

MEDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DO



Situación de Acceso a Salud para personas migrantes retornadas en Honduras, El Salvador y Guatemala



Financiado por la Unión Europea  
Ayuda Humanitaria



**PROTAH**

PROTECCIÓN Y AYUDA HUMANITARIA  
NORTE DE CENTROAMÉRICA Y MÉXICO



Financiado por  
la Unión Europea  
Ayuda Humanitaria

---

## **PROYECTO:**

**Asistencia multisectorial a personas  
afectadas por otras situaciones de violencia (OSV)  
y Personas Necesitadas de Protección Internacional (PNIP)**

“

**Situación de Acceso a Salud para  
personas migrantes retornadas en  
Honduras, El Salvador y Guatemala.**

”

---

### **Créditos institucionales**

**Norwegian Refugee Council – NRC**

Angelita Caredda

Directora Norte de Centro América y México

### **Médicos del Mundo**

Elena Cáceres

Coordinadora Regional en Mesoamérica

### **Coordinación de la publicación**

Darlan Alvarado, Coordinador País Honduras

Vanessa Sosa, Responsable de Investigaciones en Mesoamérica

### **Consultor investigador**

Adolfo Vidal, Consultor especialista en migraciones y sistemas sanitarios

### **Equipo de acompañamiento, revisión y análisis**

Darlan Alvarado, Coordinador País Honduras

Vanessa Sosa, Responsable de Investigaciones en Mesoamérica

Jenny Aguilar, Coordinadora Proyecto PROTAH

Saúl Romero, Coordinador Programa Migraciones El Salvador

Max Conde, Coordinador Programa Migraciones Guatemala

### **Asesoría metodológica y edición final**

Vanessa Sosa, Responsable de Investigaciones Mesoamérica

### **Diseño de Portada y diagramación interna**

Damiany Flores Madrid

Este informe contiene una publicación en línea disponible para todo público, con fines académicos, ubicado en el siguiente enlace web: <https://www.medicosdelmundo.org>

---



## Cómo citar este documento:

Médicos del Mundo; Vidal, Adolfo (2022). “Situación de Acceso a Salud para personas migrantes retornadas en Honduras, El Salvador y Guatemala”. Centroamérica. 72 páginas

Se autoriza la reproducción, total o parcial, citando la fuente

**ISBN:** 978-9929-8203-2-6

## Impreso en Guatemala

Serviprensa S.A. 3a. avenida 14-16 zona 1, Guatemala. Teléfono: PBX 2245-8888  
E-mail: [servipresanegocios@serviprensa.com](mailto:servipresanegocios@serviprensa.com)

Esta publicación es posible gracias a:



Financiado por  
la Unión Europea  
Ayuda Humanitaria

Esta investigación y publicación, fue posible gracias al apoyo de la Oficina para la Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea - ECHO por sus siglas en inglés-, en el marco del Proyecto “Asistencia multisectorial a personas afectadas por otras situaciones de violencia (OSV) y Personas Necesitadas de Protección Internacional (PNIP) en el Norte de Centroamérica y México”. El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de Médicos del Mundo y no refleja necesariamente la opinión de ECHO.

---



## Presentación

Médicos del Mundo (MdM) tiene presencia en la región mesoamericana desde hace más de 25 años, interviniendo en diferentes momentos socio-políticos a través de distintos proyectos de acceso a la salud dirigidos a niñas, niños, adolescentes, mujeres, pueblos indígenas, colectivo LGBTIQ+ y población migrante y desplazada por la violencia.

En la actualidad MdM ha orientado sus intervenciones en la región de acuerdo al documento rector “Estrategia de Médicos del Mundo en la Región Mesoamericana, 2017-2020” en alianza entre Médicos del Mundo España y Francia; que transversaliza los enfoques de género y derechos, interculturalidad, incidencia política y gestión del conocimiento; y define como ejes estratégicos de trabajo a) Personas, Migración y Desplazamiento Forzado y b) Derechos Sexuales y Reproductivos, Prevención de la Violencia contra las Mujeres. En el primer eje estratégico, se desarrolla un Programa Regional en El Salvador, Honduras, Guatemala y el Sur de México desde el 2016. Que busca mejorar el acceso a salud y los mecanismos de protección de derechos de la población afectada por la migración y desplazamiento forzado, dicha estrategia se encuentra en este momento en proceso de redefinición tomando ahora en cuenta el impacto de la pandemia por COVID-19.

En el Programa Regional se trabaja en las distintas etapas del ciclo migratorio: origen, tránsito, destino y retorno, la investigación que hoy presentamos está enfocada en el retorno y más específicamente en el momento de llegada a los centros de recepción o atención de personas retornadas. Para la implementación de dicho Programa Regional se han establecido alianzas, se trabaja en coordinación con los gobiernos de los países de la región norte de Centroamérica y para el caso del eje de migración y desplazamiento forzado se trabaja en colaboración con redes estratégicas nacionales u organizaciones de base comunitarias, tales como la Asociación de Retornados Guatemaltecos (ARG) en Guatemala, la Comisión Nacional de Apoyo al Migrante Retornado con Discapacidad (CONAMIREDIS) en Honduras y en el caso de El Salvador con la Alianza de Salvadoreños Retornados (ALSARE), al igual que en socios con otras organizaciones como OXFAM y el Consejo Noruego para los Refugiados (NRC).

---

A través de la presente investigación que MdM realizó en el marco del proyecto “Asistencia multisectorial a personas afectadas por otras situaciones de violencia (OSV) y personas con necesidad de protección internacional (PNPI) en el norte de Centroamérica y México” con fondos de la Oficina para la Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea (ECHO por sus siglas en inglés), genera evidencia sobre las condiciones de las personas retornadas y la calidad de los servicios recibidos en el marco del cumplimiento del derecho humano a la salud, con el propósito de que sea una herramienta viva que provea de insumos a la misma organización en el diseño de su nueva estrategia regional, que logre despertar el interés de organizaciones de la sociedad civil para realizar acciones de incidencia política a favor de la población retornada y que genere conciencia en las personas tomadoras de decisiones para que los programas de atención a personas retornadas puedan cubrir las siguientes expectativas:

- Basados en derechos humanos
- Que tomen en cuenta las necesidades diferenciadas
- Inclusivos
- Que tomen en cuenta las prioridades de las personas retornadas
- Basado en estándares internacionales definidos por la OMS
- Universales
- Eficientes y efectivos
- Empáticos con las vivencias de las personas migrantes retornadas
- Que dignifiquen la condición humana de las personas retornadas
- Que restituyan los derechos
- Que conecten con los programas ofrecidos a nivel local y territorial
- Contextualizados con los efectos e impactos de la pandemia por COVID-19 en los flujos migratorios

El trabajo de MdM con personas retornadas está alineado con la agenda de cooperación internacional enfocada en políticas públicas que garanticen derechos de las personas migrantes en todo su ciclo migratorio, programas de asistencia, protección y reinserción que restituyan derechos, dignifique a todas las personas y la generación de evidencia por medio de investigaciones que sustenten un dialogo político permanente con los Estados, en todos los niveles incluyendo gobiernos locales.

---



Se pretende que la presente investigación resulte un llamado a la acción para activar todos los mecanismos necesarios que coloquen en las agendas nacionales y regionales el derecho a la salud de las personas retornadas, para mejorar no solo las condiciones de atención de estas, sino también impactar sus vidas de tal forma que puedan recomponer sus emociones, restablecer por completo su salud, nutrición, salud mental y sobre todo logre dignificar la vida de las personas retornadas.

Se agradece a todas aquellas personas, representantes de instituciones de los 3 Estados, líderes y lideresas de redes, alianzas y plataformas nacionales de personas retornadas, representantes de organizaciones nacionales e internacionales que colaboraron con proveer información y ser parte de esta investigación por su disposición o ayuda, al equipo del NRC por facilitar y contactar personas retornadas para ser entrevistadas, al personal de MdM por el apoyo logístico, estratégico y de coordinación en el levantamiento la información, pero sobre todo un especial reconocimiento y agradecimiento a las personas retornadas entrevistadas en los centros de atención que a pesar de las circunstancias nos brindaron unos minutos de su tiempo para hacer las entrevistas y a todas aquellas que fueron entrevistadas por otros medios.





## Contenido

Resumen ejecutivo .....	1
Introducción .....	6
Marco conceptual y contexto .....	8
Contexto .....	8
Marcos institucionales .....	12
Metodología .....	17
Definición muestral y levantamiento de información para la investigación .....	17
Caracterización de la muestra .....	19
Hallazgos .....	24
Relacionados con las personas .....	25
Sobre los espacios de atención .....	42
Sobre los servicios ofrecidos y el proceso de recepción .....	44
Buenas prácticas .....	45
Lecciones aprendidas .....	46
Conclusiones .....	48
Recomendaciones .....	51
Bibliografía .....	55
Anexos .....	56

---

## Acrónimos

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ALSARE	Alianza de Salvadoreños Retornados
AMN	Autoridad Migratoria Nacional
ARG	Asociación de Retornados Guatemaltecos
APS	Atención Primaria en Salud
CAMR	Centro de Atención al Migrante Retornado
CANFM	Centro de Atención para Niñez y Familias Migrantes
CONAMIGUA	Consejo Nacional de Atención al Migrante de Guatemala
CONMIGRANTES	Consejo Nacional para la Protección y Desarrollo de la Persona Migrante
CONAMIREDIS	Comisión Nacional de Apoyo al Migrante Retornado con Discapacidad
CONAPROHM	Consejo Nacional para la Protección del Hondureño Migrante
DINAF	Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia
DIPPDIV	Dirección de Protección a las Personas Desplazadas Internamente por violencia
DHS	Departamento de Seguridad de Los Estados Unidos de América
ECHO	Oficina para la Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea
GAMI	Gerencia de Atención al Migrante
INM	Instituto Nacional de Migración
MdM	Médicos del Mundo
NRC	Consejo Noruego para los Refugiados
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSI	Oficina Sanitaria Internacional
PNC	Policía Nacional Civil
PNPI	Personas con Necesidades especiales de Protección Internacional
SESAL	Secretaría de Salud

---

## Resumen ejecutivo

La presente investigación realizada en el marco del proyecto “Asistencia multisectorial a personas afectadas por otras situaciones de violencia (OSV) y personas con necesidad de protección internacional (PNPI) en el norte de Centroamérica y México” con fondos de la Oficina para la Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea (ECHO por sus siglas en inglés), si bien es cierto tiene como propósito evaluar las condiciones sanitarias de las personas retornadas y el cumplimiento del derecho a la salud en la prestación de servicios en los centros de atención, también es un llamado a la acción para emprender juntos un camino para mejorar las condiciones de salud de las personas migrantes en situación de retorno desde la perspectiva de las determinantes de la salud en donde el componente social es un elemento clave para humanizar y mejorar los servicios.

Lo primero que podemos destacar es el reconocimiento a los gobiernos de los 3 países por estar realizando esfuerzos encaminados a mejorar los servicios ofertados a las personas migrantes retornadas y reafirmar que todos ellos han generado procesos de adaptación de cara a la pandemia por COVID-19, tanto en los centros de atención como en los procesos en la prestación de los servicios y sobre todo por disponer muchos de estos en función de evitar contagios.

Los 3 Estados tienen definido el marco programático de atención de la salud de las personas migrantes retornadas dentro de sus planes nacionales de salud y en los programas que estos planes contemplan, estos cuentan con un enfoque de derechos humanos en varios casos, aunque no siempre desde la mirada de las determinantes sociales de la salud; aunque todos están diseñados con una perspectiva de atención integral desde los estándares del funcionamiento sistémico de las entidades de salud, puede que no funcionen en la atención cotidiana para personas en demanda regular de los servicios de salud en centros del primer y segundo nivel, además en el caso las personas migrantes en situación de retorno estos abordajes dejan de funcionar como sistemas y se convierten en acciones aisladas, que se realizan por protocolo. Es en estos protocolos en los que se definen cuáles servicios son de carácter obligatorio para el 100% de personas migrantes en situación de retorno y cuáles se



prestan exclusivamente bajo demanda, en relación a esto último, en este estudio se encontró que del total de la población muestreada solamente 12% de personas adultas accedieron a los servicios prestados bajo demanda.

Si bien es cierto, el marco jurídico sobre migración en los tres países es robusto y tienen como fundamento sus propias constituciones y el marco internacional de derechos humanos, aun así, estos presentan algunas áreas de mejora específicamente en el ámbito de los derechos de las personas migrantes en situación de retorno, encontrándose vacíos en los ámbitos de la salud, la protección y la movilidad en el retorno a sus hogares, por lo que amerita un esfuerzo tanto de la sociedad civil como de los propios Estados.

La metodología permitió obtener información primaria, a través de entrevistas a actores claves como personas migrantes retornadas, prestadores de servicio, funcionarios públicos, personas agrupadas en alianzas de retornados, la cual fue reconfirmada por medio de la revisión documental y la observación directa tanto de los lugares de atención como de los procesos durante la prestación de los servicios.

En cuanto a los hallazgos principales ha sido importante escuchar de propia voz de las personas migrantes en situación de retorno las prioridades, las valoraciones sobre los servicios en los centros de recepción y poder cotejarlas con las consideraciones que tanto prestadores de servicios como funcionarios tienen sobre el funcionamiento y la calidad de los servicios ofrecidos durante el ingreso al país de las personas migrantes en situación de retorno, adicionalmente incorporar la mirada de quienes dan apoyo en este proceso ya sean organizaciones de la sociedad civil u organismos internacionales.

### Los 5 principales hallazgos encontrados en la investigación han sido:

- Los altos niveles de vulneración de derechos durante el proceso de migración y retorno de las personas que llegan a los centros de recepción de personas retornadas son tan graves, que la principal prioridad al llegar al centro es salir lo más pronto posible, relegando a segundo plano el encontrarse en malas condiciones de salud o cualquier otra situación. De la población muestreada en este estudio, 50% de 42 personas entrevistadas manifestó que su prioridad era irse a su casa y tan solo 7% priorizó su salud y la de su familia en el momento de llegada al centro.

- Es importante resaltar que al menos el 50% del total de la muestra de este estudio, presentó algún tipo de alteración en su salud, solamente 12% demandó servicios de atención en salud, en estos casos la demanda estaba relacionada a que su condición de viaje es en unidad familiar, por lo tanto, el porcentaje de personas adultas que demandan servicios de salud podríamos estimar que está debajo del 5%.
- Los 3 países cuentan con instalaciones y personal médico para la atención en salud y personal especializado en primeros auxilios psicológicos. Los centros de recepción poseen espacios asignados y equipados, sin embargo, el uso de dichos servicios es limitado, de la población muestra de este estudio tan solo 12% requirió servicios de salud y 17% de servicios psicológicos. En relación a estos porcentajes es necesario considerar que las personas adultas que los recibieron habían viajado acompañadas con niñas y niños, quienes por protocolo están obligadas a recibir los servicios.
- Las adaptaciones sanitarias con la Pandemia por COVID-19, sin bien es cierto, protegen los contagios de todas las personas, tanto retornadas como a prestadoras de servicios, estos parecen estar más en función de la protección de los servidores que de las y los usuarios del servicio, situación que se deduce al conocer que no se provee de un cambio de mascarilla al bajar del avión o al entrar en el centro de atención.
- Los programas de salud de los centros de atención de personas retornadas forman parte de los programas planificados dentro de las gestiones gubernamentales, no hay programas diferenciados que consideren las condiciones especiales en las que las personas retornan sobre todo en lo relacionado a la salud mental, en donde si bien es cierto, las y los funcionarios reconocen la necesidad de atender dicha área de la salud, sin embargo, en los centros de atención mucho de este personal es contratado por ONGs.

En la lectura completa de esta investigación se encontrarán hallazgos que podrán complementar o reafirmar los aquí expuestos, además de ampliarse con el alcance planteado para la presente investigación.

Algunas de las conclusiones y recomendaciones más relevantes, producto de los resultados de la investigación:

Los Estados han mostrado mejoras sustanciales en los servicios que brindan a las personas retornadas, sobre todo en las adecuaciones y adaptaciones de los espacios considerando la



situación de la pandemia por COVID-19, tales como: la asignación de un porcentaje considerable de recurso humano, algunos soportes logísticos como parte de la oferta de servicios, sin embargo, estas atenciones siguen siendo limitadas al no estar enmarcadas en las necesidades diferenciadas de las personas migrantes retornadas, al no considerar los altos índices de vulneración a los que han sido sometidas, así como no desarrollar herramientas que permitan brindar un servicio ágil, cálido y completo en donde al menos un porcentaje mayor al 50 % de personas retornadas reciban atención de salud y atención psicológica.

