o migrante de un país. (OPS/OMS, 2018)

Todas y cada una de las personas desplazadas deben tener pleno acceso a un entorno acogedor, a medidas de prevención (por ejemplo, vacunación) y, cuando sea necesario, a atención sanitaria de calidad, sin discriminación por motivos de sexo, edad, religión, nacionalidad o raza. Esta es la forma más segura de garantizar que la población residente no esté expuesta innecesariamente a agentes infecciosos importados.

La OMS apoya las políticas que tienen por objeto ofrecer servicios de atención de salud a los migrantes y refugiados independientemente de su estado jurídico, como parte de la cobertura sanitaria universal (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados) (ACNUR, 2016).

En ese sentido, uno de los circuitos migratorios más conspicuos del orbe tiene lugar entre México y Estados Unidos, ya no sólo por la impronta de la vecindad, historicidad y masividad del fenómeno según Durand y Massey, sino también por el peculiar mercado laboral que se configura y por las condiciones de vulnerabilidad social que experimentan los migrantes en ese escenario; una vulnerabilidad que, en distintos grados, es compartida lo mismo en los lugares de origen y destino como lo menciona en el informe la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH, 2018).

3.4 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL MIGRANTE

La migración es un determinante demográfico importante de los cambios en la distribución geográfica del país. Es frecuente advertir que las personas que migran muestran una particular vulnerabilidad en su salud, debido a los desajustes emocionales que supone dejar el lugar de origen, los cambios de alimentación o las dificultades para

alimentarse adecuadamente, la incertidumbre de la travesía entre otras circunstancias; La salud es un aspecto sensible sobre todo para mujeres en todas las etapas del ciclo migratorio. Del mismo modo, existen amenazas en el camino que atentan contra la salud y la integridad física de los migrantes, particularmente en el caso de traslados inhumanos en condiciones climáticas difíciles y/o por territorios hostiles. (Canales , 2016)

Al hablar de los riesgos de salud en los migrantes, en primer lugar, se tiene que abordar el lugar de origen, las características de las comunidades expulsoras, las prácticas socioculturales, los hábitos de higiene, y la manera en la que cuidan su salud y manejan la enfermedad para conocer sus usos, costumbres, prácticas y creencias.

Las características del lugar de origen, en su mayoría denotan un alto componente rural, ya que en muchas veces son de bajo sustrato económico, de familias numerosas con altas tasas de fecundidad, de subempleo y desempleo tanto para los hombres como para las mujeres, así como bajos niveles de escolaridad y analfabetismo, donde hay en general estado de desnutrición , con pocos o sin servicios urbanos y donde el grado de pobreza, las limitaciones en los servicios de salud, la falta de empleo y de educación, tienen como consecuencia la presencia de diferentes enfermedades, sobre todo para los ancianos y niños (OMS, 2017).

La población migrante muestra en la última década cambios en su pirámide poblacional; en la actualidad, migran más personas en términos relativos en los grupos menores de 30 años. De la misma manera ha aumentado la proporción de migrantes mayores de 30 años en ambos sexos; y la de 65 años y más se ha mantenido relativamente estable.

Es oportuno recordar que el retorno de los migrantes a su país de origen no siempre es producto de la deportación. Algunos estudiosos de la temática mencionan las posibles causas por las que una persona regresa nuevamente a su país entre ellas se pueden describir las de mayor relevancia: 1. Retornos involuntarios, es decir, por deportación o desempleo. 2. Retornos periódicos, entre los que se incluye a las personas con permisos temporales de estadía en el país extranjero. 3. Retornos por descanso o placer (jubilados o vacacionistas). 4. Retorno de personas que lograron su propósito y deciden regresar a su país de origen. 5. Retorno de personas que no se adaptaron ni lograron el propósito por el que decidieron migrar. (Jiménez & Rodríguez Rodríguez, 2005)

Otro aspecto a considerar es: ¿Quién es la población que está siendo deportada? Si la mayoría de personas deportadas son jóvenes o adulta

mayor, en que rango de edad se encuentra (centro de atención del migrante retornado, 2018)

Si se considera la variable género, se debe observar con detenimiento si ha habido un cambio significativo según el sexo en la población retornada. Existe un factor determinante que explica esta tendencia, y es el patrón cultural, es decir, en el típico núcleo familiar hondureño, el que puede o ejerce el papel de proveedor de ingresos para cubrir las necesidades del hogar. Por tanto, son ellos en mayor cuantía los que migran al exterior de manera irregular (Castles, 2010, págs. 49-80).

El Nivel educativo para los migrantes, se puede encontrar en una alta proporción que no tiene estudios formales completos o que su máximo nivel educativo es primario, que la minoría puede contar con estudios completos de secundaria, mientras que la presencia de estudios técnicos o universitarios completos probablemente sea casi inexistente (FOSDEH, 2016).

3.5 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES DE LOS MIGRANTES

Una de las principales inquietudes de esta investigación es: ¿Cómo se determina la salud de los migrantes retornados? Hay varias brechas para poder ser determinada y entre ellas se encuentra que no todos los deportados entran a un centro de control migratorio, debido a que muchos pasan por puntos ciegos.

Pero cuando los migrantes llegan al territorio hondureño por vía aérea o terrestre custodiados por autoridades migratorias estos deben de ser evaluados por personal de salud en el momento de su ingreso si presentan o ameritan atención médica por cualquier patología o condición médica se les realiza una breve revisión que incluye; a) Anamnesis, b) Exploración física, c) Actividades del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud (PAPPS) y adaptación del estado inmunitario del migrante al calendario vacunal vigente en el país de acogida, d) Exploraciones complementarias tales como las generales y específicas, en función del país de origen y e) Cribado de enfermedades importadas (CAMR-SPS, 2018).

Los migrantes presentan más patología infecciosa transmisible, como se ha demostrado en diversas publicaciones científicas. Por un lado, los migrantes procedentes de Latinoamérica presentan patología manejable en cualquier centro de atención primaria, pero también otra

patología específica dependiente de la zona de procedencia como leishmaniosis, enfermedad de Chagas o cisticercosis que precisan de una atención médica especializada y otras enfermedades de distribución mundial, pero prevalentes en los trópicos, como tuberculosis, hepatitis virales, ITS (Infecciones de Transmisión sexual) y VIH (Alarcón V. & Balcells, 2017).

La CDC (Centres for Diseases Control and Prevention) han definido a los viajeros, inmigrantes y refugiados como una de las áreas diana sobre las que actuar en la estrategia de prevención de la emergencia de las enfermedades infecciosas. Aunque los migrantes pueden traer con ellos una gran variedad de patógenos tropicales, la posibilidad de su diseminación a la comunidad es muy elevada, debido a que en nuestro país si existen las condiciones climáticas y ambientales necesarias, presencia de los hospedadores intermediarios y los vectores apropiados. Por otro lado, se tiende con frecuencia a analizar el riesgo de transmisión de enfermedades desde el migrante hacia la población general y pocas veces se hace a la inversa, siendo esta última una dirección frecuente (López-Vélez, Navarro Beltra, & Jiménez Navarro., 2007).

Es evidente que la migración ha contribuido a la globalización de las enfermedades infecciosas, tanto de las llamadas “exóticas” como de las que no lo son, como reporta la OMS. El riesgo de desarrollar una enfermedad tras la infección disminuye con el tiempo que el migrante pasa en el país de destino. La gran mayoría de las enfermedades parasitarias se desvanecen con el tiempo, pero algunas pueden vivir años: estrongiloidiasis, esquistosomiasis y enfermedad de Chagas, melioidosis y quiste hidatídico, triquinosis, cisticercosis, oncocercosis, amebiasis (absceso hepático amebiano) (Roca Saumell, Soriano-Arandes, Solsona Díaz, & Gascón Brustenga, 2015).

Otras infecciones no parasitarias pueden también suponer a largo plazo un riesgo potencial para el inmigrante ya que pueden manifestarse muchos años después de estar residiendo en una zona no endémica, como lepra, tuberculosis, sífilis, coccidioidomicosis, histoplasmosis, hepatitis virales, VIH. Además, hay que tener en cuenta que ciertas enfermedades dejan una grave patología residual. Por otra parte, las zoonosis, enfermedades transmitidas desde animales vertebrados al hombre y viceversa, siguen constituyendo un azote en algunas zonas del mundo y su frecuencia puede aumentar en países desarrollados, entre otros factores, debido a los movimientos de poblaciones y al tráfico de animales y sus productos (Alarcón V. , 2017).

3.5.1 SALUD SEXUAL DEL MIGRANTE RETORNADO

La salud sexual y reproductiva es también una necesidad para muchas mujeres y hombres migrantes, algunos de ellos son objeto de abuso sexual, por lo que deben ser atendidos con medidas preventivas con el fin de evitar embarazos tempranos no deseados. Más allá de estos casos extremos, la salud es un derecho humano esencial que debe ser garantizado a todo evento a las personas migrantes, máxime cuando la vida está en riesgo. Asimismo, ha de tenerse en cuenta que el traslado de un país a otro conlleva un riesgo de salud pública por lo que las políticas de inmunización para las personas migrantes constituyen una prevención de males mayores como lo menciona el Instituto para las Mujeres en la Migración (IMUMI, 2014).

Hombres y mujeres migrantes se ven enfrentados a situaciones que menoscaban su salud sexual y reproductiva, pero suelen ser las mujeres las más afectadas y las que tienen menor capacidad de reacción o de autoprotección. La vulnerabilidad es aún mayor si a la condición migratoria y de género se suman otras variables como la pobreza, el bajo nivel educativo, la pertenencia étnica, la desnutrición, la falta de oportunidades en su lugar de origen y el desconocimiento de sus derechos e incluso de sus deberes para con el cuidado de su persona, su familia y su comunidad. Las mujeres migrantes enfrentan situaciones que atentan contra su derecho a decidir, tienen menores

grados de libertad frente a su comportamiento reproductivo y ejercer libre y de forma informada su reproducción (Jáuregui & Recaño Valverde, 2014).

Las mujeres y jóvenes migrantes, en su mayoría en edad reproductiva, particularmente los indocumentados, se enfrentan a barreras de acceso a los servicios de salud reproductiva y a la explotación, marginación, tráfico y la trata de seres humanos. En este contexto los embarazos no planificados, abortos, la violencia sexual, imposibilidad de negociar sexo seguro y su riesgo de contraer una ITS y VIH/SIDA y la prostitución como única vía de inserción laboral aumentan su vulnerabilidad y las desventajas sociales y, en el peor de los casos, la muerte (Martelotte, 2015).

Adicionalmente, según la OIM (2001), las investigaciones muestran que las mujeres migrantes reciben una pobre atención prenatal, y que un gran número de ellas tienen a sus hijos sin asistencia médica. Además, es difícil encontrar servicios de salud que atiendan las diferencias culturales o que estén abiertos a un diálogo intercultural con los migrantes para optimizar la prestación. Existe evidencia de que las adolescentes inmigrantes buscan apoyo médico en el caso de contagio de ITS solo cuando el dolor las afecta especialmente, o asistencia perinatal cuando se encuentran en un estado avanzado de embarazo,

lo que sin duda coloca en sumo riesgo la integridad de la salud tanto de la joven como del hijo que espera (Maldonado Valera, Martínez Pizarro , & Martínez, 2018). Esta necesidad de poder recibir atención en salud de calidad está incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible con la meta 5.6.

Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen. (OPS, 2017, pág. 25)

3.5.2 VIOLENCIA Y VULNERABILIDAD DEL MIGRANTE

Los migrantes son un grupo especialmente vulnerable, con necesidades médicas, psicológicas y humanitarias específicas, resultado de las penurias económicas, la violencia que padecen en sus países de origen y durante su viaje, la exclusión, el abandono y la violencia, muchas personas que han sido víctimas de la violencia y abuso sexual, han sufrido este tipo de agresiones en su país de origen o dentro mismo del país en camino.

Las diferentes etapas del proceso migratorio exponen a los migrantes, especialmente a aquellos que migran de forma ilegal, a una variedad

de incidentes, peligros y riesgos que incrementa su vulnerabilidad y puede provocarles traumas psicológicos y físicos. En algunos casos, este tipo de traumas son trastorno de estrés post traumático, depresión, ataques de pánico o de ansiedad. Las causas de la violencia contra los migrantes son complejas, con múltiples dimensiones y multicausales, y se encuentran enmarcadas en las relaciones de poder que facilitan la discriminación de género e Inter seccional tales como discriminación por origen étnico, cultural, edad, estatus social, y económica y para el caso de los migrantes el estatus migratorio (Médicos sin Fronteras , 2013).

Los principales factores de riesgo en la situación de origen que aumentan la vulnerabilidad de los migrantes son desinformación; desconocimiento de sus derechos. Los factores estructurales existentes que se caracterizan por un alto nivel de exclusión económica, política y social en la que sobrevive la mayoría de la población en la región, provocando una situación de pobreza o necesidad que predispone a los migrantes a asumir los riesgos del camino; violencia doméstica y de pareja y la violencia sexual. La indocumentación y la situación irregular de la mayoría de los migrantes en su tránsito por México que dificultan el acceso de las mujeres a la información, la asistencia y el debido proceso en referencia a la

garantía de sus derechos fundamentales (SG-SICA, ST-COMMCA, UNFPA, & OIM, 2016).

3.6 RIESGO ASOCIADO ESPECIFICAMENTE AL RETORNO

El riesgo de una actividad puede tener dos componentes: la posibilidad o probabilidad de que un resultado negativo ocurra y el tamaño de ese resultado. Por lo tanto, mientras mayor sea la probabilidad y la pérdida potencial, mayor será el riesgo. Se define el riesgo como la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad. La percepción que tiene una persona del riesgo y su reacción a éste dependen de la experiencia previa y de la información y los valores recibidos de la familia, la sociedad y el gobierno. La evaluación de riesgos es un criterio sistemático para estimar la carga de morbilidad y de traumatismos debida a distintos riesgos. Entraña la determinación, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana (Echemendía Tocabens , 2011).