El tipo de conexión entre los servicios recibidos en el centro de recepción<sup>1</sup> y los servicios a los que pueden acceder las personas retornadas en su lugar de destino ya sea su comunidad o municipio, están limitadamente articulados, debido a que falta definir mecanismos de seguimiento o aseguramiento de que las personas retornadas que regresan con diagnóstico de padecer enfermedades crónicas, puedan continuar con sus controles y seguimientos en los centros del primer y segundo nivel, para citar un ejemplo, o los seguimientos a las enfermedades infecciosas que no tienen reporte obligatorio por parte de la Oficina Sanitaria Internacional (OSI) para citar uno más.

Hay una urgente necesidad de compartir buenas prácticas entre los 3 países, ya que el estudio muestra que hay elementos tanto coincidentes como no coincidentes en la prestación de servicios, por ejemplo, hay países que superan a otros en la forma de atención, y por ende en el impacto en la vida de las personas migrantes en situación de retorno, por ello, es necesario articular los espacios de integración regional para buscar aprendizajes compartidos e incluso poder tener un abordaje sub regional sobre la migración y el proceso de retorno, uno de estos espacios políticos de interlocución y aprendizaje lo constituye el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) en el cual debe establecerse el diálogo entre países para garantizar un avance coordinado en materia de atención al retorno.

---

<sup>1</sup> Los centros de recepción son también conocidos como centros de atención de personas retornadas o centros de llegada o retorno y cambian su nombre dependiendo del país, para esta investigación se les nombrara como centros de recepción con el fin de unificar un nombre.



La cooperación internacional, las ONGs y redes o alianzas de personas retornadas que apoyan a los gobiernos en su gestión en los centros de recepción también deben colocar su mirada e inversión en los territorios, municipios y comunidades a los que finalmente llegan las personas migrantes en situación de retorno, pues justo en ese lugar donde se puede realizar monitoreo y seguimiento a las acciones o es en dichos espacios en donde justamente deberán de insertarse las personas, esto puede realizarse por medio de generar mecanismos que identifiquen el estatus de retornados con el propósito de facilitarles servicios en los territorios o que las personas sean priorizadas en los programas y proyectos diseñados e implementados por cada uno de los gobiernos.

Finalmente, el presente documento puede ser considerado como una evidencia que abre ventanas de oportunidad para dignificar la atención a las personas retornadas, mejorar las condiciones en los centros de recepción y sobre todo garantizar el derecho a la salud desde la perspectivas de todas sus determinantes sociales, invitamos a quienes lo lean puedan generar espacios de debate y reflexión sobre los resultados de la investigación con todos los actores involucrados y a partir de ello buscar propuestas colegiadas, de calidad , de alto impacto, innovadoras pero que, sobre todo, su punto de partida sea las necesidades diferenciadas de las personas migrantes en proceso de retorno.



## Introducción

La migración de personas de los países del norte de Centro América continúa siendo un proceso social, sostenido y dinámico el cual ya no solo está marcado por la determinantes sociales, económicas y culturales de siempre sino también por un nuevo elemento denominado pandemia por COVID-19. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró que el mundo se enfrentaba a una pandemia a raíz de la rápida propagación de la enfermedad SARS-CoV-2, popularmente conocido como COVID-19 o coronavirus (World Health Organization, 2020).

La presente investigación es realizada por Médicos del Mundo en el marco del proyecto “Asistencia multisectorial a personas afectadas por otras situaciones de violencia (OSV) y personas con necesidad de protección internacional (PNPI) en el norte de Centroamérica y México” con fondos de ECHO el cual ejecuta en consorcio con El Consejo Noruego para los Refugiados (NRC) y OXFAM y esta tiene como propósito generar un documento que analice las respuestas estatales y posibles áreas de intervención en materia de acceso a salud integral en Honduras, El Salvador y Guatemala para personas migrantes retornadas y los impactos que la emergencia COVID-19 ha tenido particularmente en relación a la garantía del derecho universal a la salud en el proceso de retorno/deportación; mediante el análisis documental, revisión de estadísticas y normativa aplicable y la consulta directa a actores clave utilizando herramientas participativas.

El documento generado a partir de este estudio aporta elementos clave para la toma de decisiones institucionales y de la sociedad civil en el marco de reivindicar los derechos humanos de las personas retornadas, principalmente el derecho a la salud desde el enfoque de la determinación social, en donde los Estados puedan implementar el abordaje desde la función sistémica, tal como funcionan otros sistemas como el de protección civil o el de protección integral de la niñez, establecer un sistema de atención integral a la persona migrante retornada.

La estructura que encontraremos en su lectura nos permitirá ver el planteamiento metodológico y la caracterización de la muestra, para luego desarrollar de manera ordenada los principales hallazgos que van desde las prioridades de las personas retornadas en su ingreso a los centros de atención, hacer un análisis comparativo entre la



demanda y la oferta de servicios de salud y ver cómo estos responden a las necesidades diferenciadas de las personas migrantes en situación de retorno, las conclusiones dan fuerza a los hallazgos encontrados para luego de manera propositiva convertir las recomendaciones en un llamado a la acción con propuestas definidas para los diferentes actores que están relacionados con esta problemática.

Estudiar y atender el retorno de las personas en situación de migración irregular en contexto de pandemia por COVID-19 representa nuevos desafíos, debido a que hay limitaciones en cuanto al distanciamiento, medidas de bioseguridad y al nivel de jerarquía que la pandemia en si misma ha cobrado por sobre todos los servicios ofrecidos, pero particularmente los de salud en donde COVID-19 ha desplazado en importancia a las otras determinantes de la salud.





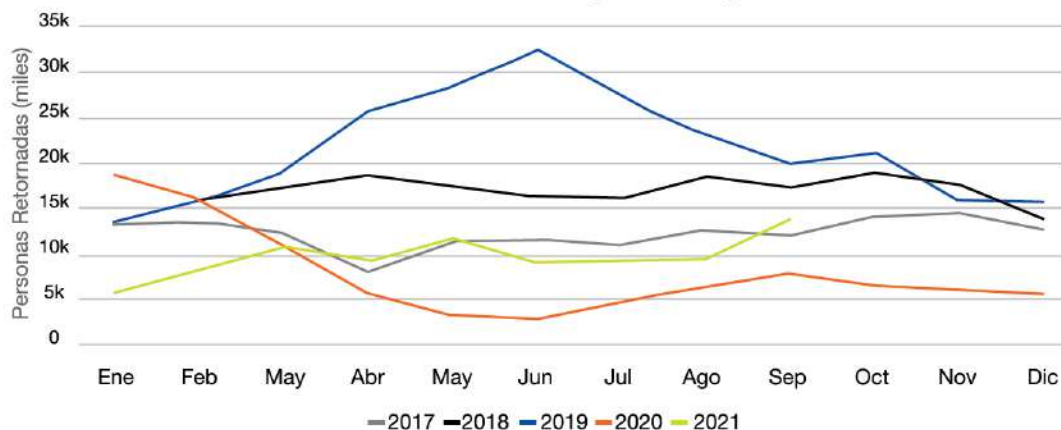
## Marco conceptual y contexto

### Contexto

Hasta el 2019 la etapa de globalización, la alta movilidad de los capitales y los avances en los medios de transporte y comunicación, han impulsado los procesos migratorios. A la vez y paradójicamente, las políticas migratorias restrictivas y las manifestaciones de xenofobia, unidas a la documentación masiva de la identidad de las personas y los medios tecnológicos de control de las fronteras, han buscado limitar los procesos migratorios, dando origen al fenómeno social de las llamadas “personas ilegales” o «sin papeles».

Con la llegada de la pandemia es importante resaltar qué en las dinámicas migratorias las deportaciones nunca se detuvieron a pesar de las restricciones en la movilidad, cierre de aeropuertos y fronteras, si bien es cierto hubo una disminución de estas , pero estas nunca se detuvieron por completo en ninguno de los 3 países, estas fueron, cayendo grandemente en los meses de marzo a junio del 2020 y actualmente en el año 2021 alcanzando los niveles del año 2018 tal como nos lo muestra la gráfica a continuación:

Gráfica 1: **Personas Retornadas por Mes y Año**



**Fuente:** Dashboard de Norte de Centro América, Iniciativa de Gestión de Movilidad Humana en el Triángulo Norte, OIM, 2021

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) los retornos de migrantes a países del norte de Centroamérica en enero de 2020 registraron la cifra más alta comparado con el mismo mes en los últimos cuatro años. Sin embargo, entre marzo y junio del mismo año se presentó un descenso significativo en la cantidad de retornos registrados, con un ligero repunte en julio y agosto, esto se explica debido a las limitantes de movilidad y cierres de países debido a la pandemia por COVID-19. Durante los primeros ocho meses de 2020, 115.480 menos personas migrantes han retornado a países del norte de Centroamérica, constituyendo una disminución del 63,9 por ciento en comparación con el mismo periodo en 2019. De las 65.339 personas que retornaron a países del norte de Centroamérica entre enero y agosto de 2020, 8.071 (12.4%) retornaron a El Salvador, 29.261 (44.8%) a Guatemala y 28.046 (42.9%) a Honduras.

Para el año 2021 en lo que respecta al norte de Centroamérica un total de 83,513 personas fueron retornadas principalmente de México y Estados Unidos, lo cual significa un aumento del 14.4% con respecto al año anterior. En cuanto a los datos por sexo, el 34.3% (59,246) de personas retornadas fueron hombres mientras que el 15.7% (11,031) fueron mujeres. En cuanto a niñez, el 65.5% (8,675) fueron niños y 34.5% (4,561) niñas.

Las deportaciones al Norte de Centroamérica alcanzaron en septiembre pasado su punto más alto mensual en lo que va de 2021, mientras que México duplicó los retornos de niñez y adolescentes, según datos divulgados el 26 de octubre de 2021 por la OIM.

La OIM indica que las deportaciones de salvadoreños, hondureños y guatemaltecos solo en septiembre llegaron a 13,439. Esta cifra es superior a todas las registradas mensualmente en 2021, la que más se le acerca son los 11.630 retornos de mayo.

La cifra total de personas deportadas al Norte de Centroamérica se elevó un 16,7 por ciento entre enero y septiembre de 2021, pasando de 72.981 en 2020 a 85.188 en la actualidad. En el período estudiado, únicamente las repatriaciones desde Estados Unidos sumaron 13.258, un 62,8 por ciento menos que los 35.675 de 2020.



## El retorno forzado:

Durante el Año Fiscal 2020, la agencia de Operaciones de Ejecución y Remoción (ERO, por sus siglas en inglés) del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE) de EE. UU., condujo 185,884 remociones un 30% menos en relación al Año Fiscal anterior. Esta baja se debió principalmente a una disminución en las detenciones realizadas por la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza de Estados Unidos (CBP, por sus siglas en inglés), en la frontera suroeste debido a la implementación de la autoridad del título 42<sup>2</sup> U.S.C. 265 y 268 de la Ley de Seguridad de la Salud Pública para expulsar a los no-ciudadanos estadounidenses, con el objetivo de evitar la introducción de COVID-19; aunque también se vio afectado por una disminución en los arrestos internos por parte de ICE ERO (ICE, 2021).

Debido a los retos particulares que implicó la pandemia, el 30% de reducción del año 2020 no es representativo de años anteriores. La tendencia previa se había inclinado hacia un considerable aumento en las remociones. Según datos del Departamento de Seguridad Nacional de dicho país, se concretaron 360,000 remociones en el año 2019, un aumento de 9.5% en relación al año 2018. Las remociones expeditas representaron el 46% del total, mientras 39% se basaron en el restablecimiento de órdenes de remoción anteriores. La remoción de nacionales mexicanos alcanzó el 60% del total, mientras las remociones de personas de la región norte centroamericana constituyeron el 31% (según el Departamentos de Seguridad Nacional de los Estados Unidos conocido por sus siglas en inglés como DHS, 2020).

Más allá de las cifras de remoción, por vía aérea o terrestre, desde Estados Unidos, México o Guatemala; es fundamental mencionar que todos los procesos de repatriación dependen de un complejo entramado de procedimientos legales y administrativos, en base a marcos legales y acuerdos bilaterales establecidos por cada país. No obstante, Jorge Durand (en Gramajo, 2018) concibe el retorno como un proceso que requiere de la toma de decisiones; y al igual que se hace al momento de migrar, “el retorno tiene relación tanto con lo que le

---

<sup>2</sup> Título 42 hace referencia a las restricciones fronterizas entre México y Estados Unidos impuestas por este último como medida para evitar la propagación del COVID-19, esta medida es en sí una expulsión de los puestos fronterizos en Estados Unidos sin posibilidades de procesos legales.

sucede al migrante durante su estadía como con los cambios que se dan en el contexto internacional de los países de origen y de los países de destino” (p.15). La migración de retorno permite analizar un amplio perfil de personas, con experiencias muy diversas en su ciclo migratorio.

Según funcionarios de los tres países entrevistados existe un alto índice de reintento, en promedio para la región es de 65 %, esto se debe a que la inversión adquirida es elevada y esta consta de 3 intentos, por lo que muchas de las personas retornadas, se ponen en contacto con su “coyote” para reiniciar el proceso de migración en el mismo momento de llegada.

### El derecho a la salud:

En el ámbito de la salud, nos referiremos al concepto de salud integral basándonos en la definición de la Organización Mundial de la Salud en adelante (OMS), la cual señala que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El derecho a la salud es un derecho humano universal, por tanto, los Estados tienen la obligación legal de asegurar el acceso a una atención sanitaria que esté disponible; sea aceptable, asequible con calidad y calidez. Además, debe ir de la mano de la provisión de otros factores determinantes de la salud, tales como agua potable y segura, saneamiento, comida, vivienda, información y educación en relación a la salud, e igualdad de género (Médicos del Mundo, 2018).

Según la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante la conferencia mundial sobre Atención Primaria en Salud (APS) menciono que “la salud es un derecho de las personas y una responsabilidad de los Estados.” En dicha conferencia se suscribió la Declaración de Astaná, que tiene como objetivo reorientar los esfuerzos en la atención primaria de salud para garantizar que todas las personas, en todas partes, puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud.

El enfoque de la APS es fundamental para lograr las metas globales compartidas en Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con el derecho a la salud. Desde la visión de la OPS, la atención primaria de salud implica



eliminar barreras de acceso a la salud, entre ellas las financieras, geográficas, culturales y de género, así como abordar la fragmentación y segmentación de los sistemas y servicios de salud. “Requiere la acción del Estado, porque sin acción del Estado, no hay derecho a la salud, especialmente para aquellos que viven en situación de vulnerabilidad”, subrayó la directora de dicha institución (OPS, 2018). Además, pidió oír la voz de los que no han tenido acceso equitativo a la salud, escuchar sus necesidades y fortalecer su participación y compromiso para poder desarrollar un modelo de atención centrado en las personas y sus comunidades.

## Marcos institucionales

### Guatemala:

El sistema migratorio guatemalteco, cuya creación consta en el Código de Migración, es el conjunto de instituciones estatales que velan por la persona migrante y la regulación del ingreso y salida de guatemaltecos y extranjeros a Guatemala, así como el tránsito y la estancia de los extranjeros en el mismo.

Este sistema se conforma por la Autoridad Migratoria Nacional, el Instituto Guatemalteco de Migración y el Consejo Nacional de Atención al Migrante y cuenta con el apoyo de la Policía Nacional Civil (PNC).

- La Autoridad Migratoria Nacional (AMN) tiene a su cargo la formulación, creación, modificación, emisión y supervisión de la política migratoria y de la seguridad en materia de migración. Se organiza y se rige por el Código de Migración y la legislación nacional, así como los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos de los cuales es parte el país.

La AMN celebra su primera sesión ordinaria en el mes de enero de cada año, dando seguimiento una vez cada tres meses en sesiones ordinarias y sesiones extraordinarias cuando sea necesario.

- El Instituto Guatemalteco de Migración (IGM) ejecuta la política migratoria emitida por la AMN y controla el ingreso de personas extranjeras al territorio nacional, así como su permanencia, egreso y las modificaciones de los estatus migratorios. El Instituto cuenta con la colaboración de la PNC que es la autoridad facultada para detener personas.

El presidente director general del Instituto Guatemalteco de Migración, ejerce sus funciones con absoluta independencia funcional sin perjuicio de las directrices y lineamientos que se determinen por la AMN para la efectiva ejecución de la política nacional migratoria y programas de atención para personas retornadas.

El Consejo de Atención y Protección, instalado en 2020, es el ente de la Autoridad Migratoria Nacional responsable de crear los programas de atención en salud a personas deportadas o retornadas y atender a las familias de personas migrantes consideradas desaparecidas durante la migración, así como para concientizar sobre los riesgos de la migración.

EL consejo tiene como mandato la coordinación interinstitucional para la creación de planes, programas y procedimientos para dar seguimiento a la atención y protección de las personas migrantes (origen, tránsito, destino, retorno), este Consejo se encuentra integrado por el Viceministerio de Salud, Educación, Trabajo, Gobernación, Relaciones Exteriores, Economía, Desarrollo Social, Procuraduría General de la Nación, Secretaría de Bienestar Social, Procuraduría de Derechos Humanos y Secretario de CONAMIGUA

## Honduras:

El sistema migratorio hondureño, cuya creación consta en la Ley de Migración y Extranjería de Honduras, es el conjunto de instituciones estatales que velan por el migrante y la regulación del ingreso y salida de hondureños y extranjeros a Honduras, así como el tránsito y la estancia de los extranjeros en el mismo. Este sistema se conforma por la Secretaría de Gobernación y Justicia, el Instituto Nacional de Migración y el Departamento de Inspectoría ayudado por los Delegados de Migración y la Policía Nacional Civil.



- La Secretaría de Gobernación y Justicia propone al presidente la política migratoria de Honduras resoluciones de concesión, denegación o cancelación de residencia y cambio de calidad migratoria; ordena la expulsión de extranjeros; conoce y resuelve las solicitudes de perdón presentadas por extranjeros expulsados o deportados del país; y concede el asilo cuando corresponda.
- El Instituto Nacional de Migración quien heredó sus funciones de la ex Dirección General de Migración y Extranjería, aplica la Ley de Migración y Extranjería y formula, propone y ejecuta política migratoria a la Secretaría. El Instituto controla la entrada, salida y permanencia de extranjeros en el territorio nacional; custodia a los extranjeros en centros especiales de atención y coordina actividades de supervisión de la Policía Nacional Civil y otros entes para prevenir la inmigración irregular. Asimismo, aplica las sanciones, multas, tasas, derechos y cobros por actuaciones; ordena la deportación cuando corresponda; reconoce la condición de refugiado y habilita los lugares que considere necesarios para el control de la entrada o salida de nacionales y extranjeros.

El Instituto Nacional de Migración, por medio de su Subsecretaría de Asuntos Consulares y Migratorios, elabora, desarrolla y coordina con instituciones públicas y privadas programas de apoyo y asistencia a los migrantes hondureños retornados al país y en situaciones vulnerables, quienes son atendidos en el Centro de Atención al Migrante Retornado (CAM-R).

### El Salvador:

El sistema migratorio salvadoreño, es el conjunto de instituciones estatales que velan por la persona migrante y la regulación del ingreso y salida de salvadoreños y extranjeros a El Salvador, así como el tránsito y la estancia de los extranjeros en el mismo. Este sistema se conforma por el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, el Consejo Consultivo de Migración y Extranjería y la Dirección General de Migración y Extranjería con apoyo de la Policía Nacional Civil.

- El Ministerio de Justicia y Seguridad Pública ejecuta la política integral de migración y extranjería del estado, ejerce el control migratorio a través de la Dirección General de Migración y Extranjería, ordena la expulsión de las personas extranjeras en los casos determinados en la ley y ordena la apertura y clausura de los puestos de control migratorio.
- El Consejo Consultivo de Migración y Extranjería, órgano asesor y consultivo de la Presidencia en materia migratoria y de extranjería, elabora, recomienda, monitorea y evalúa la política integral migratoria y su plan de acción, así como las medidas y acciones necesarias para su implementación.
- Consejo Nacional para la Protección y Desarrollo de la Persona Migrante y su Familia (CONMIGRANTES), en su ley, hace referencia también a la migrantes desaparecidos y su familia y es un ente autónomo intersectorial que incluye a sociedad civil y academia cuyo rol es elaborar, proponer, canalizar, verificar el cumplimiento de la política integral de protección y aquellas políticas relacionadas a los vínculos entre migración y desarrollo. Asimismo, será un ente de coordinación interinstitucional e intersectorial del Estado y los migrantes salvadoreños
- La Dirección General de Migración y Extranjería aplica la normativa migratoria, ejecuta la política integral migratoria y de extranjería y efectúa, con apoyo de la Policía Nacional Civil, el control migratorio para lo cual adopta y aplica medidas necesarias para prevenir y controlar la migración irregular, habilitando y administrando centros de atención integral para personas extranjeras migrantes sujetas a procesos de deportación, repatriación, expulsión o de determinación de la condición de refugiado. Asimismo, la Dirección General cancela o suspende la permanencia legal de personas extranjeras en el país, así como ordena y ejecuta las deportaciones o expulsiones de estas. Dentro de esta misma dirección se encuentra la Gerencia de Atención al Migrante (GAMI) la cual es la responsable directa de la atención de la persona migrante retornada.



**Cuadro 1: Cuadro comparativo sobre Marcos Legales, Institucionales y Programas de Atención a Personas Migrantes y Retornadas**

Marco normativos, institucionales y programas.	El Salvador	Honduras	Guatemala
Sustento jurídico	Constitución de la República y tratados internacionales.	Constitución de la República y tratados internacionales.	Constitución de la República y tratados internacionales.
Leyes	Ley especial de migración y extranjería.	Ley de migración y extranjería y decreto ejecutivo de creación de	Código de migración y ley de consejo de atención
Ente rector	Ministerio de Justicia y Seguridad Pública.	Secretaría de Gobernación y Justicia.	Autoridad Migratoria Nacional (AMN).
Ente ejecutor	Dirección General de Migración y Extranjería.	Instituto Nacional de Migración. (Sub Secretaría de Asuntos	Instituto Guatemalteco de Migración (IMG)
Unidad operativa	Gerencia de Atención al Migrante (GAMI).	Centro de Atención al Migrante Retornado (CAMR).	Sub dirección de Atención y Protección de Derechos Fundamentales
Servicio de Salud	Centro de atención locales o distritales.	Centro de atención locales o distritales.	Centro de atención locales o distritales.
Programas de Salud	No diferenciados para personas retornadas.	No diferenciados para personas retornadas.	No diferenciados para personas retornadas.
Programas de atención Covid-19	Presidencia de la República.	Secretaría de Salud.	Ministerio de Salud.

**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

## Metodología

### Definición muestral y levantamiento de información para la investigación

El diseño y elaboración de instrumentos se rigió por el enfoque de derechos humanos, enfoque de género y el criterio ético de no revictimización, que permitieran tanto desde el plano individual, como colectivo conocer mejor las experiencias vividas y sus condiciones de salud en el momento de llegada a sus países y las vivencias durante los servicios recibidos en los centros de recepción de personas retornadas.

Para el presente estudio se definió el uso de tres técnicas de levantamiento de información: encuestas breves a personas migrantes en situación de retorno, con predominancia de datos brindados por mujeres; entrevistas a profundidad a personal institucional y de organizaciones y la realización de grupos focales con personas migrantes en situación de retorno. Es importante mencionar que se definió una muestra un total de 35 encuestas tomando en cuenta las condiciones de restricción por COVID-19, sin embargo posteriormente se consideró un incremento de 5 adicionales, debido a un replanteamiento de la metodología en la recolección de información, para lograr un mayor número de encuestas se abrió la posibilidad de realizar encuestas presenciales en el momento de llegada, entrevistas por video llamadas, encuestas online por medio de la plataforma de Google Forms y el uso de bases de datos de Médicos del Mundo y de algunos de sus socios.

• <b>Total de la muestra:</b> .....	<b>40</b>	<b>personas adultas</b>
<b>Distribución:</b>		
◦ Honduras .....	15	
◦ Guatemala .....	15	
◦ El Salvador .....	10	
• <b>Total, de encuestas realizadas:</b> .....	<b>42</b>	<b>personas adultas</b>
<b>Distribución:</b>		
◦ Honduras .....	18	
◦ Guatemala .....	11	
◦ El Salvador .....	13	



## • Perfil de las personas encuestadas

- Mayores de 18 años
- Voluntad de participación en la encuesta<sup>3</sup>
- Número mayor de mujeres
- Retorno entre marzo 2020 y diciembre 2021
- Ingresado al país por cualquier medio

Para las encuestas a profundidad con funcionarios y prestadores de servicios, se establecieron tres sectores; una muestra de directores y funcionarios de alto nivel, personal en atención directa en los centros de recepción y el tercer grupo de entrevistas ha consistido en redes de personas retornadas u organismos internacionales u organizaciones de la sociedad civil:

• <b>Total de entrevistas:</b>	
<b>Funcionarios de alto nivel</b>	<b>15</b>
◦ Honduras .....	6
◦ Guatemala .....	5
◦ El Salvador .....	4
<b>Personal en servicios</b>	<b>14</b>
◦ Honduras .....	8
◦ Guatemala .....	0 <sup>4</sup>
◦ El Salvador .....	6
<b>Sociedad civil y ONG</b>	<b>6</b>
◦ Honduras .....	3
◦ Guatemala .....	2
◦ El Salvador .....	1

<sup>3</sup> En el caso de Honduras el Consejo Noruego (NRC) facilitó la participación de 7 personas en las encuestas, situación que podrá verse reflejado en los hallazgos en cuanto a sus necesidades inmediatas de protección.

<sup>4</sup> En Guatemala, no fue posible la visita al centro, debido a ello no se reportan personal de servicios entrevistados.

Se realizaron un total de 5 grupos focales 2 en Guatemala, 2 en Honduras y 1 en El Salvador.

Los grupos focales estuvieron estructurados de la siguiente forma:

Grupo focal	País	Hombres	Mujeres
Grupo 1	Guatemala	9 hombres	
Grupo 2	Guatemala	8 hombres	5 mujeres
Grupo 1	Honduras	7 hombres	2 mujeres
Grupo 2	Honduras	1 hombre	5 mujeres (virtual)
Grupo 1	El Salvador	2 hombres	6 mujeres

La observación directa fue realizada en 4 centros de recepción; 2 en Honduras y 2 en El Salvador; en el caso de Honduras se visitó el CAMR de San Pedro Sula ubicado en el aeropuerto Ramón Villeda Morales y Casa Belén o también conocido como CANFM y en El Salvador se visitó el centro de recepción en el Aeropuerto Monseñor Oscar Arnulfo Romero y el GAMI ubicado en San Salvador.

En el caso de Guatemala se realizó una lista de chequeo para verificar como es el centro de recepción de personas retornadas, se revisaron esquemas diagramados sobre los espacios y revisión fotográfica del lugar más relatos de personas que trabajan como voluntarios en dicho centro de atención pertenecientes a ARG, debido a que no fue posible realizar observación directa.

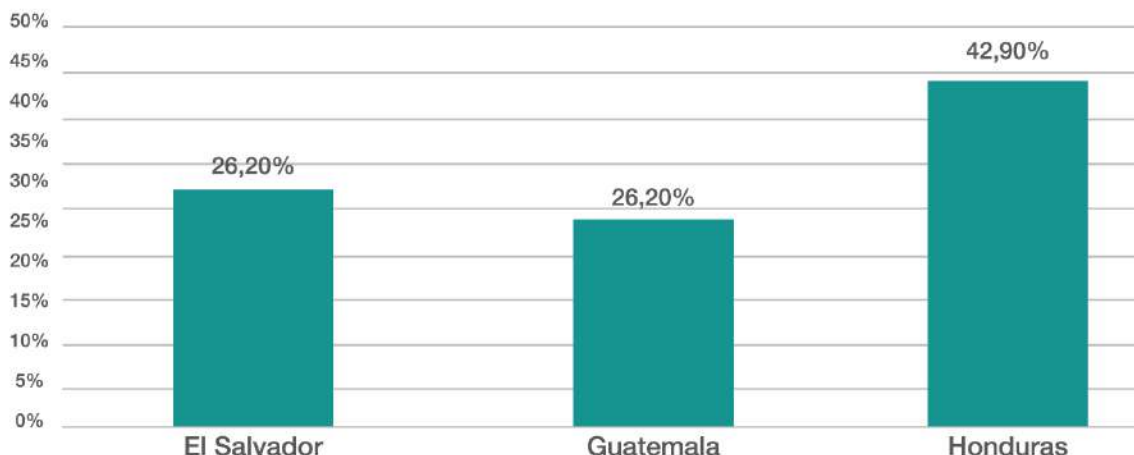
## Caracterización de la muestra

### Países de las personas encuestadas

La gráfica con la que se da inicio a la caracterización de la muestra en esta investigación es la de la distribución porcentual de personas encuestadas, esta gráfica puede verse de forma comparativa con el cuadro 2 que contiene información sobre el número y porcentajes proyectados y realizados de personas encuestadas con el fin de poder realizar un mejor análisis.



**Gráfica 2: Porcentaje de distribución de países (personas encuestadas)**



**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

El resultado de distribución de personas encuestadas se acerca bastante a la muestra definida para el estudio, la cual se diseñó basada en los flujos de retorno por país, en las posibilidades de apertura por parte de los gobiernos y de los tiempos considerados para el levantamiento de la información, dejando establecido la priorización de entrevistar mujeres en este proceso de investigación.

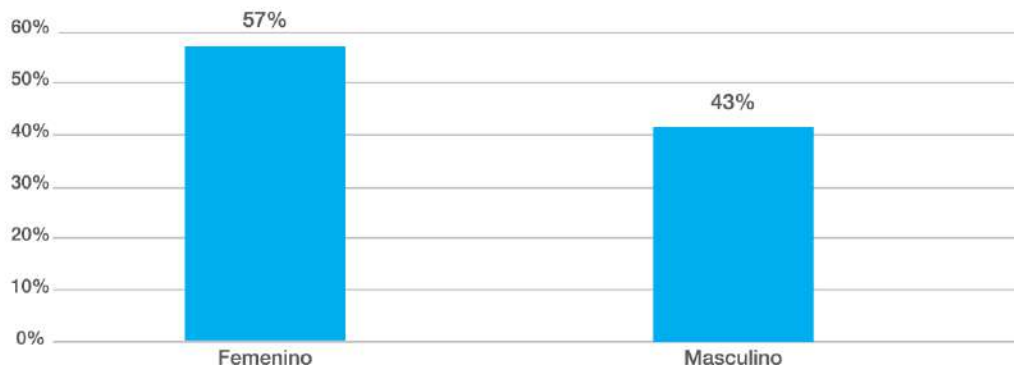
**Cuadro 2: Cuadro comparativo entre encuestas realizadas versus muestra definida**

País	Número de encuestas propuestas	Número de encuestas propuestas	Número de encuestas realizadas	Número de encuestas realizadas
Honduras	15	37,5%	18	43%
Guatemala	15	37,5%	11	25%
El Salvador	10	25%	13	31%
Total	40	100%	42	105%

**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

## Género

Gráfica 3: Género de las personas encuestadas



**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

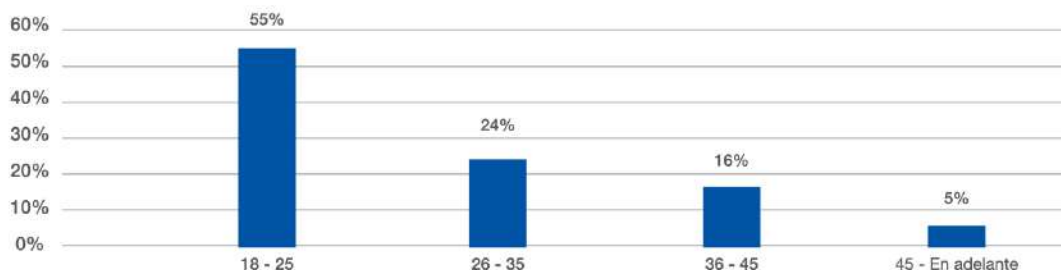
Sin embargo, también es importante aclarar que esa relación porcentual de personas entrevistadas se deriva del diseño muestral para este estudio, ya que, según las autoridades migratorias, la relación entre hombres y mujeres que retornan a los países objeto de este estudio varía entre 85 y 90% de hombres y entre 15 y 10 % de mujeres.

## Rangos por edades

Los rangos por edad de las personas retornadas es también un dato relevante que caracteriza en este caso los grupos etarios que más flujo migratorio demuestran, en este caso podemos decir que si es coincidente con los datos que registran las autoridades y organismos internacionales que monitorean la situación de migración en los países es el grupo de población joven quienes más migran.