La evaluación de los riesgos puede proporcionar una valiosísima imagen global de los papeles relativos que desempeñan los distintos riesgos para la salud; puede poner de manifiesto el potencial de beneficios para la salud al centrarse en esos riesgos y puede contribuir en la preparación de planes para la investigación y la acción de política.

Algunos de los posibles riesgos que sufren los migrantes que retornan son traumas psicológicos que pueden incluir el estrés emocional por ser separados de sus familiares, angustia, sentimiento de abandono, inseguridad, miedo, preocupación, nostalgia, por ende, son más vulnerables al maltrato, abuso, a ser víctimas de la delincuencia.

Además de esta serie de eventos los retornados sufren para encontrar empleos estables y remunerativos, pues la mitad de los que logran conseguir trabajo a su regreso lo hacen en el sector informal y ganan hasta un salario mínimo, y de ellos un porcentaje elevado no cuentan con seguro social. El riesgo ocupacional durante el retorno son los escasos tiempos de esparcimiento y/o descanso, la mala alimentación, largas y agotadoras jornadas laborales, la retención de salarios por los empleadores, exposición a químicos muy tóxicos, uso de maquinaria sin capacitación previa lo que aumenta el riesgo a sufrir algún tipo de accidente (Buller, Stoklosa , & Zimmerman, 2017).

Un tipo de violencia experimentada durante el retorno es la trata de personas se ha convertido en un problema que amenaza la seguridad y el bienestar de los migrantes. A fin de controlar a sus víctimas, los tratantes de personas recurren a tácticas coercitivas, entre las que se incluye el engaño, el fraude, la intimidación, el aislamiento, las amenazas, así como el uso de la fuerza física y la esclavitud que

supone el endeudamiento. Algunas de las repercusiones negativas en la salud de las víctimas de la trata de personas, mayoritariamente mujeres, incluyen una mayor tendencia a la mala salud y una menor capacidad para poner en práctica opciones saludables (Willers, 2016).

Por otro lado, los hombres sufren violencia verbal, psicológica, y física en la mayoría de los casos es ocasionada por las autoridades aduaneras, policías y del ejército. En menor grado se mencionan como fuente de actos violentos los compañeros migrantes los “coyotes” / “polleros” los ciudadanos (de Estados Unidos y de México), y miembros de maras o pandillas.

La gran proporción de personas que migran constituye un proceso complejo que se traduce en riesgos y oportunidades, ofrece expectativas de mejoras en el ámbito de empleo, y un gran potencial para las economías por medio del impacto de las remesas, y muchas veces significa recuperar el respeto a los derechos humanos para quienes los ven vulnerados en sus lugares de origen. Sin embargo, también se advierte en otras oportunidades, la deshumanización asociada a este movimiento de personas, lo que se traduce en situaciones riesgosas, tanto en el traslado como en la inserción en las sociedades de destino (Burgos Moreno & Parvic Klijn, 2011).

Los crecientes riesgos y vulnerabilidad de los migrantes representan una situación preocupante, especialmente cuando los afectados son mujeres, niños y migrantes irregulares. El fenómeno del tráfico y la trata, el tema de la discriminación, abusos y explotación, la xenofobia y la vulneración de los derechos han sido ampliamente reconocidos. Al referirnos a diversos riesgos es de vital importancia estudiar la relación entre los factores de riesgo y la enfermedad que a su vez se puede realizar de varias maneras. Se puede describir si la asociación es debida o no al azar con un nivel de confianza determinado, habitualmente el 95% mediante pruebas de asociación.

Un horizonte mayor de complejidad y de información es describir la fuerza y dirección de la asociación mediante medidas de efecto o asociación, como son el riesgo relativo (RR) en estudios de cohortes y la odds ratio (OR) en estudios de casos y controles (Molina Arias & Ochoa Sangrador , 2014). Un nivel todavía mayor de información es describir el posible impacto potencial en la población que pudiera tener la eliminación del factor de riesgo en cuestión sobre el desarrollo de la enfermedad; son las medidas de impacto potenciales, de las que solo es posible su cálculo en diseños de prevención de enfermedad como los estudios de cohortes y casos y controles (Molina Arias & Ochoa Sangrador , 2014, págs. 10-14).

Las medidas de impacto potencial describen la asociación entre la exposición y el evento en términos de la magnitud de la fuerza de la asociación entre estos, información que es muy importante cuando evaluamos la existencia de asociaciones causales. Sin embargo, estas medidas no se pueden traducir fácilmente en el contexto de la salud de la población. Las principales medidas de impacto potencial son el riesgo atribuible (o fracción etiológica), que se estima cuando el factor de exposición produce un incremento en el riesgo ($RR > 1$), y la fracción prevenible, relacionada con factores que producen una disminución en el riesgo ($RR < 1$) (Moreno-Altamirano & López Moreno, 2000).

3.6.1. RUTA MIGRATORIA

Es el cambio de residencia habitual en un intervalo de tiempo determinado que implica atravesar los límites de una división geográfica. Es muy probable que las personas que migran puedan elegir muchos aspectos de esa nueva etapa: su nuevo trabajo u ocupación; la ciudad en la que quieren vivir; el medio de transporte que utilizarán; el momento y la duración del viaje; con quién lo emprenderán; y el tiempo que planean quedarse en el destino.

Muchos otros emprenderán un viaje que será largo y peligroso, hasta tal punto que toman conciencia de que pueden ser objeto de abusos, explotados o incluso morir en el camino. Es muy probable que se enfrenten a una gran incertidumbre acerca de la travesía que tienen por delante y, si llegan a su destino, acerca de lo que les aguarda en el nuevo país. Muchos de ellos no dispondrán de visados, y algunos ni siquiera contarán con un pasaporte o un documento de viaje. Posiblemente sepan en términos generales cómo llegar a varios puntos del camino; en quiénes pueden confiar para que los ayuden; cuánto puede costar cada trayecto del viaje; y qué medios de transporte tendrán que tomar, del mismo modo, habrá muchas otras cosas que no estarán tan claras. (UNICEF, 2018).

Un elemento central en todos los debates sobre migración son las personas que migran: quiénes son, cómo migran y por qué lo hacen, lo cual suele estar estrechamente relacionado con las circunstancias que las rodean y su grado de elección a la hora de considerar y emprender la migración. Existe un reconocimiento cada vez mayor de la importancia de comprender verdaderamente el modo en que los migrantes sopesan sus posibilidades de migrar y emprenden la travesía migratoria.

Este reconocimiento se ha visto impulsado en parte por la creciente visibilidad de las peligrosas travesías migratorias, que en ocasiones resultan mortales. A través del Proyecto de la OIM sobre Migrantes Desaparecidos, por ejemplo, se ha constatado que, desde el año 2000, más de 46.000 migrantes fallecieron durante su travesía migratoria. (OIM, 2018).

La preocupación por la seguridad y los derechos de los migrantes ha aumentado en el plano internacional, como lo demuestra la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes de septiembre de 2016, que hace especial hincapié en estas dos cuestiones. La Declaración incluye un compromiso relativo a la aprobación de un pacto mundial para una migración segura, ordenada y regular en 2018, lo cual constituye de por sí un indicador de la creciente preocupación que suscita una migración insegura, desordenada e irregular.

Los migrantes de Honduras deben de recorrer una larga ruta migratoria saliendo desde Tegucigalpa la capital o de donde sea su lugar de origen, para poder llegar a la frontera con los Estado Unidos hay un recorrido de aproximadamente 4,160 km, esto conlleva a 18 a 20 días de recorrido con pequeños descansos y a 820- 900 horas. Para salir del país debe de cruzar la frontera con Guatemala que desde la capital son más o menos 462 km de distancia, dicha frontera es una de las

más grandes en longitud aproximadamente 256 km esta separa los departamentos hondureños de Cortés (Corinto), Copán (Florida), Santa Bárbara y Ocotepeque (Agua Caliente) de los departamentos guatemaltecos de Izabal, Zacapa y Chiquimula.

Seguido de esta travesía inicia el recorrido en tierras guatemaltecas que aproximadamente se recorren 2,065 km hasta llegar a frontera con México, aquí se encuentran tres puntos fronterizos según el camino escogido que están a diferentes distancias, dos de estos se encuentran en el estado de Chiapas ubicado en la región sur oeste de México aquí se encuentran los municipios de Tapachula y Comitán. El otro estado de México que se puede cruzar es Tabasco se encuentra ubicado en la región sur este y aquí se encuentra el municipio de Tenosique.

De estos tres puntos fronterizos los más usados son Tapachula y Tenosique ya que por ambos pasa el sistema ferroviario Chiapas-Mayab más conocido como “el tren de la muerte la bestia”, dependiendo de la condición en que viaja el migrante ya sea solo o acompañado con familiares o conocidos con ayuda o sin ayuda de coyote, el podrá decidir cómo va recorrer México ya sea a bordo de “la bestia” o continuará su camino por autobús.

Entre las muchas dificultades que enfrentan los migrantes, se reporta la falta de protección, diversos peligros o situaciones difíciles tales como secuestro, violación, trata de personas, mutilación etc. y asistencia por parte de las autoridades migratorias, sobre todo la mexicana. No hay ningún indicador recopilado que apunte a que las personas desplazadas por violencia utilicen rutas de migración distintas a las utilizadas por los demás migrantes. En términos macro, casi la totalidad de los migrantes tienen como destino Estados Unidos y de estos, todos atraviesan Guatemala y llegan a México (Aguilar, 2018)

Estas son algunas de las posibles rutas las cuales puede cruzar un migrante que se encuentra ya en México y entre las posibles rutas de Chiapas y Tabasco a los Estados Unidos se encuentran definidas varias, entre ellas:

1. Tapachula a Andrade- Baja California (3,529km)
2. Tapachula a Calexico- baja California (3,582km)
3. Tapachula a Nísperos- Coahuila (1,983km)
4. Tapachula a El paso-Texas (2,680km)
5. Tapachula a San Luis- Baja California (3,507km)
6. Tapachula a Sonora-Texas (2,214km) siendo este uno de los caminos más cortos, pero muy peligroso, debido al crimen organizado
7. Tapachula a Sonoyta- Sonora (3,305km)
8. Tapachula a Reynoso-Texas

9. Tapachula a Nuevo Laredo- Texas
10. Tapachula a Juárez –Nuevo México
11. Tapachula a Nogales- Arizona (3,053km)
12. Tapachula a Tijuana- Baja California.
13. Tenosique a Ciudad de México- Reynosa
14. Tenosique a ciudad de México- Nuevo Laredo
15. Tenosique a ciudad de México – ciudad Juárez
16. Tenosique a Mexicali – Tijuana
17. Tenosique a Zacatecas- piedras negras (UNICEF, 2018).

La importancia de comprender la migración desde la perspectiva de los migrantes, principalmente escuchándolos y aprendiendo de ellos a través de investigaciones rigurosas. Si bien todos los migrantes toman decisiones antes y durante su travesía algunas de las cuales acarrear mayores consecuencias que otras e incluso implican situaciones de vida o muerte, esto se centra en las personas que disponen de menos medios y cuyas opciones son más limitadas.

Como en el resto del mundo, en Honduras la migración interna e internacional es un acontecimiento que se sucede permanentemente, tal es el caso de la caravana de migrantes que salió en octubre del año 2018, alrededor de un millar de hondureños, entre hombres, mujeres, niños, y un porcentaje de la comunidad LGTBI (Lesbiana, Gay,

Transexual o transgénero, Bisexual, Intersexual) comenzaron una caravana que salió de San Pedro Sula. El objetivo es llegar a Estados Unidos, incluso a Canadá, aduciendo razones de seguridad en busca de mejores condiciones de vida, trato digno y mejorar las condiciones de desigualdad a los cuales son presa (El País, 2019, pág. 53).

3.7 TEORIAS MIGRATORIAS

A continuación, se abordarán cuatro teorías relacionadas a la migración y la salud:

A) Teoría Demográfica clásica de «tiraje y empuje»

Ravenstein en 1885 fue el primero en usar de forma implícita el modelo analítico de «atracción y repulsión». Dicho modelo, basado en el paradigma de la época, concebía al humano como un ser libre y racional, con capacidad de elegir entre posibilidades que maximizan sus beneficios y minimizan sus costos. Por consiguiente, Ravenstein planteó que el mayor volumen de los flujos migratorios se explica por el deseo individual de obtener mejores condiciones de vida material, desplazándose desde lugares excedentes de población hacia destinos con alta demanda de mano de obra, producto del desarrollo industrial y comercial (Vila-Belda , 1985, págs. 7-26).

Lee en 1966 fue quien explicitó el modelo de Ravenstein, postulando factores de «tiraje» o atracción y otros de «empuje» o alejamiento, siendo factores de «empuje» a emigrar los bajos salarios, malas condiciones de empleo o limitadas oportunidades de educación o desarrollo, mientras que son factores de «tiraje» fueron mejores salarios o condiciones de trabajo, sistemas universales de protección social y salud, entre otros (Mager Hois, 2014).

Las principales críticas a esta teoría se relacionan con la simplificación de la migración a factores puramente demográficos y económicos, cuestionando el hecho de que diferencias poblacionales de escala internacional afecten las decisiones individuales. Por otro lado, se cuestiona que la migración no se explica a cabalidad por el funcionamiento del mercado del trabajo y las diferencias de ingresos esperadas (García Abad , 2003).

B) Teoría Migratoria desde «la globalización»

Los orígenes de la globalización suelen remitirse a la nueva configuración mundial que tomó lugar en la segunda mitad del siglo XX, a partir de la consolidación del neoliberalismo a nivel mundial (Harvey, 2007).

«La era de la migración», concepto introducido por Stephen Castles y Mark J. Miller en 1993, teoriza los efectos de la globalización sobre la migración internacional, constatando una aceleración, diferenciación y politización de los flujos migratorios (Marroni , 2016).

Así también Arango afirma que la migración del mundo globalizado se caracteriza principalmente por la diversificación de los flujos en un doble sentido, la mayoría de los países del planeta participan en la migración internacional, y las personas van de una parte a cualquier otra, multiplicándose las rutas migratorias (Arango, 2007).