**Gráfica 4: Rango de edades**



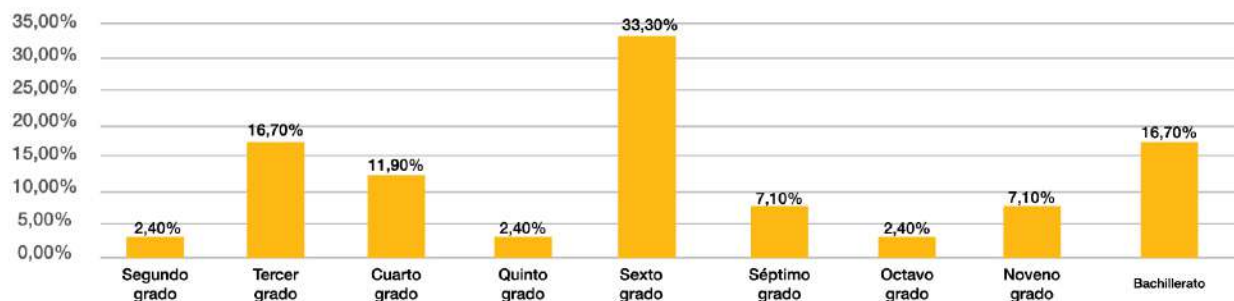
**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

En cuanto a los rangos por edad podemos ver que continúa el patrón ya conocido de población joven en situación de migración, en el caso del presente estudio de población retornada el grupo de 18 a 25 años representan un 55 % de las personas encuestadas y el resultado acumulado hasta los 35 años es el 79%:

### Escolaridad

La escolaridad como determinante social continúa manteniendo un patrón muy similar al de hace mucho tiempo siendo las personas con menor escolaridad quienes más migran, sin embargo, es importante mencionar que dentro de los grupos focales participaron personas con formación académica universitaria que en algún momento habían migrado y retornado al país.

**Gráfica 5: Nivel de educación.**



**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

En cuanto al nivel de escolaridad de las personas retornadas encuestadas se puede observar en la gráfica anterior que el grado máximo cursado es bachillerato y que más de un 83% ha logrado cursar hasta noveno grado:

### País de retorno

El país de retorno continúa siendo mayoritariamente Estados Unidos a pesar de que las personas detenidas en México continúan en aumento, esto también se debe a acuerdos entre los gobiernos que han solicitado al gobierno mexicano una reducción en el retorno de sus personas detenidas y a los soportes que Estados Unidos le está ofreciendo a México por detener en su país el flujo migratorio hacia sus fronteras<sup>5</sup>:

**Gráfica 6:** País de donde llega



**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

### Medio de retorno

El medio de retorno ha estado muy vinculado con el momento de llegada debido a que con la situación de la pandemia se establecieron acuerdos con Estados Unidos y México para el proceso de deportación en donde en los últimos meses se han suspendido la mayoría de los retornos por vía terrestre este dato ha sido reportado por funcionarios públicos de los tres países:

<sup>5</sup> En el caso particular de Guatemala el retorno desde México se realiza vía terrestre por lo que las personas retornadas desde allá no ingresan al centro de recepción aéreo



Gráfica 7:

### Medio de retorno



**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

La gráfica reporta un 71% de retorno por vía aérea, pero también debe de tomarse en cuenta que los lugares visitados para el levantamiento de la información en su mayoría fueron son centros de recepción de personas retornadas por vía aérea y también a otros aspectos como la pandemia y acuerdos internacionales entre Estados Unidos y México con los tres países del Norte de Centro América.

## Hallazgos

En relación a los hallazgos encontrados podemos comenzar diciendo que la prestación de servicios a personas retornadas en sus países de origen está determinada por los siguientes elementos:

- Los programas y políticas públicas de cada uno de los países.
- El flujo de retornados por semana.
- El tipo de instalaciones con las que cuentan.
- Las características de la población retornada (personas adultas solas o en unidad familiar).

- El estatus asignado por las autoridades migratorias de los Estados Unidos (título 42 o título 48).
- Los apoyos y ayudas de organismos internacionales (donaciones y apoyo técnico)
- Los modelos de atención (directos o tercerizados).
- Los recursos asignados para los programas y los centros de atención de personas retornadas.
- El impacto de la pandemia en los países.
- Los tipos de abordajes, los cuales no consideran los sistemas de respuesta en crisis humanitaria, a pesar de que los flujos migratorios han adquirido un nivel más alto de riesgo con la pandemia.

## Relacionados con las personas

- Las personas retornadas perciben y asumen que en su calidad de migrante irregular pierden todos sus derechos, incluyendo su derecho a la salud.
- Las tres primeras prioridades al llegar a un centro de atención de personas retornadas son:
  - Salir del lugar lo más pronto posible.
  - Ponerse en contacto con un familiar.
  - Buscar ayuda para situaciones graves (protección).
- Un promedio del 50% de personas retornadas encuestadas en este estudio, reportaron alguna alteración en el estado de su salud, sin embargo, menos del 7% priorizaron su condición sanitaria.
- Los grupos focales revelaron que la buena valoración de los servicios recibidos en cada uno de los países se debe a que todas las personas establecen comparaciones entre las condiciones en que se encontraban durante su detención y el servicio recibido en su país de retorno.

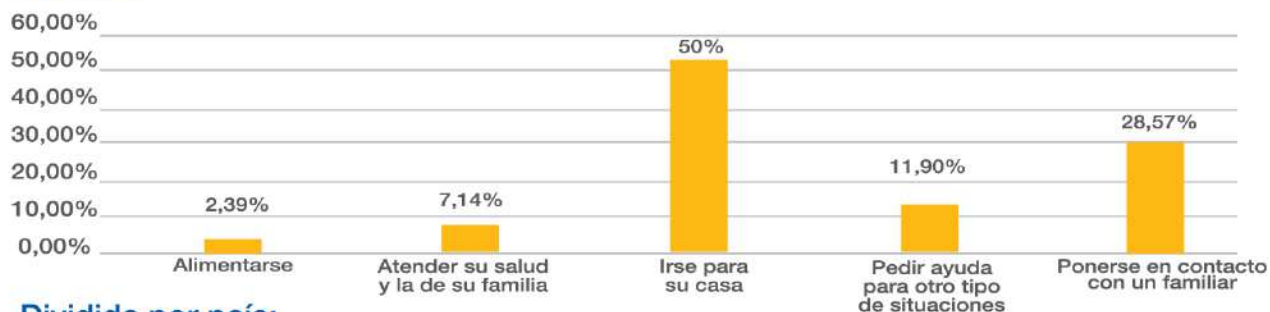


- Existe una marcada diferencia entre los servicios recibidos por personas que viajan en unidades familiares y personas que viajan solas, siendo las ultimas quienes menos atenciones reciben, aun siendo mujeres adultas viajando solas. El elemento determinante para esa marcada diferencia en la atención lo hace la compañía de un niño o una niña.

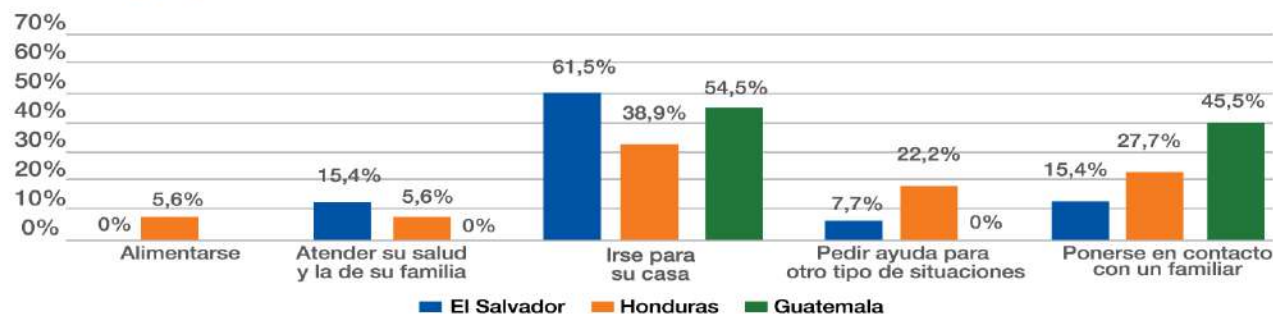
Las personas en los grupos focales hicieron mención de que las personas retornadas entre marzo y septiembre 2020 fueron directamente remitidas a los centros de contención establecidos por los gobiernos con el fin de evitar contagios, pero sobre todo señalaron que no recibieron ningún otro servicio en los aeropuertos o lugares de llegada únicamente toma de temperatura y preguntas relacionadas con síntomas por COVID-19 en los servicios recibidos

**Gráfica 8: Prioridad al momento de llegada al centro de atención de personas retornadas**

**General:**



**Dividida por país:**



**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

Salir del centro de recepción para irse para su casa, fue la prioridad más seleccionada por las personas entrevistadas en los centros de atención de retorno de los tres países, puede inferirse que dicha prioridad tiene mucho sentido debido a que vienen de procesos de encierros prolongados, críticos o dolorosos. Sin embargo, es imposible no prestar atención que solo un 7% del total de la muestra prioriza su salud o la de algún miembro de su grupo familiar.

La segunda prioridad fue ponerse en contacto con un familiar, lo que hace visible las necesidades afectivas de las personas retornadas y posiblemente las personas retornadas saben que esto también contribuye con su salud mental, ya que entrar en contacto con alguien de la familia les da seguridad, esperanza y mejora su situación emocional.

Solicitar ayuda para situaciones especiales fue la tercera prioridad mencionada en la encuesta con un 19%, de los cuales la mayoría de los casos se encuentran en Honduras, esto tiene una relación directa con que muchas de las entrevistas realizadas en dicho país fueron posibles con el apoyo del Consejo Noruego para los Refugiados y el total de las personas remitidas por dicha institución se encuentran en programas de protección, debido a que la razón de porque migraron estaba directamente ligada con violencia y amenazas a su vida y la de sus familiares.

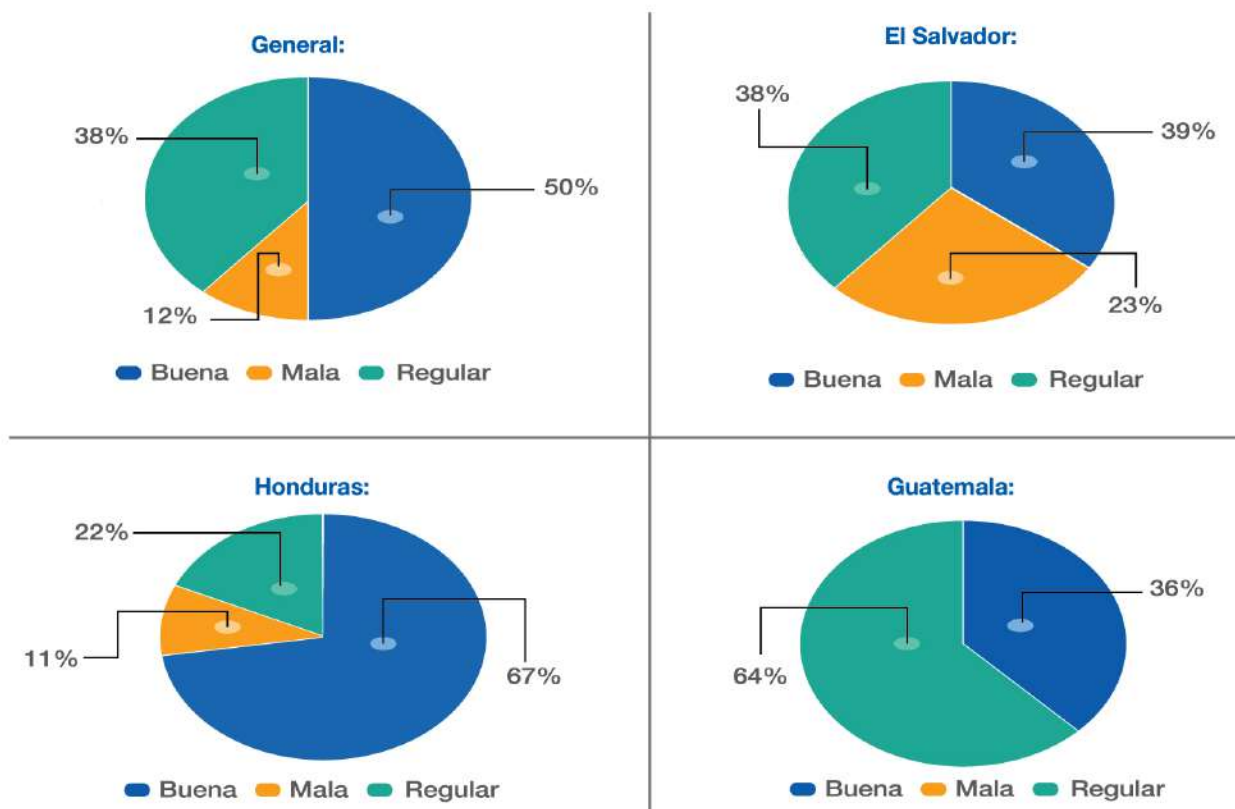
Atender su salud y la de su familia aparece como la cuarta prioridad con tan solo 7% del total de las personas encuestadas, adicionalmente en los grupos focales las personas participantes manifestaron que notaban que un porcentaje considerable de personas que viajaban con ellas se notaban con algún tipo de afectación en su salud.

Podemos ver también en el conjunto de gráficos que El Salvador es el país con mayor priorización de la salud por parte de las personas migrantes retornadas, en Guatemala ninguna de las personas entrevistadas consideró su salud o la de la familia como algo relevante a su llegada a sus países de retorno y Honduras es el país que más se acerca al promedio subregional con un 5% de personas que reportaron la priorización de su salud a su llegada al centro de atención.

Los presentes hallazgos dejan claro cuáles son las prioridades de las personas al momento de su llegada a sus países, en adelante podremos vincular los datos de la priorización al llegar con la situación de salud y las atenciones recibidas en los centros de atención de personas migrantes retornadas.

La información también puede ser tomada en cuenta en el diseño y mejora de los programas de atención de personas migrantes en situación de retorno.

**Gráfica 9: Estado de salud en el momento de llegada**



**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.



La consulta sobre el estado de salud de las personas en el momento de su llegada se realizó de tal forma que quienes respondieran pudiesen tener al menos 3 opciones sobre cuál era su condición de salud al llegar al centro de atención con el propósito de evitar elementos distractores en el momento de contestar y facilitar su forma de responder, aún así, esto no deja de ser una percepción, la cual no siempre fue constatada durante la prestación del servicio debido a lo que inicialmente observamos en relación a las prioridades de las personas retornadas.

Un 50 % de las personas entrevistadas percibieron que su condición de salud al momento de ingresar al país no era buena ya que en su total un 38 % respondió que su estado de salud era regular y un 12 % era mala. Podemos notar adicionalmente que el país que tuvo más retornos con personas aparentemente saludables fue Honduras con un 67% y el país que en donde se reportó un mayor número de personas en condiciones malas o regulares de salud fue El Salvador con 38 % regular y 23 % mal estado de salud lo que totalizan un 61 % de personas retornadas que se percibían enfermas o con una alguna alteración de salud reportada en el estudio.

Las enfermedades mencionadas por las personas encuestadas en orden de frecuencia son:

- Diarrea.
- Dolor en diferentes partes del cuerpo como cabeza, garganta, abdomen.
- Depresión.<sup>6</sup>
- Golpes en diferentes partes del cuerpo, por caídas o por impacto con objetos contusos.
- Ansiedad.<sup>7</sup>

Entre las mencionadas, pero con menos frecuencia son: recuperación de COVID-19, fiebre, desnutrición o mucha pérdida de peso, hipertensión, etcétera.

---

<sup>6</sup> La depresión en este caso no deberá entenderse como un diagnóstico sobre la salud mental, sino como una manifestación clínica expresada por las personas en el momento de ser encuestadas.

<sup>7</sup> Idem.

Es importante hacer notar que las enfermedades más reportadas por las autoridades de salud fueron:

- Infecciones respiratorias.
- Diarreas.
- Enfermedades de la piel.
- Ansiedad y depresión.<sup>8</sup>

Podemos observar que existen algunas coincidencias como las diarreas y los estados de ansiedad y depresión, pero también podemos notar que casos tales como golpes o dolores en las personas en el momento de su llegada no fueron consultados, pero si recordados y referidos en el momento de la investigación por lo tanto no forman parte de los registros de los prestadores de servicios de salud.