C) Teoría Migratoria de «Acumulación Causal»

Este enfoque busca explicar por qué la migración internacional se perpetúa en el tiempo una vez iniciada. La «causalidad acumulativa» fue un proceso identificado por Gunnar Myrdal en 1957 y desarrollado por Douglas Massey en 1990 en el estudio de la inmigración mexicana en Estados Unidos. Sostiene que, durante el proceso migratorio, surgen nuevas condiciones que operan como causas en sí mismas para el mantenimiento de los flujos; estas corresponderían al fenómeno de «cadena de la migración», donde cada acto de migración altera el contexto social de las sociedades que participan, facilitando los movimientos migratorios a través del tiempo (Massey , Durand, & Malone , 2009) .

Cada nueva migración reduciría el costo de futuras migraciones, creando un cambio de valores y de cultura, que a su vez facilitarían

futuras migraciones. Las redes sociales serían útiles para la decisión de migrar; en muchos casos, la comunidad migrante compartiría además relaciones familiares y de amistad. Postula que la cadena de migraciones tendría el potencial de influir positivamente en los países de origen, ya sea por medio de remesas, la búsqueda de buenas relaciones políticas internacionales o acuerdos de largo aliento (Martine , Hakkert, & Guzmán, 2000).

Las críticas que ha recibido esta teoría es que no desarrolla en profundidad la «migración circular» de personas que no se detienen en un solo país, como tampoco profundiza en las consecuencias sociales y políticas del retorno de los migrantes a sus países de origen.

D) El transnacionalismo

Es considerada una de las teorías más importantes en la temática migratoria, desarrollada por Glick Schiller, Basch & Blanc-Szanton en 1992 y 1994. Bajo la necesidad de abandonar la tradicional figura del «inmigrante» es que surge el concepto de «transmigrante», y refiere a que las personas que migran construyen espacios sociales en donde conectan, de manera simultánea, sus países de origen y de destino, en un proceso continuo (Pardo , 2015).

El transnacionalismo se interesa en las relaciones que son mantenidas entre ambos lugares, y en el movimiento de personas, bienes,

información y material simbólico que traspasan las fronteras (Schiller ,
Basch , & Blanc-Szanton, 1992).

Los aspectos más valorados de esta teoría corresponden a su estrecho
vínculo con el estudio empírico, junto a su carácter novedoso al permitir
el análisis de los efectos de la migración entre sociedades de origen y
de destino. También posibilita integrar factores micro, meso y macro
estructurales que operan en las migraciones (Ciurlo , 2014).

IV. METODOLOGÍA

La siguiente Investigación tiene un enfoque investigativo de tipo cuantitativo ya que busca medir y estimar magnitudes de hechos o causas de un fenómeno social, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos, orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista, inferencial e hipotético deductivo y al resultado (Hernández Sampieri, 2014, págs. 4-21). Se planteó un estudio de tipo observacional que corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos (Manterola & Otzen, 2014).

Según el objetivo general de esta investigación su forma es de tipo analítico ya que está destinada a analizar un factor comparativamente en grupos de sujetos según el nivel de exposición, de acuerdo la fuente es de campo, puesto que permiten formular una hipótesis en relación a evaluar la asociación entre dos o más variables, teniendo además un grupo contraste denominado en este caso "Control".(Soto & Cvetkovich, 2020). El diseño de la investigación corresponde a un corte transversal, su objetivo primordial es identificar la frecuencia de una condición o enfermedad en la población estudiada y es uno de los diseños básicos en epidemiología, analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido. (Borjas Aburto, Muñoz, & Bustamante-Montes, 1997)

Es transversal, ya que la recolección de datos para desarrollar el plan de intervención será en un momento único, a través de la aplicación de la encuesta tipo cuestionario dirigida a los migrantes retornados del Centro de Aislamiento Temporal de la Villa Olímpica y los no migrantes de la colonia Villa Olímpica.

La población definida lo constituyeron la población migrante retornada de los Estados Unidos de Norte América en condición de aislado debido a condiciones clínicas sospechosas de ciertas patologías de reporte obligatorio en ese periodo de junio a julio 2020, el área geográfica correspondió a todos los migrantes procedentes de este país y que son confinados al Centro de Aislamiento Temporal de la Villa Olímpica, debido a la situación que enfrenta el mundo entero a consecuencia de la pandemia ocasionada por COVID-19. Los migrantes están siendo retornados al territorio hondureño por vía aérea, aprovechando dicha situación como ventaja para el estudio, ya que se concentra la población en un solo lugar.

La población migrante retornada de los Estados Unidos de Norte América en condición de población general que no tenía ninguna condición clínica que ameritara aislamiento dentro del Centro de Aislamiento Temporal de la Villa Olímpica.

La muestra es un subgrupo de la población de interés ya mencionada sobre la cual se recolectaron datos, se definieron y delimitaron de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población.

Para determinar el tamaño de la muestra de los pacientes con diabetes los cuales son un subgrupo de la población de interés ya mencionada, sobre los cuales se recolectarán los datos, se definieron y delimitaron de antemano con precisión, además, que debe de ser representativo de la población. Se utilizó la fórmula de población finita la cual es la siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = 489 Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión o error estimado (en esta investigación se usó un 5%).

$$n = \frac{489 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.95}{(0.05)^2 * (489 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n=270 \text{ (muestra)}$$

El tamaño de la muestra según fórmula lo constituyen 270 pacientes de los cuales son 90 migrantes retornados y 180 no migrantes, fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple (Rebagliato, Ruiz, & Arranz, 1996).

La aplicación de la fórmula seleccionada y la determinación de la muestra se llevó a cabo con el programa estadístico Epi Info 7 para Windows, mediante StatCalc, utilizando la fórmula de Fleiss con corrección de continuidad, a partir de un Odds Ratio (OR) estimado de 3.

Este estimado de 3 se interpreta de la siguiente forma supongamos que en una muestra de 100 pacientes que han recibido tratamiento médico se ha alcanzado el éxito en 75 de ellos.

Si se divide la probabilidad de curación ($p = 75/100 = 0,75$) por la probabilidad de no curación ($25/100 = 0,25$), se obtendrá la Odds de curación para ese tratamiento, que valdría 3, que es el resultado de dividir 75% entre 25% ($Odds = 0,75/0,25 = 3$) se entendería que por cada paciente en que no se alcanzó el éxito terapéutico hay 3 en que sí se logró, es decir, con ese tratamiento la probabilidad de éxito es 3 veces mayor que la de fracaso. (Sócrates , Pavlov, & Clavero Ch, 2010)

En este estudio se utilizó una relación de 1 caso para 2 controles, con proporción de exposición entre los controles de 30%, confianza 95%, poder estadístico 80%. El tamaño de la muestra según fórmula lo constituyen 90 casos y 180 controles, para un total de 270 pacientes, los controles fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple.

El muestreo es no probabilístico en primer momento se consultó al servicio de estadística del aeropuerto y del Centro de Migrante Retornado quien suministró un listado del total del grupo de migrantes (casos incidentes) antes descritos. Se utilizó pilotaje, para validar el instrumento de recolección de la información (elaborado por la investigadora), el cual se aplicó a los migrantes retornados que se encontraban en el Centro de atención de aislamiento temporal del Instituto Nacional de Formación

Profesional (INFOP) al cual se le ha denominado CAT-2, donde surgieron cambios a diversas preguntas.

Luego se ingresó a la base de datos para poder calcular el alfa de Crombach con el cual se obtuvo la validación y confiabilidad al instrumento aplicado. El coeficiente α es calculado a partir de la varianza de los ítems individuales y de la suma de la varianza de cada ítems evaluado (De Hora Monteiro, Monteiro GTR, & Arica, 2010).

La técnica de recolección de la información fue mediante un instrumento tipo cuestionario, con preguntas abiertas y cerradas, de acuerdo con la técnica apropiada la cual se explica en el siguiente párrafo, ajustado a las necesidades del objetivo general y objetivos específicos (Hernández Sampieri, 2014). El cual consta de cuatro secciones; 1) Datos personales y migratorios que consta de las características sociodemográficas del retornado 2) Morbilidad donde se describen los antecedentes personales patológicos previos a la migración, los antecedentes actuales, antecedentes traumáticos, hábitos tóxicos, salud sexual y reproductiva. 3) Riesgo laboral si el migrante trabajó, a qué tipo de situaciones se expuso, si sufrió algún tipo de accidente que pudiese causar discapacidad de algún tipo todo esto para calcular los años de vida ajustados a discapacidad. 4) Violencia este último como un factor de riesgo asociado al retorno, donde se evaluará violencia verbal, física, económica y sexual.

Epi Info es un programa de ordenador, creado para realizar análisis de datos en el entorno de las Ciencias de la Salud, la investigadora elaboró una plantilla en este software con todos los datos del cuestionario, todo ello con el fin de crear una base de datos para poder obtener los resultados que se pretenden encontrar, de igual forma se incluyó en esta plantilla el consentimiento informado (ANEXO 1), fue de manera verbal todo por tomar medidas de bioseguridad, es por ello que se leyó y explicó a cada participante sobre la investigación, de que se trataba, que la identidad personal es completamente confidencial, su participación era de forma voluntaria, la información obtenida es de uso científico, al aceptar colaborar en el estudio se inicia con la aplicación del cuestionario.

Después de la recolección de datos tanto de los casos como de los controles, se procedió a introducir estos mismos en la base de datos de manera separada donde se introdujo noventa instrumentos de los casos y ciento ochenta de los controles obteniendo doscientos setenta en total. En este mismo software se realizó el análisis de estos datos y se elaboraron tablas, gráficos y se hizo la interpretación por el investigador, además, por ser bases separadas algunos cálculos se hicieron de forma manual utilizando la fórmula de Odds Ratio y de Riesgo Relativo.

La Unidad de análisis es el proceso salud enfermedad, la unidad de observación es la población hondureña migrante retornada de Estados Unidos, las variables de investigación en este estudio fueron el perfil sociodemográfico, proceso salud enfermedad la cual incluye las comorbilidades y hábitos, salud sexual y reproductiva, de igual forma aspectos sobre la ruta migratoria y riesgos o peligros al que el migrante se expone. Se estimó el riesgo expresado como Odds Ratio

Se tomó en cuenta los vuelos que ingresaron con migrantes retornados entre junio y julio 2020, al mes estaban ingresando dos vuelos los que traía entre ciento veinte y ciento treinta pasajeros migrantes, se tomó los vuelos que llegaron en este periodo de tiempo y debido que en ese momento el país se encontraba en plena cúspide de la pandemia Covid-19 solo se permitió el ingreso de un vuelo que transportaba a 125 migrantes de los cuales 90 si contaban con los criterios de inclusión para la investigación; debido a esta situación se aplicó el cuestionario a los 90 participantes, los 35 que se excluyeron porque eran menores de edad y no reunían los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión aplicados para los casos fueron: personas mayores o igual a dieciocho años, además ser migrante retornados de los Estados Unidos de cualquier punto fronterizo de entrada o salida, que el ingreso sea vía aérea o terrestre, que formaran parte de los migrantes

aislados en el Centro de Aislamiento Temporal de la Villa Olímpica (CAT 1-VO). Para los controles se seleccionaron al azar migrantes retornados de la Villa Olímpica que no estaban aislados y se utilizaron los mismos criterios de inclusión exceptuando que no tenían como requerimiento proceder de Estados Unidos y estar en el CAT Villa Olímpica. Los controles fueron seleccionados de la misma forma de la población general migrante retornada no aislada que se encontraba en el Centro de Aislamiento Temporal cumpliendo con los días reglamentarios para poder salir a sus diferentes hogares.

En este estudio los criterios de exclusión fueron las personas menores de dieciocho años, retornado de otro país que no sea Estados Unidos, que no quiera participar en el estudio. Se utilizó medidas de asociación entre las variables estudiadas se utilizó el Odds Ratio (OR): $OR > 1$ la relación entre el factor y el suceso está influida y representa un riesgo. $OR = 0$ No existe asociación entre el factor y el suceso. $OR = 1$ No existe riesgo. $OR < 1$ El factor estudiado es de protección. Se calculó el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

Las consideraciones éticas se basaron en la confidencialidad, se protege la identidad del migrante retornado que fueron sujetos a la investigación en todo momento y se aplicó una hoja de consentimiento informado. No hay ningún conflicto de interés y no se logró la revisión del comité de ética

debido a que se suspendieron la mayoría de actividades académicas por la alta incidencia de casos por la Covid-19.

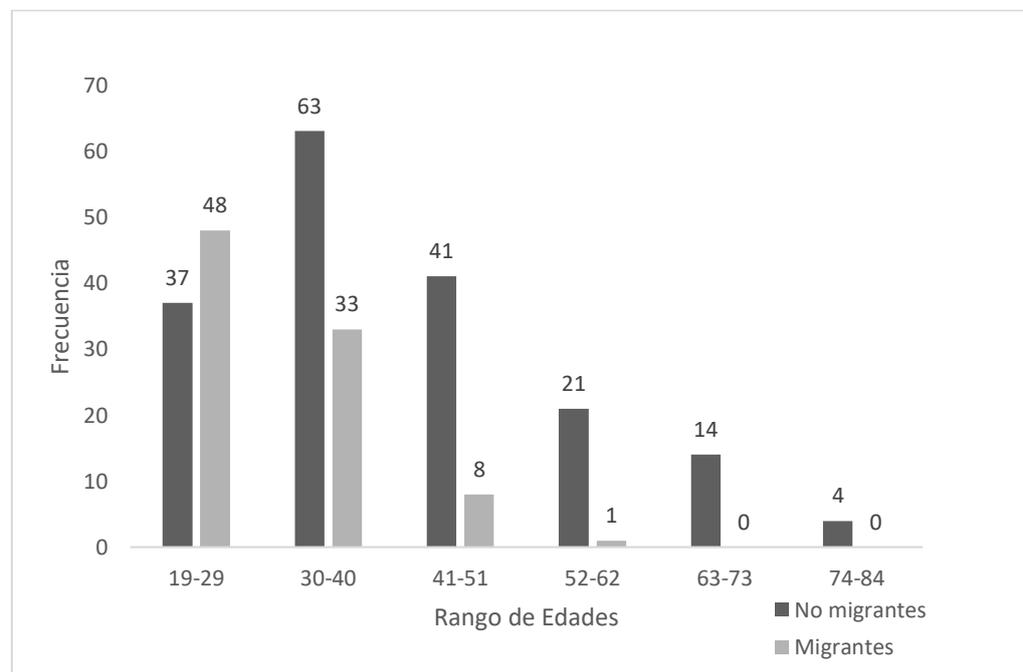
V. RESULTADOS

Se estudiaron 90 personas migrantes retornados y 180 personas no migrantes un total de 270 participantes.

5.1 Características sociodemográficas

Grafico. 1

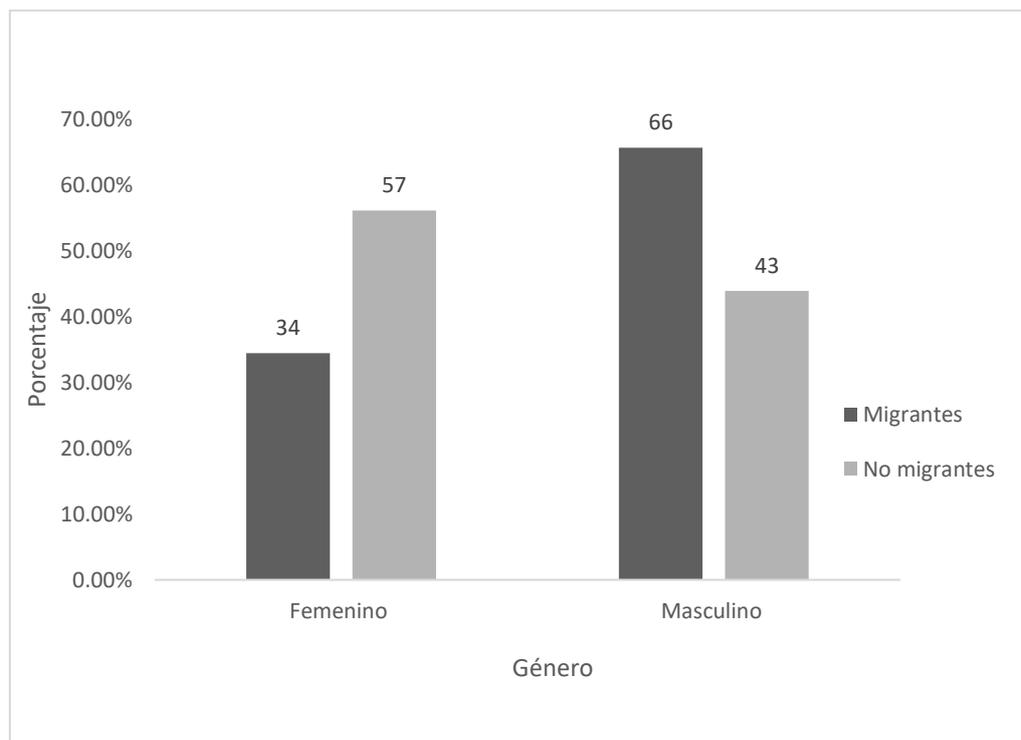
Rango de edades de los Migrantes retornados de los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.



Entre las características sociodemográficas el rango de edad en general está entre los 19 y 78 años y la edad promedio de los migrantes retornados fue de 30 años y para los no migrantes de 42 años.

Grafico. 2

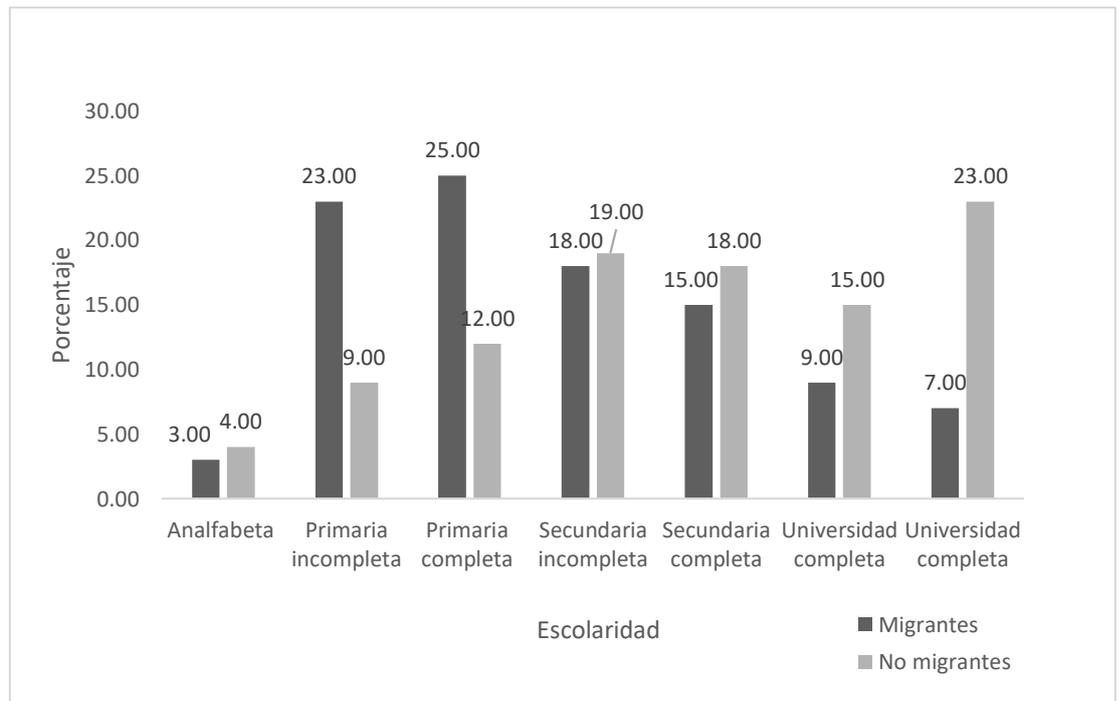
Género de los migrantes retornados de los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.



El género de mayor predominio en los migrantes retornados es el masculino con un 65.6% y en los no migrantes quien tiene más representatividad es el género femenino con un 57%.

Grafico. 3

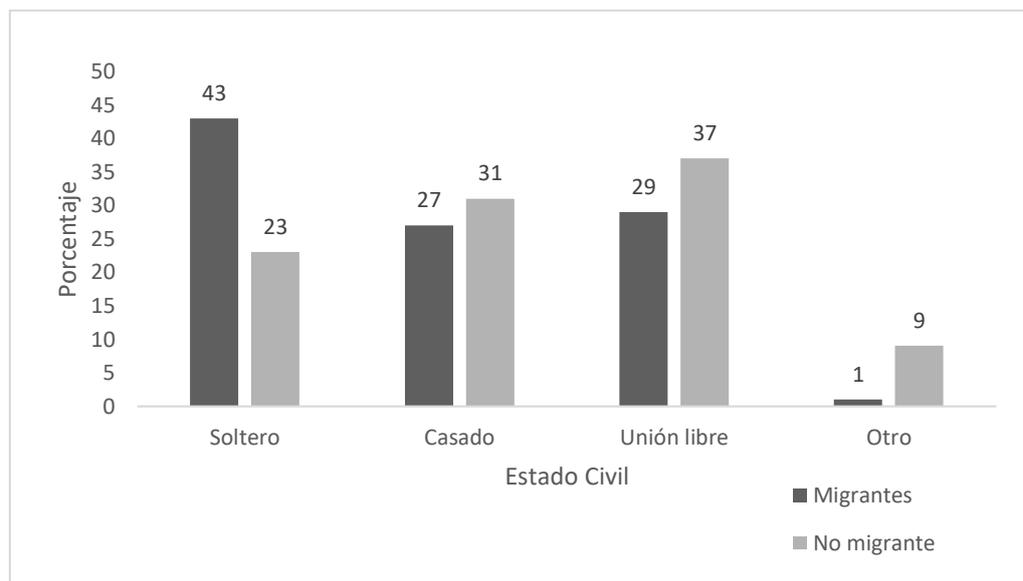
La escolaridad de los migrantes retornados de los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.



Según el nivel educativo los migrantes retornados lograron obtener la primaria completa con un 25%, sin embargo, los no migrantes llegan a la secundaria incompleta con un 19%.

Grafico. 4

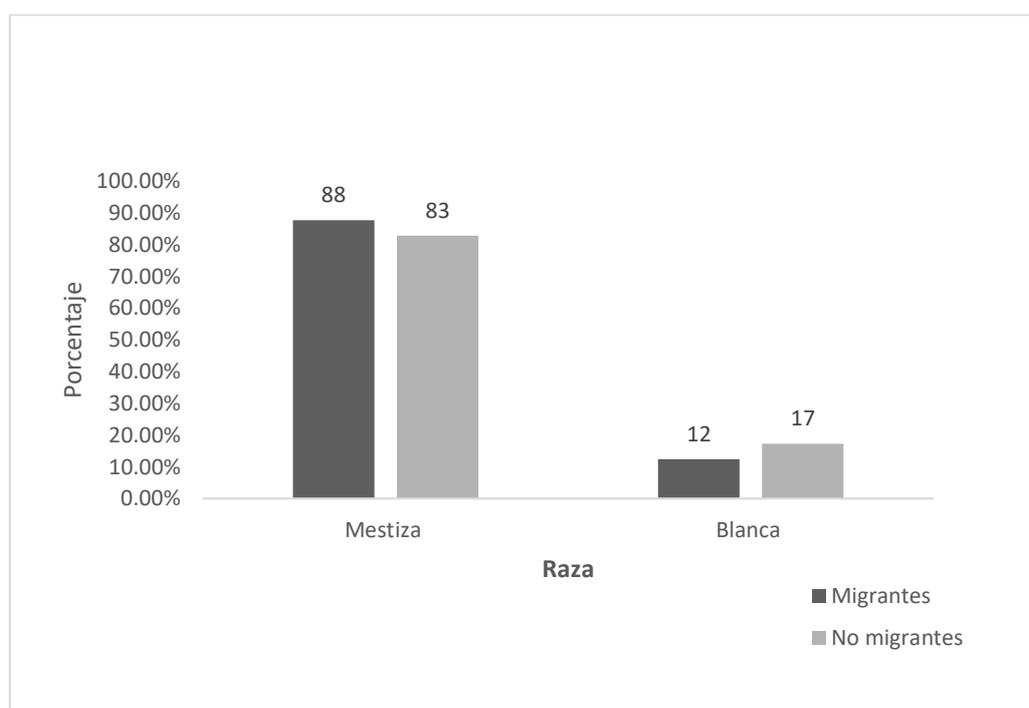
Estado Civil de los Migrantes retornados de los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.



Los migrantes retornados son solteros con un 43.0% y los no migrantes con un 37.0% se encontraban en unión libre.

Grafico. 5

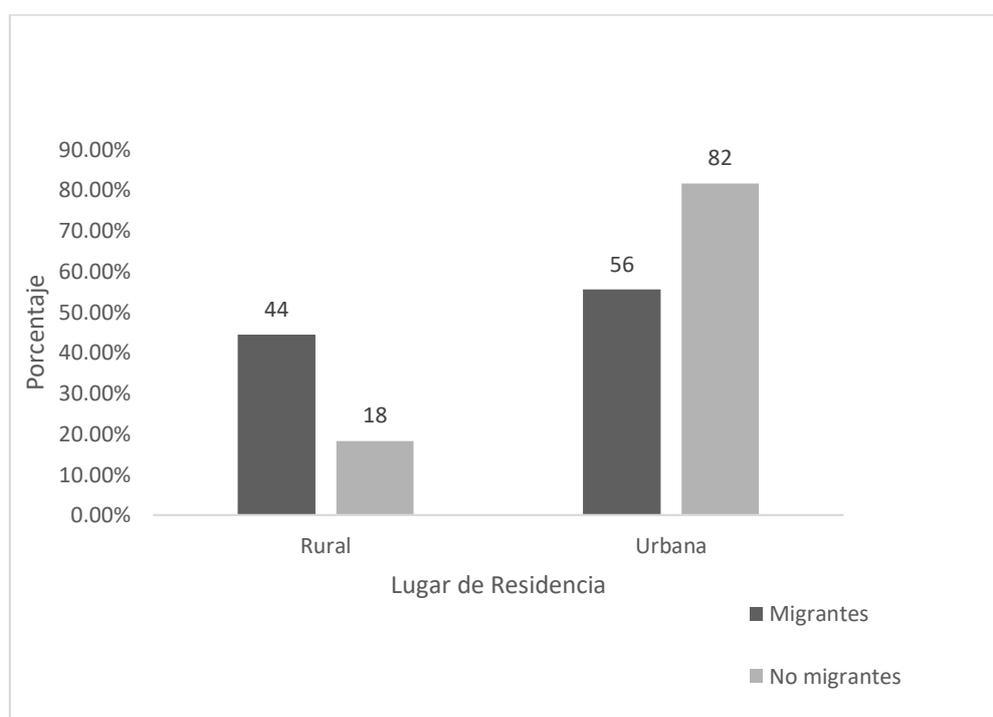
Raza de los migrantes retornados de los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.



En ambos tanto migrantes y no migrantes refieren pertenecer a la raza mestiza con un 87.2% y un 82.7% respectivamente.

Grafico. 6

Lugar de residencia de los migrantes retornados de los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.