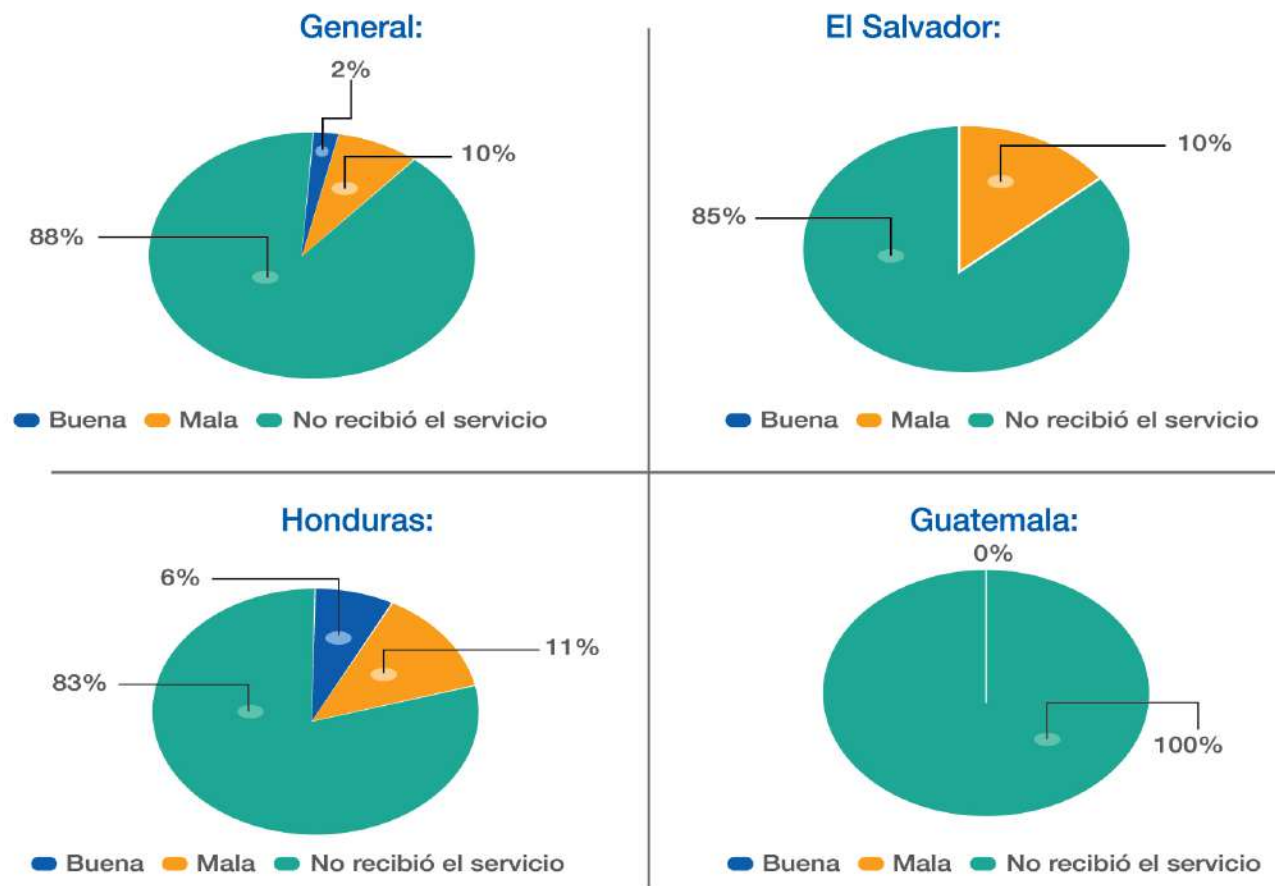
Si analizamos las gráficas sobre el estado de salud en el momento de llegada de las personas (50% con alguna alteración en su salud) y el porcentaje que recibió servicios de salud que es tan solo un 12 % del total de personas entrevistadas podemos evidenciar lo siguiente:

- Las personas aún, sintiéndose enfermas priorizaron salir del centro de atención, por lo tanto, no consultaron en el lugar de llegada.
- La promoción de los servicios de salud no logra permear en la mente de las personas retornadas de tal forma que aún enfermas no demandan la atención.
- El 12 % está relacionado a personas adultas viajando en unidades familiares, por lo tanto, algunos de estos servicios fueron brindados a niñas o niños que venían con alguna enfermedad.
- La visibilidad de los espacios donde se brindan los servicios de salud es limitada, por lo tanto, al no ser un paso obligatorio, más la prisa por salir de lugar y no ser tan visible lo pasan por alto.

---

<sup>8</sup> Esto forma parte de una valoración clínica rápida y no de un informe epidemiológico, ya que las consultas brindadas en los centros de recepción son parte de las estadísticas reportadas por los centros locales de salud que brindan los servicios.

**Gráfica 10: Atención en salud por enfermedad**



**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

Al hacer un análisis por país, Guatemala y El Salvador presentaron el mayor número de casos de personas que necesitaban atención, sin embargo, en el caso de El Salvador al menos un 15 % recibieron atención en salud y en el caso de Guatemala el 100 % no recibió el servicio, pero es importante recalcar que en el caso de las personas entrevistadas de El Salvador algunas de ellas viajaron en condición de unidad familiar.



Algunos elementos claves sobre atención en salud en los centros de atención de personas retornadas son los siguientes:

- Tanto el personal que brinda servicios en los centros de recepción como los funcionarios entrevistados, coincidieron que, dentro del proceso definido para el registro de retorno, no existe el llenado de una ficha médica, ni ningún tipo de evaluación del estado de salud de las personas que retornan.
- Las únicas enfermedades que reportan son aquellas de carácter infeccioso de reporte obligatorio según la Oficina de Sanitaria Internacional (OSI) y estos son realizados bajos los protocolos internacionales definidos por la OSI.
- Todas las clínicas cuentan con equipo básico de atención de enfermedades comunes, tanto infecciosas como no infecciosas, de igual forma cuentan con un cuadro básico de medicamentos los cuales son abastecidos por las unidades médicas locales o distritales.
- En los 3 países existe una entidad dentro del nivel central de los Ministerios o Secretarías de Salud que han sido creadas para programas de salud en centros de recepción, sin embargo, su rol no está del todo claro debido a que los programas están definidos dentro del sistema de planificación de los Ministerios y los servicios los prestan las unidades locales.

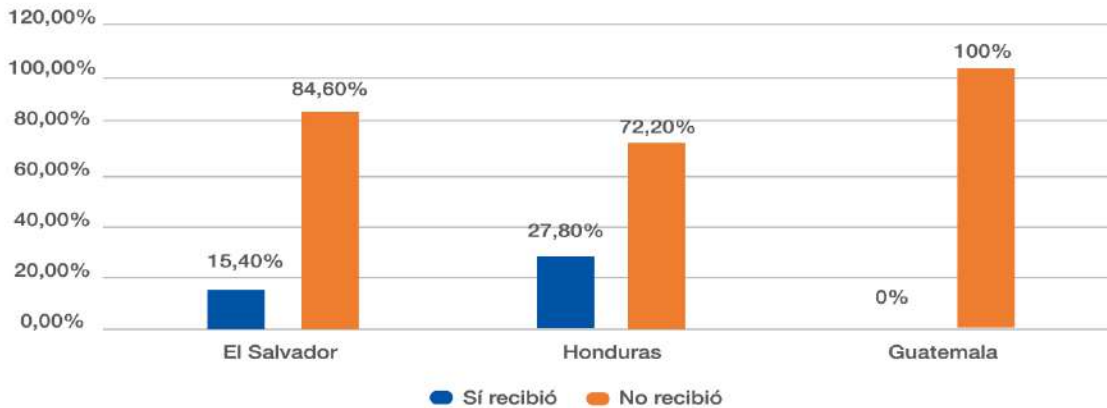
El gráfico general y los datos sobre los servicios de atención psicológica en los centros de atención nos deja en evidencia que la salud mental es un elemento invisible tanto para las personas que la necesitan como para los gobiernos.

El 100 % de los funcionarios y personas prestadoras de servicios entrevistadas coincidieron que la migración irregular es un proceso psicológica y emocionalmente traumático, lo cual requiere alguna atención relacionada al soporte o contención para poder sobrellevar dolor, frustración, ansiedad, miedo, depresión, ira, tristeza, sin embargo, en la mayoría de los países respondieron que los servicios ofrecidos en la mayoría de las veces son parte de las gestiones realizadas por las entidades de gobierno y son provistos por algunas organizaciones de la sociedad civil u organismos internacionales.

**Gráfica 11: Atención psicológica recibida**



**Por país**

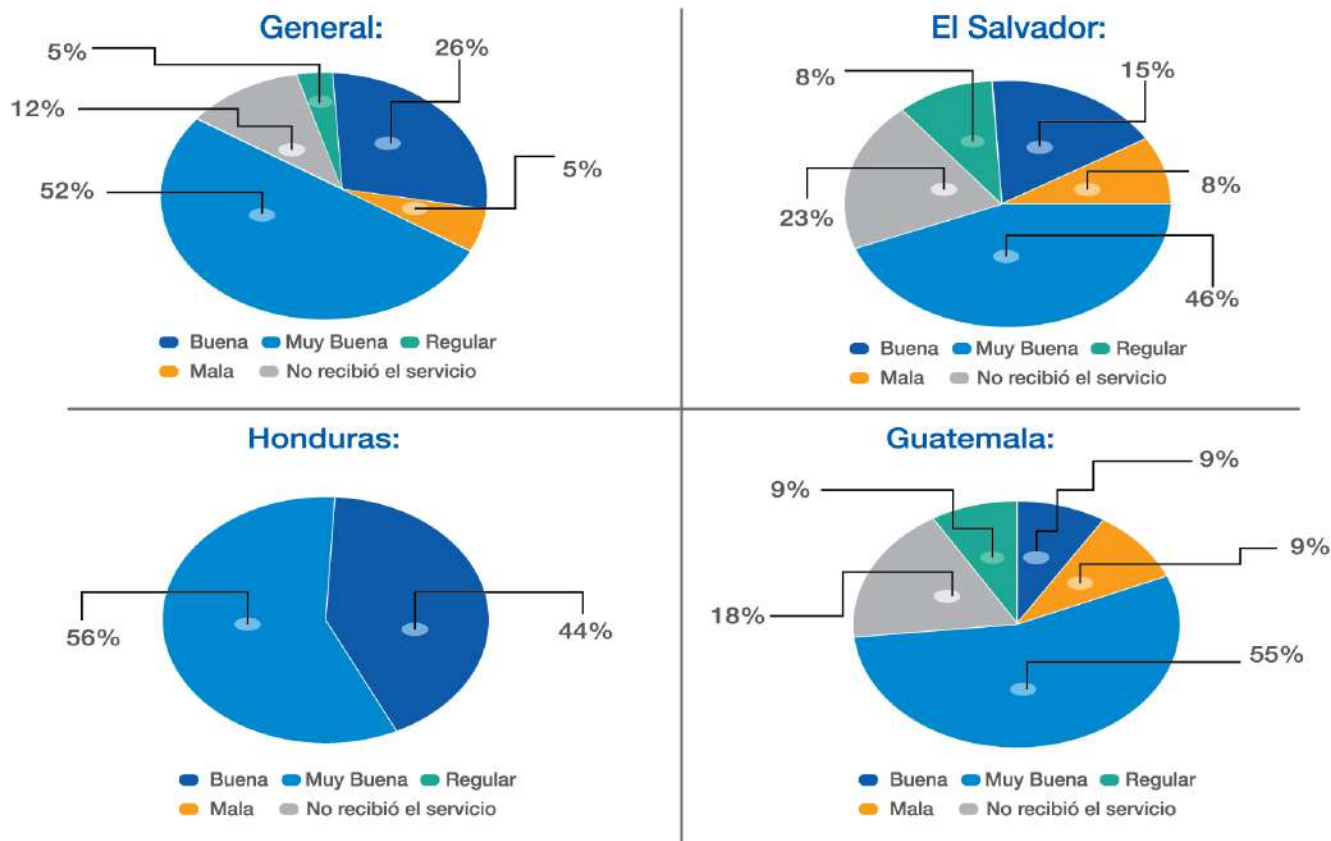


**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

El hecho de que la estadística para Guatemala se encuentre con 0 % no significa que no tenga servicios en sus centros, sino que las personas entrevistadas no viajaban en condición de unidad familiar y por tanto no recibieron el servicio, Honduras reportó un 27.8% de atenciones psicológicas, todas de buena calidad y El Salvador un 15.4 %, las cuales también fueron de buena calidad estos datos son coherentes con la falta de priorización de la salud mental en las políticas públicas de los 3 países y en la falta de conocimiento en las personas de la importancia de recibir soporte psicológico ante situaciones críticas.

Gráfica 12:

## Agua y alimentación



**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.

El agua y la alimentación como un servicio elemental a la llegada de las personas migrantes retornadas era esperado que el 100 % lo hubiesen recibido, sin embargo, hay un significativo 16 % que no lo recibió<sup>9</sup>, esto ocurrió en 2 de los 3 países, en uno de ellos, El Salvador puede tomarse en cuenta la posibilidad de confusión, debido a que la gente

<sup>9</sup> Esta información corresponde a los servicios de agua y alimentación recibidos por las personas encuestadas que fueron atendidas en el período que comprende el estudio.



recibía el servicio en dos momentos; el primero al bajarse del avión en el aeropuerto y el segundo con su llegada a GAMI en San Salvador lo que genera la posibilidad de un sesgo en el momento del levantamiento de la información.

En el caso de Guatemala puede verse que el 23 % de las personas no recibieron el servicio de agua y alimentación, además de ser el país en donde los estándares de calidad de dicho servicio son menores, esto puede estar relacionado con el hecho de que siendo el país que más personas retornadas recibe puede tener desajustes presupuestarios para este rubro o simplemente errores de cálculo, las autoridades guatemaltecas afirman brindar el servicio en el centro de recepción.

Honduras es el país en donde el 100 % de las personas recibieron el servicio de agua y alimentación y en donde además este fue bien evaluado, estando este resultado comprendido entre las categorías de bueno o muy bueno.

Durante la realización de entrevistas por video llamada a personas que retornaron en los meses de junio y agosto 2020, mencionaron que recibieron su atención en centros de contención creados por los gobiernos para evitar la propagación del COVID-19 en los países y por la tanto estas personas desearon expresar que cuando evaluaron el aspecto de agua y alimentación lo hicieron en dicho contexto, en el que luego del recibimiento, de manera inmediata fueron trasladadas a uno de los centros mencionados, es en dicho contexto que su evaluación es mala en relación a dichos servicios.

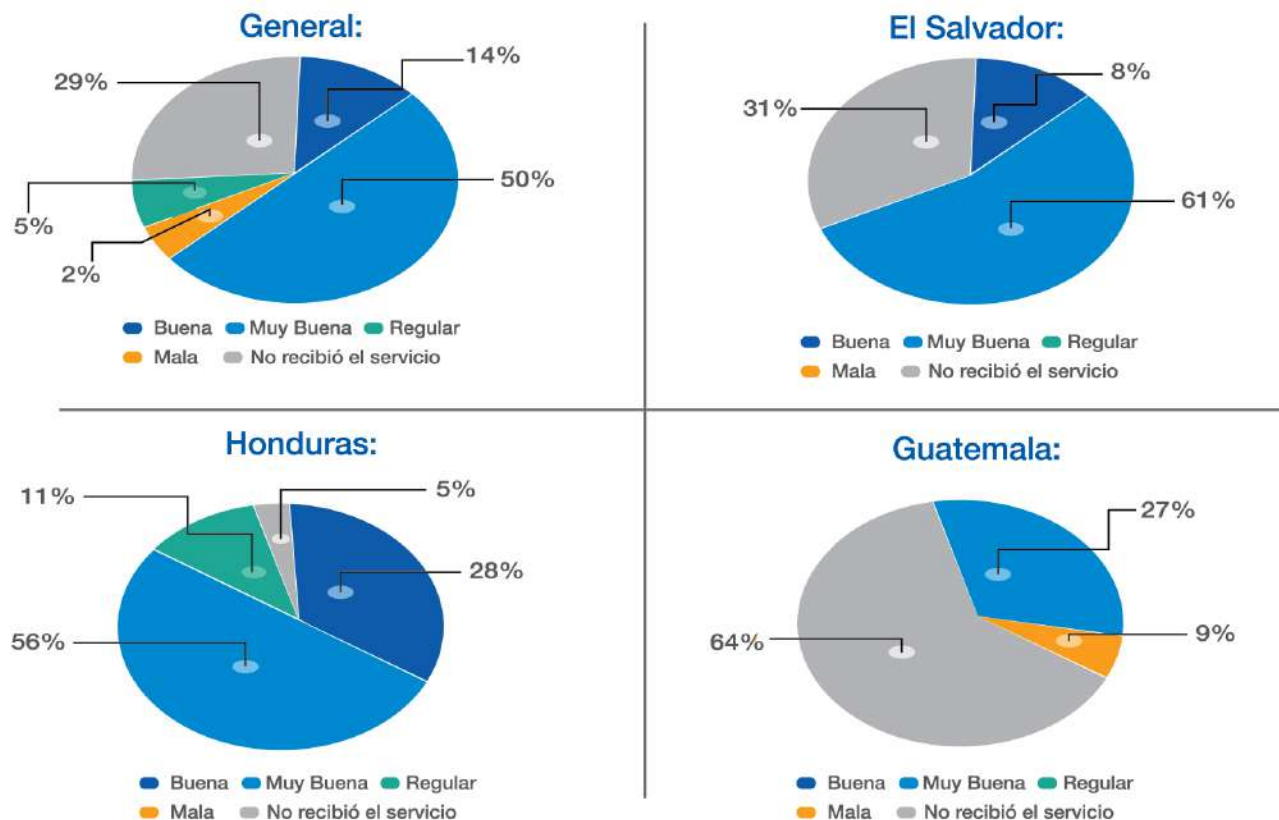
Las personas representantes de los gobiernos entrevistadas de los 3 países mencionaron que a la llegada todas las personas recibían con agua y una ración de comida, la cual intentaban que fuera comida tradicional de los países y que pudiera satisfacer cualquier necesidad alimentaria con la que llegaron ellas y ellos.