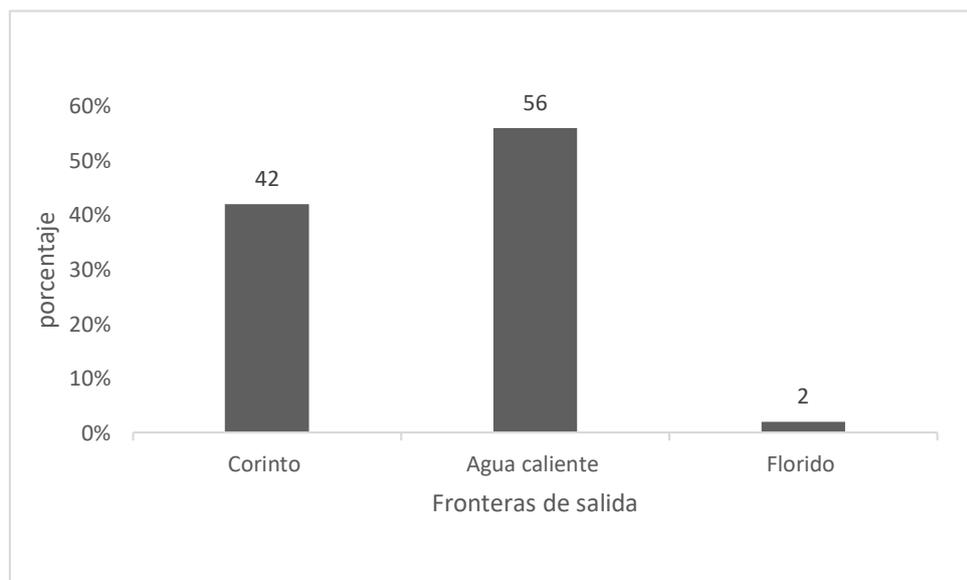


El lugar de residencia urbano tanto para migrantes con un 55.6% y un 81.6% para los no migrantes.

5.2 Características del proceso Migratorio

Gráfico 7.

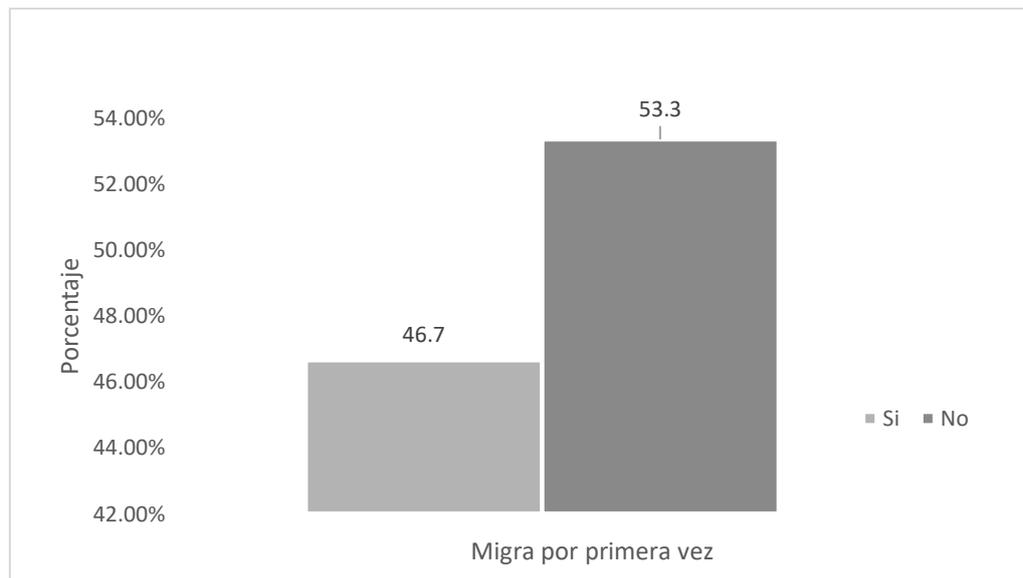
Fronteras de salida utilizadas por los migrantes retornados de los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.



Se observa que la frontera que más utilizan para migrar es Agua Caliente con un 56.0%.

Gráfico 8.

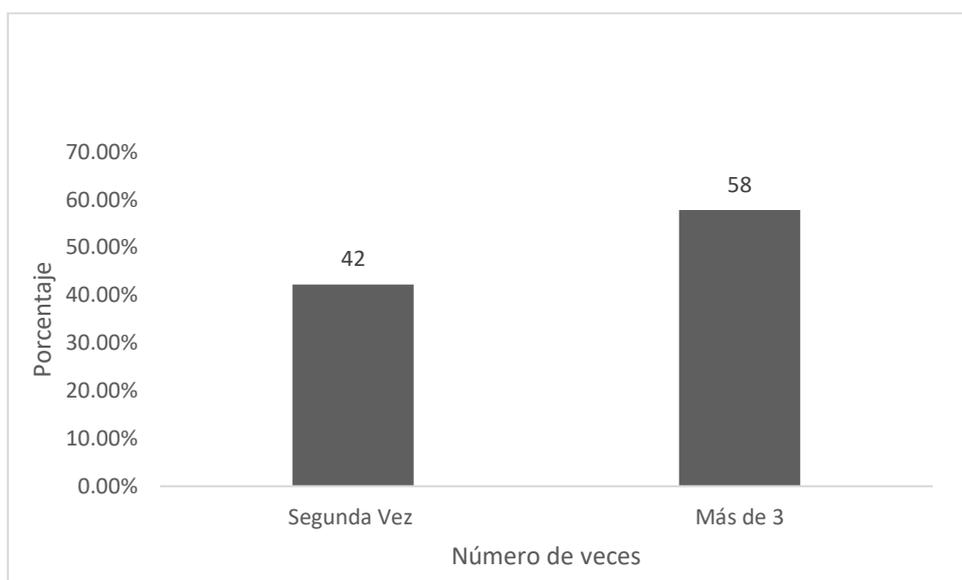
Personas con primer intento por migrar a los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.



De los estudiados el 46.7% es la primera vez que intentaron migrar a los Estados Unidos.

Gráfico 9.

Número de veces que ha intentado migrar a los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad estudio casos y controles, Tegucigalpa junio a julio 2020.



De los que respondieron haber migrado, han intentado llegar y permanecer en Estados Unidos en más de tres veces afirma el 58% de migrantes retornados, el resto es su segundo intento.

Gráfico 10.

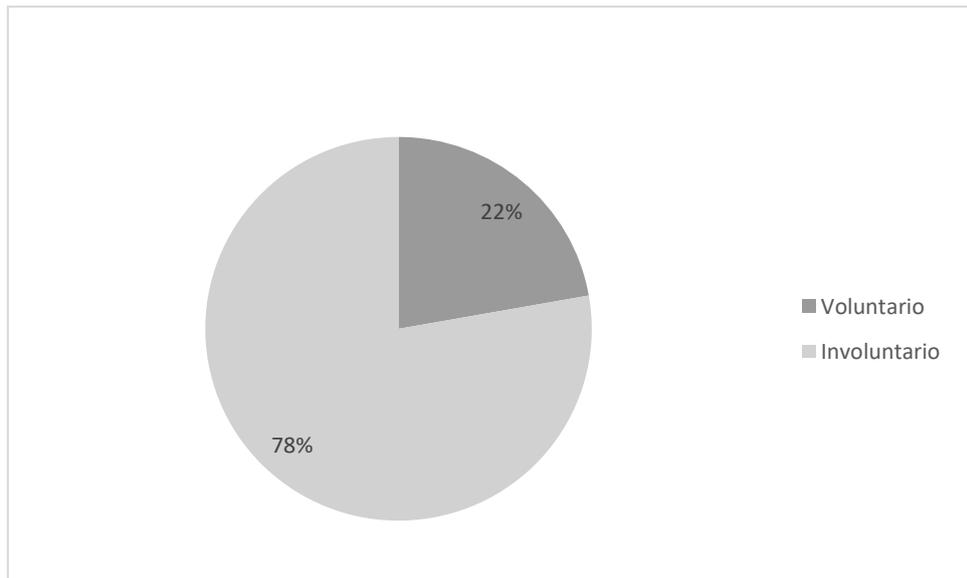
Razones por las que ha intentado migrar a los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.



La razón por la que refieren migrar es por el desempleo que lo afirman en un 57% en comparación con las demás causas, el 21% afirma que es por la violencia e inseguridad, para un 18% es el factor pobreza la que lo orilla a tomar esta decisión y un 4% es influenciado por tener familia en ese país y querer lograr una reunificación familiar.

Gráfico 11.

Decisión de retorno de los migrantes desde Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.



La decisión de retornar de los migrantes al territorio hondureños es de forma involuntaria el 78% es retornado de los Estados Unidos de forma irregular.

5.3 Proceso salud enfermedad

Tabla 1. A

Proceso Salud enfermedad de los migrantes retornados de los Estados Unidos, Tegucigalpa junio a julio 2020.

Parámetro	Migrantes		No migrantes		Total	%	OR	RR
	n=90	%	n=180	%				
Proceso salud enfermedad								
Conocía su estado de salud								
No	4	4.5%	0	0%	4	1.5%	0	0%
Si	86	95.5%	180	100%	266	98.5%		
Condición de salud								
Sano	79	87.7%	113	62.7%	192	71.2%	4.25	1.40%
Enfermo	11	12.3%	67	37.3%	78	28.8%		
Diagnóstico de alguna enfermedad								
No	65	72.3%	108	60.0%	173	64.0%	1.73	1.2%
Si	25	27.7%	72	40.0%	97	36.0%		
Empeoró su condición de salud								
No	74	82.3%	169	93.9%	243	90.0%	0.30	0.88%
Si	16	17.7%	11	6.1%	27	10.0%		
Buscó ayuda por esa condición								
No	74	82.3%	116	64.5%	190	70.3%	2.55	1.28%
Si	16	17.7%	64	35.5%	80	29.7%		

En cuanto al proceso salud enfermedad tanto de los migrantes y no migrantes se encontró que el 95.5% y el 100% de los no migrantes conocía su estado de salud, con un Odds ratio de 0 y un Riesgo relativo de 0 %. La condición de salud era sana en un 87.7% y 62.7% para los

dos grupos respectivamente presentando un OR de 4.25 y un RR de 1.4%. Con respecto al diagnóstico de alguna enfermedad el 27.7% en los migrantes si tenían diagnóstico y de igual forma el 40% de los no migrantes con un OR de 1.73 y un RR de 1.2%.

Según su condición de salud empeoró para los migrantes en un 17.7% y los no migrantes en un 6.1% con un OR de 0.30 y RR de 0.88%. En ambos casos decidieron NO buscar ayuda 82.3% y 64.5% con un OR de 2.55 y un RR de 1.28%.

Tabla 1. B

Proceso Salud enfermedad de los migrantes retornados de los Estados Unidos, Tegucigalpa junio a julio 2020.

Parámetro	Migrantes		No migrantes		Total	%	OR	RR
	n=90	%	n=180	%				
Antecedentes patológicos								
Si	86	95.6%	64	35.6%	150	55.6%	38.96	2.71%
No	4	4.4%	116	64.4%	120	44.4%		
Antecedentes de hipertensión								
Si	12	13.3%	63	35.0%	75	41.6%	0.28	0.37%
No	78	86.7%	117	65.0%	195	58.4%		
Antecedentes de Diabetes								
Si	15	16.6%	10	5.5%	25	9.3%	3.4	3.2%
No	75	83.4%	170	94.5%	245	90.7%		
Antecedentes relaciones sexuales durante la migración								
Si	44	48.8%	29	16.1%	73	27.0%	4.9	3.0%
No	46	51.2%	151	83.9%	197	73.0%		
Usó protección al tener relaciones sexuales								
Si	19	33.9%	15	8.3%	34	17.0%	6.5	2.6%
No	27	66.1%	139	91.7%	166	83.0%		
Decisión de la manera en tener relaciones sexuales								
Involuntarias	27	30.0%	30	16.6%	57	21.1%	2.14	1.87%
Voluntarias	63	70.0%	150	83.4%	213	78.9%		
Diagnóstico con VIH/SIDA								
Si	2	2.22%	0	0	2	2.22%	0	0%
No	88	97.78%	0	0	88	97.78%		

En el proceso salud enfermedad el 95.6% de los migrantes refirieron tener antecedentes patológicos previos los controles el 64.4% dijo que no tenía, con un OR de 38.96% y un RR de 2.71%. En cuanto a enfermedades crónicas no transmisibles en los migrantes el 86.7% no padece de hipertensión en cambio en los no migrantes el 65% es

hipertenso con un OR de 0.28 y un RR de 0.37%. Con respecto a la Diabetes el 83.4% y el 94.5% tanto de migrantes y no migrantes no sufren la enfermedad, pero tienen un OR de 3.4 y un RR de 3.2%.

Se preguntó sobre si tuvo relaciones sexuales durante la migración respondieron que el 48.8% refieren que, si ha tenido relaciones mientras que en los no migrantes solo 29% respondió de la misma manera, teniendo un OR de 2.7 y un RR de 2.6%. Sin embargo, se les preguntó si al tener relaciones sexuales se protegían con condón para evitar ITS/VIH/SIDA en ambos grupos respondieron que NO con un 66.1% los no migrantes y un 97.1% los no migrantes teniendo un OR de 6.5 y un RR 2.6%.

La decisión de tener relaciones sexuales fue de manera involuntarias en un 30% en los migrantes y para los no migrantes un 21.1%, dando como resultado un OR de 2.14 y su RR de 1.87%. En cuanto a patologías infecciosas solo se obtuvo como respuesta el VIH/SIDA para los migrantes el 2.0 % ha sido diagnosticado y en los no migrantes el 0% con un OR de 0 y un RR de 0%.

Tabla 2.

Hábitos, accidentes y discapacidad de los Migrantes retornados de los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.