El método o forma en que se ofrece el servicio es igual en los 3 países, a su ingreso a cada uno de los centros de recepción de personas retornadas, reciben su ración de agua y alimentación la cual pueden ingerir mientras escuchan la charla de bienvenida, recomendaciones y explicación sobre la forma que se va a realizar todo el proceso, lo cual es una forma de optimizar los tiempos.

En cuanto al tipo de alimentación se pudo constatar que es variada, en algunos casos toman en cuenta el hecho de que sea comida propia del país y el contenido del agua es una botella plástica de 250 mililitros, es importante dejar por sentado que ese será el único apoyo de alimentación mientras retorna a su casa y los servicios no contemplan que a una persona le puede tomar hasta 14 horas en lograr llegar hasta su destino y es en esos casos que el servicio de agua y alimentación se vuelve insuficiente para cubrir dichas necesidades básicas.

Gráfica 13:

Kit de higiene



Fuente: Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.



Los kits de higiene son de diferentes tipos y sus contenidos varían dependiendo de los países y las posibilidades de gestión de las autoridades que dirigen los centros de recepción de personas retornadas. El kit básico es aquel que contiene elementos de aseo personal los cuales están diferenciados por edad y género, los otros tipos de kits son aquellos que además de contener los elementos anteriores contienen alcohol gel y mascarillas y los kits de dignidad que contienen todo lo anterior más una camiseta o blusa, ropa interior y sandalias.

Los resultados en cuanto a la entrega de kit de higiene a las personas retornadas se encuentran bastante relacionados con lo que se pudo observar en los centros de recepción en donde se pudo constatar los contenidos y la calidad de los kits y luego poder realizar un comparativo con los resultados en donde Honduras es el país que más kits ha entregado en cantidad y El Salvador el país que entrega kits más completos y Guatemala el país que menos kits entregó y con mayor señalamiento en cuanto a menor calidad<sup>10</sup>. También es importante mencionar que el contenido de los kits así como la existencia o no en los centros de recepción depende en la mayoría de las veces de las donaciones de organizaciones hagan directamente a los centros. en la mayoría de las veces.

- El 71 % de las personas retornadas que formaron parte del estudio recibieron kit de higiene, en su mayoría un 64% de muy buena o buena calidad.
- El Salvador es el único país que el 100 % de los kits recibidos fueron de muy buena o buena calidad, eso se debe a que el kit de higiene contiene otros elementos que lo convierten en algo que ellos denominan kit de dignidad y estos contienen elementos adicionales como ropa interior, una camiseta y un par de sandalias.
- Guatemala es el país con mayor demanda de kits porque su flujo de personas retornadas es mayor que la del resto de los países, por lo tanto, las donaciones de kits al parecer son insuficientes, según la información recolectada el 64 % de las personas que han participado en la investigación manifestaron no haber recibido dicho servicio.

---

<sup>10</sup> Es importante destacar que los datos de entrega de kits de higiene corresponden al periodo estudiado.



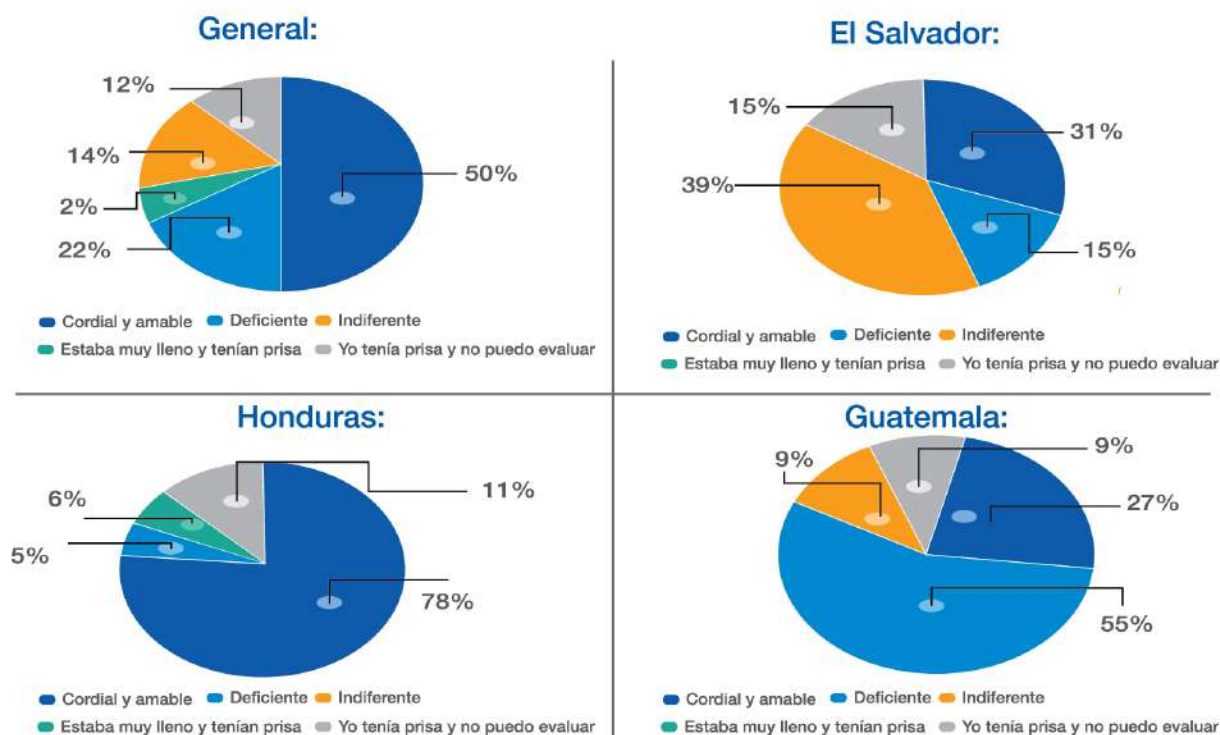
- Honduras es el país que demuestra que el kit de higiene tiene variedades y tipos algo que pudo ser constatado durante la visita a los centros y aunque lo mismo puede ocurrir en los otros dos países es en Honduras el único país en donde la categoría regular aparece como variable en un 11%.
- La inclusión en los kits de higiene de alcohol gel y mascarillas a partir de la llegada de la pandemia por COVID-19, ha resultado algo de mucha relevancia para las personas retornadas.
- Un 7 % de las personas encuestadas en total reportan haber recibido un kit de higiene de regular o mala calidad, esta situación fue superada ampliamente por un 29% que no recibió el servicio<sup>11</sup>.



<sup>11</sup> Idem.

La higiene es una determinante social de la salud fundamental por eso es importante para las personas retornadas que a su llegada a los centros de atención puedan contar con instalaciones adecuadas para poder resolver sus necesidades higiénicas básicas eso incluye baños y/o espacios para poder cambiarse ropa, asearse y sobre todo contar con insumos que les permita realizar dichas actividades, los 3 países realizan esfuerzos por proveer dichas prestaciones, pero ante la pandemia por COVID-19 han surgido muchas modificaciones que han afectado directamente estos servicios esto incluye la cancelación del uso de baños (duchas) en los centros de atención y el uso de sanitarios de forma temporal con el propósito de que el acceso restringido garantice el distanciamiento social, previniendo así en contagio por COVID-19.

**Gráfica 14: ¿Cómo calificaría la atención del personal del centro de recepción de migrantes durante la prestación del servicio de salud?**



**Fuente:** Elaboración propia, investigación salud personas retornadas.



Para poder realizar la calificación del servicio, resultó complejo segmentar los servicios, para solamente calificar de forma separada la atención en salud recibida, por lo que es importante aclarar que las calificaciones están en función de todos aquellos servicios que tienen que ver tanto con determinantes de la salud, la pandemia, así como también con aquellos que tienen que ver con migración, protección, identificación, entre otros.

Para valorar la atención en la forma en que fueron ofrecidos, las personas tomaron en cuenta predominantemente los soportes en agua y alimentación al igual que la entrega de kit de higiene, el soporte con transporte para retornar a sus hogares, así como también que los locales fueran amplios y contaran con baños suficientes y dispensadores de alcohol gel para evitar los contagios por COVID-19, los servicios menos valorados fueron la oferta de atención médica y psicológica en los centros como también la existencia de instancias de los Ministerios de Trabajo y Relaciones Exteriores.

El 50 % de las personas retornadas encuestadas a nivel regional consideran que la atención es cordial y amable, pero si vemos los gráficos por países podremos ver que Honduras es el mejor evaluado en cuanto a la atención y Guatemala el peor evaluado, sin embargo, es importante hacer mención que muchas de las personas entrevistadas de Guatemala manifestaron que los servicios recibidos por una ONG de personas retornadas eran muy buenos y les habían ayudado mucho a resolver diferentes situaciones algunas relacionadas con atención en salud y otras como en llamadas telefónicas para contactar familiares o ayudas económicas para regresar a casa.

Es importante hacer mención que el país que tiene tercerizados los servicios en los centros de atención es Honduras, un dato que llama la atención si lo analizamos con los resultados de la investigación, ya que no es el Estado quien coordina los servicios sino la Pastoral de Movilidad Humana (PMH) de las Hermanas Escalabrinianas en San Pedro Sula y la Cruz Roja en Omoa con financiamiento del gobierno hondureño. Adicionalmente este país es el que mejor soporte de movilidad para el retorno a casa les ofrece a quienes retornan.



Elementos relevantes a tomar en consideración en los resultados de la evaluación de la atención en los centros:

- Honduras está atendiendo a las personas retornadas en carpas debido a que los huracanes Eta e Iota destruyeron por completo el lugar y a pesar de eso fue el país con mejores valoraciones
- Guatemala cuenta con las mejores instalaciones físicas dentro del mismo espacio de la fuerza aérea y aun así fue el país con valoraciones menos favorables
- El Salvador brinda los servicios en dos momentos, la recepción inmediata en el aeropuerto la cual es en carpas, pero luego se trasladan a las instalaciones de la GAMI a San Salvador que cuenta con instalaciones bastante amplias y modernas.
- Todos los servicios en los 3 países están diferenciados en su oferta en cuanto al tipo de población, la gran diferencia la hace si hay niñas y niños acompañando a las personas adultas.
- A pesar de que todas las personas que trabajan en los centros de recepción son amables con las personas retornadas, podemos pensar que sus valoraciones en cuanto al servicio están en función de cuánto les ayudó a resolver sus necesidades más urgentes y el tiempo que les tomó estar en el centro, lo cual hace sentido con su prioridad de salir del lugar de atención lo más pronto posible.

Hallazgos generales sobre lugares y entidades de atención a personas retornadas:

- A pesar de que existe una intención de un enfoque de atención sistémica los tres Estados realizan una atención segmentada ligeramente articulada por lineamientos establecidos por los entes rectores (estos últimos diferentes en cada país) en los que cada una de las instituciones asume roles establecidos por sus mandatos, pero no conectados directamente con su rol en ese espacio de trabajo.
- Si bien es cierto que algunas de las acciones ofrecidas en los centros subsanan algunas de las necesidades, muchas otras de las actividades realizadas en los centros **no** conectan con las necesidades de las personas, ni sus realidades, prioridades.

- Ninguno de los tres países considera en sus presupuestos los kits de higiene, o kits de dignidad, estos son abastecidos a base de donaciones de otras organizaciones por lo cual su disponibilidad en los centros está siempre sujeta a ofrecimientos de otras instancias no gubernamentales.
- Todos los funcionarios del ámbito de la salud estuvieron de acuerdo sobre la importancia de la salud mental de las personas retornadas, pero también todos fueron conscientes de que los servicios ofrecidos en los centros de atención no están basados en los estándares internacionales de la definición de primeros auxilios psicológicos definidas en la guía de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias del Comité Permanente Inter Agencial (IASC por sus siglas en inglés).

## Observación

### Sobre los espacios de atención

Se puede decir que los 3 países han destinado espacios para la recepción de las personas retornadas, en general 2 de ellos cumplen con un diseño apropiado para la atención y para evitar la posibilidad de contagios COVID-19. En el caso de Honduras se encuentra en este momento en fase de reconstrucción del centro de recepción en el Aeropuerto de San Pedro Sula debido a que este fue totalmente destruido por el paso de los huracanes Iota y Eta por lo tanto la atención es brindada en carpas y pasillos externos del viejo aeropuerto.

El diseño de las instalaciones cuenta con espacios diferenciados para atención de personas adultas y personas en núcleos familiares con niñas y niños<sup>12</sup>, esto se debe a que muchos de los servicios ofrecidos para las personas adultas son por demanda y para quienes viajaron con niños y niñas son de obligatorio cumplimiento, el primer espacio de recepción es abierto y muchas veces en la misma pista de aterrizaje del avión.

---

<sup>12</sup> De los procesos de atención de niñez retornada no acompañada solo podremos decir que los servicios son diferenciados y están basados en los sistemas de protección de la niñez de cada uno de los países.





En el caso de El Salvador, se puede decir que cuenta con dos espacios para dos momentos diferentes, el primero ocurre cuando el avión llega al país y la atención es brindada en carpas, esta es solo una primera recepción en la que se identifican casos espaciales, los cuales son reportados al principal centro de recepción que se encuentra en San Salvador, este último funciona para población retornada por vía aérea o terrestre.

En el caso de Guatemala el centro de recepción para personas retornadas por vía aérea se encuentra en un área concedida por la fuerza aérea, al lado del aeropuerto internacional La Aurora y la de vía terrestre el principal centro se encuentra en la frontera Tecun Umán.

Honduras cuenta con tres centros de recepción, el primero de ellos ubicado en el aeropuerto Ramón Villeda Morales en San Pedro Sula donde se atiende población adulta retornada vía aérea, luego cuenta con otro centro de atención de unidades familiares o niñez no acompañada retornada el cual se encuentra en la ciudad de San Pedro Sula denominado Casa Belén atendido por la DINAf, las personas adultas retornadas por la vía terrestre al país lo hacen por el centro de atención ubicado en Omoa, pero siempre si se encuentran niños y niñas en unidades familiares son referidos a casa Belén.



## Sobre los servicios ofrecidos y el proceso de recepción

En los 3 países el proceso inicia con una charla de bienvenida que tiene como propósitos: orientar sobre los pasos del proceso, hacer del conocimiento los servicios que ofrecen y dar recomendaciones relacionadas a prevenir el contagio de COVID-19 en el centro de atención. A pesar de que tanto Honduras, como Guatemala y El Salvador pretenden que sus servicios sean integrales e integrados, estos aun no cuentan con un enfoque sistémico que les permita integrar todos los servicios desde un mismo eje con enfoque de derechos humanos, esta situación convierte las ofertas en variadas y buenas pero segmentadas.

En la misma charla se les ofrecen alimentos para que sean consumidos en ese mismo momento y se les señala la ubicación de los servicios sanitarios para que quienes tengan necesidad de su uso puedan hacer uso de ellos.

Luego de la charla de bienvenida el paso obligatorio para todas y todos es la entrevista con una persona agente de migración la cual además de asegurar la nacionalidad de las personas puede observar y considerar si alguna de las personas requiere otra clase de servicios como protección, salud, identificación entre otros.

Si bien es cierto los 3 países cuentan con servicios de salud como parte de la oferta para la población retornada, estos no están suficientemente promovidos por los prestadores de servicios, ni se ofrece información suficiente a lo largo de toda la gestión que realizan las personas retornadas, por lo tanto, es una demanda insatisfecha a pesar de que los recursos están disponibles en todos los centros de recepción.

Posterior al paso por migración, el 100 % de las personas deben pasar a registro policial, es un paso breve, en el que se revisa que no tengan deudas con la justicia de los respectivos países, después de ese paso, se les entrega el kit de higiene y luego hay varios pasos que son de carácter opcional, salud, identidad, protección entre otros, para luego concluir con el proceso de entrega del soporte de transporte para luego poder retirarse del recinto o esperar los buses que les acercan a las terminales de buses.

## Buenas prácticas

Podemos tomar como punto de partida que una buena práctica es la diferenciación de los servicios para las personas que viajan en unidades familiares, ya que para asegurar su impacto se realizan de forma sistémica y obliga a al 100 % de las personas acompañadas de niñas o niños a recibir casi todos los servicios, dicha práctica debe extenderse con las personas adultas retornadas debido a que ellas y ellos también tienen necesidades diferenciadas.

La entrega de alimentos en la llegada a los centros optimiza el uso del tiempo, debido a que las personas retornadas pueden ingerir sus alimentos mientras escuchan la charla de bienvenida o mientras reciben las orientaciones del proceso.

Los adecuados mecanismos de abastecimiento de suministros, equipo y medicamentos de los centros de atención de personas retornadas, debido a que están conectados a los establecimientos de salud más cercanos y estos son los responsables de mantener abastecidos los centros.

Las adecuaciones de los centros y servicios debido a la pandemia por COVID-19 han sido acciones positivas que mitigan la posibilidad de contagio en los centros de recepción para personas retornadas, estas deben de irse regulando de acuerdo con el comportamiento mismo de la pandemia.

Los centros de recepción de personas retornadas deben estar en el lugar de llegada inmediato tal como ocurre en Honduras y Guatemala, debido a que el tiempo en los traslados también es considerado por las personas como tiempo que le toma la prestación del servicio, se ha entendido que en el caso de El Salvador se encuentran realizando dicha valoración.

Las distribuciones de los espacios en función de los pasos que se siguen en el proceso de registro de retorno son apropiadas para los servicios de carácter obligatorio, pero pueden mejorarse en función de hacer más visibles aquellos que no lo son, con el fin de que las personas puedan atender su salud.



## Lecciones aprendidas

A lo largo de este proceso de investigación hemos aprendido que la variable tiempo es la más importante y prioritaria para las personas retornadas que están recibiendo servicios en los centros de recepción, por lo tanto, es necesario optimizar el tiempo en los servicios y volver accesibles aquellos servicios que no muy visibles o poco promovidos.

Realizar encuestas o entrevistas durante o en el momento inmediato después del que las personas han recibido la atención, no resulta apropiado debido a que su prioridad es salir del lugar lo más pronto posible.

La valoración de la salud como un derecho humano o como un elemento vital para la vida de las personas, resulta muy poco estimado por aquellas y aquellos que han atravesado o vivido situaciones traumáticas en las que el duelo, el dolor, la frustración por lo perdido resulta más importante o las situaciones vividas durante su detención y proceso de deportación han sido tan traumatizantes que propician que cualquier alteración de su estado de salud, incluyendo la mental, se vea poco relevante para sus vidas.

Es importante que los gobiernos se planteen la posibilidad de conocer sobre las experiencias y dispongan del aprendizaje de sus países vecinos en cuanto al manejo de los programas en los centros de recepción de personas retornadas especialmente en los servicios de salud y en todos aquellos que son determinantes para la salud de las personas.

Los cambios generados por la determinante pandemia por COVID-19 en relación a la prestación de servicios en los centros de atención, han estado basados en evitar el ingreso de virus en un primer momento y luego en reducir las posibilidades de contagio, en el primer caso fue inevitable el ingreso del coronavirus a los países y en el segundo caso debe estudiarse si las medidas han generado el impacto esperado, lo que no se debe es dejar por fuera el derecho a permanecer saludables y libre de contagio de COVID-19 de las personas retornadas.

Las personas retornadas evalúan mejor los servicios en tanto mejor les resuelven sus problemas más inmediatos, esto puede verse reflejado en las evaluaciones de los kit de higiene en donde El Salvador fue el mejor evaluado, reconociendo que era el kit más



completo o por ejemplo en el caso de Honduras que es el país que mejor gestiona el problema de la movilidad y el que más les acercaba hasta sus casas, por lo tanto, fue mejor evaluado en ese aspecto, las y los participantes tanto de las entrevistas como de los grupos focales le dieron menos importancia al trato de las personas que les brindaron los servicios, ya que para ellas y ellos fue mucho más relevante las cosas materiales como kits, dinero o boletos de transporte.

Los gobiernos no pueden delegar la responsabilidad del abastecimiento de kits, de agua y alimentación, o de alcohol gel a las organizaciones internacionales, ya que eso en algunas veces les coloca en situaciones de desabastecimiento, en base a esa experiencia es importante que los Estados presupuesten un mínimo de insumos para mantenerse siempre abastecidos y mantener siempre la gestión con sus donantes e incluso incrementarlos y diversificarlos.

Los 3 países deben de abandonar el abordaje político de la población retornada y proceder con un manejo de crisis humanitaria desde el enfoque de derechos humanos solo así podrán mejorar la calidad de la atención, hacer que la gente valore y aproveche mejor los servicios y sobre todo humanizar la atención.



## Conclusiones

Las situaciones vividas a lo largo de la travesía de las personas migrantes retornadas hacen que no valoren de una manera prioritaria el derecho a la salud y que le reconozcan como un derecho humano fundamental, lo cual quedó evidenciado en los resultados de todos los procesos metodológicos implementados en la presente investigación, al obtener como resultado que la prioridad al momento de llegada fuera salir del centro de retorno.

Los servicios ofertados no conectan directamente con las prioridades o necesidades de la persona retornada, debido a que de manera no oficial estos se clasifican en obligatorios y no obligatorios encontrando la salud y la atención psicológica dentro de este último grupo, por lo que se concluye que existe una falta de promoción efectiva de dichos servicios y es por ello que no conectan del todo con las necesidades de las personas migrantes en situación de retorno.

Los flujos migratorios pueden ser vistos como crisis sociales, políticas o humanitarias y dependiendo de la percepción que cada Estado tenga sobre dicha situación, la perspectiva que domina la subregión del norte de Centro América es la política debido a que los Estados han adquirido compromisos de reducir la migración hacia el norte del continente, muchas veces a cambio de ayuda para el desarrollo de los países, por lo tanto, el cumplimiento de los derechos y la respuesta como crisis humanitaria queda en un segundo plano en cada uno de sus mandatos.

Existe una marcada diferencia entre la atención en salud a personas adultas que viajan solas y las que viajan en unidades familiares, las personas que viajan con niñas y niños son atendidas con otro protocolo, diferente en donde se considera, atención en salud obligatoria para el 100 % de la familia y además reciben atención psicológica en la mayoría de veces como grupo familiar además se les ofrece otros tipos de servicios sociales relacionados con los derechos y protección de la niñez.

Las personas migrantes retornadas reconocen muy poco las contribuciones de las organizaciones de la sociedad civil o de la cooperación internacional, asignándole a los gobiernos que los servicios recibidos han sido gracias a los Estados, esto puede deberse



que su primer punto de contacto directo con los servicios es migración y eso pueda hacerles pensar que tanto el personal dentro de los centros e incluso los servicios como la alimentación o kits entregados sean gracias al gobierno, muy a pesar de dentro de los centros permanezcan un significativo número de personas identificadas con chalecos de otros organismos y que los kits lleven pegados logos de las diferentes organizaciones.

A pesar de que el 100 % de las personas retornadas han sufrido algún impacto a nivel psicológico o emocional durante el viaje, evidenciando muchos de ellas y ellos rasgos de algún nivel de ansiedad, depresión, tristeza, frustración, miedo, dolor e incertidumbre, no existe una valoración justa y oportuna de la salud mental por parte de los Estados, ya que ninguno de ellos cuenta con un programa de primeros auxilios psicológicos diseñado y estructurado en los centros de recepción.

Si bien es cierto desde la descripción de los marcos normativos, los Estados definen sistemas de atención migratoria, la realidad en las unidades operativas es que aunque estas cuentan con todos los servicios posibles, estos son brindados de forma segmentada; en la atención a personas adultas, es diferente el caso de la atención de las unidades familiares o de niñez no acompañada en donde si hay integración en los servicios y casi todos los casos están obligados a realizar todos los pasos mencionados en el discurso de bienvenida.

No hay conexión directa entre los servicios de salud prestados en el momento de llegada de las personas retornadas con los programas de salud que se brindan a través de los centros de atención locales, hospitales del segundo nivel o centros especializados, debido a que la oferta de atención en salud en el momento del retorno esta circunscrita a la demanda o casos graves, adicionalmente es casi imposible asegurar que aquellas personas retornadas que regresan con tratamientos por enfermedades crónicas puedan garantizar la continuidad de sus tratamientos cuando lleguen a sus casas.

Existe una pérdida significativa de oportunidades de integrar lecciones aprendidas, buenas prácticas entre los gobiernos por medio de mecanismos integradores como el SICA, de regionalizar oportunidades de apoyos y respaldos políticos, programáticos o técnicos que atiendan una problemática en la que se encuentran comprometidos los 3 países.



La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto en la atención de salud de las personas retornadas debido a las siguientes situaciones:

- La salud de las personas retornadas cobró relevancia con la aparición de la pandemia, pero no debido a su derecho a la salud, sino debido a considerar a las personas retornadas como posibles focos de infección para los países.
- Muchos de los servicios médicos implementados a partir de marzo 2020, están en función de la detección del COVID-19, como si fuese esta la única demanda de salud requerida por las personas retornadas.
- Las dinámicas de flujo migratorio y de retorno fueron grandemente impactadas por el COVID-19, generando muchos cambios en los procesos de atención sanitaria primeramente, al inicio de la pandemia en la región, las personas retornadas eran llevadas a centros de contención, posteriormente se fueron realizando adaptaciones locativas en los centros de recepción y de forma paralela el diseño de protocolos de atención, estos últimos en revisión y análisis permanente en función del comportamiento de la pandemia, de los niveles de vacunación y mutaciones del virus.

Los servicios de atención a las unidades familiares están basados en el funcionamiento sistémico de la protección integral de la niñez y es justo ese mismo enfoque de funcionamiento sistémico el que necesitan los servicios de salud para mejorar su atención y cumplir con el mandato del Estado de garantizar la salud de sus ciudadanos y ciudadanas retornadas.

## Recomendaciones

Los Estados deben realizar esfuerzos por ofrecer servicios de salud basados en derechos humanos y en la determinación social de la salud, las cuales deberían estar presupuestados y/o gestionados oportunamente para poder atender las necesidades sanitarias requeridas por las personas retornadas, para evitar que las personas se retiren de los centros sin recibir alimentación, agua o un kit de dignidad.

Los Estados deberán de realizar esfuerzos por establecer mecanismos de coordinación regional, para generar espacios de aprendizaje en los manejos de los programas de la población retornada, particularmente los servicios de salud. Estos espacios de diálogo y aprendizaje deben ser oportunidades para establecer diálogo político, compartir buenas prácticas y lecciones aprendidas entre los países, se recomienda que dicho espacio sea el ya establecido por el mecanismo de integración centroamericana SICA.

La salud mental debe ser considerada como un aspecto vital a tomar en cuenta en los servicios de salud en los centros de retorno, ya que no basta solo el reconocimiento de su importancia por parte de las autoridades, sino también se deben realizar esfuerzos para ofrecer primeros auxilios psicológicos a la población retornada, para lo cual propone que la oferta de dichos servicios pueda considerarse una implementación de forma progresiva, tomando en cuenta las posibilidades de cada país.

Diseñar y establecer mecanismos que articulen los servicios de salud brindados al momento del retorno en el centro de recepción con los servicios de salud locales de los lugares a donde retornan las personas, esto debe incluir la promoción de los servicios y programas de salud en los centros de llegada por medio de trípticos o folletos que contengan información sobre los programas que los Ministerios o Secretarías de Salud tienen disponibles.

El diseño de los programas de atención de personas retornadas debe tomar en consideración las prioridades de las personas retornadas y establecer componentes en los que la información de los servicios se brinde a través de medios que no demanden mucho tiempo. Así mismo, es necesario diseñar herramientas y mecanismos más ágiles que les ayuden a identificar personas que requieran servicios de salud de forma inmediata en los centros de atención.

Los Ministerios o Secretarías de Salud de los 3 países deben definir el rol de las direcciones de salud de personas migrantes en los niveles centrales, establecer sus mandatos y las competencias en la atención a las personas migrantes retornadas.

Revalidar protocolos de atención a personas migrantes en situación de retorno en los servicios ofrecidos en los centros de atención, los cuales deberán estar basados en las nuevas dinámicas en las que la pandemia por COVID-19 ha sometido al mundo entero, tomando en cuenta elementos como variantes del virus y sus mutaciones, estatus de vacunación, tratamientos y protocolos de prevención, tanto para quienes prestan los servicios como para quienes los reciben.

Los organismos internacionales y las organizaciones de la sociedad civil en los países deberán replantear sus estrategias de intervención, manteniendo parte de su trabajo actual en términos de soporte a los gobiernos en la prestación de los servicios, pero hacer incidencia para que de manera gradual los Estados asuman sus compromisos con los derechos humanos de las personas migrantes retornadas en términos presupuestarios y de enfoques y que los esfuerzos de las ONGs y cooperación internacional estén más enfocados en lo local o territorial.

Toda la política pública de los tres países relacionada con migración y retorno debe de ser revisada, analizada y reformada a partir de los impactos sociales, sanitarios y económicos que la pandemia por COVID-19 está dejando en la región.



## Sugerencias de plan de comunicación e identificación de actores meta

En el plan de comunicaciones se deben identificar claramente 3 actores metas, con el fin de precisar los mensajes por cada actor involucrado en el proceso:

1. Quienes reciben los servicios en los centros de recepción de personas retornadas.  
En el caso de las personas retornadas los mensajes deberán de estar enfocados desde la perspectiva de la exigibilidad de sus derechos humanos en especial el derecho a la salud en el momento de su retorno a los países.
2. Quienes brindan las atenciones en los centros de retorno de personas en situación de retorno.

Las personas que prestan servicios en los centros de atención deberán estar sensibilizadas con las situaciones o vivencias que han atravesado las personas retornadas con el fin de ser empáticas y prestar servicios más humanizados, de tal manera que el momento que entren con contacto puedan brindar servicios empáticos y cálidos a las personas migrantes en situación de retorno.

3. Quienes toman decisiones en cuanto a políticas públicas, presupuestos y diseño de programas para la atención de personas retornadas.

Los mensajes para las personas tomadoras de decisión deben estar enfocados en la obligatoriedad del cumplimiento de los derechos de las personas migrantes, deberán estar basados en el marco internacional de derechos humanos, en evidencia y sobre todo en las necesidades sentidas de las personas migrantes en el momento de su retorno, con el propósito de generar política pública, presupuestación y programas que dignifiquen la vida de las personas retornadas.

Promover campañas por medios tradicionales y no tradicionales que posicionen en la mente de todas las audiencias la necesidad del goce pleno de los derechos de las personas en situación de migración irregular en un contexto de pandemia por COVID-19 desde las 3 perspectivas, la de exigibilidad, la de obligatoriedad y de la corresponsabilidad en el cumplimiento de los derechos humanos.

Colocar a la base del diseño de los mensajes elementos claves como:

- Migrar es un derecho humano.
- Los derechos humanos viajan con las personas.
- Las personas en situación de migración irregular no son delincuentes.
- Los Estados están obligados a garantizar los derechos de las personas migrantes.
- Empatízate con las personas migrantes retornadas.

Todo lo anteriormente mencionado deberá ser parte de un plan de comunicaciones contenido en una estrategia de incidencia política, por lo tanto se deben tener claro los ejes de la estrategia, las audiencias y la evidencia que pueda ser citada en los mensajes.

## Bibliografía

Tager, AG, (2021), El impacto de la pandemia en la región centroamericana y los posibles cambios pospandemia,

IOM/OIM, (2021), Iniciativa de gestión de movilidad humana en el triángulo norte de CA <https://mic.iom.int/webntmi/>

Sol Pikielny, A, Ornelas Cruz. A, y Mora, MJ, (2021) Marco legal e institucional migratorio de la República de Guatemala: Un documento informativo, Migration Policy Institute, MPI

Sol Pikielny, A, Ornelas Cruz. A, y Mora, MJ, (2021) Marco legal e institucional migratorio de la República de Honduras: Un documento informativo, Migration Policy Institute, MPI

Sol Pikielny, A, Ornelas Cruz. A, y Mora, MJ, (2021) Marco legal e institucional migratorio de la República de El Salvador: Un documento informativo, Migration Policy Institute, MPI

Página web de la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME) <https://www.migracion.gob.sv/>

Página web Instituto Guatemalteco de Migración, <https://igm.gob.gt>

Página web del Instituto Nacional de Migración <https://inm.gob.hn>

OCHA services, (noviembre 2020), Tendencias migratorias durante la COVID-19 en Centroamérica, Norteamérica, y el Caribe, Reliefweb

Página web de Consejo Nacional para la Protección y Desarrollo de la Persona Migrante, CONMIGRANTES, <https://conmigrantes.gob.sv>

Página web de Consejo Nacional de Atención al Migrante de Guatemala, CONAMIGUA, <https://conamigua.gob.gt>

Página web del Consejo Nacional para la Protección del Hondureño Migrante CONAPROHM, <https://conaprohm.gob.hn>

IOM/OIM, 2020, Sondeo de OIM evidencia impacto de COVID-19 sobre población migrante en América Central y México, programa regional sobre migración.