Parámetro	Migrantes		No migrantes		Total	%	OR	RR
	n=90	%	n=180	%				
Antecedentes hábitos tóxicos								
Si	26	28.8%	44	24.4%	70	25.9%	1.26	1.16%
No	64	71.2%	136	75.6%	200	74.1%		
Alcohol								
Si	10	13.5%	37	22.6%	47	19.8%	0.53	0.63%
No	64	86.5%	126	77.4%	190	80.2%		
Tabaco								
Si	21	24.7%	28	18.2%	49	20.5%	1.47	1.33%
No	64	75.3%	126	81.8%	190	79.5%		
Drogas								
Si	3	4.4%	1	0.8%	4	2.1%	5.9	5.7%
No	64	95.6%	126	99.2%	190	97.9%		
Sufrió Accidente								
Si	16	17.7%	16	91.1%	32	11.9%	2.21	2.12%
No	74	82.3%	164	8.9%	238	88.1%		
Causo discapacidad								
Si	8	8.9%	2	1.2%	10	3.8%	8.68	8.0%
No	82	91.1%	178	98.8%	260	96.2%		

Sobre los hábitos tóxicos para ambos grupos el 71.2% de los migrantes y el 75.6% de los no migrantes no tenían, presentando un OR de 1.26 y RR de 1.16%. Para los migrantes un 86.5% y los no migrantes con 77.4% no hay un consumo de alcohol con un OR de 0.53% y el RR de 0.63%. Con respecto al uso de tabaco para ambos con un 75.3% y un 81.8% respectivamente no fuman, con un OR de 1.47 y un RR de 1.33%. Los migrantes no muestran el uso de drogas con un 95.6% y los no migrantes con 99.2% tienen un OR de 5.9 y un RR de 5.7%.

Los migrantes refieren el 82.3% no haber tenido accidentes sin embargo los no migrantes el 88.1% ha tenido algún tipo de accidente con un OR de 2.21 y RR de 2.12%. En cuanto a haber quedado con discapacidad por un accidente los migrantes con 91.1% y los no migrantes con 98.8% no han sufrido discapacidad, pero tienen un OR de 2.21 y un RR de 8.0%.

Tabla 3.

Riesgo laboral y Violencia de los migrantes retornados de los Estados Unidos con repercusiones del proceso salud enfermedad, Tegucigalpa junio a julio 2020.

Parámetro	Migrantes		No migrantes		Total	%	OR	RR
	n=90	%	n=180	%				
Antecedente de Trabajo								
No	26	28.9%	43	23.9%	69	23.4%	1.29	1.21%
Si	64	71.1%	137	76.1%	201	76.6%		
Exposición a Riesgo laboral								
No	47	47.8%	58	32.2%	105	38.9%	2.29	1.62%
Si	43	52.2%	122	67.8%	165	61.1%		
Sufrió violencia								
No	38	42.3%	8	4.4%	46	17.1%	15.7	10.5%
Si	52	57.7%	172	95.6%	224	82.9%		
Violencia Verbal								
No	40	44.4%	13	7.20%	53	19.6%	1.2	6.28%
Si	50	55.6%	167	92.8%	217	80.4%		
Física								
No	75	83.4%	133	73.8%	208	77.0%	1.76	1.13%
Si	15	16.6%	47	26.2%	62	33.0%		
Sexual								
No	75	83.3%	142	78.8%	217	80.3%	1.76	1.13%
Si	15	16.7%	38	21.2%	53	19.7%		

En termino de violencia el 57.7% y 95.6% de ambos grupos respectivamente han sufrido violencia con un OR de 15.7 y RR de 10.5%. Según el tipo de Violencia, la violencia verbal en los migrantes fue de 55.6% y de 92.8% en los no migrantes con un OR de 15.7 y un RR 10.5%. En cuanto a la violencia física refieren haber sufrido en un 16.6% para los migrantes y un 26.2% para los no migrantes con un OR DE 1.76 y un RR de 1.13%. Sobre violencia sexual en los migrantes el 16.7% y 21.2% de los no migrantes han sufrido y se encontró un OR DE 1.76 con un RR de 1.13%.

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

Algunos estudios realizados en poblaciones de migrantes en otros países de América Latina y el Caribe demuestran con evidencia los altos niveles de vulnerabilidad que rodean al fenómeno migratorio en la actualidad y su estrecha relación con el estado de salud. Dichas condiciones son de importancia para los sistemas de salud en todo el mundo, al vincularse directamente con el empeoramiento del estado de salud y calidad de vida de las personas.

Sin embargo, las investigaciones del nexo entre el proceso migratorio y la salud se mantienen insuficiente, más aún respecto a cómo la migración internacional influye en la toma de decisión en la salud pública.

6.1 Perfil sociodemográfico

En contraste, en Honduras la distribución de la población aún se mantiene de forma piramidal es decir la mayor parte de la población se ubica entre los veinte a sesenta y cinco años. Así, si bien es cierto que la prevalencia en términos porcentuales se relaciona directamente con la edad, al cuantificar el número de migrantes retornados, se encontró que en Honduras los migrantes son personas jóvenes entre la edad de 18 a 52 años, coincide en los grupos etarios, ya que, a nivel mundial, la población migrante se encuentra entre los 20 y 64 años (CONMIGHO, 2020).

Al analizar las variables estudiadas se pudo observar que en Honduras es una práctica común que sean los hombres quienes casi siempre migren a Estados Unidos, sin embargo, ya se percibe la presencia femenina en esta migración, con respecto a estas características de los migrante retornados en el presente estudio el 66% de los migrantes eran del género masculino y el 34% restante pertenece al género femenino, comparado con las cifras mundiales, se nota gran similitud, ya que, según el informe sobre las migraciones en el mundo publicado en 2018 con datos del 2015, el 52% de los migrantes internacionales fueron hombres y 48% mujeres (OIM O. , 2018).

Aparte del factor edad y el género, otras cuestiones que agudizan la vulnerabilidad de estas personas es la alfabetización y pertenecer a algún grupo étnico. En este sentido, el 100% dijo no pertenecer a ningún grupo étnico y que pertenecen a la raza mestiza el 87.8% y el 12.2% raza blanca. El 3.3% de los migrantes no saben leer ni escribir y los controles el 4% es analfabeta.

El estado civil de los migrantes es otro elemento que llama la atención ya que en el acto de migrar en algunos casos pareciera que corresponde a una acción personal, pero en otros parece ser más

producto del resultado de una estrategia de índole familiar. Los casos en cuanto al estado civil el 43% se encuentran solteros (as), en menor porcentaje el 31% están casados y el 37% se encuentran en unión libre.

Es evidente de que un alto porcentaje de las personas que migran a EUA cuenta con una mínima educación que les permite desempeñarse en actividades laborales elementales sin mucha especialización, o en otras áreas de trabajo de servicios o bien capacitarse para laborar en áreas técnicas. En cuanto a la situación laboral aproximadamente $\frac{3}{4}$ de los casos refiere haber trabajado durante su trayecto migratorio en diferentes oficios como jardinería, comerciantes, albañilería, mecánica, agricultura, ganadería, trabajo doméstico, operarios y conductores de transporte para poder obtener un poco de dinero.

De estos migrantes que lograron trabajar cerca de la mitad se enfrentó a riesgo laboral ya fuese de tipo físico con extenuantes horas de trabajo, exposiciones a químico, ácidos, quemaduras y sobre todo el aspecto psicosocial donde recibieron insultos, gritos y humillaciones.

Según la CEPAL alrededor del 79% de los hombres de América Latina participan en el mercado de trabajo, mientras que el porcentaje se reduce a 48% entre las mujeres. Para este fenómeno, como en cualquier otra región del mundo, uno de los principales factores de la migración internacional dentro de la región de América Latina es la exportación de la mano de obra a través de las cadenas de subcontratación (CEPAL / OIT, 2019).

Los migrantes hondureños que se dirigen a EUA provienen de diversos lugares de la República de Honduras. Los resultados son reveladores e interesantes, ya que contradicen, pero a la vez también confirman la relación existente entre migración y pobreza. Se ha venido argumentando en base a estudios migratorios que casi siempre no existe una correspondencia entre migración internacional y pobreza en el sentido de que se requiere tener de los mínimos recursos económicos para realizar el traslado desde el lugar de origen al de destino final, y en el caso de la migración indocumentada más aún, pues los costos se incrementan ante las barreras y obstáculos.

En el caso particular de la migración hondureña puede observarse una situación un tanto ambigua ya que la mayoría de los migrantes entrevistados dijo vivir en el área urbana y el resto en el área rural. Siendo el área urbana la que menos porcentaje de pobreza reportan.

6.2 Proceso migratorio

El tránsito y la internación indocumentada al igual que la búsqueda de diversas formas de cómo hacerlo son otras de las consecuencias de la migración internacional. Esto tiene su origen en las políticas migratorias restrictivas y las acciones de control y seguridad, que más que impedir y frenar el flujo migratorio indocumentado, han provocado que vaya transformándose en diversas modalidades, costos, rutas y formas de la movilidad humana, generándose así una serie de complicaciones y un desorden migratorio.

De los casos estudiados en esta investigación el 46.6% es la primera vez que intentaron migrar a los Estados Unidos. De igual forma se encontró que varios han migrado previamente, intentado llegar y permanecer en Estados Unidos en más de tres veces afirma el 57.7% de migrantes retornados.

También otros resultados muy interesantes e importantes del estudio son los relacionados con respecto a los problemas que mayormente afectan a la población y al país entendiéndose estos como las razones por las que ha intentado migrar a los Estados Unidos donde se encontró que una de las principales causas es el desempleo, seguido por la violencia e inseguridad, de igual forma vivir en la pobreza y el hecho de tener familia y el deseo por reunirse con ella nuevamente.

Son múltiples los factores que están generando un clima propicio para que la gente opte por migrar de Honduras. No obstante, los factores tienen relación directa con los bajos salarios, el alto costo de la vida, el desempleo, la falta de acceso a salud, educación, y vivienda, asimismo, el estancamiento económico. De tal forma, que los problemas en Honduras más mencionados por los migrantes en cierta medida son casi iguales y existe coinciden con las motivaciones para abandonar el país.

6.3 Riesgos asociados a la migración

En los últimos años hay más tráfico internacional de personas, más abusos en contra de los migrantes, y un mayor costo de la migración con efectos negativos para los migrantes, sus familias y sus comunidades, pues al aumentar las dificultades para poder migrar de

manera autónoma y documentada con el apoyo de redes solidarias, los migrantes recurren o se vuelven presa fácil de las redes clandestina. Las bandas internacionales dedicadas a la trata y el tráfico de personas en los últimos años se han fortalecido.

De una lista de eventos a los cuales los migrantes pueden enfrentarse según informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) un 20% sufre asalto, 2.2% robo o extorsión por pandillas y extorsión por parte de autoridades y en promedio el 70% dijo no percibir haber estado expuesto a alguno de estos eventos.

En cuanto haber sufrido violencia en el estudio realizado se encontró que los migrantes enfrentaron maltrato físico y abuso sexual, ser víctima de violencia verbal, el riesgo de sufrir violencia sexual aumenta casi el doble al migrar. De los 90 migrantes encuestados cerca de la mitad intento migrar por primera vez hacia Estados Unidos y el resto afirmó que en más de dos ocasiones había intentado cruzar hacia este país.

6.4 Repercusión en salud

La relación entre migración y salud es compleja, y su impacto varía considerablemente de un grupo de migrantes a otro e incluso de una

persona a otra dentro de dichos grupos. Las condiciones relacionadas con los procesos migratorios pueden exacerbar las vulnerabilidades en materia de salud y los comportamientos de riesgo. Por otro lado, estas condiciones también pueden facilitar una mejoría en la evolución clínica, como en el caso de un refugiado recién llegado como parte de un programa de asentamiento humanitario que accede al tratamiento de una enfermedad crónica (MIGRACIÓN, 2018).

En lo que se refiere a datos sobre migración y salud, este concepto puede definirse en términos generales como aquellos datos relevantes para la caracterización de los determinantes sanitarios y sociales de las poblaciones migrantes, y que guardan relación con la movilidad de las poblaciones y la salud. Al hablar de los riesgos de salud en los migrantes, en primer lugar, se tiene que abordar las características de las comunidades expulsoras, las prácticas socioculturales, los hábitos de higiene, y la manera en la que cuidan su salud y manejan la enfermedad para conocer sus usos, costumbres, prácticas y creencias.

Según un reporte de la OMS con relación a la condición de los pacientes al momento de realizar la evaluación, el mayor porcentaje de atenciones se realizó a pacientes con una condición leve que representó el 3/4 de los migrantes, moderado 1/4 y un mínimo de atenciones severas.

Según los datos recogidos en los casos en cuanto a enfermedades y comorbilidades cerca del total de los migrantes retornados conocía su condición de salud, más de la mitad refirieron ser sanos y no tener diagnóstico de alguna patología, con respecto a buscar ayuda sobre alguna condición de salud no buscó ayuda médica. Debido a ello con solo el hecho de ser migrante el enfermar de cualquier tipo de patología hace que se eleve el riesgo a 4 veces más y que su estado o condición de salud empeore o se deteriore el RR es de un 2.8%.

La tasa de incidencia y de prevalencia de la diabetes entre los refugiados y los migrantes, así como de mortalidad por esta enfermedad, es mayor que entre la población general, registrándose tasas más elevadas entre las mujeres. En relación a lo que se encontró, la situación de salud de los migrantes pareciera ser muy buena, ya que los porcentajes de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) diagnosticadas son muy bajos, el 13% de los migrantes retornados presenta Hipertensión, el 16% Diabetes.

Los migrantes pueden presentar un mayor riesgo de desarrollar enfermedades infecciosas debido a su exposición a las infecciones, la falta de acceso a la atención sanitaria, la interrupción de la atención y

las malas condiciones de vida durante el proceso de migración. El 2% de los casos presentaron enfermedades infecciosas como VIH/SIDA.

En general los migrantes viajan sin saber verdaderamente si tienen un diagnóstico certero de alguna patología de base, entonces pueden decir que van sanos y al exponerse en el proceso de migrar este puede acelerar que se desarrolle una de estas enfermedades.

Sin embargo, más del 98% de los migrantes no cuentan con seguridad social en salud (Canales, Fuentes, & Rosa de León , 2019). Estos datos son coincidentes con los mostrados respecto al conocimiento y uso de los programas en apoyo al migrante extranjero, específicamente con el nombrado “Vete sano, Regresa sano” que se encarga del aspecto de la salud migrante, volviendo aún más vulnerable su salud, ya que la mayor parte de la población no conoce ni ha utilizado dicho programa (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2019).