## Anexos

### 1) Instrumento de Entrevista a Profundidad Personal Centro de Retorno

#### 2) Dirigida a:

Personas claves de las instituciones de los Estados responsables de la atención en salud de las personas migrantes retornadas

#### Presentación del entrevistador y los objetivos de la investigación.

**Objetivo del estudio:** Indicar que el estudio busca analizarla situación del derecho a la salud de las personas en condiciones de retorno forzado Guatemala, Honduras y El Salvador, desde un enfoque de Derechos Humanos, Género e Inclusión.

**Principios éticos:** Confidencialidad (La persona que acceda a dar la entrevista podrá contar con la discreción en el uso de la información que proporcione a Médicos del Mundo); anónimo (Toda información que brinde la persona será codificada para asegurar su anonimato y resguardar su identidad); confidencialidad (No se publicaran datos sensibles de las personas que participen en la investigación); horizontalidad (Se garantiza un ambiente seguro y de respeto).

**Compromiso de colaboración mutua:** Médicos del Mundo tiene un compromiso con los Derechos Humanos, particularmente con el derecho a la salud, el trabajo es siempre en colaboración mutua con las investigaciones del Estado, por lo que consideramos que esta investigación será una oportunidad de mejora para sus programas o políticas de atención de las personas migrantes retornadas.

Personas trabajadoras en centros de llegadas o casas de migrante.

## Datos de la institución que trabaja en el centro de retorno

Nombre del Centro de atención	
Organización que brinda el servicio	GOBIERNO <input type="radio"/> ONG <input type="radio"/> IGLESIA <input type="radio"/> OSC <input type="radio"/>
Institución del Gobierno	
No. de personas de su institución que trabajan en el Centro	
Ocupación	
Otras áreas de apoyo en la atención a personas retornadas	

### I. Situación y condiciones de salud en el momento de llegada de las personas migrantes retornadas

1. ¿Cuáles son las principales demandas de las personas retornadas a su llegada al centro de atención?
2. ¿Podría describir cómo es el proceso de registro y atención o protocolo en el momento de llegada de las personas migrantes retornadas?
3. ¿Cuáles son las principales problemáticas en las condiciones de salud de las personas retornadas?
4. ¿Se ha logrado identificar las diferencias en las condiciones de llegada entre los diferentes sectores de la población? ¿Puede enumerar esas diferencias?
5. ¿Cuál es la situación sanitaria de las niñas y las mujeres en su llegada a los centros de retorno a sus países?

### II. Sobre oferta de servicios demandados

6. ¿Qué actores participan en la prestación de servicios a personas retornadas en el centro de atención?
7. ¿Qué tipo de servicios se ofrecen en el centro de llegada? ¿Específicamente qué o cuáles son los servicios de salud?

8. ¿Los servicios de salud que se ofertan están en el marco de una política pública o forman parte de programas especializados para población migrante retornada?
9. ¿Los servicios están basados en necesidades diferenciadas o son genéricos? ¿Si son diferenciados cuéntenos cómo lo hacen?
10. ¿Se brindan Primeros Auxilios Psicológicos en los centros de recepción de personas migrantes retornadas? ¿En qué consiste ese servicio?
11. ¿Qué tipo de kits se distribuyen en los centros de atención? ¿Cuál es el contenido de los kits de higiene y puede decirnos si son iguales para personas adultas y niñas y niños o para hombres y mujeres?
12. ¿Se realiza evaluación de la salud de todas las personas retornadas? ¿Si las personas llegan enfermas o condiciones de salud crítica existe un sistema de referencia para su seguimiento en sus lugares de origen?

### **3) Instrumento de entrevista breve a personas migrantes retornadas.**

Dirigida a: Personas migrantes retornadas en su momento de llegada, por medios electrónicos en sus lugares de origen y personas retornadas en programas de protección.

La presente herramienta tiene como propósito obtener insumos para investigar condiciones de salud en el retorno de las personas migrantes y valorar los servicios de salud recibidos en el momento de su llegada.

**Objetivo de estudio:** El estudio busca analizar el derecho a la salud de personas en situación de retorno forzado de Guatemala, Honduras y El Salvador, desde un enfoque de Derechos Humanos y género.

**Principios éticos:** La encuesta es voluntaria y anónima, respetando el principio de confidencialidad.

**Tiempo:** El tiempo de duración de la entrevista es menor a 10 minutos con un promedio de 7 minutos con un total de 11 preguntas.



## Datos socio-demográficos de las personas participantes

Fecha de la entrevista	
Lugar de origen	
Grupo étnico	
Edad	
Género	MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>
Estado civil	
Nivel de educación completado	
Ocupación/trabajo	
Fecha del retorno	
Condición familiar del viaje	Sola/o      Acompañada/o
País de donde llega	
Vía de llegada	Terrestre      Aérea

**Indicaciones:** Favor seleccionar la respuesta que considere más conveniente (En el caso de la pregunta 2 si seleccionó b o c, favor ampliar su respuesta en la siguiente pregunta).

### **Sobre la demanda de servicios de salud en el momento de llegada a los centros de acogida**

1. ¿Cuál fue su prioridad al llegar al centro de atención de personas retornadas?
  - a. Ponerse en contacto con un familiar.
  - b. Atender su salud y la de su familia.
  - c. Irse para su casa.

- d. Pedir ayuda para otro tipo de situaciones.
- e. Alimentarse.
- f. Reportar algún tipo de abuso a violación a sus derechos.
- g. Cambiar dinero
- h. Conseguir papeles (Documentos de identidad)
- i. Otras\_\_\_\_\_

2. ¿El estado de salud en el momento de su detención era?

- a. Buena.
- b. Regular.
- c. Mala.

3. ¿Si su condición de salud era regular o mala explique su respuesta?

---

4. De la siguiente lista de servicios que se detallan a continuación podría decirnos ¿Cómo fue la atención o si no fueron recibidos?

a. Atención en salud por enfermedad

Muy buena\_\_ Buena\_\_ Regular\_\_ Mala\_\_ No recibió el servicio\_\_

b. Evaluación médica

Muy buena\_\_ Buena\_\_ Regular\_\_ Mala\_\_ No recibió el servicio\_\_

c. Agua y alimentación

Muy buena\_\_ Buena\_\_ Regular\_\_ Mala\_\_ No recibió el servicio\_\_

d. Prevención del COVID-19

Muy buena\_\_ Buena\_\_ Regular\_\_ Mala\_\_ No recibió el servicio\_\_

e. Atención psicológica

Muy buena\_\_ Buena\_\_ Regular\_\_ Mala\_\_ No recibió el servicio\_\_





10. ¿Cómo calificaría la atención del personal del centro de recepción de migrantes durante la prestación del servicio de salud?

- a. Cordial y amable.
- b. Indiferente.
- c. Pesados.
- d. Estaba muy lleno y tenían prisa.
- e. Yo tenía prisa y no puedo evaluar.
- f. Deficiente.

11. ¿Se interesaron y dieron orientación sobre el proceso de vacunación por COVID-19?

- a. Sí
- b. No

12. ¿En general considera que recibió una buena atención?

- a. Sí
- b. No

Muchas gracias por su colaboración.

#### **4) Instrumento de entrevista breve a personas migrantes retornadas.**

Dirigida a: Personas migrantes retornadas en su momento de llegada, por medios electrónicos en sus lugares de origen y personas retornadas en programas de protección.

La presente herramienta tiene como propósito obtener insumos para investigar condiciones de salud en el retorno de las personas migrantes y valorar los servicios de salud recibidos en el momento de su llegada.

- **Objetivo de estudio:** El estudio busca analizar el derecho a la salud de personas en situación de retorno forzado de Guatemala, Honduras y El Salvador, desde un enfoque de Derechos Humanos y género.
- **Principios éticos:** La encuesta es voluntaria y anónima, respetando el principio de confidencialidad.
- **Tiempo:** El tiempo de duración de la entrevista es menor a 10 minutos con un promedio de 7 minutos con un total de 11 preguntas.

### Datos socio-demográficos de las personas participantes

Fecha de la entrevista	
Lugar de origen	
Grupo étnico	
Edad	
Género	MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/> OTRO
Estado civil	
Nivel de educación completado	
Ocupación/trabajo	
Fecha del retorno	
Condición familiar del viaje	Sola/o      Acompañada/o
País de donde llega	
Vía de llegada	Terrestre      Aérea

**Indicaciones:** Favor seleccionar la respuesta que considere más conveniente (En el caso de la pregunta 2 si seleccionó b o c, favor ampliar su respuesta en la siguiente pregunta).

**Sobre la demanda de servicios de salud en el momento de llegada a los centros de acogida**

13. ¿Cuál fue su prioridad al llegar al centro de atención de personas retornadas?

- a. Ponerse en contacto con un familiar.
- b. Atender su salud y la de su familia.
- c. Irse para su casa.
- d. Pedir ayuda para otro tipo de situaciones.
- e. Alimentarse.
- f. Reportar algún tipo de abuso a violación a sus derechos.
- g. Cambiar dinero
- h. Conseguir papeles (Documentos de identidad)
- i. Otras \_\_\_\_\_

14. ¿El estado de salud en el momento de su detención era?

- a. Buena.
- b. Regular.
- c. Mala.

15. ¿Si su condición de salud era regular o mala explique su respuesta?

\_\_\_\_\_

16. De la siguiente lista de servicios que se detallan a continuación podría decirnos ¿Cómo fue la atención o si no fueron recibidos?

- a. Atención en salud por enfermedad
- Muy buena\_\_ Buena\_\_ Regular\_\_ Mala\_\_ No recibió el servicio\_\_





20. ¿Si requirió atención en salud o información para atenderse enfermedades crónicas o infecciones recibió orientación adecuada?

a. Sí

b. No

21. Tiempo de atención en:

a. Evaluación médica	menos de 15 min	más de 15 min
b. Atención por enfermedad	menos de 15 min	más de 15 min
c. Referencias	menos de 15 min	más de 15 min
d. COVID-19	menos de 15 min	más de 15 min

22. ¿Cómo calificaría la atención del personal del centro de recepción de migrantes durante la prestación del servicio de salud?

- a. Cordial y amable.
- b. Indiferente.
- c. Pesados.
- d. Estaba muy lleno y tenían prisa.
- e. Yo tenía prisa y no puedo evaluar.
- f. Deficiente.

23. ¿Se interesaron y dieron orientación sobre el proceso de vacunación por COVID-19?

a. Sí

b. No

24. ¿En general considera que recibió una buena atención?

a. Sí

b. No

**Muchas gracias por su colaboración.**

## 5) Cuadros generales de encuesta.

País donde se realizó la encuesta	Cantidad
El Salvador	13
Guatemala	11
Honduras	18

Género	Cantidad
Femenino	24
Masculino	18

Estado civil	Cantidad
Acompañada o Acompañado	14
Casada o Casado	6
Separada o Separado	2
Soltera o Soltero	18
Unión libre	1
Viuda o Viudo	1

Nivel de educación completado	Cantidad
Bachiller	7
Cuarto grado	5
Noveno grado	3
Octavo grado	1
Quinto grado	1
segundo grado	1
Séptimo grado	3
Sexto grado	14
Tercer grado	7

Condición familiar del viaje	Cantidad
Sola o Solo	27
Acompañada o Acompañado	15



País de donde llega	Cantidad
USA	26
México	16

Vía de llegada	Cantidad
Terrestre	12
Aérea	30

¿Cuál fue su prioridad al llegar al centro de atención de personas retornadas?	Cantidad
Alimentarse	1
Atender su salud y la de su familia	3
Irse para su casa	21
Pedir ayuda para otro tipo de situaciones	5
Ponerse en contacto con un familiar	12

¿El estado de salud en el momento de su llegada era?	Cantidad
Buena	21
Mala	5
Regular	16

Atención en salud por enfermedad	Cantidad
Buena	1
Muy buena	4
No recibió el servicio	37

Evaluación médica	Cantidad
Buena	2
Muy buena	7
No recibió el servicio	33

Agua y alimentación	Cantidad
Muy buena	22
Regular	2
Mala	2
No recibió el servicio	5

Prevención del COVID-19	Cantidad
Buena	10
Muy buena	12
Regular	4
Mala	1
No recibió el servicio	15

Atención psicológica	Cantidad
Buena	5
Muy buena	1
Mala	1
No recibió el servicio	35

Kit de higiene	Cantidad
Buena	6
Muy buena	21
Mala	1
regular	2
No recibió el servicio	12

Referencia por alguna situación de salud	Cantidad
Buena	1
Muy buena	2

¿Quién brindó los servicios recibidos?	Cantidad
Iglesia	5
Personal de ONGs	5
Personal del gobierno	32

¿Resolvieron de forma oportuna la demanda de salud requerida?	Cantidad
Sí	7
No	22
No recibió el servicio	13

¿Hubo llenado de ficha médica o expediente clínico?	Cantidad
Sí	8
No	22
No recibió el servicio	12

¿Si requirió atención en salud o información para atenderse enfermedades crónicas o infecciones recibió orientación adecuada?	Cantidad
Sí	1
No	19
No recibió el servicio	22

Tiempo de evaluación médica	Cantidad
Más de 15 min.	2
Menos de 15 min.	6
No recibió el servicio	34



Tiempo atención por enfermedad	Cantidad
Más de 15 min.	4
Menos de 15 min.	1
No recibió el servicio	37

Tiempo atención por enfermedad	Cantidad
Más de 15 min.	4
Menos de 15 min.	1
No recibió el servicio	37

Tiempo evaluación psicológica	Cantidad
Más de 15 min.	2
Menos de 15 min.	0
No recibió el servicio	40

Tiempo por COVID-19	Cantidad
Más de 15 min.	0
Menos de 15 min.	3
No recibió el servicio	39

¿Cómo calificaría la atención del personal del centro de recepción de migrantes durante la prestación del servicio de salud?	Cantidad
Cordial y amable	21
Deficiente	9
Estaba muy lleno y tenían prisa	1
Indiferente	6
Yo tenía prisa y no puedo evaluar	5

¿Se interesaron y dieron orientación sobre el proceso de vacunación por COVID-19?	Cantidad
Sí	6
No	36

¿En general considera que recibió una buena atención?	Cantidad
Sí	29
No	13

ISBN: 978-9929-8203-2-6



9 789929 820326

## RESEÑA DEL LIBRO

La migración de personas de los países del norte de Centro América continúa siendo un proceso social, sostenido y dinámico el cual ya no solo está marcado por la determinantes sociales, económicas y culturales de siempre sino también por el impacto de la pandemia por COVID-19. Según la Unidad de Información para los países del Norte de Centroamérica de la Organización Internacional para las Migraciones -OIM- entre enero y diciembre de 2021 retornaron a sus países al menos 125,257 personas; de las cuales 63,808 eran de Guatemala, 52,968 eran de Honduras y 8,481 eran de El Salvador. El retorno es parte del ciclo migratorio y es una de las grandes problemáticas que enfrentan los países del Norte de Centroamérica.

La presente investigación analiza las respuestas estatales y posibles áreas de intervención en materia de acceso a salud integral en Honduras, El Salvador y Guatemala para personas migrantes retornadas y los impactos que la COVID-19 ha tenido particularmente en relación a la garantía del derecho universal a la salud en el proceso de retorno/deportación. Fue realizada por Médicos del Mundo en el marco del proyecto "Asistencia multisectorial a personas afectadas por otras situaciones de violencia (OSV) y personas con necesidad de protección internacional (PNPI) en el norte de Centroamérica y México" el cual se ejecuta con fondos de la Oficina para la Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea -ECHO por sus siglas en inglés-en consorcio con el Consejo Noruego para los Refugiados (NRC) y OXFAM.

Esta investigación aporta elementos clave para la toma de decisiones institucionales y de la sociedad civil en el marco de reivindicar los derechos humanos de las personas retornadas, principalmente el derecho a la salud desde el enfoque de la determinación social y es también un llamado a la acción para activar todos los mecanismos necesarios que coloquen en las agendas nacionales y regionales el derecho a la salud de las personas retornadas, para mejorar no solo las condiciones de atención, sino también impactar sus vidas de tal forma que puedan recomponer sus emociones, restablecer por completo su salud, nutrición, salud mental y sobre todo dignificar la vida de las personas retornadas.



[www.medicosdelmundo.org](http://www.medicosdelmundo.org)