Aunque el panorama en cuanto a enfermedades crónicas no transmisibles, parece ser un punto favorable al mostrar poca frecuencia de estas enfermedades entre los migrantes, estos datos son solo la implicación diagnóstica en el pasado, no son datos generados de una valoración clínica de la persona al momento, por lo que es de suma

importancia la realización de estas valoraciones en los migrantes como uno de los objetivos del primer nivel de atención “el diagnóstico precoz”, sobre todo por el alto riesgo a la aparición de estas enfermedades derivado de los estilos de vida de un migrante, todo un tema de interés para la salud pública.

No existen registros oficiales que indiquen la cantidad exacta de personas con discapacidad en las migraciones, sin embargo, al extrapolar y hacer un cruce de la información estadística oficial que supone la existencia de 15% de personas con discapacidad en el mundo y con las estimaciones de ACNUR y OIM -que refieren que hay más de 10 millones de personas migrantes que tienen algún tipo de dificultad en sus funciones y estructuras corporales se calcula que al menos existen dos millones de migrantes con discapacidad (OIM, 2016).

Noventa fueron los migrantes retornados interrogados sobre el tema de accidentes sufridos y teniendo como consecuencia algún tipo de discapacidad. De estos diez y seis refieren haber tenido accidentes en su trayecto por la ruta migratoria uno de ellos cayendo a un pozo, dos con mordedura de serpiente que termino en amputación del miembro y el resto en el tren La Bestia. El subir al tren es un riesgo de violación,

extorción, caer de las alturas de este, donde se puede ocasionar traumas graves, amputación traumática de un miembro y lo que es peor la muerte.

Los resultados arrojan que ocho migrantes presentaron discapacidad de ellos son seis que tenían limitación de tipo motriz, uno presentó discapacidad visual, otro de ellos dijo tener problemas de atención y aprendizaje y tres de estos mismos presentan dificultades con el habla. Dos migrantes con discapacidad señalaron haber sido maltratados o discriminados por su condición de discapacidad. Los datos obtenidos muestran que migrar aumenta el 2% de sufrir algún tipo de accidente y eleva 8 veces el hecho de sufrir discapacidad.

Más allá de prevenir embarazos no deseados, algunas enfermedades infecciosas se transmiten por vía sexual, de ahí la importancia de asegurar el acceso a los programas de salud reproductiva por parte de la población migrante. De igual forma a los migrantes retornados se les preguntó sobre la salud sexual donde los resultados obtenidos fueron que casi la mitad de ellos había tenido relaciones sexuales durante el trayecto migratorio, siendo estas más de la mitad de manera voluntaria en los casos y que solo 1/3 de ellos se protegió con condón o preservativo para evitar enfermedades de transmisión sexual, el no

usar preservativo aumenta 6 veces el riesgo de adquirir alguna de estas patologías.

La tensión emocional que vive la persona que migra puede colocarla en una situación de vulnerabilidad y la forma como se enfrenta ese malestar emocional, a veces le facilita su adaptación y en otras la pone en una condición de riesgo. Una estrategia para enfrentar ese malestar puede ser el uso de drogas y alcohol (Arellanez Hernández, 2016).

Es por ello que se indago con respecto al tener hábitos de uso de tóxicos, de los noventa encuestados un tercio de los migrantes retornados afirma tener algún tipo de uso de tóxicos, esto hace que el riesgo de continuar con este tipo de hábitos se mantengan o se aumente en 1.27%, de estos el 13% consume alcohol, el 24% utiliza tabaco y el riesgo de seguir siendo fumador se eleva en 1.47 veces más, el 4% de los migrantes usa algún tipo de droga y este hábito de seguir consumiendo se aumenta en casi 6 veces más.

En general, con todos los datos antes presentados queda establecido que son múltiples los factores que están generando un clima propicio para que la gente opte por migrar de Honduras.

VII. CONCLUSIONES

1. Según los datos que se presentan en esta investigación los hondureños migrantes retornados de los Estados Unidos tienen un perfil sociodemográfico el cual sigue siendo población bastante joven la que se arriesga a salir del territorio, donde se ha ido incrementando la migración de mujeres y menores de edad, pero sigue siendo masculinizada, de igual forma tienen baja escolaridad los cuales solo cuentan con primaria incompleta, la procedencia está de una forma compartida tanto del área urbana como rural. Muchos de ellos utilizan como frontera de salida Agua Caliente ya que por esta zona es más cerca poder llegar a México y con ello subir hacia los Estados Unidos, su forma de retorno es involuntario debido a su situación legal y los años en los que más han migrado es entre el dos mil diecisiete y dos mil dieciocho. Es por ello que se puede decir que son diversas condiciones que favorecen la vulnerabilidad de los migrantes.
2. Honduras todavía no produce datos sistematizados acerca de morbi/ mortalidad de la población migrante hondureña. No obstante, en el presente estudio encontró que en su mayoría las personas migrantes antes de iniciar el viaje ya habían sido diagnosticadas con enfermedades como asma, diabetes, hipertensión y otros. Además, a lo largo de la ruta un menor porcentaje de los que van en tránsito

sufrió fiebre, lesiones, diarrea y micosis. De igual manera, en la etapa de detención y retorno tanto las mujeres como los hombres reportaron infecciones agudas. A esas enfermedades hay que agregar los riesgos de sufrir un accidente, el cual puede provocar amputaciones, como ocurre a quienes viajan en el tren a lo largo de México, lo que no solo trunca sus aspiraciones, sino que disminuye las oportunidades de inserción laboral al retornar. Entre los múltiples desafíos de salud que deben afrontar las personas migrantes retornadas se incluyen los impactos en su salud mental, entre los cuales se pueden incluir el estrés emocional, inseguridad, miedo, preocupación, nostalgia. Las personas migrantes retornadas son afectadas por enfermedades renales, inmunológicas, transmisibles, venéreas, gástricas, infecciones y pulmonares. Queda evidenciado, que los migrantes temen buscar ayuda en los servicios de prevención y auto-cuidado de la salud apenas 1/3 de ellos buscó ayuda por la condición médica pre existente, en similares proporciones no se tuvo acceso a condones y a la prueba de VIH.

3. Existen dificultades que los migrantes afrontan, poder estimar el riesgo de un evento migratorio es demasiado complejo ya que se deben de incluir diversos factores. Entre los efectos negativos de la migración, encontramos la pérdida de población económicamente activa, ya que están migrando personas jóvenes, por ende, el

envejecimiento de la comunidad, la merma de recurso humano calificado, la fragmentación familiar y los problemas psicosociales que la migración produce, tales como los derivados por la pérdida de un miembro de la familia, y los problemas personales y emocionales que las parejas casadas deben enfrentar debido a la separación física. Todos los migrantes reconocen el alto riesgo de violaciones y relaciones sexuales no consensuadas que se dan durante el trayecto, sin embargo, un número muy reducido de los migrantes en tránsito reportaron haber tomado medidas para no embarazarse o evitar enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA. Algunos de estos aspectos pueden medirse o estimarse en base a un número, sin embargo, muchos de estos son subjetivos no puede darse un valor como tal.

VIII.RECOMENDACIONES

1. Para Gobernación, Justicia y Descentralizada, Secretaría de Salud, Secretaría de Migración y Extranjería, Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social y demás autoridades involucradas en el tema de migración se recomienda que la atención debe de ser integral para las personas migrantes retornadas, se debe de generar el fortalecimiento de servicios de salud siendo estos inclusivos e integrales que contemple tanto los servicios de atención en salud móviles para poder responder a las demandas de los migrantes.

2. Desarrollar un sistema de indicadores trazadores que proporcionen datos sobre migrantes en tránsito y retorno, definición y desarrollo de un instrumento de información sanitaria para identificación y seguimiento a personas migrantes que hayan tomado contacto con los servicios de salud, desarrollo de una Plataforma Regional y local que permita la vinculación de base de datos que sirvan para realizar análisis situacionales y estudiar el comportamiento de perfiles socio sanitarios de los migrantes.

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

4. Fortalecimiento de la capacidad institucional de la Secretaria de salud y la Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social para generar programas sociales y al Gobierno incrementar o mejorar las fuentes de empleo para la conducción efectiva de las intervenciones nacionales y locales en el abordaje integral de la problemática de salud y migración. Para el desarrollo de investigaciones y poder generar evidencia científica actualizada sobre salud y migración.

5. Gestión de proyectos operativos y de investigación dirigidos a la atención y la vigilancia en salud, así como de las características del territorio y las condiciones del medioambiente vinculado a la migración y desarrollo.

6. Definir claramente las instituciones primarias y secundarias en el tema migratorio, así como su articulación, permitiría mejorar los conocimientos sobre la gestión de la migración para poder fomentar el desarrollo local en los territorios expulsores de personas migrantes, que disminuya brechas de inequidades e injusticia social, con enfoque de la determinación social de la salud, para ello es necesario, entre otros.

7. Realizar un diagnóstico regional de la situación de salud y socioeconómico de los territorios expulsores de personas migrantes que contemple la dinámica sociopolítica y el ambiente, que permita la incorporación de las necesidades identificadas en los análisis de situación local de salud, según condiciones de vida, en los planes de desarrollo municipales.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Roca Saumell, C., Soriano-Arandes, A., Solsona Díaz, L., & Gascón Brustenga, J. (2015). Documento de consenso sobre el abordaje de la enfermedad de Chagas en atención primaria de salud de áreas no endémicas. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 17(65), 2-3.
2. ACNUR. (2016). *Tendencias globales*.
3. Adams MJ, K. M. (1989). The use of attributable fractions in the design and interpretation of epidemiologic studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 659-662. doi:[https://doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90009-7](https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90009-7)
4. Aguilar, I. (2018). *Flujo migratorio masivo de hondureños hacia Estados Unidos*. Ciudad de Guatemala: OXFAM.
5. Alarcón V. , Y. (2017). Enfermedades infecciosas y migración. *Revista de Ciencias Médicas, ARS MEDICA*, 4-5.
6. Alarcón V., Y., & Balcells, M. (2017). Enfermedades infecciosas y migración. Una responsabilidad compartida. *Revista de Ciencias Médicas*, 4-5. doi:<http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v42i2.1000>
7. Alvis, N. y. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Revista médica de Chile*, 83-87.
8. Arango, J. (2007). *Las Migraciones Internacionales en un Mundo Globalizado*. . *Universidad Complutense de Madrid*;
9. Arellanez Hernández, J. (2016). Consumo de drogas y respuestas al estrés migratorio entre los migrantes mexicanos que se dirigen a Estados Unidos. *Scielo*, 113-133. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722016000200113
10. Borjas Aburto, V. H., Muñoz, S., & Bustamante-Montes, P. (1997). The case-control design in medical research. *Rev. Invest. Clin*, 49(6), 481-9.
11. Breslow NE, S. B. (1985). General relative risk functions for case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, 149-162. doi:<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114074>
12. Browner WS, N. T. (1989). Sample size and power based on the population attributable fraction. *Public Health*, 79.

13. Buller, A. M., Stoklosa, H., & Zimmerman, C. (2017). Explotación laboral, trata y salud de los migrantes. *London School of Hygiene & Tropical Medicine*, 152.
14. Burgos Moreno, M., & Parvic Klijn, T. (2011). Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Rev Bras Enferm Brasilia*, 587-91.
15. CAMR-SPS. (2018). *evaluación migrante retornado*. Obtenido de <https://www.ceniss.gob.hn/logros/migranteydiscapacitados.html>
16. Canales, A. (2016). *La migración en la reproducción de la sociedad. Elementos para una teoría de las migraciones*. Guadalajara: UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/310234338_La_migracion_en_la_reproduccion_de_la_sociedad_Elementos_para_una_teor%C3%ADa_de_las_migraciones
17. Canales, A. I., Fuentes, J., & Rosa de León, C. (2019). *Desarrollo y Migración; Desafío y oportunidades en los países del norte de Centroamérica*. Ciudad de México: Publicación de las Naciones Unidas. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44649/1/S1000454_es.pdf
18. Castles, S. (2010). Migración irregular: causas, tipos y dimensiones regionales. *Migración y desarrollo*, vol.8 (no.15), 49-80.
19. centro de atención del migrante retornado. (2018). *estadísticas del CAMR*. San Pedro Sula.
20. CEPAL / OIT. (2019). *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe*. Santiago: Publicación de las Naciones Unidas. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44916/1/S1900833_es.pdf
21. CIDH. (2018). *Desplazamiento Interno en el triángulo Norte de Centroamérica*. OEA/Ser.L/V/II. Obtenido de <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2019/204.asp>
22. Ciurlo, A. (2014). Género y familia transnacional. Un enfoque teórico para aproximarse a los estudios migratorios. *Cient Gen José María Cordova*, 127-61.
23. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). *Políticas Multinivel para el retorno y la re inserción de migrantes mexicanos y*

- sus familias*. Ciudad de México: El Colegio de la Frontera Norte, A.C. Obtenido de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Informe-Politiclas-Multinivel.pdf>
24. CONMIGHO. (13 de agosto de 2020). *Centro Nacional de Información del Sector Social*. Obtenido de <https://ceniss.gob.hn/migrantes/>
 25. De Castro, M., Sanz, N., & Valenzuela, J. (2016). *La Migración: un tema transversal*. México. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21349352005.pdf>
 26. De Hora Monteiro, H. R., Monteiro GTR, & Arica, J. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade: Um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 85-103.
 27. Delgado-Rodríguez, J. L.-Á. (2001). Fracción atribuible poblacional: cálculo e interpretación. *gaceta sanitaria*, 61-67.
 28. Echemendía Tocabens , B. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiol*, 471.
 29. El País. (enero de 2019). Migrantes LGTB son los primeros en llegar. *El País*, pág. 53.
 30. Foladori, G., Moctezuma , M., & Márquez, H. (2004). La Vulnerabilidad epidemiológica en la Migración México-Estados Unidos. *Migración y Desarrollo*, 19-44.
 31. FOSDEH. (2016). *Políticas de atención a los deportados del triangulo Norte de Centroamérica*. Guatemala: ASIES - FUNDAUNGO - FOSDEH - KAS. Obtenido de <https://www.fundaungo.org.sv/products/una-aproximacion-a-las-politiclas-de-atencion-a-los-deportados-en-los-paises-del-triangulo-norte-de-centroamerica-honduras/89>
 32. García Abad , R. (2003). Un estado de la cuestión de las teorías de las migraciones. . *Historia Contemporánea* , 329-51.
 33. García, J. J. (1998). Medidas de efecto o impacto potencial. *MEDIGRAPHIC ARTEMISA*, Vol. 65(Núm. 3), 136-139.
 34. Gardner, J. y. (1990). Years of Potential Life Lost (YPLL). *What Does it*, 322-329.

35. Gómez López L , L., & Rabanaque Hernández , M. (2000). *Concepto de salud: Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
36. Gómez López L, R. H.-D. (2000). Concepto de salud. *Promoción de la salud y cambio social*. Masson.
37. Gore, F. B. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: . *The Lancet*.
38. Grosse, S. L. (2009). Disability and Disability-Adjusted Life Years. *Not the Same. Public Health Reports*, 197–202.
39. Guruge , S., Thomson , M., George, U., & Chaze, F. (2015). Social support, social conflict, and immigrant women's mental health in a Canadian. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 655-667. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26031541>
40. Harvey, D. (2007). *Breve historia del Neoliberalismo*. Madrid: AKAL. Obtenido de <http://www.economia.unam.mx/academia/inae/pdf/inae4/u114.pdf>
41. Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de investigación. En *Metodología de investigación* (págs. 4-21). México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
42. Hernández-Agudo, Gil, A., Delgado, M., Llorca, J., Bolúmar, F., Benavides, F., & Porta, M. (2005). *Concepto de salud. El continuo salud-enfermedad. Historia natural de la enfermedad. Determinantes de la salud*. Barcelona : Doyma, S.L.
43. Homedes, N. (1996). The Disability-Adjusted Life Year (DALY) Definition, Measurement and Potential Use. *Human Capital Development, Working Papers.*, 4-26.
44. Homedes, N. (1996). The Disability-Adjusted Life Year (DALY) Definition, Measurement and Potential Use. *Human Capital Development, Working Papers.*, 4-26.
45. IMUMI. (2014). *Guía para las familias transnacionales: Procesos de custodia y trámites de identidad para madres y padres retornados a México*. Ciudad de México,: Instituto para las Mujeres en la Migración, A.C. Obtenido de <http://www.imumi.org/>

46. Jáuregui, J., & Recaño Valverde, J. (2014). Una aproximación a las definiciones, tipologías y marcos teóricos de la migración de retorno. *Revista bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, 1084.
47. Jenicek, M. (1996). *Epidemiología: la lógica de la medicina moderna*. Barcelona: MASSON.
48. Jiménez, C., & Rodríguez Rodríguez, V. (2005). Escenarios de retorno de los emigrantes jubilados de la provincia de Jaén, España. Papeles de población. *Papeles de población*, 1-29. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000200007&lng=es&tlng=es.
49. JJ, S. (1982). Case-control studies. Design, Conduct, Analysis. *Monographs in Epidemiology and Bioestistics*. New York: Oxford University Press, 879.
50. KM., C. (1990). Enfoque epidemiológico de riesgo. *fundamento de Epidemiología*. , 169-187.
51. Kornblit, A., & Mendes Diz, A. (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires: Editorial Aique.
52. Libreros Piñeros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista Cubana de Salud Publica*, 623-624.
53. Libreros Piñeros, L. (oct.-dic. de 2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Rev Cubana Salud Pública*, vol.38(no.4), 19-28. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400013
54. López-Vélez, R., Navarro Beltra, M., & Jiménez Navarro., C. (2007). *Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
55. Mager Hois, E. A. (2014). Migración transfronteriza de los Kikapú y sus efectos de identidad. *Multidisciplina*, 148-77.
56. Maldonado Valera, C., Martínez Pizarro , J., & Martínez, R. (2018). *Protección social y migración:Una mirada desde las vulnerabilidades*. Santiago: CEPAL.

57. Manterola, C., & Otzen, T. (2014). Observational Studies: The Most Commonly Used Designs in Clinical Research. *International Journal of Morphology*, 634-645.
58. Marroni, M. (2016). Escenarios migratorios y globalización en América Latina: una mirada al inicio del siglo XXI. *Pap Trab Cent Estud Interdiscip Etnolingüíst Antropol Soc*.
59. Martelotte, L. (2015). Cadenas globales de cuidado: entre la reproducción y la autonomía. Análisis de las migrantes peruanas en Argentina". *Argumentos, Publicación del Instituto Gino Germani*, 17, 178-206.
60. Martine, G., Hakkert, R., & Guzmán, J. M. (2000). *Social aspects of international migration: Preliminary Considerations International migration and development in the Americas*. San José; Costa Rica. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org>.
61. Martínez NF, A. J. (1998). *Epidemiología*.
62. Massey, D. S., Durand, J., & Malone, N. (2009). Detrás de la trama. Políticas migratorias entre México y Estados Unidos. *Universidad Autónoma de Zacatecas*.
63. Matthiensen, A. (2011). Uso do coeficiente alfa de cronbach em avaliações por questionários. *Publicações Técnico- Científicas da Embrapa Roraima*.
64. Mc Auliffe, M., Kitimbo A, Goossens, A., & Ullah, A. (2018). *World Migration Report*. Ginebra, Suiza: International Organization for Migration. Obtenido de https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf
65. Médicos sin Fronteras. (2013). *Violencia, vulnerabilidad y Migración*. Barcelona: MSF.
66. MIGRACIÓN, O. I. (2018). *Revisión anual de salud migratoria*. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones.
67. Molina Arias, M., & Ochoa Sangrador, C. (2014). Estudios observacionales (II). Estudios de cohortes. *Evid Pediatr*, 10:14.
68. Molina Arias, M., & Ochoa Sangrador, C. (2014). Estudios observacionales (III). Estudios de casos y controles. *Evid Pediatr.*, 10-14.

69. Moreno-Altamirano, A., & López Moreno, S. (2000). Principales medidas de Epidemiología. *Salud pública de México*, vol.42(4), 337-348.
70. Nieto FJ, P. A. (1990). Riesgo atribuible: sus formas, usos e interpretación. . *Gac Sanit.* , 112.
71. OIM. (2016). “*Disability and unsafe migration: Data and policy, understanding the evidence*”. Ginebra : Organización internacional para las migraciones . Obtenido de https://publications.iom.int/system/files/pdf/gmdac_data_briefing_series_issue_7.pdf
72. OIM. (2017). *Díálogo Internacional sobre la Migración*. Ginebra : Organización Internacional para las Migraciones . Obtenido de https://refugeesmigrants.un.org/sites/default/files/iom_idm_2017_spanish_14nov17.pdf
73. OIM. (2018). *Informe sobre las Migraciones en el mundo*. Ginebra: OIM.
74. OIM. (2018). *Informe sobre las Migraciones en el mundo*. Ginebra : Organización Internacional para las Migraciones.
75. OIM. (2018). *Migración y Salud*. México.
76. OIM. (2018). *Migración y Salud; Misión Colombia*. Bogotá . Obtenido de <https://colombia.iom.int/migracion-y-salud-ms>
77. OIM, O. (2018). *INFORME SOBRE LAS MIGRACIONES EN EL MUNDO*. Ginebra : Organización Internacional para las Migraciones. Obtenido de www.iom.int/es
78. OIM, OMS, & Naciones Unidas Derechos Humanos. (2013). SECCIÓN 2. LOS MIGRANTES Y EL DERECHO A LA SALUD.. En *Migración internacional, salud y derechos humanos* (págs. 15-22). Ginebra , Suiza: Organización Internacional para las Migraciones. doi:: <https://www.iom.int/es/news/informe-sobre-la-migracion-internacional-la-salud-y-los-derechos-humanos>
79. OIM;. (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo*.
80. OIM; OMS. (2013). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Ginebra : OMS.

81. OIT. (2016). *La migración laboral en América Latina y el Caribe*. Lima. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_502766.pdf
82. OMS. (2017). *Preguntas frecuentes sobre salud y migración*. Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/88/es/>
83. OMS. (2017). *Salud en las Américas+*. Washington, D.C: OMS. doi:<http://iris.paho.org>.
84. ONU. (1948). *Declaración universal de los Derechos Humanos*. Paris, Francia : Dharana. Obtenido de <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/spn.htm>
85. OPS. (2017). *Situación de Salud en las Américas: Panorama regional*. Washington : Organización Panamericana de la Salud.
86. OPS/OMS. (2002). 55a Asamblea Mundial de la Salud. Mesas redondas ministeriales: riesgos para la salud. . *documento A55/DIV/5*.
87. OPS/OMS. (2008). *Salud de los Migrantes*. Ginebra: OMS.
88. OPS/OMS. (2018). *Promoción de la salud de refugiados y migrantes*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud .
89. Pardo , A. M. (2015). Migración internacional y desarrollo. Aportes desde el transnacionalismo. *Rev Estud Soc.*, 39-51.
90. PNUD. (2016). *Migración y Cultura*. México: PNUD.
91. Rebagliato, M., Ruiz, I., & Arranz, M. (1996). *Población del estudio Técnicas de muestreo y tamaño*. Madrid, España: Diaz de Santos S, A.
92. Schiller , N. G., Basch , L., & Blanc-Szanton, C. (1992). Transnationalism: A New Analytic Framework for Understanding Migration. *Ann N Y Acad Sci*.
93. SG-SICA, ST-COMMCA, UNFPA, & OIM. (2016). *Factores de Riesgo y Necesidades de Atención para las Mujeres Migrantes en Centroamérica*. La libertad, El Salvador: Secretaría General del SICA.
94. Sócrates , A., Pavlov, S. D., & Clavero Ch, F. (2010). Riesgo relativo y Odds ratio, ¿Qué son y cómo se interpretan? *REV. OBSTET. GINECOL.*, 51-54.

95. Soto, A., & Cvetkovich, A. (2020). Estudios de casos y controles. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 138-143. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2555>
96. Steven S. Coughlin, J. B. (1996). Estimación del riesgo atribuible en los estudios de casos y controles. *Bol Oficce Sanit Panam*, 143-158.
97. Tankimovich, M. (2013). Barriers to and interventions for improved tuberculosis detection and treatment among homeless and immigrant populations: . *Journal of Community Health Nursing*, 83-95. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23659221>
98. Thomson , M., Chaze F, F., George , U., & Guruge , S. (2015). Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: A review of barriers and recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1895-905. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25742880>
99. UNICEF. (2018). *Desarraigados en Centroamérica y México*. New York : Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia . Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/media/3141/file/PDF%20Desarraigados%20en%20Centroam%C3%A9rica%20y%20M%C3%A9xico.pdf>
100. Vila-Belda , J. (1985). Las «Leyes de las Migraciones» de E. G. Ravenstein, cien años despues. *Reis: Rev Esp Investig Sociol*, 7-26.
101. Willers, S. (2016). Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas. *Sociológica*, 169.

X.ANEXOS

Anexo 10.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA



CONSENTIMIENTO VERBAL

Buenos días, mi nombre es **Ingrid Laínez** Soy Doctora en Medicina y Cirugía maestrante del Post grado en Salud Pública, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Estoy realizando un estudio sobre **La Repercusión del proceso salud-enfermedad en los migrantes hondureños retornados de los Estados Unidos, en el 2020**, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de intervención migratoria que se ejecutarán para elevar las condiciones de vida de los migrantes retornados.

Con tal motivo, a continuación, se le realizara una serie de preguntas por lo que se solicita una respuesta clara y honesta, son referentes al hecho de haber migrado y sobre algunas características personales y sanitarias. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva. ¿En este momento usted desea preguntarme algo acerca de este estudio?

Consiento voluntariamente formar parte en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

El entrevistado(a) acepta la entrevista:

1. Si, acepta.
2. Si, en otro momento.
3. No, no acepta.

10.2 INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

REPERCUSIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD ATRIBUIBLES A LOS MIGRANTES HONDUREÑOS RETORNADOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, 2020.

Importante: llenar este formulario con letra molde y mayúscula

Nº DE CUESTIONARIO: _____

I. DATOS PERSONALES

1) MIGRANTE SI__ NO__

2) EDAD: _____

3) SEXO: F__ M__

4) CELULAR: _____

5) ESCOLARIDAD

ANALFABETA

PRIMARIA INCOMPLETA

PRIMARIA COMPLETA

SECUNDARIA INCOMPLETA

SECUNDARIA COMPLETA

UNIVERSIDAD INCOMPLETA

UNIVERSIDAD COMPLETA

6) ESTADO CIVIL

Soltero

Casado

Unión Libre

Otro _____

7) RAZA

Mestiza

Blanca

Negra

8) LUGAR DE RESIDENCIA

Rural

Urbana

9) FRONTERA DE SALIDA

Corinto__ Florido__ Progreso__ Amatillo__ Naranjos__ Agua

Caliente__ N/A__

19) tiene antecedentes personales patológicos?

SI NO

20) padece de hipertensión arterial?

SI NO

21) sufre de diabetes mellitus?

SI NO

22) ha sido diagnosticado con VIH/SIDA?

SI NO

23) USÓ PROTECCIÓN (CONDON) AL TENER RELACIONES SEXUALES?

SI NO

III. HABITOS, ACCIDENTES Y DISCAPACIDAD

24) Tiene algún tipo de hábito tóxico?

SI NO

25) Cual?

Tabaco Drogas Alcohol

Otros_____ N/A

26) ¿Ha sufrido algún tipo de accidente/por haber migrado?

SI NO

27) Si su respuesta es SI, ¿Causó algún tipo de discapacidad?

SI NO

IV. RIESGO LABORAL Y VIOLENCIA

28) Actualmente, ¿Desempeña algún tipo de trabajo?

SI NO

29) Sufrió algún tipo de riesgo laboral durante su desempeño en el trabajo?

SI NO

30) ¿Ha sido víctima de algún tipo de violencia, por haber migrado?

SI NO

31) De tipo verbal:

Insultos Humillación Gritos aislamiento N/A

Otros_____

32) De tipo físico:

Golpes Quemaduras HAB HAF N/A

Otros_____

33) Abuso Sexual:

Violación Comercio Sexual Practicas que no desee N/A